Diskriminering i samband med psykisk ohälsa

EN KUNSKAPSÖVERSIKT

Diskriminering i samband med psykisk ohälsa
– en kunskapsöversikt

Text: Sofia Wikman

De rekommenderade åtgärderna i slutet av respektive kapitel är skrivna av Johanna Wester och Nicole Wolpher.

NSPH - Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa
Stockholm 2017

Den här kunskapssammanställningen är framtagen i projektet Din Rätt, vilket är ett samarbete mellan Sveriges kommuner och landsting, Diskrimineringsombudsmannen, Myndigheten för delaktighet, YPOS – Yrkesföreningen Personligt Ombud i Sverige, RFS – Riksförbundet Frivilliga Samhällsarbetare och Sveriges Antidiskrimineringsbyråer

© Författaren och NSPH 2017
Redaktörer: Johanna Wester, Nicole Wolpher och Karin Forsberg
Layout: Caroline Bjurman Holgersson
Omslagsbild och illustrationer: Jutta Falkengren
Tryck: Åtta45
Distribution: NSPH

Innehåll

FÖRORD 6
- Våra upptäckter 6
- Kompetensutveckling, individanpassning och brukarinflytande behövs 7
- Möjligheter och förslag på åtgärder 7
- Statistik över våra ca 430 inkomna ärenden 9

INLEDNING 10
- Varför ska jag läsa rapporten? 10
- Disposition 11
- Syfte 11
- Metod 11
- Vad är psykisk funktionsnedsättning? 12

VAD ÄR PSYKISK FUNKTIONSNEDSÄTTNING? 13
- Vad är psykisk hälsa? 12
- Vad är psykisk ohälsa? 13

DISKRIMINERING 14
- Diskrimineringslagen 15
- DO-anmälningar 16

MÖRKERTAL OCH STIGMA 18

UTBILDNING 21
- Grundskola 21
- Gymnasieutbildning 26
- Universitet och högskola 27
- Antalet diagnoser har ökat bland unga 27
- Kostnader för att unga stöts bort från skolan och på arbetsmarknaden. 28
- Så mycket kostar en persons misslyckande på arbetsmarknaden 29
- Sammanfattning av diskriminering i samband med utbildning 29
- Har du som yrkesverksam inom utbildning ställt dig frågorna: 30
- Projektet Din Rätt:s kommentarer 30

ARBETSLIV 31
- Psykisk ohälsa och sjukfrånvaro 33
- Att berätta på jobbet 36
- Chefer och psykisk ohälsa – attityder, kunskap och beteende 37
- Sambandet mellan stress och psykisk ohälsa 38
- Sammanfattning av diskriminering i samband med arbetslivet 40
- Har du som arbetsgivare/chef ställt dig frågorna 41
- Projektet Din Rätt:s kommentarer 41

EKONOMI 42
- Ekonomisk utsatthet 42
- Sjukersättning, aktivitetsersättning och ekonomiskt bistånd 44
- Blekingeprojektet 47
- Sammanfattning av ekonomisk diskriminering 48
- Projektet Din Rätt:s kommentarer 49
- Har du som yrkesverksam inom frågor som rör ekonomisk ersättning, försörjningsstöd eller ekonomiskt bistånd ställt dig frågorna 50

FRITID, BOENDE, FAMILJ OCH VÄNNER 51
- Boende 52
- Boendestöd 53
- Personligt ombud 54
- Tvångs- och begränsningsåtgärder 55
- Kontakt med anhöriga och vänner 56
- Sammanfattning av diskriminering i samband med fritid, boende, familj och vänner 59
- Har du som privatperson ställt dig frågan 60
- Projektet Din Rätt:s kommentarer 60

SOMATISK VÅRD 61
- Somatisk vård och psykisk funktionsnedsättning 62
- Dödlighet och medellivslängd 64
- Sammanfattning av diskriminering i samband med somatisk vård 65
- Har du som yrkesverksam inom vården ställt dig frågorna
- Projektet Din Rätt:s kommentarer 66

PSYKIATRI 67
- Vårdplatser och vårdtid inom den slutna psykiatriska vården 68
- Jämlik vård? 69
- Läkemedelsförskrivning 70
- Barn och tvångsåtgärder 71
- Personalens kompetens 72
- Äldres psykiska hälsa 73
- Psykiatrirätt 73
- Utskrivningsklara inom rättspsykiatrisk vård 74
- Behov av samordning 75
- Sammanfattning av diskriminering i samband med psykiatrisk vård 75
- Projektet Din Rätt:s kommentarer 76
- Har du som yrkesverksam inom psykiatrin ställt dig frågorna 77

RÄTTSVÄSENDE 78
- Utsatthet för våld 78
- En situation som är återkommande är ingen nödsituation 80
- Våld mot barn med funktionsnedsättning 80
- Sammanfattning av diskriminering i samband med rättsväsende 83
- Projektet Din Rätt:s kommentarer 84
- Har du som yrkesverksam inom rättsväsendet ställt dig frågor som: 85

SOCIALTJÄNST 86
- Bristande kunskap om hur barn i LSS-boende upplever sitt stöd 87
- Andelen beslut inom SOL och LSS som inte verkställs 88
- Omhändertagande enligt LVU när föräldrarna lever med psykisk ohälsa 89
- Tillämpning av LSS i olika kommuner 89
- Behov av samordning av styrning och stöd 90
- Alienerade socialarbetare 91
- Sammanfattning av diskriminering i samband med socialtjänsten 92
- NSPH:s enkätundersökning om socialtjänstens bemötande 94
- NSPH:s rekommendationer för arbetet inom socialtjänsten 95
- Projektet Din Rätt:s kommentarer 96
- Har du som yrkesverksam inom socialtjänsten ställt dig frågorna 97

AVSLUTANDE DISKUSSION 98

PROJEKTET DIN RÄTT:S REKOMMENDERADE ÅTGÄRDER FÖR ATT MOTVERKA DISKRIMINERING I SAMBAND MED PSYKISK OHÄLSA 100

FLER LÄSTIPS 102

REFERENSER 103

BILAGOR 119
- Bilaga 1 – Förkortningar 119
- Bilaga 2 – Lagstiftning 120
- Bilaga 3 – Metod 122
- Bilaga 4 – Terminologi 129

Förord

Nätverket NSPH - Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa har arbetat för rättigheter för personer med psykisk ohälsa sedan 2007. Ett par av de tolv föreningar som ingår i nätverket har verkat i frågor som berör personer med psykisk ohälsa så långt tillbaka som sedan sextiotalet. Sedan NSPH började engagera sig i detta har vi sett flera former av diskriminering. Ibland strukturell sådan, ibland individuell. Ibland dold, ibland oförtäckt.

Risken för diskriminering av personer med psykisk hälsa är allvarlig av många skäl – inte minst för att den rör en stor grupp i samhället. 1 av 4 svenskar har erfarenhet av egen psykisk ohälsa, och 3 av 4 svenskar är berörda om man räknar in anhörigskap[1].

I augusti 2014 startade NSPH Arvsfondsprojektet Din Rätt, en treårig satsning på att identifiera och belysa risker för diskriminering av personer med psykisk ohälsa. Sedan dess har flera av nätverkets aningar bekräftats – diskrimineringen i samband med psykisk ohälsa är utbredd – men många möjligheter till förändring också uppdagats. I den här kunskapssammanställningen kommer vi ta upp både hinder och möjligheter. De vi vänder oss till är beslutsfattare, makthavare, chefer i kommuner och landsting, myndighetshandläggare, vårdgivare och alla andra yrkesverksamma som kommer i kontakt med personer med psykisk ohälsa.

VÅRA UPPTÄCKTER

Det saknas en nationell kartläggning av vad som orsakar orättvisor på grund av psykisk funktionsnedsättning – orättvisor som även många yrkesverksamma vi träffat intygar. I den här skriften målar vi upp problembilden och belyser möjliga lösningar med hjälp av studier gjorda under de senaste tio åren, och konstaterar samtidigt att det behövs fler kartläggningar för att skapa en heltäckande bild av detta samt att anmälningsbenägenheten hos personer med psykisk ohälsa är låg. Efter att projektet Din Rätt:s rådgivning kring diskrimineringsfrågor på mindre än två år blivit kontaktad av över 400 personer ser vi flera möjliga skäl till den stora efterfrågan på information. Ett är att det finns en osäkerhet kring vad som betraktas som diskriminering och vilka rättigheter man har. Ett annat är svårigheterna med att bevisa att ett missgynnande faktiskt har skett. En rullstolsramp finns antingen där eller inte, men hur ett beslut har kommunicerats av en överläkare är svårare att granska. Att den myndighet som har ansvar för diskrimineringsfrågor, Diskrimineringsombudsmannen, enbart driver någon enstaka procent av anmälda fall vidare påverkar också anmälningsbenägenheten. Detsamma gäller att klagomålssystemet genomgående ger för liten reell effekt för den enskilda personens situation. Vid de få undantagen tar det alltför lång tid innan effekten blir tydlig för den det berör.

> *Här målar vi upp problembilden och belyser möjliga lösningar.*

Förtroendet för myndigheter är lågt från vår målgrupp. Språket och systemen som myndigheter, stödinstanser och vårdgivare använder är ofta onödigt byråkratiska och komplicerade. Det är allvarligt; den berörde individen kan behöva kunna ta till sig information och få tillgång till insatser från exempelvis socialtjänsten, vården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att ha ett fungerande liv. Diskriminering i psykiatrin, vården eller andra samhällsområden kan yttra sig genom att det är den som bäst kan uttrycka sina behov som får bäst hjälp, eller den som har aktiva anhöriga, känner till sina rättigheter,

1 Hjärnkoll – psykiska olikheter lika rättigheter - Redovisning av effekter och resultat från regeringsuppdraget Hjärnkoll 2009-2014

Nicole Wolpher och Johanna Wester från Projektet Din rätt.

eller är välutbildad och verbal, snarare än den som har störst behov. Till projektets rådgivning har såväl motiverade som uppgivna personer hört av sig.

Din Rätt har sett många exempel på situationer där en specifik aktör diskriminerar en person med psykisk ohälsa. Samtidigt ser vi ett minst lika allvarligt och vanligt problem där personer med psykisk ohälsa alltför ofta faller mellan stolarna. Det vill säga att ingen specifik myndighet, vårdgivare eller handläggare utövar någon faktiskt diskriminering, men ingen har heller stöttat eller tagit emot en tillräckligt trots ens upprepade rop på hjälp. Här krävs en samhällelig översyn så att ingen människa riskerar att hamna i social isolering eller hälsofarliga situationer.

KOMPETENSUTVECKLING, INDIVIDANPASSNING OCH BRUKARINFLYTANDE BEHÖVS

Det saknas kunskap om hur man bäst bemöter personer med psykiska/kognitiva funktionsnedsättningar hos dem som möter målgruppen. Som ett av många exempel kan nämnas hur möten läggs upp, där det kan vara särskilt viktigt att man hjälper personen med en påminnelse inför mötet, att personen kan få information inför mötet för att kunna förbereda sig, att man anpassar kommunikationen till personens behov, att mötet har en tydlig struktur, att personen efter mötet får en sammanfattning av det som sagts, att verksamheten inte lägger ned kontakten trots att personen missar mötet, osv. Här behövs kompetensutveckling av yrkesverksamma, individanpassning och brukarinflytande. Verksamheter har allt att tjäna på att följa upp hur just brukarna själva uppfattar verksamheten och bemötandet – och sedan agera efter det. Brukarnas upplevelse är den mest intressanta måttstocken på hur en verksamhet fungerar.

De behov vi överlag ser som mest trängande för att värna rättigheter för personer med psykisk ohälsa kan sammanfattas som ökad kunskap om psykisk funktionsnedsättning, förbättrad tillgänglighet, stärkt juridiskt skydd och utökat samhälleligt stöd samt kvalitetsarbete med mycket brukarinflytande.

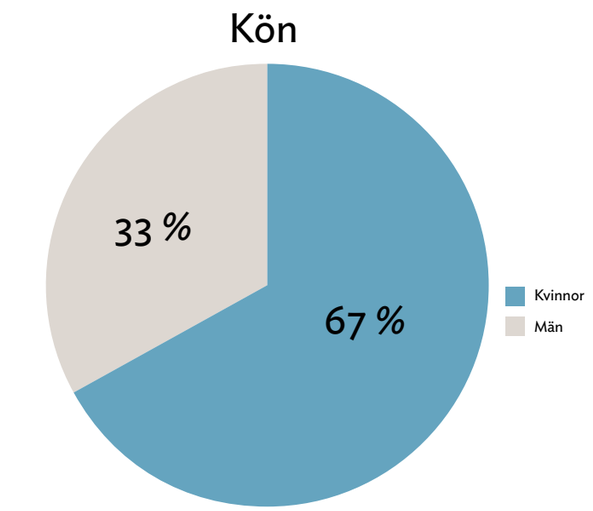
MÖJLIGHETER OCH FÖRSLAG PÅ ÅTGÄRDER

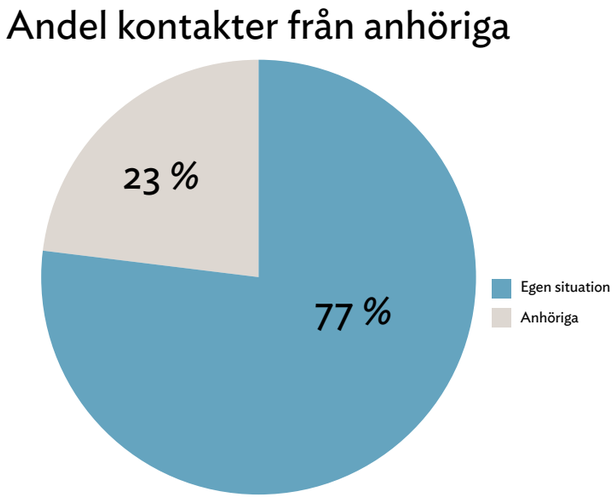
I den här rapporten kompletterar vi sammanställning av forskningen med projektet Din Rätt:s egna iakttagelser. Under varje enskilt samhällsområde lyfter vi specifika frågor att fundera över som yrkesverksam och i slutet av rapporten finns de åtgärder som vi ser behov av vad gäller alla samhällsområden som lyfts. I slutet av rapporten presenterar vi ett antal möjligheter för att makthavare (i riksdag, regering, kommunpolitiken, rättsväsendet, osv) ska kunna skydda rättigheter för personer med psykisk ohälsa på ett strukturellt

plan. Men även om du läser i egenskap av en annan yrkesroll än som makthavare har du en värdefull chans att försöka vidta åtgärder för att diskriminering inte ska ske i just den verksamhet du arbetar i. När vi säger att alla behöver veta mer kan det innebära något så enkelt som att alltid ställa frågor om kvaliteten på den egna verksamheten till de som verksamheten är till för.

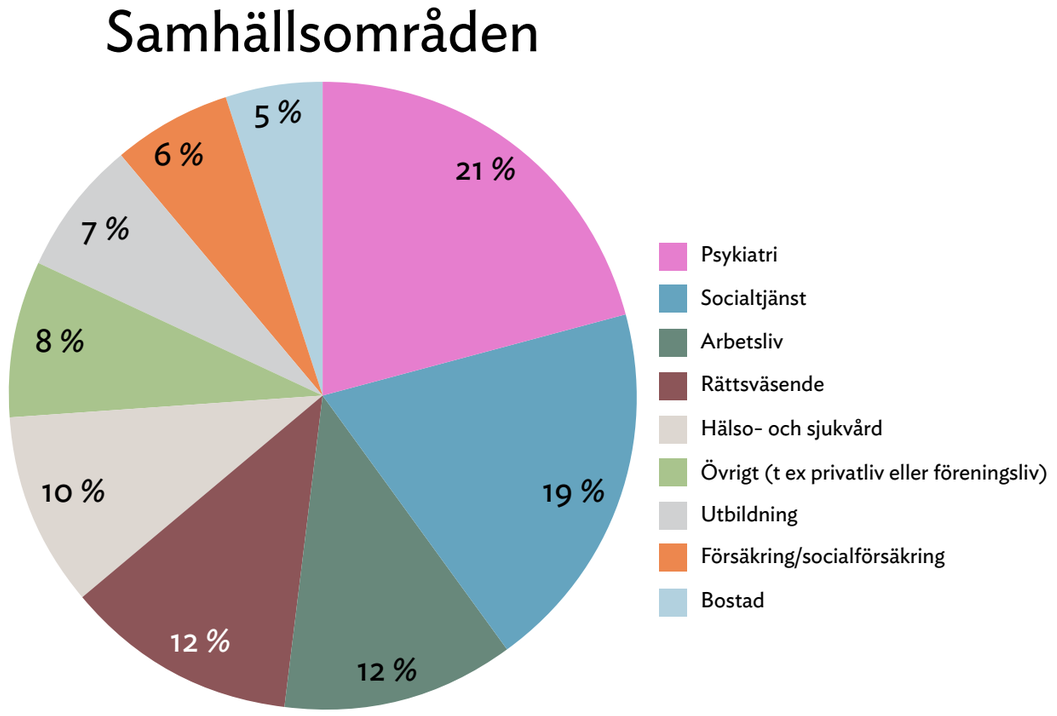
Med den här kunskapssammanställningen vill vi visa hur allvarligt problemet med diskriminering i samband med psykisk ohälsa är – och att det är fullt möjligt att lösa.

Johanna Wester, projektledare och Nicole Wolpher, socionom
Projektet Din Rätt





STATISTIK ÖVER DE FRÅGOR SOM CA 450 PERSONER HAR VÄNT SIG TILL VÅR KOSTNADSFRIA RÅDGIVNING MED
En genomsnittlig antidiskrimineringsbyrå, som till skillnad från oss arbetar med alla diskrimineringsgrunder, får in ca 250 ärenden på samma tid – cirka 2 ½ år.



Inledning

Christoffer blev av med jobbet när han berättade att han hade fått diagnosen adhd.
Elin lever med bipolaritet och fick sämre vård än andra när hon drabbades av en muskelsjukdom.
Filip som har Aspergers syndrom har fått kämpa hårt mot myndigheterna för att få rätt till bostad. Han anmälde kommunen till länsstyrelsen och fick rätt efter 2,5 år.

Det är tre exempel på diskriminering av personer med psykisk ohälsa. Det som har hänt dem är förbjudet enligt lag. Ibland kan diskriminering vara uttalat och konkret, och ibland är det mellan raderna och svårt att sätta fingret på. Det kan se väldigt olika ut.

Det här är en rapport som beskriver hur det är att inte bli rättvist bemött i kontakter med vården, på arbetsplatsen eller i andra delar av samhället. Rapporten beskriver vad diskriminering är enligt lag och vad det finns forskning om. Här kan du också läsa berättelser om olika personers upplevelse av diskriminering och hur myndigheter, arbetsgivare, utbildningsinsatser och andra organisationer kan arbeta för att det ska bli bättre.

Våra avsikter med kunskapssammanställningen är att belysa dels individuell diskriminering och dels möjliga risker för strukturell diskriminering, det senare genom att beskriva levnadsförhållanden för personer med psykisk ohälsa i stort.

Vi hoppas att sammanställningen ska öka kunskapen om att diskriminering av personer med psykisk ohälsa finns, och att det ska leda till att diskrimineringen minskar så att dessa personer i större utsträckning ska kunna få de möjligheter som vi har rätt till i livet.

VARFÖR SKA JAG LÄSA RAPPORTEN?

Psykisk ohälsa är vår tids största folkhälsoproblem. Nästan alla människor har erfarenhet av psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning, antingen personligen eller genom närstående. Många har också erfarenhet av psykiatrisk vård. Ändå omges psykisk ohälsa av okunskap, fördomar, rädslor och stigmatisering av dem som lever med det.

Diskriminering är dyrt. När personer med psykisk nedsättning står utanför arbetsmarknaden som ett uttryck för strukturell diskriminering så kostar det. OECD[2] redovisar att kostnaderna för den psykiska ohälsan i Sverige per år beräknas uppgå till över 70 miljarder (OECD 2012). Hälften av dessa kostnader hänförs till produktionsbortfall relaterade till kostnader för sjukfrånvaro. Psykisk ohälsa är numera den vanligaste orsaken till att personer i arbetsför ålder i Sverige står utanför arbetsmarknaden.

Alla tjänar på att allas förmågor tas till vara. Aristoteles lyfte fram detta redan för två tusen år sedan, då han uppmärksammade att många som blivit framstående inom filosofi, politik, poesi eller konst var melankoliker.

Nu har forskningen visat att det finns ett samband mellan kreativitet och psykisk ohälsa. Genom att ta tillvara människors olika förmågor kan samhällets unika talanger kan komma till sin rätt. Leonardo da Vinci, Walt Disney och Selma Lagerlöf hade alla inlärningssvårigheter. Tomas Edison blev relegerad från skolan vid sju års ålder. Senare har han tagit patent på fler än två tusen uppfinningar och har upplyst oss alla genom att uppfinna glödlampan.

Diskriminering är olagligt. Den svenska välfärden är en av de mest omfattande i världen och folkhälsan har i stort förbättrats avsevärt med undantag för den psykiska hälsan. Situationen för personer med psykisk ohälsa uppfattas av många som djupt otillfredsställande och sämre än vad den hade behövt vara (SKL 2012; Vårdanalys 2014a). Att främja bättre psykisk hälsa och motverka den ökande psykiska ohälsan är från ett folkhälsoperspektiv en av välfärdssamhällets största utmaningar. Förutom ett stort mänskligt lidande för den som drabbas av psykisk ohälsa och sjukdom, och deras närstående, får det också långsiktigt mycket negativa effekter på hela välfärdssamhället.

Psykisk hälsa bör också diskuteras från andra perspektiv än enbart medicinska. En sjukdom är individens egen, och antyder att något ska eller kan lindras/botas/rehabiliteras, till skillnad från det bredare synsättet att människor är olika och att samhället bör anpassa sig till den mängd funktionsvariationer som existerar.

2 Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling.

DISPOSITION

Härnäst presenteras kunskapsöversiktens syfte samt kortfattat vilken metod som ligger till grund för den. Sedan beskrivs de centrala begreppen psykisk ohälsa och psykisk funktionsnedsättning. Efter det följer en översiktlig genomgång av diskrimineringslagen.

Därefter följer ett avsnitt om mörkertal och stigma. Sedan kommer åtta kapitel med fördjupande nedslag i områdena utbildning, arbetsliv, ekonomi, fritid, boende och familj, somatisk vård, psykiatri, kontakter med rättsväsende och socialtjänst. Ett kapitel presenterar även resultatet från en enkätundersökning som NSPH gjort med 196 kommuner.

Efter varje kapitel om ett samhällsområde följer projektet Din Rätt:s egna kommentarer.

Slutligen följer en avslutande diskussion och till slut en lista på rekommendationer som grundar sig på resultatet i rapporten. I bilagorna hittas vad det finns kunskap om, vilka kunskapsluckorna är, genomgång av relevanta lagar, genomgång av relevant terminologi, mer om vilken metod vi har använt samt en lista över förkortningar.

SYFTE

Syftet med översikten är att presentera den befintliga kunskapen om strukturell diskriminering på grund av psykisk ohälsa. Rapporten fokuserar på ekonomi, hälsa, fritid, utbildning och arbete, vilka alla är områden med grundläggande betydelse för våra livsvillkor.

METOD

Genom sökningar i akademiska databaser och bevakning av ett urval av svenska myndigheter och organisationer har drygt 200 relevanta artiklar och publikationer sedan 2005 identifierats. Kunskapssammanställningen bygger främst på svenska studier, men det finns mycket spännande att läsa om diskriminering även internationellt, inte minst inom forskning om fysisk vård. Läs mer om metoden och underlaget i bilaga 3.

Projektet Din Rätt har under sina tre år varit i kontakt med flera tusen personer som lever med psykisk ohälsa och deras anhöriga. Bland annat har cirka 450 personer vänt sig till den kostnadsfria rådgivning om rättigheter som vi har haft öppen två timmar om dagen från måndag till torsdag i nästan två och ett halvt år. Cirka 50 anonyma erfarenheter av upplevd diskriminering har också skickats in till oss. Varje kapitel i den här rapporten inleds med exempel på hur de berättelserna har sett ut. De flesta av dem är lätt modifierade för att avsändaren inte ska kunna identifieras.

Vad är psykisk funktionsnedsättning?

Det råder osäkerhet kring vad som avses med begreppen psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd. Gemensamma definitioner är en förutsättning för en bra dialog mellan forskare, politiker, allmänhet och personer som arbetar inom fältet.

VAD ÄR PSYKISK HÄLSA?

Hälsa är en komplex helhet, som består av delar som överlappar varandra. En god hälsa är en subjektiv upplevelse av välbefinnande på flera plan som växlar över livet och som påverkas av personliga förhållanden och förutsättningar. Världshälsoorganisationen (WHO) definierade hälsa så här år 1948:

Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning.

Enligt WHO är hälsa en rättighet för alla människor i världen, oberoende av ålder, kön, religion eller om man har funktionsnedsättningar. Psykisk hälsa innefattar alltså något mer än frånvaro av psykisk ohälsa och inbegriper både individens upplevelse och relationen mellan individen och det sociala sammanhang han eller hon lever i.

I WHO:s definition finns tre viktiga aspekter. För det första har fysiska, psykiska och sociala faktorer betydelse. För det andra beskrivs ett ”tillstånd av välbefinnande”, vilket innebär att hälsa är knutet till upplevelse. Våra upplevelser av välbefinnande är djupt personliga och påverkas av livssituation, erfarenheter och förväntningar. För det tredje är inte hälsa ”endast motsatsen till sjukdom eller funktionsnedsättning”. Detta gör det tydligt att hälsa är något som kan uppnås även om man är sjuk eller har en funktionsnedsättning (Habilitering & Hälsa 2016). Att exempelvis ha adhd kan leda till ohälsa men behöver inte göra det. På liknande sätt är personer med ett affektivt tillstånd i regel frisk mellan skoven.

Det fysiska välbefinnandet kan påverka det psykiska och det sociala välbefinnandet kan påverka det fysiska. Upplevd hälsa kan vara att få fokusera på annat än på det som inte fungerar och kanske istället lägga energin på att utveckla det man är bra på. Det kan innebära att få hjälpmedel som underlättar livet eller behandling som minskar smärta. Det kan vara att få hjälp med sömnsvårigheter eller dålig aptit (Habilitering & Hälsa 2016).

VAD ÄR PSYKISK OHÄLSA?

Psykisk ohälsa är ett begrepp med otydlig innebörd (Socialstyrelsen (2013j). Någon klar definition av begreppet psykisk ohälsa finns inte, vare sig medicinskt eller juridiskt. Psykisk ohälsa är ett mycket vidare begrepp än psykisk funktionsnedsättning. Begreppen kan överlappa varandra och en psykisk funktionsnedsättning kan leda till psykisk ohälsa. Var gränsen går mellan vardagens påfrestningar och ett psykiskt sjukdomstillstånd är ofta flytande. Det finns inga entydiga kriterier för att skilja på vad som kan uppfattas som normala eller adekvata reaktioner på belastning och vad som kan uppfattas som psykisk ohälsa (FORTE 2015).

> *Var gränsen går mellan vardagens påfrestningar och ett psykiskt sjukdomstillstånd är ofta flytande.*

Vanligtvis brukar man i benämningen psykisk ohälsa inkludera allt från nedsatt psykiskt välbefinnande, till exempel i form av oro och nedstämdhet, till allvarliga psykiska ohälsotillstånd som schizofreni eller förstämningssyndrom. Psykisk ohälsa används med andra ord som ett samlingsbegrepp för mindre allvarliga psykiska besvär och mer allvarliga symptom, som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos eller psykisk funktionsnedsättning. De psykiska besvären, som till exempel oro och nedstämdhet, kan vara normala reaktioner på en påfrestande livssituation och är ofta övergående. Det är viktigt att inte sjukdomsförklara det som är normala reaktioner i livet, samtidigt som tidig identifiering av psykiatriska tillstånd kan påverka prognosen positivt. Alla människor som har psykisk ohälsa har inte per definition en psykiatrisk diagnos och alla människor som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos tillhör inte målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning (SKL 2012).

När vi här pratar om psykisk funktionsnedsättning kan det exempelvis handla om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som ADHD, Aspergers syndrom och andra autismtillstånd, men också andra psykiska funktionsnedsättningar som exempelvis långvarig depression, psykossjukdom, bipolaritet, schizofreni eller emotionellt instabilt personlighetssyndrom (tidigare borderline).

I rapporten kommer vi hädanefter att prioritera att använda det bredare begreppet psykisk ohälsa framför psykisk sjukdom. Vi kommer att fokusera på en definition av psykisk ohälsa som nedsatt psykiskt välbefinnande i samband med stress, utbrändhet eller ångest, samt negativa hälsoeffekter för individen som en följd av hens neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller psykiatriska diagnos. Med psykisk hälsa menar vi att uppleva sin tillvaro som meningsfull och att kunna använda sina resurser väl.

Diskriminering

Det finns en rad lagar som ska verka för att alla människor ska kunna uppnå delaktighet och jämlikhet i samhället och vars avsikt det är att skydda dem mot att bli diskriminerade. I Sverige är det inte tillåtet att till exempel missgynna eller trakassera någon på grund av en persons kön, etniska tillhörighet eller sexuella läggning. Detsamma gäller din religion eller annan trosuppfattning, könsidentitet, ålder och funktionsnedsättning (både fysisk och psykisk). Din rättighet att slippa diskriminering gäller inom många områden i samhället, bland annat i kontakter med myndigheter, inom hälso- och sjukvården, i skolan, på jobbet och i kontakter med socialtjänsten. Trots detta förekommer det diskriminering i samhället. Diskriminering kan delas upp i följande tre kategorier:

- Individuell
- Institutionell
- Strukturell

Individuell diskriminering syftar på de handlingar som utförs av enskilda medlemmar av en viss grupp och som avsiktligt har en särskiljande och skadlig effekt på medlemmar av andra grupper (SOU 2005:41). Ett exempel på individuell diskriminering kan vara människors positiva inställning till att det erbjuds adekvat boende för personer med psykisk ohälsa i samhället, samtidigt som de har åsikten att ett sådant boende inte ska vara förlagt i grannskapet (Björkman & Lundberg 2014). Institutionell diskriminering handlar om de dominerande institutionernas policy, rutiner, normer och arbetssätt samt de beteenden som utövas av individer som kontrollerar dessa institutioner (SOU 2005:41). Strukturell diskriminering syftar på samhällets institutionella ordning, normer och organisationsformer som indirekt och oftast oavsiktligt diskriminerar personer såväl som grupper med en annan [...] bakgrund än majoritetssamhället (SOU 2005:41). Strukturell diskriminering kan till exempel visa sig i mindre resurser till områden som sysslar med diskriminering i samhället (Björkman & Lundberg 2014). Skillnaden mellan strukturell och institutionell diskriminering är inte självklar. De båda begreppen går in i varandra. Inte ens inom forskningen anser man att det är fruktbart att försöka definiera dem var för sig (SOU 2005:41).

Detta blir tydligt i kommittédirektiven till utredningen Det blågula glashuset, i vilken det ges följande definition: ”Med strukturell diskriminering [...] avses således i dessa utredningsdirektiv regler, normer, rutiner, vedertagna förhållningssätt och beteenden i institutioner och andra samhällsstrukturer som utgör hinder för [...] minoriteter att uppnå lika rättigheter och möjligheter som majoriteten av befolkningen har. Sådan diskriminering kan vara synlig eller dold och den kan ske avsiktligt eller oavsiktligt.” (SOU 2005:56)[3].

3 Denna definition är numera något förlegad och gränserna mellan vilka som ingår i majoritetsgruppen respektive minoritets gruppen är inte självklar.

Strukturell diskriminering innebär med andra ord att principen om människors lika värde inte upprätthålls, och det är därför ett allvarligt demokratiskt problem för hela samhället och inte enbart för de grupper som drabbas. Strukturell diskriminering handlar därför till stor del om att lagar, föreskrifter och principer som redan finns inte efterlevs och diskriminering blir ett mönster (SOU 2005:56).

DISKRIMINERINGSLAGEN

Diskrimineringslagen (SFS 2008:567) trädde i kraft den 1 januari 2009. Lagen ersatte jämställdhetslagen och sex andra civilrättsliga lagar. Diskriminering handlar om trakasserier, indirekt/direkt diskriminering och bemötande. En förenklad beskrivning av diskriminering enligt diskrimineringslagen är enligt Diskrimineringsombudsmannen DO att någon missgynnas eller kränks. Diskriminering kan också beskrivas som när fördomar och okunskap sätts i handling, eller som att ta ovidkommande hänsyn till något på ett sätt som skapar osaklig särbehandling.

Missgynnandet eller kränkningen ska ha samband med någon av de sju diskrimineringsgrunderna:

- kön
- könsöverskridande identitet eller uttryck
- etnisk tillhörighet
- religion eller annan trosuppfattning
- funktionsnedsättning
- sexuell läggning
- ålder

Diskriminering kan ta sig sex former och ibland gör de det i kombination. Den kan vara direkt eller indirekt. Även bristande tillgänglighet, trakasserier, sexuella trakasserier och instruktioner att diskriminera är former av diskriminering. Direkt diskriminering är den klassiska form av diskriminering som man oftast avser när man pratar om orättvisor – ett tydligt missgynnande av någon av en oskälig anledning. Indirekt diskriminering kan ha skett när en individ missgynnas av en bestämmelse som påverkar gruppen som personen tillhör på ett neutralt eller positivt sätt, dvs. när diskrimineringen i ett andra led blir en följd av ett beslut.

Diskrimineringslagen förbjuder diskriminering i relation till de samhällsområden som täcks av lagen.

- arbetslivet
- utbildning
- arbetsmarknadspolitisk verksamhet och arbetsförmedling utan offentligt uppdrag
- start eller bedrivande av näringsverksamhet
- yrkesbehörighet
- medlemskap i vissa organisationer
- varor, tjänster och bostäder (utanför privat- och familjelivet)
- anordnande av allmän sammankomst eller offentlig tillställning (exempelvis konserter, marknader eller mässor)
- hälso- och sjukvården
- socialtjänsten, färdtjänst och bostadsanpassningsbidrag
- socialförsäkringssystemet (Försäkringskassans tjänster)
- arbetslöshetsförsäkring
- statligt studiestöd
- värn- och civilplikt.

Det finns också skyldigheter att arbeta förebyggande för arbetsgivare och utbildningsanordnare (de så kallade aktiva åtgärdskraven). Diskrimineringslagen innehåller även ytterligare en bestämmelse om förbud mot diskriminering när offentligt anställda möter allmänheten. Denna bestämmelse gäller bara inom den offentliga sektorn och kompletterar de diskrimineringsförbud som gäller inom ovanstående områden. De som omfattas av förbudet är anställda inom stat, kommun och landsting. Förbudet gäller framförallt hur anställda bemöter allmänheten när de ger upplysningar, vägledning, råd eller annan sådan hjälp.

Diskrimineringslagen reglerar inte det som händer mellan privatpersoner när det till exempel handlar om hur grannar eller släktingar behandlar varandra. Inte heller innehållet i reklam, och TV, radio, sociala medier och tidningar omfattas av diskrimineringsförbudet. Det finns däremot andra lagar och regler som sätter gränser för till exempel ageranden mellan privatpersoner och för vad som får skrivas och sägas i reklam och media.

Enligt diskrimineringslagen definieras funktionsnedsättning så här:
”...varaktiga fysiska, psykiska eller begåvningsmässiga begränsningar av en persons funktionsförmåga som till följd av en skada eller en sjukdom fanns vid födelsen, har uppstått därefter eller kan förväntas uppstå.”
Praxis är dock att det kan räcka med eventuell varaktighet enligt lagen, eftersom det inte är nivån av funktionsnedsättningen som är viktig utan själva förekomsten. Båda dessa faktum behöver bli mer kända så att personer med psykisk ohälsa förstår att de faktiskt kan ingå i målgruppen.
I och med att EG-domstolen har fastslagit en definition av begreppet funktionsnedsättning, blir denna definition styrande vid tolkningen av medlemsländernas nationella lagstiftning på området. Om den svenska definitionen av funktionsnedsättning inte skulle anses vara förenlig med unionsrätten ska unionsrätten alltså äga företräde.
Vid årsskiftet 2015/2016 trädde lagen om att otillgänglighet ska klassas som diskriminering i kraft. I praktiken innebär den att en aktör kan ställas inför domstol om den inte vidtagit skäliga åtgärder för att göra en verksamhet tillgänglig.
När det gäller diskriminering i arbetslivet är de svenska lagar som ska främja personer med funktionsnedsättnings rättigheter, bland annat diskrimineringslagen (SFS 2008:567) och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (SFS 1993:387). Även lagen om anställningsskydd (SFS 1982:80) är aktuell här då den stadgar höga krav på arbetsgivaren att uttömma alla möjligheter till omplacering eller anpassning inom verksamheten innan en anställd kan sägas upp av personliga skäl som till exempel långvarig, nedsatt arbetsförmåga till följd av psykisk ohälsa. I arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160) och socialförsäkringsbalken (SFS 2010:110) stadgas att det är arbetsgivarens ansvar att förebygga ohälsosamma arbetsförhållanden och undersöka möjligheter att anpassa arbetsmiljön. För att kunna leva upp till dessa skyldigheter krävs dock att arbetsgivaren känner till den anställdes behov av rehabilitering eller anpassning. Vidare stadgas intressant nog i både lag om sjuklön (SFS 1991:1047) och offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400) att arbetsgivaren har tystnadsplikt och inte får röja uppgifter om exempelvis en medarbetares ohälsa. Det underbygger ett antagande om att ohälsa och funktionsnedsättningar är något privat som man inte vill att andra på jobbet ska känna till (Norstedt 2016).

DO-ANMÄLNINGAR

Under 2014 fick DO in sammanlagt 1 810 anmälningar om diskriminering. Det är inte möjligt att ta ut exakt statistik på de ärenden som gäller just personer med psykisk ohälsa, men de är till antalet relativt få. Det finns flera tänkbara teorier kring varför så är fallet, enligt utredaren Olle Andersson Brynja. Möjligen är kunskapen låg om att man kan anmäla att man har blivit diskriminerad. Det kan också finnas andra hinder som gör att drabbade personer inte kontaktar DO. Många vågar troligen inte ens berätta för sin arbetsgivare att de har en psykisk funktionsnedsättning. Då kan det kanske kännas svårt att dra igång den

process som det innebär att anmäla till DO. En annan aspekt som kan verka försvårande är att systemet/sättet att göra en anmälan verkar som ett hinder i sig, att den potentielle anmälaren helt enkelt finner det för svårt, krångligt eller ansträngande (NSPH 2016

Engwall (2014) har granskat individanmälningar som har samband med både fysiska och psykiska funktionsnedsättningar år 2012 för att öka kunskapen om processer och kontexter som personer med funktionsnedsättning beskriver som diskriminerande. Rapporten bygger på en kvalitativ analys av samtliga 485 stycken anmälningar som inkom till DO under 2012 och som har samband med diskrimineringsgrunden funktionsnedsättning, vilket utgör ungefär en tredjedel av alla anmälningar som inkom till DO samma år. Analysen omfattar alla ärenden under denna period.

I studien har anmälningarna delats upp i tre kategorier beroende på hur anmälaren beskriver sin upplevda diskriminering. Den första kategorin upplever att de tillskrivs kollektiva negativa föreställningar om funktionsnedsättningar. Diskrimineringen antas bottna i omgivningens okunskap och fördomar. Den andra handlar om att individer som använder sig av hjälpmedel nekas använda dessa. En återkommande upplevelse är att hinder uppstår när personer med funktionsnedsättning nekas att använda de hjälpmedel som de behöver, exempelvis i skolan.
Den tredje upplever att de har en funktionsnedsättning som berättigar till vissa rättigheter men att de nekas tillgång till dem. Det finns stora variationer avseende hur anmälarna definierar funktionsnedsättning. Den som vill få sin diagnos accepterad stöder sig på en medicinsk definition medan den som anser att funktionsnedsättningen uppstår först då personen i fråga inte får tillgång till sina hjälpmedel hävdar en miljörelativ definition (Engwall 2014).

Upplevelsen uppges också kunna vara att anmälaren tillskrivs fler funktionsnedsättningar eller sämre grad av funktionsförmåga än vad den själv identifierar sig med. Inom arbetslivet kan det rent konkret handla om upplevelser av att när arbetsgivare får information om anmälarens funktionsnedsättning avslutas plötsligt en provanställning. Grundorsaken upplevs då vara att arbetsgivaren brister i kunskap om funktionsnedsättningen eller tillskriver anmälaren större svårigheter än vad som är fallet. Ett annat konkret exempel är när skolpersonal bedömt att elever med olika funktionsnedsättningar inte kan följa med på utflykter eller friluftsdagar. I grunden upplevs bedömningen bygga på skolpersonalens okunskap och negativa föreställningar om elevers funktionsnedsättningar (Engwall 2014).

Flera olika mönster kan återfinnas i en och samma anmälan och går ibland delvis in i varandra. Rapporten visar även att föreställningar om flera diskrimineringsgrunder än funktionsnedsättning ofta samverkar i de anmälda händelserna. Exempelvis kan föreställningar om kön eller moderskap spela en betydande roll när socialtjänsten utreder föräldraförmågan hos mödrar med funktionsnedsättning. Det är därmed viktigt att ha i åtanke att flera diskrimineringsgrunder än funktionsnedsättning kan ha inverkan på de anmälda händelserna (Engwall 2014).

För att få hjälp går det att vända sig till flera instanser än dem som arbetar just med diskrimineringslagen, till exempel:
Fackföreningar (arbetslivet)
Lokal antidiskrimineringsbyrå (liksom de andra på listan driver en sådan byrå ens ärende kostnadsfritt, om det finns möjlighet till upprättelse)
Diskrimineringsombudsmannen (fåtal pilotfall)
Justitieombudsmannen (granskar myndigheter)
Inspektionen för Vård och Omsorg, IVO (tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården)
Patientnämnd (rådgivning om vården)
NSPH:s medlemsorganisationer

Mörkertal och stigma

Innan vi går vidare med en presentation av olika forskningsresultat vill vi påtala mer generella svårigheter som är förknippade med analys och tolkning av data om diskriminering. Det är svårt att få fram en samlad och detaljerad bild av läget. Vid tolkningar av den offentliga statistikens uppgifter om antal anmälda fall brukar man tala om mörkertal, d.v.s. den del av diskrimineringen som inte registreras.

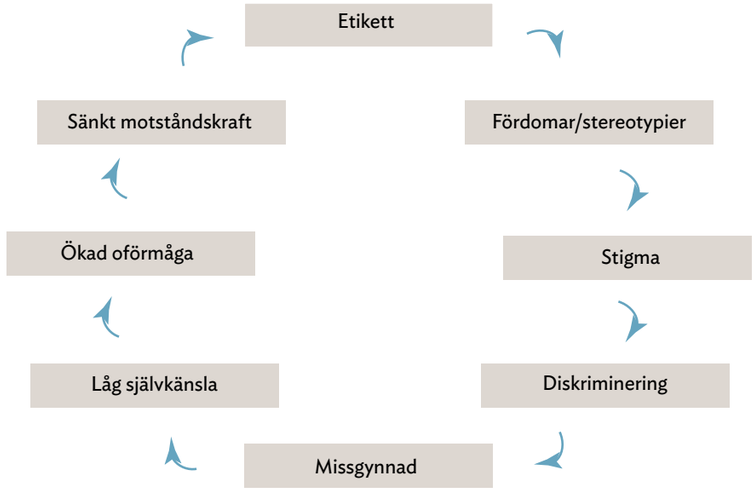
De undersökningar som finns använder sig av olika avgränsningar av målgruppen, vilket försvårar jämförelser, och det finns också svårigheter när det gäller bortfall och mörkertal som gör resultatet mindre tillförlitligt. Bland annat finns skäl att anta att de allra mest utsatta, de med svåra psykossjukdomar, inte är representerade överhuvudtaget i många undersökningar (Hjärnkoll 2013b; RSMH 2014).

Trots att det i alla nya policydokument fastslås att personer med psykisk ohälsa ska vara delaktiga i samhället och kunna leva ett liv som alla andra, finns det ibland ett dolt och ibland ett öppet motstånd mot dessa personer i samhället. Stigmatiserade personer blir oftare betraktade som mindre värda, kompromitterande och ibland inte ens som riktigt hela människor (Brunt och Hansson 2014). Enligt Hjärnkolls rapport Upplevd diskriminering bland personer med psykisk ohälsa (2012) hemlighåller tre av fyra personer sin psykiska ohälsa för sin omgivning. Nästan varannan upplever att andra människor någon gång har undvikit eller tagit avstånd från dem när de väl berättat. Man kan därför anta att det finns ett betydande gap mellan förekomsten av upplevd diskriminering och antal anmälningar som inkommer till myndigheterna.

> *”Ett flertal studier har visat att personer med ohälsa blir stigmatiserade och diskriminerade*

Det klassiska användandet av begreppet stigma (Goffman 1963/1972) innebär en undantagsstämpel som de ”normala” sätter på den som är socialt avvikande. Begreppet användes av antikens greker[4] för att påvisa något nedsättande om en persons status. Att en person var stigmatiserad markerades genom att man på kroppen skar in eller brände in tecken för att markera att den som hade märkena var en utstött, föraktad person som man gjorde bäst i att undvika. Idag är den fysiska märkningen avskaffad och begreppet stigma används oftast för att beskriva social utstötning och som ett fenomen kopplat till värderingar av sociala roller i samhället.

Ett flertal studier har visat att personer med ohälsa blir stigmatiserade och diskriminerade (Lundberg 2010; Thornicroft 2010; Jacobsson m.fl. 2013; Larsson & Sandlund 2013; Brain m.fl. 2014). Diskriminering kan också leda till psykisk ohälsa (Pascoe & Smart Richman 2009). Till exempel visar Winzer & Boström (2015) att diskriminering av HBTQ-personer kan leda till psykisk ohälsa. Lundberg använder i sin avhandling en modell för att åskådliggöra att vissa attribut kan trigga negativa stereotypier och alla individer med dessa attribut blir stigmatiserade (Figur 1).



Figur 1: Stigmats onda cirkel (Lundberg 2010:19)

Stigmatiseringen medför i sin tur att personen ifråga diskrimineras. Diskriminering kan komma till uttryck i form av exempelvis brister i vårdutbud eller i en social utstötning, som leder till låg självkänsla, ökad oförmåga och försämring av det tillstånd som var ursprunget till stigmatiseringsprocessen. Försämring av tillståndet (så som ökade symtom) ökar i sin tur risken för fortsatt stigmatisering. En ond cirkel har uppstått, som kan fortgå och fördjupas. Det är emellertid möjligt att gå in i vilken fas som helst för att bryta den onda cirkeln. Det grundläggande problemet är förstås att stigmatisering över huvud taget finns, men ett exempel kan vara när ett stigma har sin grund i beteendestörningar orsakade av biverkningar av psykofarmaka, då exempelvis ett medicinbyte kan ta bort själva symptomet för stigmatiseringen. Omgivningens reaktioner har stor betydelse för att höja acceptansen för funktionsvariationer genom t.ex. ökad kunskap i samhället. Det är också möjligt att genom till exempel lagstiftning hindra fortsatt diskriminering om själva triggern för stigmatiseringen inte kan elimineras.

Vad som framkommit i utländska studier är att graden av självdiskriminering är hög (Thornicroft 2010). Kanske är självstigmatiseringen den allra vanligaste diskrimineringen. Självstigmatisering betyder att man på grund av tidigare dåliga erfarenheter begränsar sig själv. Man låter bli att söka ett jobb, för man tänker att en arbetsgivare ändå aldrig skulle vilja anställa en. Man hemlighåller sina diagnoser av rädsla för att andra personer inte ska vilja umgås med en om de visste. Självstigmatisering är en diskriminering som är svår att förändra, för den handlar så om den egna självkänslan och känslan av eget värde. Thomas Scheff (1966) menar att en psykiatrisk diagnos fungerar som en av samhällets undantagsstämplar som hindrar eller utesluter individen från att ha vissa sociala roller i samhället.

4 Begreppet i plural stigmata använts på senare kristen tid, föra att beskriva ett omdebatterat fenomen där Kristus sår anses framträda på någons kropp.

Studier visar att personer med psykisk ohälsa ofta förväntar sig att bli nedvärderade och diskriminerade även i situationer där man tidigare inte haft personlig erfarenhet av det (Björkman & Lundberg 2014).

En studie av Hult & Krus (2010) undersöker om personer med schizofreni i Sverige upplever stigmatisering, diskriminering och självdiskriminering på grund av sin psykiska ohälsa. Instrumentet som användes var intervjuguiden DISC-12. Studien bygger på intervjuer med 33 personer med schizofreni. Resultatet visar att det förekommer stigmatisering, diskriminering och självdiskriminering bland personer med schizofreni i Sverige. En majoritet av respondenterna hade upplevt att människor som visste om diagnosen, undvikit dem eller tagit avstånd och flertalet hade även upplevt sig orättvist behandlade av personal i psykiatrin, av vänner och under sin utbildning. Självdiskriminering var störst när det gällde att inleda en nära relation. En majoritet hade även dolt sina psykiska problem för andra människor.

CEPI (Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser) är ett nationellt kunskapscentrum för att främja forskning, kunskapsspridning och implementering av psykosociala insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning. År 2012 och 2014 intervjuade CEPI personer med psykisk ohälsa 2012 om upplevd diskriminering. De kom bland annat fram till att personer med psykisk ohälsa tyckte att diskrimineringen var svårast i de nära kontakterna, bland familj och vänner. De upplevde att de inte blev förstådda och lyssnade på. Även inom psykiatrin och som vårdtagare på andra områden var upplevelsen av diskriminering stor. Inom arbetslivet var siffrorna också höga. Nästan fyra av tio upplevde att den psykiska ohälsan påverkade om de kunde få eller behålla ett arbete. Varannan hade erfarenhet av att arbetskamrater hade undvikit dem eller tagit avstånd från dem (CEPI 2012, 2014).

Att psykisk ohälsa ofta upplevs som något skamfullt är ett av skälen till att det finns ett gap mellan den upplevda diskrimineringen på grund av psykisk ohälsa och antalet anmälningar av densamma. Utöver det stigmat påverkar en rad andra faktorer huruvida en händelse anmäls eller inte. Till exempel händelsens grovhet, om det kan löna sig ekonomiskt att göra en anmälan (t.ex. möjlighet till ersättning från försäkring), på den generella normbildningen i samhället och om det finns ork hos den som utsatts att anmäla/driva frågan. Vad som uppfattas och definieras som diskriminering är kontextberoende. Samma typ av händelse kan beroende på vem som blir utsatt, händelseplats och gärningsperson, uppfattas på olika sätt.

Förutom att begreppet diskriminering har olika innebörd för olika personer och varierar beroende på vem som utsätts och vem som utövar diskriminering kan även uppfattningen av vad som är diskriminering variera över tid. Det är alltså viktigt att komma ihåg att statistiken inte direkt återspeglar omfattningen av samtliga diskrimineringsärenden utan snarare kan karaktäriseras som en ”social produkt”.

Att inte synas i statistiken är en sak men det motsatta förekommer också. Att vissa grupper omotiverat synliggörs mer än andra. Ett exempel på stigmatisering från myndigheter är det register Stockholmspolisen förde över kvinnor som led av en psykisk åkomma och som blivit utsatta för misshandel (Borg & Johansson 2015). Registret beskrev dessa kvinnors bakgrund, deras religiösa tro och psykiska ohälsa samt hur detta kunde påverka deras trovärdighet. I registret beskrevs dessa individer bland annat som ”krångliga” och ”besvärliga”. Den här typen av diskriminering är bara en liten del av den stigmatisering av psykiskt sjuka som förekommer i samhället och det leder inte bara till att dessa individer ofta undviker att anmäla brott de blivit utsatta för eller att söka vård, utan det medför också problem för att synliggöra den här typen av diskriminering.

Utbildning

”När jag gick på högskolan hade jag en lärare som ofta underkände mig fast jag svarat precis likadant som andra elever. Efter två år bytte jag till slut skola. Då fick jag rätt betyg från dag ett och kunde äntligen börja sträva mot att ta examen.”

”I samband med att jag börjar studera vård på Komvux blev jag ombedd att fylla i en blankett hos studievägledaren om ifall jag hade en funktionsnedsättning. Men när jag berättade att jag hade Aspergers fick jag mest kritik och inget egentligt stöd. Istället fick jag höra, av just studievägledaren, att jag inte skulle klara av kurser som jag var intresserad av. När jag invände mot det tog rektorn själv kontakt med mig på telefon och sa att jag inte skulle klara dem. Att jag inte skulle komma in på den kursen, fast jag hade betyg som borde räcka. Jag fick också höra att jag inte var lämplig för att jobba i vården, men varför det skulle vara så fick jag ingen förklaring till. Jag blev också uppmanad att skicka in ett läkarintyg för att bevisa att jag skulle kunna praktisera i psykiatrin. Min läkare var den som informerade mig om att skolan inte fick göra så.”

GRUNDSKOLA

Skollagen innehåller bestämmelser om vilka skyldigheter skolor har och vilka rättigheter elever har. Av lagen framgår bland annat att skolan ska ge alla barn och elever den ledning och stimulans som de behöver i sitt lärande och i sin personliga utveckling. Skollagen säger att alla elever ska få stöd och stimulans för att utvecklas så långt som möjligt. De som når de lägsta kunskapskraven ska också stimuleras för att nå högre mål. Om en elev riskerar att inte nå kunskapskraven, ska han eller hon snabbt få stöd i form av extra anpassningar. Dessa anpassningar ska sättas in skyndsamt och utvärderas löpande.

Barn- och elevombudet (BEO) Caroline Dyrefors Grufman har i rapporten Respekt (BO 2016) fokuserat på unga med funktionsnedsättning. I mötet med 97 barn och unga har de tagit reda på vad samhället behöver göra för att dessa barn och unga ska få det bättre. Slutsatsen är att det krävs genomgripande förändringar i attityder, kunskap och lagstiftning om barnkonventionen ska förverkligas för barn med funktionsnedsättning. I grunden handlar det om att barn med funktionsnedsättning har samma rätt till en egen identitet, till utveckling och till skydd som alla andra barn. BO riktar skarp kritik och menar att det krävs genomgripande förändringar i attityder, kunskap och lagstiftning om barnkonventionen ska förverkligas för barn med funktionsnedsättning. Förslagen till förbättring är de här:

Rätten till identitet
- Tydliggör barns rättigheter i nationell strategi för funktionshinderpolitiken.
- Utred hur barns rätt till information och delaktighet kan stärkas i lagstiftningen.
- Skärp kompetenskraven för professionella som arbetar med barn.
- Informera barn om sina rättigheter och ge Barn- och elevombudet rätt att driva enskilda ärenden.

Rätten till utveckling
- Följ upp kunskapsresultat och möt barn med förväntningar.
- Förbjud skolor att neka barn plats på grund av funktionsnedsättning.
- Analys och åtgärder mot obefogade skillnader mellan flickor och pojkar i diagnostisering och stöd.
- Stärkt stöd till barnens föräldrar: samordnare och utbildning.

Rätten till skydd
- Den nationella strategin för funktionshinderspolitiken och strategin mot mäns våld mot kvinnor måste uppmärksamma barn med funktionsnedsättnings utsatthet för våld i nära relation.
- Elevhälsa tillgänglig på barnens villkor.
- Barn med funktionsnedsättning ska inte ha sämre skydd än andra barn mot kränkningar i skolan.
- Inför tydligt förbud i skollagen mot allt våld.
- Förbjud isolering av barn i samhällsvården.

Skolinspektionen (SI) och diskrimineringsombudsmannen (DO) är de som tar emot flest anmälningar om att skolan inte uppfyller de grundläggande skolrättigheterna:
- rätt till frihet från kränkningar,
- rätt till tillgänglighet så att eleven kan vistas i skolmiljön,
- rätt till en utbildning utformad så att eleven kan lära sig.

Alla myndigheter i landet som ska se till att lagarna i skolan följs har i första hand ett förebyggande uppdrag. Diskrimineringsombudsmannen beskriver det till exempel som att ”DO:s uppdrag är enligt diskrimineringslagen att i första hand få dem som omfattas av lagen att frivilligt följa den.” Den 1 januari 2015 skärptes diskrimineringslagen och många kände hopp om de elever som inte klarar skolan. T. ex. de som inte klarar storklass, de som inte klarar skolans fysiska miljö, de som inte får undervisningsformerna anpassade för att kunna lära sig. ”Det nya förbudet mot diskriminering skulle bli en viktig signal till samhällets aktörer om att det är hög tid att göra samhället tillgängligt så att alla oavsett funktionsförmåga kan delta på likvärdiga villkor”, sa Agneta Broberg, diskrimineringsombudsman, om lagändringen.

Anmälningar till Skolinspektionen och Barn- och elevombudet
Vem som helst kan göra en anmälan till Skolinspektionen och Barn- och elevombudet om upplevda missförhållanden i skolan eller förskolan. Under 2015 kom det in 4035 anmälningar till Skolinspektionen och Barn- och elevombudet. De vanligaste orsakerna var upplevd kränkande behandling (38 procent) och att eleven inte ansågs få det stöd den behövde (25 procent). Hälften av anmälningarna rörde utsatta pojkar och en tredjedel flickor. Övriga rörde flera elever eller så framgår inte uppgiften i anmälan. Det är 2,5 gånger vanligare att Skolinspektionen får in anmälningar som rör elever i grundskolan, jämfört med gymnasieskolan, sett till antal anmälningar per 1000 elever (Skolinspektionens statistik 2015).

Kränkande behandling
Förutom diskrimineringslagen skyddar även Skollagen mot kränkningar, diskriminering och trakasserier i skolan. Bestämmelser om åtgärder mot kränkande behandling finns i 6 kap. skollagen.

”Kränkande behandling är ett uppträdande som kränker ett barns eller en elevs värdighet. Kränkningarna kan bestå av till exempel nedsättande ord, ryktesspridning, förlöjligande eller fysiska handlingar. De kan äga rum vid enstaka tillfällen eller vara systematiska och återkommande. Det är absolut förbjudet för personalen i skolan att utsätta barn eller elever för kränkningar.

Den som är ansvarig för skolan ska arbeta förebyggande för att motverka kränkande behandling. Skolan ska ta varje uppgift eller annan signal om att ett barn eller en elev upplever sig utsatt för kränkande behandling på allvar och utreda vad som ligger bakom. Om utredningen visar att kränkande behandling förekommer måste skolan vidta de åtgärder som behövs för att stoppa fortsatta kränkningar.”[5]

Alla verksamheter som lyder under skollagen, till exempel förskola, skola och fritidshem, måste varje år göra en plan mot kränkande behandling, och en likabehandlingsplan. Det finns inget som hindrar att planerna förs samman till en plan. Det viktiga är innehållet och att alla krav som ställs i lagstiftningen följs. Tanken är att planerna ska förebygga och förhindra kränkningar och diskriminering. Det ska finnas en plan för varje verksamhet och den ska anpassas till läget som råder där.

> *Alla verksamheter som lyder under skollagen, till exempel förskola, skola och fritidshem, måste varje år göra en plan mot kränkande behandling*

Kränkande behandling är den största kategorin när det gäller anmälningar till Skolinspektionen. År 2015 tog Skolinspektionen och BEO emot 1544 anmälningar om kränkande behandling. Det är en ökning med 17 procent jämfört med året innan. 10 procent av eleverna i årskurs 9 känner sig inte trygga i skolan och en av sju elever i samma årskurs känner sig ibland rädda för en annan elev (BEO 2016).

Antalet anmälningar har ökat varje år sedan BEO startade 2006. Det är svårt att säga om antalet anmälningar också avspeglar hur många elever som utsätts för mobbning och kränkningar. BEO anser att det är positivt att de här frågorna får uppmärksamhet och att fler elever och föräldrar förhoppningsvis får kunskap om sina rättigheter men det har även förmodligen påverkat antalet anmälningar (BEO 2016).

I skollagen står att det finns ett absolut förbud för personal att kränka elever. 40 procent av anmälningarna rör dock personal som har kränkt en elev. Det är huvudmännen som har huvudansvaret för att stoppa och förebygga kränkningar och mobbning i skolan. ”Tyvärr har det budskapet inte nått fram till alla. Varje vecka har jag kontakt med huvudmän som inte känner till sina skyldigheter, trots att lagen är mycket tydlig på den punkten”, säger BEO[6].

Tidigare forskning har visast att elevens situation inom skolan och skolklassen kan beskrivas både som en arbetsmiljö och en social arena som inte bara sammanhänger med prestationer utan även med deras psykiska hälsa. I kapitlet ”Social utsatthet i skolan. Erfarenhet av mobbning och psykisk hälsa bland vuxna” i Antologin Ojämlikhetens ansikte (Evertsson och Magnusson 2014) går författarna igenom forskning att mobbning och kränkningar i ung ålder på sikt har konsekvenser för den psykiska hälsan (Östberg m.fl.

5 https://www.skolinspektionen.se/sv/rad-och-vagledning/stallningstaganden/krankande-behandling/

6 http://www.elevhalsan.se/blogs/beo/anmalningar-om-krankande-behandling-fortsatter-att.htm

2014). Vi vet dock mindre om hur situationen i klassen eller skolan som helhet påverkar enskilda elevers hälsa (dvs. kontextens betydelse). Vilka typer av kontextuella effekter som har störst betydelse för elevers psykiska hälsa, hur vi ska förstå sådana effekter och på vilka sätt kontexten samspelar med elevens egen situation är en kunskapslucka.

Forskaren Bitte Modin är ansvarig inom forskningsprojektet ”Psykisk ohälsa inom skolans kontext”[7]. Enligt Modin vet vi ganska lite om hur skolan som helhet påverkar enskilda elevers hälsa. Att elever som utsätts för mobbning har sämre psykisk hälsa jämfört med andra elever är inte överraskande. En elev som mår dåligt till följd av mobbning kan betecknas som en individeffekt: mobbningen får konsekvenser för den direkt utsatta eleven. Men förekomsten av mobbning på en skola, eller i en klass, kan även få konsekvenser för hela skolans klimat och därmed “spilla över” på övriga elevers välbefinnande. Förekomsten av mobbing i klassen eller på skolan kan på så vis ge upphov till en försämrad psykisk hälsa också bland de elever som inte är direkt drabbade. Det handlar då om en kontextuell effekt.

Modin menar att även beträffande lärarstöd kan man, utöver dess betydelse för enskilda elever, anta att det finns kontextuella effekter på ”klasshälsan” i stort. Lärare som har tid att ge individuellt stöd i skolarbetet, eller som uppmärksammar elever som kan tänkas behöva lite extra support i vardagen, signalerar samtidigt till övriga elever i klassen att sådant stöd står att finna om så skulle behövas, något som kan vara stressreducerande i sig. Brist på stöd från lärare, har enligt Modin, i tidigare studier, visat sig vara kopplat till en försämrad psykisk hälsa hos högstadieelever. I Lärarförbundets rapport ”Lyssna på lärarna” (2013) svarade sex av tio lärare att det finns minst en elev i varje klass som inte får det stöd som eleven har rätt till. I rapporten uppger tre av fyra lärare att stödet skulle kunna förbättras om skolan hade mer resurser.

Många kommuner vet inte hur hög frånvaro elever i grundskolan har. Bara drygt hälften av landets kommuner samlar in frånvarostatistik. TNS Sifo har på uppdrag av den ideella föreningen Prestationsprinsen och Skandias stiftelse Idéer för livet undersökt den totala frånvaron i grundskolan under höstterminen 2015. Undersökningen indikerar att över 50 000 elever (mellanstadiet och högstadiet) har en stor frånvaro i Sverige idag. Över 14 000 av dem har en frånvaro på över 20 % (Öhman 2016). Enligt en kartläggning som Autism- & Aspergerförbundet gjorde 2013 gick mer än hälften av deras medlemmar ut grundskolan utan godkända betyg. Hälften av flickorna och en tredjedel av pojkarna i samma undersökning hade drabbats av hemmasittarproblematik, på grund av att skolan saknat kunskap om hur de hade kunnat ge eleverna stöd för att nå målen i skolan, eller att eleverna fått avslag på sina äskanden om extra stöd. Enligt undersökningen har 77% av de tillfrågade uppgett bristande autismkompetens som främsta orsaken till att eleven varit frånvarande (Autism & Aspergerförbundet 2013).

En undersökning som har gjorts vid Karolinska institutet (Barnevik-Olsson 2015) visar att fyra av fem som jobbar i skolan anser att de saknar tillräckliga kunskaper om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, som adhd och autismspektrumtillstånd. Barnombudsmannen Fredrik Malmberg har uttryckt att kunskapsbristen är så allvarlig att han vill se lagstiftning om mer NPF-kunskap i lärarutbildningen.

När skolan fungerar är den en viktig skyddsfaktor för barn och ungdomar. En rapport om så kallade hemmasittare[8] från Göteborgs stad (Hermansen & Dzanic 2015) ska skolan stå för lärande men även för hopp, gemenskap, positiva förväntningar, arbetsglädje samt förtroendefulla relationer till andra jämnåriga och vuxna. För att skolans ska kännas som

7 http://www.chess.su.se/research/projects/psychological-health-within-the-context-of-school-1.130193

8 I Sverige råder ingen enighet om hur vi ska benämna problematiken. Begreppet ”hemmasittare” är fortfarande det vanligaste men har fått viss kritik för att individualisera problemet. ELOF står för ”Elever med Långvarig Olovlig Frånvaro” men akronymen verkar inte riktigt fastna. Man pratar också om elever med problematisk frånvaro vilket breddar underlaget för insatser och metoder men som också gör specifika problem luddigare.

en trygg plats är det viktigt att barn och ungdomar upplever känslan av sammanhang. Skolans miljö måste vara begriplig och hanterbar. Om en elev inte upplever detta och dessutom har en svår livssituation i övrigt kan skolfrånvaro ses som en rimlig utväg ur elevens perspektiv. Detta kan ge en elev i kris. När vuxna hamnar i kris blir de sjukskrivna. Frågan är hur vi betraktar våra barn och unga med samma problematik? Det som skiljer vuxnas utbrändhet från elevers dito är nämligen många gånger omgivningens språkbruk och förhållningssätt. Är en kollega utbränd pratar man nästan uteslutande om stress, vila, promenader, äta gott, anpassade arbetstider och arbetsuppgifter, rehabilitering, samtal osv. Är en elev hemma pratar man däremot om skolplikt, att jobba ikapp, skolvägran, föräldraansvar, hemundervisning osv (Hermansen & Dzanic 2015).

Tidiga stödinsatser är viktiga för barn med autismspektrumdiagnos (Socialstyrelsen 2010b) Myndigheten för Delaktighet 2013). Men det innebär inte att detta ”räcker”. Avhandlingen Autism spectrum disorders – first indicators and school age outcome (Barnevik-Olsson 2015) följer upp en grupp förskolebarn som fått en diagnos inom autismspektrum och erhållit tidiga insatser från ett habiliteringscentrum i Stockholm som är specialiserat på autism hos förskolebarn. Den visar att nio av tio förskolebarn med diagnosen autism fortfarande har stora svårigheter i skolåldern, trots att de fått tidiga stödinsatser.

Barnen föreföll få bra stöd i förskoleåldern, både från habiliteringen och i förskolan. Familjerna har fått föräldrautbildning och personalen i förskolan har fått handledning från habiliteringen. Men när barnen blir äldre blir problemen andra, och många föräldrar kände att de behövde mer stöd och föräldrautbildning anpassad till äldre barn. Föräldrarna beskrev att stödet blev mindre när kraven på barnen ökar. Skolstödet byggs upp utifrån antagande om att barnets diagnos och svårigheter handlar om ett tillstånd som oftast ”går över”. Vilket är motsatt mot det man känner till om att barn med autism ofta behöver stöd under lång tid, i många fall under hela skolgången.

Skolinspektionen har gjort en granskning av skolsituationen för elva elever med diagnos inom autismspektrumtillstånd som får sin utbildning vid fyra skolor i Oskarshamns och Sollentuna kommuner. Syftet har varit att, med underlag från dokumentstudier, intervjuer och observationer, granska om utbildningen och de stödåtgärder som satts in har varit anpassade efter elevernas behov. Granskningen visar på några gemensamma drag. Skolorna och deras personal saknar i stor utsträckning fördjupad kunskap om vilka behov enskilda elever med dessa diagnoser har. Detta gör att skolorna får svårt att sätta in adekvata åtgärder som utgår från den enskilda elevens situation och svarar mot elevens behov. Åtgärderna blir istället av mer generell natur. Eftersom åtgärderna dessutom sällan följs upp blir det också svårt för skolorna att ändra åtgärderna, så att eleven får ett bättre stöd att nå kunskapsmålen. Skolinspektionen förespråkar kompetensutveckling och bättre utredningar för att sätta in mer specifika åtgärder.

Granskningen visar att de pedagogiska utredningarna är bristfälliga och inte utreder elevernas verkliga behov av stöd. Därmed saknas det ofta förutsättningar för att utforma adekvata stödinsatser som kan leda till att skolsituationen för elever med diagnos inom AST blir bättre. Skolpersonalen behöver fördjupade kunskaper inom AST, främst för att förbättra förutsättningarna för eleverna att nå kunskapsmålen, men också för att utveckla formerna för elevernas och vårdnadshavarnas delaktighet i utformningen av stödåtgärder. Bristande kunskaper hos skolpersonalen inom AST bekräftas i observationerna, där det framkommer att undervisningen oftast är uppbyggd utifrån en generell uppfattning om hur elever lär sig bäst. Enligt lärarna i granskningen beror elevernas svårigheter att nå målen på inlärningssvårigheter, och inte på hur undervisningen är uppbyggd. Detta visar att det i skolverksamheterna förekommer en uppfattning där eleven ses som problembärare. Elever och vårdnadshavare däremot, är av uppfattningen att problemen beror på funktionsnedsättningen samt skolans oförmåga att anpassa undervisningen utifrån de behov den kan medföra.

I granskningen skriver Skolinspektionen att med en bred flora av pedagogiska och andra lösningar för att undervisningen ska fungera för alla elever skulle ett inkluderande förhållningssätt kunna implementeras i elevgrupper. Om lösningarna dessutom vore tillgängliga för alla elever, skulle de kunna ses som mindre stigmatiserande än om dessa bara är tillgängliga för elever med diagnos inom AST. Skolinspektionen betonar att huvudmännen och rektorerna måste diskutera och analysera både skolans generella anpassningar av såväl lokaler som läromedel, och de individuella anpassningar som görs för elever med diagnos inom AST. Sammantaget ska anpassningar i elevers skolsituation handla om såväl generella som individanpassade åtgärder. En fråga i Humanas tillgänglighetsundersökning 2015 handlade till exempel om tillgänglighetsanpassade skolgårdar. Endast 16 procent av de granskade kommunerna uppger att alla skolgårdar kommunen ansvarar för är tillgänglighetsanpassade. Så många som hälften av kommunerna saknar beslut eller plan för att anpassa skolgårdarna.

> *I samtliga skandinaviska länder mår flickor överlag sämre än pojkar.*

Enligt en internationell jämförelse från FN:s barnfond Unicef (2016) ligger Sverige dåligt till när det gäller att fånga upp de barn som har det allra svårast i samhället. Unicef har jämfört ett antal EU- och OECD-länder för att se hur mycket villkoren för barn skiljer sig inom varje land. Man har tittat på klyftorna bland barn när det gäller ekonomi, hälsa, utbildning och välbefinnande. Oroande och anmärkningsvärt enligt rapporten, är att Sverige inte klarar av att lyfta de barn som har det allra sämst ställt, ur ekonomisk och social utsatthet. Ojämlikheten när det gäller barns hälsa ökar i de flesta länder, enligt rapporten som har undersökt hur barn i åldrarna 11–15 år själva upplever att de mår. I Sverige uppger nästan vart femte barn att de har dagliga psykosomatiska hälsoproblem som huvudvärk och illamående, vilket är den högsta siffran i Skandinavien. Skillnaderna är stora mellan könen – i samtliga länder mår flickor överlag sämre än pojkar.

Studien visar hur långt de sämst ställda tillåtits halka efter övriga medborgare, när det gäller ekonomi, hälsa och utbildning. Våra grannländer Danmark, Finland och Norge ligger i topp, medan Sverige hamnar långt ned på listan. Sverige hamnar först på plats 23 av 35, alltså på den sämre halvan av listan. Särskilt fokus ligger på den tiondel av barnen som har det allra sämst i samhället, och hur långt de har tillåtits halka efter genomsnittet (Unicef 2016). Vad gäller ekonomi, hälsa och utbildning utgör personer med psykisk funktionsnedsättning ofta en stor del av gruppen som har det sämst.

GYMNASIEUTBILDNING

Socialstyrelsen gör bedömningen att fler behöver gymnasieutbildning. Vuxna personer med funktionsnedsättning har väsentligt lägre utbildningsnivå än befolkningen i övrigt (Socialstyrelsen 2010a). Få fortsätter till eftergymnasial utbildning. En stor andel personer med insatser enligt socialtjänstlagen, där psykisk ohälsa är vanligt, saknar gymnasieutbildning. I åldern 20–29 år har varannan enbart grundskoleutbildning jämfört med var tionde i motsvarande ålder i befolkningen. Psykisk ohälsa bryter ofta ut i unga år just när personer är mitt i sin utbildning och funktionsnedsättningen riskerar att försvåra fortsatta studier. Det krävs fördjupade analyser av vad som kan göras för att möjliggöra för fler att gå vidare till gymnasial utbildning. Vidareutbildning och fortbildning är extra viktigt för den här gruppen och bör vara ett inslag i personernas rehabilitering.

Psykisk ohälsa utgör för många barn och ungdomar ett hinder för att uppnå goda resultat i grundskolan, bli antagna till och/eller fullfölja gymnasieutbildningen, vilket i sin tur gör det svårt att ta sig in på arbetsmarknaden och få ett arbete för att kunna bli självförsörjande. Risken för arbetslöshet och utanförskap är överhängande stor (SKL 2012).

Statistik från Autism- och Aspergerförbundet (2016) respektive riksförbundet Attention (2016) visar att hälften av Attentions medlemmar i skolålder inte vill gå till skolan och att över hälften av Autism- och Aspergerförbundets ungdomar inte når gymnasiekompetens. Föräldrar till barn med autism och adhd har betydande problem med stress, utmattningsdepressioner, är ofta tvingade att arbeta deltid och kan i värsta fall bli av med jobbet på grund av svårigheterna att få barnens skolgång att fungera.

UNIVERSITET OCH HÖGSKOLA

I SCB:s undersökning av levnadsförhållanden, ULF/SILC, för 2008–2011 var utbildningsnivån hos dem med en psykisk funktionsnedsättning i form av svåra besvär av ängslan, oro eller ångest klart lägre i jämförelse med dem som inte hade någon funktionsnedsättning. 21,5 procent av personerna i denna grupp hade endast förgymnasial utbildning, vilket kan jämföras med drygt 10 procent av dem utan funktionsnedsättning (Hjärnkoll 2013b). En förklaring till den låga utbildningsnivån kan vara att psykiska problem ofta bryter ut i sena ungdomsåren eller i tidig vuxen ålder då man inte sällan har fullt upp med studier (Hjärnkoll 2013b; Flyckt m.fl. 2011). Centralt för möjligheterna att lyckas med studierna är ofta en mentorsfunktion samt information och kompetenshöjning hos personal på institutionerna ifråga om kunskap om innebörden av funktionsnedsättningen. På ett strukturellt plan konstaterar Ohlsson (2003) att samhällsekonomin gynnas av att studenterna genomför sina studier och därigenom får bättre förutsättningar på arbetsmarknaden. Viktiga villkor för att den öppna högskolan ska bli verklighet för studenter med psykiska funktionshinder är en samordning av lagar och bestämmelser inom samhällets olika delfunktioner så att studenternas ekonomi och materiella trygghet tillgodoses (Ohlsson 2003).

Antalet studenter med funktionsnedsättning har ökat i Sverige om man ser till antalet beslut om särskilt stöd under de senaste 10 åren. Forskning har visat att lärares betydelse för denna studentgrupps lyckade studieresultat är stor, men det finns inte någon tidigare forskning om lärares perspektiv på dessa frågor. Genom intervjuer i fokusgrupper (Eriksson, Gustavsson & Home 2010) har erfarenheter av undervisning av studenter med funktionsnedsättning framkommit. Studien visar att universitetslärare ofta känner osäkerhet och menar sig ha otillräcklig handlingsberedskap. De känner till lagstiftningen, men bara i viss utsträckning, och området upplevs som komplicerat. Det finns en rädsla för att göra fel och bli anmäld. Resurserna upplevs som otillräckliga och arbetsbördan sägs öka. Ett problem är alltför lite information och bristande öppenhet, såväl från studenternas sida som från administrationen. Enligt studien ställs lärare inför flera dilemman både vad gäller undervisning och examination av studenter med funktionsnedsättning. Intervjuerna i fokusgrupperna visar att dilemman uppstår till exempel vad gäller kvalitet och rättvisa i undervisningen. Universitetslärare vill inte göra avkall på vetenskapliga krav och dessa ställs ibland mot kraven på likabehandling och lika villkor. Detta ställs på sin spets i samband med examinationer. Fokusgrupperna visar även att funktionshindrade studenter sällan diskuteras i termer av variation, olikhet eller tillgång i studentgruppen. Däremot ifrågasätts inte studenter med funktionsnedsättnings rätt att studera och att tillgängliggöra högskolan för denna kategori studenter ses som en angelägen uppgift (Eriksson, Gustavsson & Holme 2010).

ANTALET DIAGNOSER HAR ÖKAT BLAND UNGA

De senaste folkhälsoundersökningarna tyder, med undantag av psykossjukdomarna, på en tydlig ökning av den självrapporterade psykiska ohälsan sedan 1990-talet. Utvecklingen har sedan fortsatt under 2000-talet och den största ökningen märks bland kvinnor i åldersgruppen 16–34 år (FORTE 2015b. Samtidigt som den självrapporterade psykiska ohälsan har ökat bland unga vuxna, finns också data på att gruppen i allt större utsträckning vårdas inom den psykiatriska slutenvården, framför allt för depressions- och ångestproblematik samt

självmordsförsök (SKL 2012). Att denna ökning av självrapporterad ohälsa sker samtidigt som psykiatrisk slutenvård ökar bland unga gör att ökningen inte kan avfärdas med att det är vanligare bland unga att rapportera sina psykiska symtom och besvär (SKL 2012).

Något som uppmärksammats mycket de senaste åren är de neuropsykiatriska diagnoserna adhd och autismspektrumtillstånd. Antalet personer som får sådana diagnoser har ökat kraftigt de senaste decennierna. Ibland uttrycks en oro för att normala utvecklingsproblem medikaliseras och att diagnosen får en styrande effekt på resurstilldelningen t.ex. i skolan. Riksförbundet Attention ser det som ett större problem att det är så långa väntetider till att få en utredning och att få bra stöd. Att fler diagnostiseras nu kan bero på en tidigare underdiagnostisering, inte minst av flickor vars symtom tidigare inte uppmärksammats. En NPF-utredning ska inte ske lättvindigt och kriterierna för diagnosen ska säkerställa att det inte handlar om t.ex. normala utvecklingsproblem utan att det utgör en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, bl.a. behöver symtomen ha funnits redan innan en viss ålder.

Behandling av adhd har uppmärksammats i en rapport från Socialstyrelsen (2016b). Av rapporten framgår att adhd-diagnoserna har ökat kraftigt under de senaste tio åren. Forskning, ökad medvetenhet i samhället och riktade resurser inom hälso- och sjukvården att utreda adhd anges ofta som skäl. Parallellt med detta har förskrivningen av adhd-läkemedel ökat snabbt. I dag påbörjar de flesta som får diagnosen en läkemedelsbehandling. Störst är läkemedelsförskrivningen till barn mellan 10 och 17 år där 5,2 % av pojkarna under fjolåret gjorde minst ett uttag av adhd-läkemedel. För flickor i samma ålder är motsvarande siffra 2,2 procent. Rapporten visar på stora skillnader i användning av adhd-läkemedel. Varför dessa skillnader uppstår kan myndigheten inte förklara fullt ut. Vissa delar av landet ha en överdiagnostisering och i andra delar en underdiagnostisering (Socialstyrelsen 2016b).

Riksförbundet Attentions ordförande Anki Sandberg kommenterar rapporten så här: ”Vi ser positivt på att Socialstyrelsen följer utvecklingen noga och har med intresse tagit del av rapporten. De stora geografiska skillnaderna är problematiska och kan inte förklaras enbart med socioekonomiska skillnader. I de landsting som ligger väldigt lågt är det helt enkelt svårt att få medicinsk behandling för personer med adhd. Där man ligger högt bör det analyseras varför, vi är självklart emot överdiagnostisering. Från våra medlemmar får vi emellertid inte några sådana signaler, de beskriver snarare de långa köerna för att få en utredning och känslan av att allt faller på plats när man till slut får sin diagnos”.[9]

Bland barn i skolåldern har prevalensen av adhd uppskattats till drygt 5 procent (SoS stöd till barn, ungdomar och vuxna, 2014). Cirka 2,5 procent av den vuxna befolkningen beräknas ha adhd och av de patienter som vårdas inom vuxenpsykiatrin beräknas andelen med diagnosen adhd vara ännu större. Mycket talar också för att en betydande andel av personer inom kriminalvården har en adhd-problematik. Enligt Lundholms forskningssammanställning för Kriminalvården 2013 är det cirka 25–30 procent (Kriminalvården 2013). För autismspektrumtillstånden hos barn visar senare epidemiologiska studier på att förekomsten i västvärlden är cirka 0,6–1,0 procent. Vad gäller förekomsten hos vuxna med autismspektrumtillstånd finns studier som talar för en förekomst på cirka 1 procent (SBU 2012).

KOSTNADER FÖR ATT UNGA STÖTS BORT FRÅN SKOLAN OCH PÅ ARBETSMARKNADEN.

Vad kostar då ett utanförskap samhället? Nationalekonomerna Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog har på uppdrag av Skandia Idéer för livet utvecklat beräkningar som visar vad utanförskap kostar för enskilda kommuner, myndigheter och samhället i stort. Genom att ta fram beräkningsverktyg och kalkylmodeller blir det möjligt att räkna fram samhällsvinsten för enskilda projekt. Rapporten Teknikstöd i skolan – en socioekonomisk analys av unga, skolmisslyckanden och arbetsmarknaden skrevs 2013 för Hjälpmedelsinstitutet, som på regeringens uppdrag drivit ett projekt i Halmstad, Växjö och Kalmarsunds gymnasieförbund om teknikstöd till unga i gymnasiet med kognitiva svårigheter. Ett av syftena var att titta på kostnaderna för att en stor del av dessa unga hamnar i arbetslöshet eller stödåtgärder efter skolan:

SÅ MYCKET KOSTAR EN PERSONS MISSLYCKANDE PÅ ARBETSMARKNADEN

- Reducerad livslön[10] på grund av svaga skolresultat: 1,4 miljoner
- Sent inträde i arbetslivet: 2,3 miljoner
- Längre perioder av psykisk ohälsa och arbetslöshet: 9 miljoner
- Livslångt utanförskap från arbetsmarknaden: 9–11,5 miljoner

Så stort är värdet av en lyckad tidig intervention

- Förkortande av tiden med låg lön på grund av skolmisslyckanden – till tio år i stället för livslångt: 0,8 miljoner
- Reducering av ett senare inträde på arbetsmarknaden med tre år ger en samhällsvinst på 1,3 miljoner
- Att gå från partiellt utanförskap till permanent närvaro på arbetsmarknaden: 1,7 miljoner
- Att gå från ett fullständigt till ett partiellt utanförskap ger en samhällsvinst på cirka 5,8 miljoner.

SAMMANFATTNING AV DISKRIMINERING I SAMBAND MED UTBILDNING

Det finns relativt lite information tillgänglig om missgynnande av personer som lever med psykisk ohälsa i utbildningsvärlden. Med tanke på en aktiv debatt i media om skolan och förutsättningar för barn och unga att klara sin skolgång kan detta te sig förvånande.

Forskning visar dock att minst en elev i varje klass inte får det stöd som hen har rätt till. Var femte barn i skolåldern har psykosomatiska problem som huvudvärk och illamående. Statistik över antalet barn som inte går i skolan saknas, men uppskattningar visar att det kan vara upp till 50 000. Vartannat barn med NPF-problematik går inte till skolan under längre perioder. Elever med funktionsnedsättning är också överrepresenterade i utsatthet för kränkningar och våld från både elever och lärare.

Det krävs stora förändringar för att diskriminering i samband med utbildning ska upphöra. Idag sker diskriminering i form av att barn med psykisk ohälsa nekas utbildning i skolan på grund av sin funktionsnedsättning. De pedagogiska utredningarna av elevernas behov är ofta bristfälliga och förutsättningar för att utforma adekvata stödinsatser saknas. Många gånger sätts stöd in när det är för sent. Fyra av fem som arbetar inom skolan har inte tillräckliga kunskaper om psykisk ohälsa.

Enligt forskningen saknas kunskap om vilka insatser som har störst betydelse för elevers psykiska hälsa, hur vi ska förstå sådana insatser och på vilka sätt kontexten samspelar med elevens egen situation. I förskolan förefaller dock stödet till barn med funktionsnedsättning fungera bättre. Antalet studenter med funktionsnedsättning på universitet och högskolor har ökat om man ser till antalet beslut om särskilt stöd. Fokusgrupper med lektorer visar dock att resurserna upplevs som otillräckliga och arbetsbördan sägs öka. Sällan diskuteras studenter med funktionsnedsättning i termer av variation, olikhet och tillgång i studentgruppen.

9 http://attention-riks.se/2016/06/ny-rapport-fran-socialstyrelsen-pekar-pa/

10 Med livslön avses den lön, pension och studiemedel som en person erhåller under sin livstid.

PROJEKTET DIN RÄTT:S KOMMENTARER

En av de vanligaste frågor vi får in rörande utbildning gäller i vilken omfattning man har rätt till individanpassning. Svaret är både att man som elev har rätt till förhållandevis stor individanpassning, men också att man mer sällan faktiskt får det. Sådan anpassning kan handla om möjligheten att få studera i lugnare miljö än den vanliga, att få extra skrivtid under tentamen, osv. Stödet som erbjuds är oftast bara anpassat till en del av behoven och risken är att examinering egentligen testar koncentrationsförmåga mer än kunskap.

Vad gäller grundskolan tvingas en del barn sitta sysslolösa hemma när otillräckliga eller felaktiga anpassningar görs för dem. En del av de ärenden som projektet Din Rätt fått in avser också trakasserier och fördomar från skolledning, lärare och andra elever. När detta sker samtidigt som elevhälsoarbetet är alltför begränsat blir det än mer allvarligt.

I skolan finns de kanske största möjligheterna att arbeta för människors psykiska hälsa, eftersom den når barn i alla åldrar. Här kan göras betydligt mer än nu för att främja elevens hälsa, och tidigt ge elever ett förhållningssätt till sådant som stress, nedstämdhet, gränssättning och återhämtning.

En del personer med psykisk ohälsa har vänt sig till projektets rådgivning för att de helt har nekats utbildning utifrån sin funktionsnedsättning (bland annat inom kommunal utbildning och grundläggande militärutbildning), eftersom utbildningsanordnaren menar att personen på grund av sin funktionsnedsättning skulle vara olämplig i det yrke de vill utbilda sig till.

HAR DU SOM YRKESVERKSAM INOM UTBILDNING STÄLLT DIG FRÅGORNA:

- ✓ Vet jag att vi testar och mäter elevens faktiska kunskap, och inte elevens koncentrationsförmåga?
- ✓ Vad svarar eleverna på frågan om ifall de känner att de lär sig tillräckligt mycket i skolan?
- ✓ Vad gör vi för att främja en respektfull, fördomsfri och hänsynsfull skolmiljö (ihop med både lärare/pedagoger och andra elever)?
- ✓ Har jag de resurser jag behöver (tid, kunskap, verktyg) för att ta reda på de här sakerna?

Arbetsliv

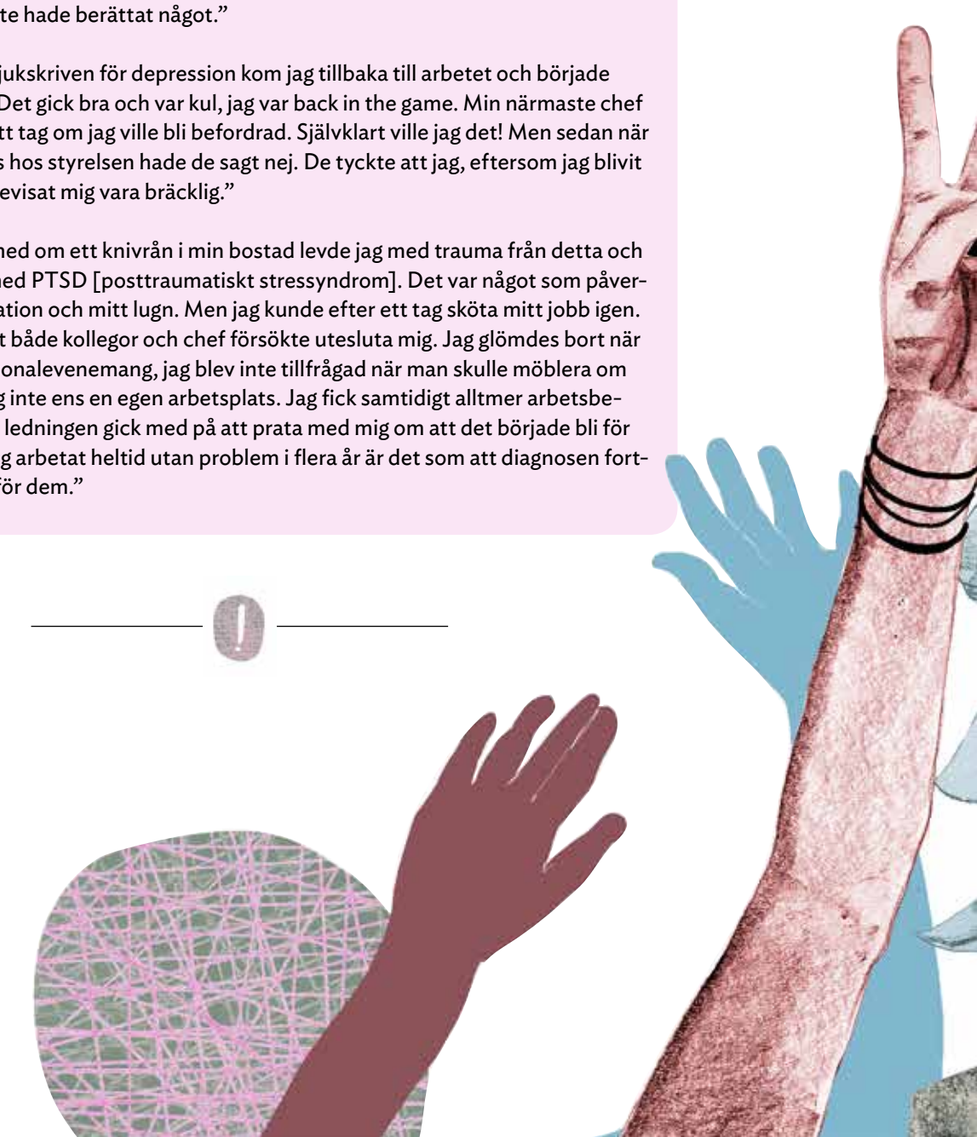
”Min chef säger att arbetsplatsen inte tänker låta mig vara försäkrad eftersom jag var sjukskriven för stress för flera år sedan.”

”När jag praktiserade i vården hade jag LSS (lagen om stöd och service för vissa funktionsnedsatta). Allt gick bra och min utveckling gick som planerat. Arbetsförmedlingen föreslog därför praktikplatsen att jag skulle få ett anpassat jobb. Det var arbetsgivaren intresserad av, och ett möte planerades in för att diskuterade detaljerna. Både jag och arbetsgivaren antog att jag skulle vara med på mötet, men arbetsförmedlaren förbjöd mig att vara det. ”Du kommer bara få ångest och må dåligt över att vara med.” Efter att mötet hade hållits fick jag veta att arbetsgivaren bestämt sig för att inte anställa mig.”

”En dröm jag har haft länge är att åka och arbeta som au pair. Tidigare har jag levt med depression, men nu när jag mår bra igen får jag inte åka med som au pair för förmedlingen. De menar att mitt mående är ”opålitligt”. Jag gör själv inte alls den bedömningen. Nu önskar jag att jag inte hade berättat något.”

”Efter att ha varit sjukskriven för depression kom jag tillbaka till arbetet och började jobba som vanligt. Det gick bra och var kul, jag var back in the game. Min närmaste chef frågade mig efter ett tag om jag ville bli befordrad. Självklart ville jag det! Men sedan när det skulle förankras hos styrelsen hade de sagt nej. De tyckte att jag, eftersom jag blivit sjukskriven, hade bevisat mig vara bräcklig.”

”Eftersom jag var med om ett knivrån i min bostad levde jag med trauma från detta och diagnostiserades med PTSD [posttraumatiskt stressyndrom]. Det var något som påverkade min koncentration och mitt lugn. Men jag kunde efter ett tag sköta mitt jobb igen. Ändå märkte jag att både kollegor och chef försökte utesluta mig. Jag glömdes bort när det skulle vara personalevenemang, jag blev inte tillfrågad när man skulle möblera om och till slut hade jag inte ens en egen arbetsplats. Jag fick samtidigt alltmer arbetsbelastning och ingen i ledningen gick med på att prata med mig om att det började bli för mycket. Trots att jag arbetat heltid utan problem i flera år är det som att diagnosen fortfarande finns kvar för dem.”



Många samtal till NSPH:s kostnadsfria juridiska rådgivning[11] handlar om personer som blir diskriminerade i arbetslivet på grund av sin psykiska ohälsa. Anställda som har arbetat på samma arbetsplats i flera år bestämmer sig exempelvis för att berätta för sin arbetsgivare att han eller hon har en diagnos och blir kort därefter uppsagda, eller pressas till att säga upp sig själva med avgångsvederlag. Facket kan oftast inte göra mycket mer åt situationen än att försöka förhandla fram ett så stort avgångsvederlag som möjligt.

Personer med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga möter både individuella och strukturella hinder mot inkludering i arbetslivet (Arvsfonden 2014). Brist på kunskap och negativa attityder bidrar till att människor som lever med psykisk ohälsa diskrimineras, dvs riskerar att bli av med jobbet, får sämre karriärmöjligheter än andra, eller riskerar mobbing och utstötning. Detta bidrar till dilemmat om man ska berätta om sin psykiska ohälsa eller vara tyst.

En rapport från Hjärnkoll ”Ekonomisk rapport – Vinster med att förebygga psykisk ohälsa på jobbet” (Hjärnkoll 2013a) visar att aktiva insatser vid psykisk ohälsa är mycket lönsamma för företag. Trots det görs det för lite för att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet, vilket kostar svenska företag och samhälle miljarder varje år. Under ett år drabbas en miljon svenskar i arbetsför ålder – nästan 20 procent av arbetskraften – av psykisk ohälsa. En av fem som jobbar uppger problem med ångest, oro, depression eller sömnstörningar. OECD uppskattar bara de rent ekonomiska kostnaderna för detta till över 70 miljarder kronor om året i förlorade arbetsinsatser och utgifter för vård och omsorg. Det motsvarar nästan tre procent av Sveriges BNP. Lägger man till de omätbara mänskliga kostnaderna står vi inför en av vår tids stora välfärdsutmaningar.

En SCB-undersökning från kampanjen Hjärnkoll (2013d) visar att 285 000 personer, 25–64 år, lever med svår ängslan, oro eller ångest. En situation som gör att man oftare är visstidsanställd, saknar inflytande på sin arbetsplats eller helt saknar anställning. Arbetsgivare behöver engagera sig mer för att främja psykisk hälsa och inkluderande arbetsplatser för att vi ska få ett hållbart arbetsliv. Sju av tio chefer underskattar omfattningen av psykisk ohälsa i arbetslivet, trots att det idag är den vanligaste orsaken till sjukskrivning. Nio av tio chefer tycker att det är viktigt att kunna stödja medarbetare med psykisk ohälsa. Men nästan hälften saknar tillräcklig kunskap och lika många saknar fungerande rutiner. Sex av tio medarbetare har aldrig hört sin chef prata om psykisk ohälsa någon gång under ett personalmöte eller liknande (Hjärnkoll 2012).

Forskning har visat att deltagande i arbetslivet är den faktor som har enskilt störst betydelse för att känna delaktighet och empowerment (Hultqvist, Eklund & Leufstadius 2014). Anknytningen till arbetsmarknaden är dock betydligt svagare för personer med funktionsnedsättning än för totalbefolkningen – cirka 10 procent jämfört med runt 80 procent. Att nio av tio personer med funktionsnedsättning står utanför arbetslivet får återverkningar på en rad andra områden. Det bidrar till en svag privatekonomi, det riskerar att leda till isolering och minskar möjligheterna till aktivitet och delaktighet. Därför är rätten till arbete en av grundbultarna i funktionshinderpolitiken, och därför krävs det mycket mer av krafttag för att öppna arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning för att arbetsförmågan ska tas tillvara (Socialstyrelsen 2010a).

I en studie av Lundberg m.fl. (2007) instämde över 70 procent av deltagarna i påståendet att de flesta arbetsgivare skulle lägga en ansökan om arbete från en person som vårdats inom psykiatrin till sidan till förmån för en annan sökande, medan endast 10 procent hade upplevt att de diskriminerats i dessa sammanhang.

De med psykisk ohälsa som har arbete tjänar i snitt mindre än hälften av vad genomsnittsbefolkningen tjänar. Fyra av tio har valt att inte berätta om sin psykiska ohälsa på sin arbetsplats. Var fjärde har känt sig diskriminerad när det gällt att få ett arbete. En av fyra chefer vill inte anställa någon med psykisk ohälsa (Hjärnkoll 2014).

11 http://www.nsph.se/2015/02/16/vanliga-arenden-till-radgivningen-om-diskriminering-pga-psykisk-ohalsa/

KUNSKAPSÖVERSIKT: DISKRIMINERING I SAMBAND MED PSYKISK OHÄLSA **ARBETSLIV**

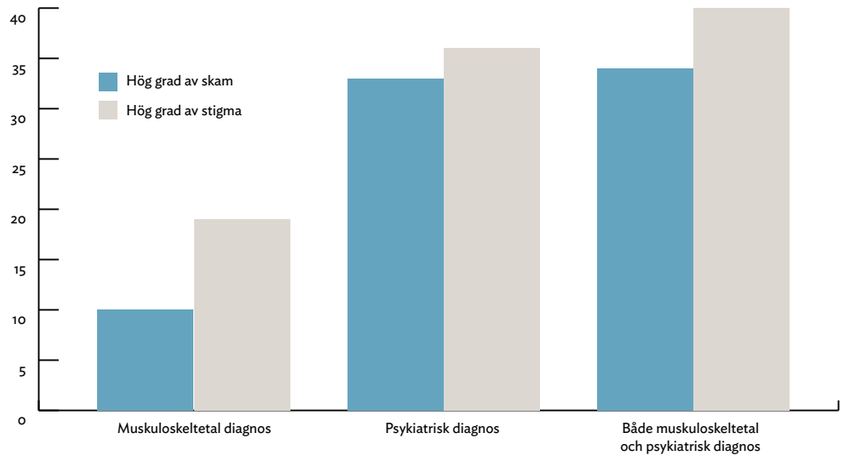
PSYKISK OHÄLSA OCH SJUKFRÅNVARO

Samtidigt som antalet sjukskrivna i psykiatriska diagnoser ökat i Sverige har det i media pågått en intensiv debatt om sjukfrånvarons orsaker och var skulden till sjukfrånvaron skall placeras – i dåliga arbetsmiljöer, i felaktiga försäkringssystem, i individers alltför låga arbetsmoral och dålig kontroll eller i alltför låga trösklar för sjukfrånvaro (Aronsson, Marklund & Solheim 2015). Till exempel menar Svenskt Näringsliv att sjukstatistik påverkas av många andra faktorer än ohälsa (Svenskt Näringsliv 2015). Information om den psykiska ohälsans omfattning – och vem som är drabbad – kan fås från till exempel de så kallade ULF-undersökningarna (Undersökningar av levnadsförhållanden) som regelbundet genomförs av SCB och Folkhälsomyndighetens ”Hälsa på lika villkor”. Eftersom undersökningarna ställer samma frågor år efter år går det att se trender och förändringar i folkhälsan över tid. Sett till den totala folkhälsan i den svenska befolkningen lever vi allt längre och blir allt friskare. Samtidigt skattar vi vår upplevda hälsa i stort sett som lika god som för trettio år sedan, med en svag uppgång de senaste åren. Den upplevda folkhälsan är alltså god och stabil, den varierar inte alls på samma sätt som sjukfrånvaron gör. Det finns med andra ord inte någon självklar koppling mellan folkhälsan och sjukfrånvaron (Svenskt Näringsliv 2015).

> *De med psykisk ohälsa som har arbete tjänar i snitt mindre än hälften av vad genomsnittsbefolkningen tjänar.*

Samtidigt visar både SCB:s ULF-undersökningar och andra frågeundersökningar att såväl sömnproblem som besvär av ängslan, oro och ångest har ökat under 1990-talet och början av 2000-talet. Sett till dessa undersökningar är det fler svenskar idag som upplever ”lätt eller svår ängslan, oro eller ångest” jämfört med för cirka 30 år sedan. Mest besvär rapporterar kvinnor, framför allt unga kvinnor. Även här tycks ökningen ha planat ut, fast på en högre nivå. I åldern 16–24 år rapporterar dubbelt så många kvinnor som män besvär av ängslan, oro eller ångest. Besvären har tredubblats för båda könen sedan början av 1990-talet. Däremot tycks de äldre må allt bättre – andelen äldre som upplever sig ha psykiskt nedsatt välbefinnande har minskat tydligt under samma tid vilket självklart är glädjande. Det är dock oroande att så många unga upplever psykiska besvär, liksom att kvinnor gör det i så mycket högre utsträckning än män (Svenskt Näringsliv 2015).

Det är bara ett fåtal studier som fokuserat på de sjukskrivnas egna upplevelser av sjukskrivningen och dess psykologiska och sociala innebörd och om de sjukskrivnas upplevelse av skam och stigma. I studien Skam, stigmatisering och framtidstro bland långtidssjukskrivna i ”osynliga” diagnoser (Aronsson, Marklund & Solheim 2015) var syftet att undersöka stigma- och skamupplevelser bland långtidssjukskrivna i psykiska och muskuloskeletala diagnoser och om upplevelserna skiljer sig diagnoserna mellan. 2 300 personer besvarade en enkät och på basis av enkätsvaren bildades även en grupp med båda slagen av besvär. Bland dem med psykiatriska och kombinationsdiagnoser tillhörde 33 respektive 34 procent hög-skamgruppen jämfört med 10 procent bland de med muskuloskeletala diagnoser. Ju fler tidigare sjukskrivningar desto större andel upplevde skam och stigma och desto vanligare var det att betrakta förtidspension som en realistisk framtid. Nivåskillnaderna var stora. Bland dem med psykiatriska diagnoser och hög grad av stigma var det 16 procent som angav förtidspensionsalternativet jämfört med 31 procent bland dem med muskuloskeletal diagnos och 39 procent bland de med kombinationsdiagnos.



Figur 2: Procentuella andelen som anger hög grad av skam respektive hög grad av stigma i tre olika diagnosgrupper. Signifikans för skillnader mellan diagnosgrupperna. Sign = .000 (Aronsson, Marklund & Solheim 2015)

Figur 2 visar att mönstret är att sjukskrivna i psykiatriska diagnoser upplever betydligt mer av skam och stigma än muskuloskeletala diagnoser. Studien visade att lägre ålder är förknippat med starkare skam och stigmaupplevelse och att en högre andel personer med längre sjukskrivning har mer av skam och stigmaupplevelse. Personer med högre utbildning uppger också skam och stigma i högre grad. Författarna sammanfattar att mer kunskap och ökad medvetenhet hos läkare och rehabiliteringspersonal om att stigmatisering och skamupplevelser är relativt vanligt förekommande och utgör destruktiva krafter, kan bidra till att vården blir bättre förberedd på att ta upp dessa frågor i samtal om patientens framtida situation. Stigma och skam förknippad med sjukskrivning och sjukdom är en samhällsmedicinsk fråga men också en bredare samhällsfråga som inkluderar fördomsbekämpning, attitydförändringar, rättvisa och livschanser (Aronsson, Marklund & Solheim 2015).

AFA försäkringars rapport ”Psykiska diagnoser i kontaktyrken inom vård, skola och omsorg” baseras på statistik hämtad ur AFA Försäkrings skadedatabas. Skadedatabasen inrymmer information om 13 miljoner försäkringsärenden och ger stor kännedom om vilka skador och sjukdomar som är vanligt förekommande i olika sektorer och yrkesgrupper. Antalet långa sjukfall till följd av en psykiatrisk diagnos har ökat drastiskt för personer verksamma i kontaktyrken inom kommun- och landstingssektorn. År 2009 registrerades 4 646 långa sjukfall och motsvarande antal för 2014 är 10 810.

Mest ökar risken att drabbas av långvarig sjukskrivning till följd av en psykiatrisk diagnos bland kvinnor i kontaktyrken inom kommun- och landstingssektorn. De har en högre risk att drabbas jämfört med män i samma yrkesroll, men också jämfört med andra kvinnor i kommun- och landstingssektorn samt kvinnor i privat sektor. Högst risk att drabbas av en långvarig sjukskrivning med en psykiatrisk diagnos finns inom yrkesgruppen socialt arbete. Till denna yrkesgrupp tillhör bland annat socialsekreterare, kuratorer och psykologer. Näst högst risk finns bland förskollärare och fritidspedagoger. Det är också inom denna grupp som risken ökar snabbast.

Antalet sjukfall bland kvinnor har ökat årligen i samtliga åldersgrupper, men högst risk har kvinnor i åldrarna 36–45 och 46–55. Risken för 16–25-åringarna är lägst, men inom detta åldersintervall återfinns den högsta ökningstakten.

Rehabiliteringsgarantin har funnits sedan 2008. Syftet har varit att förebygga sjukskrivningar och att stödja personer med psykisk ohälsa eller långvarig smärta som är sjukskrivna till att återgå i arbete. Riksrevisionens granskning av rehabiliteringsgarantin konstaterar att det inte lett till att fler sjukskrivna med psykisk ohälsa har kunnat återgå till jobb trots att man lagt sex miljarder på rehabiliteringsgarantin sedan 2008. Riksrevisionen drar slutsatsen att rehabiliteringsgarantin behöver göras om eller läggas ner (Riksrevisionen 2015)

Personer med dolda funktionsnedsättningar, som omgivningen inte direkt kan se, befinner sig i en sårbar situation. Om de är helt öppna med sina funktionsnedsättningar riskerar de – trots en positiv norm om öppenhet på arbetsplatser och trots en svensk lagstiftning som ska skydda personer med funktionsnedsättning mot diskriminering – att bemötas eller behandlas som annorlunda av andra på sina arbetsplatser. Tidigare forskning har visat hur just personer med dolda funktionsnedsättningar i större utsträckning än personer med synliga funktionsnedsättningar uppger följande hinder för att vara öppna med sin funktionsnedsättning. Risken att inte bli anställda/bli avskedade, rädsla att arbetsgivaren enbart fokuserar på funktionsnedsättningen, begränsade möjligheter till befordran och oro över att bli olikt behandlad och annorlunda sedd av arbetsgivare och kollegor (von Schröder m. fl. 2013; Norstedt 2016).

Bland personer som har någon form av funktionsnedsättning är arbetslösheten betydligt högre än i andra grupper och den ökar dessutom mer. Att bidra till att ge unga människor erfarenhet av arbetslivet genom sommarjobb är en viktig insats som en kommun kan göra för att stärka den enskildes möjligheter till framtida sysselsättning. Enlig Humanas tillgänglighetsbarometer (2015) uppger en tredjedel av kommunerna att de inte erbjuder sommarjobb specifikt till unga med funktionsnedsättning. Frågan avsåg, vilket respondenterna också informerades om, reguljära sommarjobb som erbjuds inom den egna organisationen eller som kommunen finansierar, och som kan kräva tillgänglighetsanpassningar. Därför är det särskilt angeläget att kommunerna, men också företag och myndigheter, gör särskilda insatser för att ge fler möjlighet till sysselsättning.

Anställningsbarhet har etablerats som ett viktigt begrepp i arbetsmarknadspolitik och arbetsliv. De höga kraven i dagens arbetsliv har lett till att många personer ses som icke anställbara och allt fler arbetssökande kodas som personer med funktionsnedsättning av Arbetsförmedlingen (Jacobsson & Selin 2013). Koden ger tillträde till särskilda resurser, som lönebidrag eller offentligt skyddat arbete, och kan på så vis ge en väg tillbaka till arbetslivet. Antalet personer som kodas som personer med funktionsnedsättning har ökat kraftigt de senaste decennierna. År 1992 var 10 procent av alla inskrivna som arbetslösa vid Arbetsförmedlingen kodade som funktionsnedsatta och 2011 var andelen 25,3 procent. Ökningen har varit störst för psykiska funktionsnedsättningar samt generella och specifika inlärningssvårigheter.

Jacobsson & Selin (2013) menar att ökningen av antalet med funktionsnedsättning återspeglar medikaliseringstendenser, dvs. att orsaker till arbetslöshet allt oftare läggs på personliga egenskaper och hälsorelaterade nedsättningar istället för att se på individen i sitt sammanhang. Denna så kallade medikalisering av arbetslöshet sker samtidigt som krav på prestation höjs i arbetslivet och en normalitetsförskjutning. Ökningen av antalet personer med funktionsnedsättning är också ett resultat av förändringar i den offentliga politiken och i organisatoriska styrformer. Funktionshinderkoden är ett sätt för organisationen att hantera en del av gränsfallen. Den innebär också att gränsen mellan bristande anställbarhet och regelrätt funktionshinder blir glidande. För grupper med begränsad anställbarhet i den dynamiska innebörden går vägen till anställning i stället via en funktionshinderkod. När den anpassningsförmåga som utmärker den idealtypiska anställbara individen saknas, är det i stället arbetena som får anpassas. Detta kräver, enligt Arbetsförmedlingens administrativa system och mål- och resultatstyrningens logik, en funktionshinderkod enligt Jacobsson & Selin (2013).

En viktig sak att notera är att den sjukskrivne har en skyldighet att medverka till sin egen rehabilitering. Annars finns grund för uppsägning. Man kan fråga sig vad som är rimligt att kräva av en person som har allvarliga besvär till följd av psykisk ohälsa. Det är inte alltid förmågan eller orken finns för att ta reda på sina skyldigheter eller att hävda sina rättigheter (Hjärnkoll 2013b).

ATT BERÄTTA PÅ JOBBET

Mycket av den forskning som gjorts om avslöjande av dolda funktionsnedsättningar och kroniska sjukdomar intar en normativ hållning menar Norstedt (2016) Trots att forskare redovisar negativa erfarenheter eller konsekvenser med avslöjande betraktar de överlag avslöjande som något positivt som möjliggör en inkludering av personer med funktionsnedsättningar i arbetslivet. Nordstedts bidrar med ett mer kritiskt perspektiv till varför denna grupp, trots en norm om öppenhet, upplever sig riskera något med sitt avslöjande. I internationell forskning talas om disclosure (på svenska avslöjande) av till exempel psykisk ohälsa (Norstedt 2016).

> *Personer med dolda funktionsnedsättningar pressar sig hårt för att inte avvika.*

Ett liknade resultat presenteras i artikeln ”att avslöja sina dolda funktionsnedsättningar i arbetslivet” (Norstedt 2016). I studien intervjuas tio personer med dolda funktionsnedsättningar som bipolär sjukdom, adhd och depression. Studien handlar om vilka erfarenheter av avslöjande i arbetslivet personer med dolda funktionsnedsättningar har. På vilket sätt förhåller de sig till sin dolda funktionsnedsättning i arbetslivet och vad kan deras beslut att avslöja eller inte avslöja berätta om det svenska arbetslivet? Studien visar hur personer med dolda funktionsnedsättningar pressar sig hårt för att inte avvika från den normalitet som deltagande i arbetslivet innebär. Resultaten visar att intervjupersonerna var ambivalenta när det gäller frågan om de skulle välja att berätta om sin funktionsnedsättning för en ny arbetsgivare. De var osäkra på vad de skulle vinna respektive riskera med sin öppenhet. En strategi som förenade dem var att de inte skulle avslöja sin funktionsnedsättning fullt ut, bara avslöja den för vissa personer eller bara avslöja vissa delar av sin problematik.

Resultaten i Norstedts studie (2016) visar vidare att personerna med dold funktionsnedsättning såg vissa fördelar med att avslöja sina dolda funktionsnedsättningar på arbetsplatsen för att på så vis få stöd av kollegor och arbetsgivare, för att få anpassningar i arbetet och för att ”slippa ljuga” som några av dem uttryckte det. Samtidigt berättade de, precis som i studier från andra kontexter än den svenska (von Schrader m fl 2014), både om erfarenheter av och oro för att inte bli anställda av en ny arbetsgivare, begränsade möjligheter till befordran eller ansvar, oro över och tidigare erfarenheter av att deras funktionsnedsättning och arbetsvilja ifrågasatts. De berättade om hur de blivit behandlade eller bemötta annorlunda än sina kollegor av arbetsgivare och kollegor efter att ha avslöjat sina dolda funktionsnedsättningar. Samtliga intervjupersoner övervägde om de skulle avslöja sin funktionsnedsättning eller inte för en ny potentiell arbetsgivare. Denna osäkerhet inför vad de skulle kunna vinna och vad de skulle kunna riskera i en anställningssituation, visar hur de upplevde en osäkerhet inför sin position på arbetsmarknaden

Där många tidigare studier förklarat risker med att avslöja psykiska funktionsnedsättningar med teorier om stigmatisering, identifierar Norstedt att även nedsatt arbetsförmåga är stigmatiserande eftersom personer då riskerade att bemötas som arbetsovilliga av andra på arbetsplatsen. Flera av intervjupersonerna gav uttryck för en önskan att andra på deras arbetsplats skulle ha förståelse för deras nedsatta arbetsförmåga. Häri finns en central paradox. Förståelse från kollegor och arbetsgivare kräver ett avslöjande. Likaså

kräver anpassningar eller stöd i arbetet från arbetsgivaren öppenhet om den dolda funktionsnedsättningen. Juridiskt har en person med nedsatt arbetsförmåga också skyldighet att informera sin arbetsgivare om detta så att denne ska kunna leva upp till sitt rehabiliterings- och anpassningsansvar. En sådan öppenhet riskerar dock att underminera personernas möjligheter att leva upp till en självbild som ”normal” och placerar dem därför i en position där de ständigt behöver besluta sig för om, vad, hur mycket, när och för vem, de ska avslöja eller inte avslöja sin dolda funktionsnedsättning.

Beslut om att avslöja eller inte påverkas av om tidigare erfarenheter varit positiva eller negativa (von Schrader m fl 2014), det vill säga tidigare erfarenheter av att kunna utföra vissa handlingar och leva upp till personliga mål är avgörande för framtida intressen, karriärval och framgång. Därmed kan tidigare negativa erfarenheter betraktas som karriärhinder då de bidrar till att individen sätter lägre mål för sig själv (Norstedt 2016).

Analysen av intervjuerna i Norstedts studie (2016) visar att stigma även kan handla om att funktionsnedsättningar som innebär nedsatt arbetsförmåga och som inte syns inte sällan tolkas som att det handlar om en arbetsovilja hos personen i fråga. För att leva upp till en normalitet räcker det inte att ingå i lönearbete, individer måste även visa sin arbetsvilja för att inte ifrågasättas som arbetsovilliga av andra på arbetsplatsen. I arbetslivet kan detta ifrågasättande komma till uttryck när arbetet i överenskommelse med arbetsgivaren anpassats till exempel genom begränsade arbetsuppgifter och flexibla tider.

CHEFER OCH PSYKISK OHÄLSA – ATTITYDER, KUNSKAP OCH BETEENDE

Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI) har på uppdrag av Hjärnkoll genomfört befolkningsundersökningar som avser attityder, kunskap och beteende avseende psykisk sjukdom och personer med psykisk sjukdom. En del av en nationell befolkningsundersökning genomfördes 2011 och bygger på svar från deltagande chefer med personalansvar. Frågorna avsåg att få en indikation på chefers villighet att anställa personer med erfarenhet av psykisk ohälsa, och vilken kunskap och beredskap som finns i organisationen för att hantera dessa frågor. Undersökningen visar att:

Chefers kunskaper

- Chefer underskattar hur vanlig psykisk ohälsa är i arbetslivet. Mer än varannan chef tror att 10 procent eller färre av deras anställda kommer att utveckla psykisk ohälsa någon gång under sitt yrkesliv.
- Av de chefer som inte vet om man har anställda med psykisk ohälsa svarar bara 40 procent att man har rutiner för hur chefer ska agera när anställda får problem med sin psykiska hälsa. Nära dubbelt så många säger att dessa rutiner är viktiga. Hela 93 procent av de chefer som har anställda med psykisk ohälsa säger att dessa rutiner är viktiga.
- Bara 64 procent av cheferna tror att de flesta med psykiska problem vill ha ett lönearbete.

Attityder på Sveriges arbetsplatser

- Chefer med goda kunskaper för att hantera sina anställdas psykiska ohälsa har genomgående bättre attityder. Till exempel säger 81 procent att människor med psykisk sjukdom är mycket mindre farliga än vad de flesta tror. Motsvarande siffra hos chefer med lite kunskap är 65 procent.
- 82 procent av de chefer som har anställda med psykisk ohälsa kan i framtiden också tänka sig att arbeta tillsammans med en person med psykiska problem. Motsvarande siffra för chefer utan anställda med psykisk ohälsa är 62 procent (CEPI 2012a).

SAMBANDET MELLAN STRESS OCH PSYKISK OHÄLSA

Hjärnkolls undersökning ”Prestationskrav, förebyggande arbete och psykisk ohälsa på jobbet” (2013c) visar att var tredje person upplever att deras psykiska hälsa påverkas negativt av prestationskraven på deras arbetsplats. Var fjärde känner sig inte delaktig i beslut som fattas på jobbet. Men där man förebygger psykisk ohälsa och främjar ett öppet samtalsklimat är det fler som mår bra och känner sig delaktiga, samtidigt som tåligheten för höga prestationskrav ökar.

Sjukskrivningar på grund av stressrelaterad ohälsa ökar på alla nivåer i samhället. År 2009 registrerade Försäkringskassan 18 491 sjukskrivna på grund av stress. Den siffran har ökat till 71 000 personer år 2015 (Försäkringskassan 2016). Det betyder att det har skett en tredubbling av antalet sjukskrivna för stress under åren 2009–2015. Den vanligaste diagnosen av alla ohälsofall i Sverige är nu därför akut stressreaktion. De senaste två åren har den ökat 73 procent. Statistiken från Försäkringskassan visar också att kvinnor i 30-årsåldern är de som drabbas mest.

Enligt Arbetsmiljöverkets undersökning som gjordes inför att nya föreskriften AFS 2015:4 ”Organisatorisk och social arbetsmiljö” trädde i kraft 20 mars 2016, visade det sig att få arbetsgivare kände till de nya reglerna om stress, trots att föreskriften berör i princip alla svenska arbetsplatser. Att det behövs mycket information visar det faktum att bara var fjärde arbetsgivare känner till att det kommit nya arbetsmiljöregler och ännu färre arbetstagare.

Psykiska problem utgör nu den dominerande andelen av långtidssjukskrivningar, efter problem i rörelseorganen. Vilka typer av psykiska problem rör det sig om och vilka faktorer på arbetsplatsen påverkar risk för sjukskrivning? Vilka faktorer påverkar återgång i arbete efter sjukskrivning? Vad vet vi redan och vilka frågor behöver ytterligare forskning? Dessa frågor behandlas i en kunskapsöversikt avseende sambanden mellan arbetsförhållanden, psykisk ohälsa och sjukskrivning som författats av Eva Vingård (FORTE 2015).

Vad finns det för samband mellan organisatoriska faktorer, psykosocial arbetsmiljö och hur vi mår? Enligt en kunskapsöversikt som sammanställt befintlig forskning och statistik på området finns det idag mycket forskning om hur organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö hänger samman med arbetstrivsel, prestation på arbetet samt psykisk och fysisk hälsa. En dålig arbetsmiljö leder till ohälsa och lägre engagemang i arbetet, medan en god arbetsmiljö leder till det motsatta. De samband som dokumenterats i en kunskapssammanställning av forskare vid Stockholms universitet visar att alltför höga krav och begränsade resurser i arbetet generellt hänger samman med lägre arbetstrivsel, en ökad vilja att säga upp sin anställning, samt sämre psykisk och fysisk hälsa (Arbetsmiljöverket 2016).

Rapporten visar att det därför är angeläget att organisera arbetet på ett sådant sätt att alla har en god arbetsmiljö. Det gäller såväl kvinnor som män, yngre och äldre, utlandsfödda och svenskfödda eller andra grupper i olika yrken, organisationer och sektorer på den svenska arbetsmarknaden. Organisatoriska faktorer och den psykosociala arbetsmiljön formas av hur arbetet är organiserat. Det kan variera mellan olika yrken, organisationer och sektorer. Traditionellt kvinnodominerade yrken inom skola, vård och omsorg har ofta en sämre arbetsmiljö med höga krav och knappa resurser. Både kvinnor och män som arbetar inom dessa områden har högre ohälsa än andra. Ohälsan är således inget ”kvinnoproblem”. Det är ett strukturellt problem snarare än könsrelaterat. Kvinnor och män är till exempel verksamma inom olika sektorer på arbetsmarknaden och det är en ojämn fördelning av kvinnor och män på olika hierarkiska nivåer (Arbetsmiljöverket 2016).

Utifrån tidigare studier av sambanden mellan arbetsplatsvåld och psykosocial arbetsmiljö[12] verkar stress, känsla av låg kontroll och höga krav samt socialt stöd också ha betydelse för risken att utsättas för hot och våld. I en studie av polisers arbetsförhållanden visade sig utbrändhet vara relaterat till positiva attityder gentemot användandet av våld i yrkesutövningen. Inlevelseförmåga och empati gentemot kunder eller patienter antas kunna hämmas av stress. När detta sker kan vården upplevas som kränkande vilket ökar risken för konfrontationer. Känslan av låg kontroll i bemärkelsen små möjligheter att påverka sin situation, bristande kunskap och liten erfarenhet är associerat med en ökad risk att utsättas för våld på arbetsplatsen. Det samma gäller låg kontroll som kommer sig av att ha tillfällig anställning eller av osäkerhet på möjligheterna att kunna få annan anställning (Wikman 2016).

Höga krav i form av hög och tung arbetsbelastning har visast sig hänga samman med ökad risk för hot och våld (Menckel & Viitasara 2002). En för stor arbetsbörda saktar ner arbetstempot vilket leder till stress för de anställda. Det kan också orsaka köbildningar och långa väntetider för kunder, patienter och klienter, något som ökar risken för missnöje och konflikt från båda parter. Omsorgsgivare som är stressade och har en stor arbetsbörda på grund av organisatoriska faktorer såsom otillräcklig bemanning, utmattad personal eller dålig arbetsmiljö kan medvetet underlåta att utföra sina arbetsuppgifter. Dessa faktorer kan bidra till att personalen tar genvägar för att bli klar med arbetet eller en ovilja att ta sig an svåra patienter (Wikman 2016).

> *Var tredje person upplever att deras psykiska hälsa påverkas negativt av prestationskraven på deras arbetsplats.*

Utsattheten för hot och våld har visat sig vara större på arbetsplatser med bristande grupphar-moni och lågt stöd från överordnade. Försök med att införa ökat teamarbete och ökat inflytande från både personal, patienter och anhöriga i planeringen har visat sig ha en reducerande effekt på antalet incidenter mellan personal och klienter/patienter (Hultberg m.fl. 2006).

Varje arbetsgivare har ett ansvar att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1). I mars 2016 trädde ”Föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö” (AFS 2015:4) i kraft. Dessa reglerar kunskapskrav, mål, arbetsbelastning, arbetstid och kränkande särbehandling.

I det systematiska arbetsmiljöansvaret ingår att det ska finnas en arbetsmiljöpolicy som beskriver hur arbetsförhållandena ska vara för att ”ohälsa och olycksfall i arbetet ska förebyggas och en tillfredsställande arbetsmiljö uppnås” (5§). I Arbetsmiljöverkets allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna anges att en viktig utgångspunkt i arbetsmiljöpolicyn är de risker som finns i verksamheten. Det är straffbart enligt arbetsmiljölagen 8§ att inte göra en noggrann riskbedömning av verksamheten:

Arbetsgivaren ska regelbundet undersöka arbetsförhållandena och bedöma riskerna för att någon kan komma att drabbas av ohälsa eller olycksfall i arbetet. När ändringar i verksamheten planeras ska arbetsgivaren bedöma om ändringarna medför risker för ohälsa eller olycksfall som kan behöva åtgärdas. Riskbedömningen ska dokumenteras skriftligt, ange vilka risker som finns och om de är allvarliga eller inte.

I Dagens Juridik[13] beskrivs ett ärende då arbetsgivaren bedömts som vållande av skada då man allvarligt brustit i sitt arbetsmiljöansvar. En kvinna hade arbetat som behandlingsassistent och drabbades av psykiska besvär på grund av upprepade hot och våld från vårdtagarna. Kvinnan tvingades till slut att sjukskriva sig och senare tvingades hon gå ner i arbetstid och tappade därför inkomst. För att få ut full ersättning vid så kallad arbetssjukdom, dvs en skada som inte beror på olycksfall, krävs dock att man kan visa att arbetsgivaren har vållat skadan – det vill säga genom försumlighet ha orsakat ohälsan. Både För-

12 För en diskussion om indikatorer för att mäta psykosocial hälsa, se Wikman (2004)

13 http://www.dagensjuridik.se/2014/12/arbetstagare-vinner-mot-forsakringsbolag-arbetsgivare-vallade-psykiska-besvar

säkringskassan och AFA Försäkring godkände skadan som arbetsskada. AFA försäkringars vållandenämnd konstaterade att kvinnans arbetsgivare på flera sätt allvarligt hade brustit i sitt arbetsmiljöansvar – bland annat genom brott mot Arbetsmiljöverkets föreskrifter. Man hade bland annat inte informerat och utbildat personalen om risker i arbetet och hur man kan undvika farliga situationer. Kvinnans ohälsa hade kunnat undvikas om arbetsgivaren hade genomfört de åtgärder som behövts och som föreskrivs i regelverket. Vållandenämnden ansåg därför att arbetsgivaren genom sin oaktsamhet hade vållat skadan

SAMMANFATTNING AV DISKRIMINERING I SAMBAND MED ARBETSLIVET

Arbetslivet är ett förhållandevis väl utforskat områden och det finns även relativt mycket kunskap om situationen på arbetsmarknaden och i arbetslivet för personer som lever med psykisk ohälsa. Trots det är det just brist på kunskap och negativa attityder som bidrar till att människor som lever med psykisk ohälsa diskrimineras i arbetslivet. Det vill säga att de riskerar att bli av med jobbet, får sämre karriärmöjligheter än andra, eller riskerar mobbing och utstötning. Detta bidrar till dilemmat om man ska berätta om sin psykiska ohälsa eller vara tyst. Chefer underskattar hur vanlig psykisk ohälsa är i arbetslivet. Mer än varannan chef tror att 10 procent eller färre av deras anställda kommer att utveckla psykisk ohälsa någon gång under sitt yrkesliv.

Sammantaget visar arbetslivet höga siffror på upplevd diskriminering. Den psykiska hälsan påverkar om man kan få eller behålla ett arbete. Många har erfarenhet av att arbetskamrater undviker dem eller tar avstånd. Fyra av tio har valt att inte berätta om det på sin arbetsplats. Ungefär hälften har senaste två åren låtit bli att söka jobb. Var fjärde har känt sig diskriminerad när det gäller att få ett arbete. Sju av tio chefer underskattar omfattningen av psykisk ohälsa i arbetslivet, trots att det idag är den vanligaste orsaken till sjukskrivning. Nio av tio chefer tycker att det är viktigt att kunna stödja medarbetare med psykisk ohälsa. Däremot saknar nästan hälften tillräcklig kunskap och lika många saknar fungerande rutiner.

> *Fackföreningsanställdas kunskap om rättigheter för personer med psykisk funktionsnedsättning är otillräcklig.*

PROJEKTET DIN RÄTT:S KOMMENTARER

Personer med psykisk ohälsa har både större svårigheter att kallas till anställningsintervju, få ett jobb och att behålla det än många andra. Det kan bero både på saker som att det finns fördomar hos arbetsgivare/kollegor och att man har kognitiva funktionsnedsättningar vilka man inte fått tillräckligt stöd för. Under projektets tid har vi träffat arbetsföra och arbetsvilliga personer som praktiserat i över fem år på en arbetsplats utan att erbjudas så mycket som ett vikariat. Vi har pratat med anställda som hotats med avsked om de inte börjar fika med de andra medarbetarna, trots social fobi. Vi har sett personer vara på väg mot fritt fall när lönebidraget upphör eftersom arbetsgivaren inte vill betala hela lönesumman och möjligheten att få ekonomiskt stöd kan vara komplicerad, som beskrivs i det följande avsnittet om ekonomi. Många andras anställningar är alltför osäkra och löner oskäligt låga.

Diskrimineras man i arbetslivet och tillhör en fackförening är det i första hand denna som ska hjälpa en. Via rådgivningen har vi dock följt flera fall där fackföreningsanställdas kunskap om rättigheter för personer med psykisk funktionsnedsättning är otillräcklig.

Arbetsgivaren har ett ganska omfattande anpassningsansvar, vilket tyvärr ofta brister. Här finns också en risk för stigma: att som anställd be om anpassningen man behöver kan vara att på sikt riskera sin anställning, men att låta bli innebär att riskera att utföra sitt jobb sämre än man annars gjort.

HAR DU SOM ARBETSGIVARE/CHEF STÄLLT DIG FRÅGORNA:

- ✓ Har vi säkerställt att vi anställer personer utefter just deras kompetens relaterad till tjänsten i fråga?
- ✓ Vet jag att de anställda upplever att de har alla förutsättningar för att göra sitt jobb så bra som möjligt?
- ✓ Upplever alla arbetstagare att det är en arbetskultur där man kan prata om hur man mår?
- ✓ Har jag de resurser jag behöver (tid, kunskap, verktyg) för att ta reda på de här sakerna?

Ekonomi

”Så länge jag har haft med Försäkringskassan att göra har de varit svåra att få tag på. Ofta ringer man och så svarar bara ingen. Får man till slut tag på någon säger de att de ska återkomma, men gör sen inte det. En gång har jag blivit kallad ”lilla Anna”. En annan gång hånats för att jag behöver göra listor. Men jag har fått stöd av min socialsekreterare. Det känns bra. Då håller jag mig lättare lugn och behåller orken. Utan henne vet jag inte hur jag hade stått ut med stressen av att inte veta om jag kommer ha pengar till mat för dagen.”

”I min stad har Skatteverket och Försäkringskassan lokal i samma hus, och det är bra, men det är väldigt konstig stämning där. Ibland får man köa i tre-fyra timmar. Personalen är otålig, det finns vakter som sprider en obehaglig atmosfär och kunskapen om psykisk ohälsa är låg. Belysningen där inne gör mig exempelvis illa till mods, pga min neuropsykiatriska funktionsnedsättning, men det har de ingen förståelse för. Handläggarnas avslag på olika ansökningar känns inkonsekventa och slumpmässiga. En dag går något bra (jag är anhörig till ett barn som behöver mycket stöd), nästa dag gör det inte det. När man överklagar får man rätt, men jag har inte tid att överklaga hela tiden. Jag har inte tid att köa i flera timmar för stöd vi alltid kommer behöva.”

”När jag går in i en psykos lämnar jag – mot min vilja – verkligheten. Det går inte alltid att anmäla sig sjuk då, för att få bli sjukskriven. Så jag får inte en chans till att göra en anmälan ordentligt förrän jag kommit ur psykosen igen. Och då har jag ju inte rätt till pengarna längre.”

EKONOMISK UTSATTHET

En rad studier visar att för människor som lever med någon form av psykisk funktionsnedsättning tillhör ekonomiska bekymmer i regel vardagen (SoS 2008, 2010, SoU 2006) Arbetslöshet, utanförskap och låga inkomster, många gånger i kombination med högre levnadsomkostnader, gör det svårt att få ekonomin att gå ihop. Och en svag ekonomi kan i sin tur påverka både den psykiska hälsan och möjligheterna att delta i sociala aktiviter, skaffa vänner och ha en meningsfull fritid. Inte sällan kan situationen upplevas som en ond cirkel, där psykisk ohälsa leder till svag ekonomi, vilket i sin tur riskerar att leda till ytterligare försämrad psykisk hälsa. Men trots att ekonomin ofta utgör en viktig del av problembilden så är kunskaperna om livsvillkoren för människor med psykiska funktionsnedsättningar bristfälliga. Statistik finns på olika delområden, men helhetsbilden saknas enligt en kartläggning av Hjärnkoll (2013).

Alla människor behöver ekonomisk trygghet och ska ges samma förutsättningar så långt det är möjligt. Det leder till självständighet, ökad delaktighet i samhället och bidrar till en bättre psykisk och fysisk hälsa. Att ha en trygg och regelbunden ekonomi är viktigt när man på grund av en funktionsnedsättning inte fullt ut kan klara sin försörjning (Hjärnkoll 2013b).

Socialstyrelsens rapport ”Alltjämt ojämlikt” (2010a) bygger på en undersökning om livsvillkoren för 57 500 vuxna personer med funktionsnedsättning mellan 20 och 64 år med insatser från socialtjänsten enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning (LSS). Det handlar bland annat om personer med psykisk funktionsnedsättning. Rapporten grundar sig på registerdata från 2007 samt en enkät från 2009. Rapporten syftar till att beskriva situationen i relation till två politiska mål – jämlikhet och delaktighet – och den konstaterar att den ekonomiska situationen för personer med funktionsnedsättning inte har studerats i tillräcklig utsträckning. Resultaten visar på stora skillnader i levnadsförhållanden mellan personer med funktionsnedsättning och befolkningen i övrigt. Den visade att personer med funktionsnedsättning bland annat har sämre utbildning, arbete, ekonomi och hälsa. Särskilt tuffa livsvillkor har personer mellan 20 och 29 år med psykisk ohälsa. Många har en låg utbildningsnivå och står helt utanför arbetsmarknaden samtidigt som de har en svag personlig ekonomi och en mindre aktiv fritid.

Psykisk ohälsa i den arbetsföra delen av befolkningen uppmärksammas och debatteras i både Sverige och i omvärlden. Särskilt uppmärksammas den psykiska ohälsan bland unga och kvinnor. Idag är den vanligaste sjukskrivningsorsaken en psykiatrisk diagnos och antalet sjukskrivningar med psykiska diagnoser ökar enligt Försäkringskassan (Finansdepartementet 2013). Enligt Statistiska centralbyrån upplever fyra av tio det egna arbetet som psykiskt ansträngande (Statistiska centralbyrån 2013). Den europeiska unionens statistikbyrå, Eurostat rapporterar att kvinnor i hela EU ofta uppger problem med stress, depressioner och oro, i undersökningar av arbetsrelaterade besvär (Eurostat 2010).

En annan rapport från Socialstyrelsen, ”Att ha schizofreni och vara utrikesfödd” (2013b), beskriver levnadsförhållandena för personer med schizofreni. I undersökningen ingår 9 000 personer som vårdats för första gången på svenska sjukhus för schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd under perioden 2002–2007. Bland de indikator som undersöks finns både hälsorelaterade och ekonomiska faktorer, såsom inkomster och andel som förvärvsarbetar respektive lever på olika former av stöd från samhället.

Rapporten fokuserar på personer födda utanför Sverige, men eftersom även svenskfödda ingår i urvalet kan man utvinna mer generell information ur materialet. I rapporten redovisas resultatet uppdelat på ursprungsregioner och kön. I många fall skiljer sig resultaten åt mellan olika grupper – exempelvis är utlandsfödda med schizofreni i större utsträckning än svenskfödda beroende av försörjningsstöd (Socialstyrelsen 2013b).

De undersökningar som finns kring ekonomiska villkor för personer med psykisk funktionsnedsättning skiljer sig åt när det gäller såväl urval som vilka frågor som ställs. Sammantaget ger dock undersökningarna belägg för att gruppen är ekonomiskt missgynnad i förhållande till andra grupper i samhället. Personer i denna grupp har markant lägre inkomster – vare sig man räknar arbetsinkomster eller disponibla inkomster – högre utgifter, större andel bidragsberoende, mindre ekonomiska marginaler och större sårbarhet för ekonomiska påfrestningar än genomsnittet i befolkningen (Hjärnkoll 2013b).

Personer med psykisk funktionsnedsättning har enligt rapporten en särskilt utsatt ekonomisk situation jämfört med andra. De har i genomsnitt lägre disponibel inkomst och högre andel med ekonomiskt bistånd än andra. De har också oftare ekonomiskt stöd från någon närstående eller anhörig. Vidare bor de i hyresrätt i högre utsträckning än andra samt har högre boendekostnad och mindre boendeyta. De har oftare än andra frikort, trots det har de i högre utsträckning än andra avstått från hälso- och sjukvård, tandvård och från att köpa läkemedel. Rapporten slår fast att den ekonomiska situationen för personer med psykisk funktionsnedsättning bör uppmärksammas särskilt. Sysselsättningen är låg och de kompenserande system som finns är uppenbarligen inte tillräckliga (Socialstyrelsen 2010d).

Det finns ett tydligt samband mellan psykisk funktionsnedsättning och svag ekonomi. Personer med psykisk funktionsnedsättning har i genomsnitt lägre disponibel inkomst och samtidigt högre levnadsomkostnader än befolkningen i övrigt. De har lägre utbildning och svårare att få arbete, och bland dem som har ett arbete är den genomsnittliga arbetsinkomsten mindre än hälften av genomsnittet för befolkningen i övrigt. En betydligt större andel är hänvisade till ekonomiskt bistånd, och risken är stor att fastna i ett livslångt bidragsberoende. Även på bostadsmarknaden är personer med psykisk funktionsnedsättning ofta missgynnade. Fler bor i hyresrätt och en större andel av den disponibla inkomsten går till boendekostnader. Samtidigt har personer med ekonomiskt bistånd ofta svårt att få en ordinarie lägenhet.

En slutsats i rapporten Minuskontot (Hjärnkoll 2013b) är att kunskapsläget är fragmentariskt. I rapporten konstateras att det finns statistiska uppgifter, men underlaget uppges vara bristfälligt. Jämförelser försvåras genom att avgränsningen av målgruppen skiljer sig åt mellan olika undersökningar. Trots detta beskrivs i rapporten att bilden som framträder i de olika undersökningarna samstämmig i flera viktiga avseenden:

- Personer med psykisk funktionsnedsättning har i genomsnitt väsentligt lägre disponibla inkomster än befolkningen som helhet.
- När det gäller inkomster från arbete – för dem som har ett arbete – är skillnaden ännu större jämfört med andra arbetstagare.
- Andelen med låga inkomster är betydligt större än i andra grupper i samhället.
- Bland personer med psykisk funktionsnedsättning är det färre som har arbetsinkomster och fler som är beroende av ekonomiskt bistånd än i befolkningen som helhet.
- Bland personer med psykisk funktionsnedsättning i form av stora besvär av ängslan, oro eller ångest är det en signifikant lägre andel än i befolkningen som helhet som klarar en större oväntad utgift, och det är betydligt vanligare att ha upplevt en ekonomisk kris som inneburit att man inte haft råd att betala hyran eller andra räkningar.
- Det finns ett starkt samband mellan psykisk ohälsa och ensamhet, och ensamhet bidrar i sig till försämrad ekonomi. Dessutom är sociala nätverk ofta avgörande för möjligheterna att få jobb. Ensamhet och isolering är betydligt vanligare bland personer med psykisk funktionsnedsättning än i befolkningen i övrigt (Hjärnkoll 2013b).

SJUKERSÄTTNING, AKTIVITETSERSÄTTNING OCH EKONOMISKT BISTÅND

Socialstyrelsen efterlyste i rapporten ”Alltjämt ojämlikt” från 2010 fördjupade analyser och ansträngningar inom flera områden. Bland annat behöver stödsystemens inlåsnings-

effekter ses över. Personer med funktionsnedsättning tillhör samhällets låginkomsttagare med en klart lägre ekonomisk standard än andra grupper. Till stor del förklaras det av att många sedan unga år har sjuk- eller aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd som huvudsaklig inkomstkälla. Detta är inkomstkällor som bara täcker det nödvändigaste utgifterna och de riskerar ett liv strax ovanför fattigdomsstrecket.

Rapporten Minuskontot (Hjärnkoll 2013b) visar att personer som lever med en psykisk funktionsnedsättning i allmänhet har en betydligt lägre disponibel inkomst och samtidigt högre levnadskostnader än befolkningen i övrigt. De har också lägre utbildning och svårare att få arbete. De som har ett arbete tjänar mindre än hälften av genomsnittet. Många är hänvisade till ekonomiskt bistånd, och risken är stor att fastna i ett livslångt bidragsberoende. De har mindre marginaler och svårare att klara ekonomiska påfrestningar och hamnar därmed mycket oftare än andra i ekonomisk kris, vilket kan innebära att de kommer efter med hyra eller räkningar, eller tvingas låna eller be om hjälp av anhöriga för att klara sin ekonomi. Resultaten rimmar illa med de politiska målen om egenmaktsutveckling, jämlikhet och delaktighet och avståndet mellan ideal och verklighet är i detta sammanhang stort.

Det är möjligt till en viss gräns att kompensera för den låga inkomsten men för att den ekonomiska situationen verkligen ska förbättras krävs att en högre andel kommer ut på arbetsmarknaden. Trots att varken sjuk- eller aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd är avsedda som permanenta inkomstkällor visar rapporten att så är fallet för många. Det förstärker den ekonomiska utsattheten ytterligare och därför bör den ekonomiska situationen för personer med insatser enligt SoL eller LSS ses över. Särskilt angeläget är att titta närmare på den dåliga ekonomin och det långvariga beroendet av ekonomiskt bistånd bland dem med psykisk ohälsa i åldern 20–29 år (Socialstyrelsen 2010a).

> *”Det finns ett tydligt samband mellan psykisk funktionsnedsättning och svag ekonomi.*

Psykisk ohälsa beräknas omfatta närmare 40 procent av de samlade sjukförsäkrings-kostnaderna (kostnader för sjukpenning, sjukersättning och aktivitetsersättning). Detta medför att diagnosgruppen är den enskilt största, följd av sjukdomar i rörelseorganen (AFA 2014).

Enligt ISF:s (Inspektionen för socialförsäkringen) rapport ”Aktivitetsersättning – Från förlängd skolgång till nedsatt arbetsförmåga” (ISF 2012) har antalet unga med aktivitetsersättning ökat kraftigt de senaste tio åren och uppgick 2010 till mer än 30 000 personer. I en tidigare rapport (2011:10) har ISF analyserat bakgrunden till denna utveckling. Huvudorsaken bakom det ökade inflödet är ett ökande antal ungdomar med företrädesvis psykisk funktionsnedsättning som får ersättning för förlängd skolgång.
Antalet ungdomar som beviljas aktivitetsersättning för förlängd skolgång är i sin tur i hög grad beroende av utvecklingen inom särskolan. Andelen elever inom särskolan har ökat sedan mitten av 1990-talet. Flera faktorer har sannolikt bidragit till utvecklingen inom särskolan, däribland förändrad pedagogik inom den ordinarie skolverksamheten, kommunaliseringen av särskolan och de ekonomiska incitamenten inom skolförvaltningen i en kommun.

Det analys- och granskningsarbete som redovisas i rapporten (ISF 2012) bekräftar hypotesen att en viss kategori unga på oklara eller felaktiga grunder placeras i särskola och därmed erhåller aktivitetsersättning. Därefter löper individerna inom gruppen en förhöjd risk att bli beroende av bidrag även senare i livet, bland annat på grund av att de läkarutlåtanden om hälsotillstånd som ligger till grund för beslut om aktivitetsersättning för nedsatt arbetsförmåga uppvisar brister.

I det korta perspektivet är det angeläget enligt författarna, att intensifiera arbetet med att förbättra kvaliteten på läkarutlåtandena och därmed på besluten om aktivitetsersättning för den berörda kategorin. På ett mer fundamentalt plan krävs en översyn av organi-

sation och incitament inom skolsystemet (ISF 2012).

I Försäkringskassans rapport ”Analyser av sjukfall som passerar 180 dagars sjukskrivning” (2012) har vissa grupper identifierats, baserat på bland annat diagnos och sjukskrivningshistorik, som har högre sannolikheter att passera 180 dagar relativt andra grupper. Man kan beskriva gruppen personer med sjukfall om minst 180 dagar med avseende på olika individkarakteristiska mått. Tre grupper utmärker sig på så sätt att de finns i stor utsträckning bland de sjukskrivna. Majoriteten av personer med sjukfall som passerar 180 dagar är anställda, kvinnor, eller över 45 år gamla. Den vanligaste diagnosen för personer som passerar 180 dagars sjukskrivning är ”depressiv episod”. Ungefär 12 procent av sjukfallen från anställda kvinnor som passerar 180 dagar har den diagnosen. Motsvarande andel för anställda män är 9 procent. För personer med diagnosen som passerar 50 dagars sjukskrivning är sannolikheten att de också kommer att passera 180 dagars sjukskrivning ungefär 43 procent. Sammantaget för både kvinnor och män är det främst vissa psykiska diagnoser som hör till de vanligaste orsakerna att sjukskrivningen passerar 180 dagar. Nästan varannan person som är sjukskriven i minst 180 dagar och har ett ”arbete som kräver teoretisk specialkompetens” har en psykiatrisk diagnos (Försäkringskassan 2012).

> *Gruppen med psykisk ohälsa är heterogen och omfattar både personer med full eller viss arbetsförmåga*

Enligt en annan ISF rapport: ”Personer som uppnår maximal tid i sjukförsäkringen. Vilka är de och vad händer efteråt?” ISF (2013), beskrivs vad som karaktäriserar gruppen som efter uppnådd maximal tid har lämnat sjukförsäkringen. Det beskrivs också vad som händer med dem som lämnar sjukförsäkringen när det gäller arbetsinkomst och mottagande av ekonomiskt bistånd.

År 2010 lämnade knappt 41 000 personer sjukförsäkringen efter att ha uppnått maximal tid. Sju av tio personer var kvinnor. Knappt hälften av personerna hade psykisk ohälsa som huvuddiagnos, och det som karaktäriserar personerna i gruppen är att de under lång tid hade stått utanför arbetsmarknaden. Av personerna som lämnade sjukförsäkringen vid maximal tid var sex av tio personer i åldersgruppen 30–49 år och tre av tio i åldersgruppen 50–59 år. Knappt fem av tio personer hade psykisk ohälsa. I rapporten beskrivs att det är mer allvarligt om personer blir långvarigt försörjda genom ekonomiskt bistånd än om det handlar om en tillfällig oförmåga att försörja sig på annat sätt. Bland personer med psykisk ohälsa som huvuddiagnos, fick en relativt stor andel långvarigt ekonomiskt bistånd redan under år 2009. Ökningen var störst bland dem som hade heltidsersättning, bland dem med psykisk huvuddiagnos, bland 30–49-åringar och bland dem som lämnade tidsbegränsad sjukersättning.

ISF aktstudie av återvändare visar att vid maximal tid i sjukförsäkringen hade drygt hälften av personerna (55 procent) en huvuddiagnos inom diagnoskapitlet psykiska sjukdomar och syndrom. Fem av tio personer hade en huvuddiagnos inom avsnittet neurotiska, stressrelaterade och så kallade somatoforma[14] syndrom där de två vanligaste diagnoserna var reaktion på svår stress och paniksyndrom.

De som uppnår maximal tid i sjukförsäkringen har ofta omfattande och komplexa sjukdomstillstånd, inte sällan både psykisk och fysisk ohälsa. Att nästan en av tio personer behövde långvarigt ekonomiskt bistånd under året efter att de lämnat sjukförsäkringen är en hög andel, sett mot bakgrund av att det vanligtvis tar lång tid innan ekonomiskt bistånd

14 Vid somatisering uppstår kroppsliga besvär utan att det finns någon kroppslig sjukdom som kan förklara besvären. Det kan vara fråga om värk, mag-tarm-problem eller neurologiska problem av typen klump i halsen, balansstörning, smärttillstånd, inkontinens, dubbelseende osv.

kan beviljas då den sökandes sparade ekonomiska medel ska vara förbrukade (IFS 2013).

Personer med psykisk ohälsa har lägre sannolikhet att återvända till sjukförsäkringen än personer med andra diagnoser. Tidigare uppföljningar av personer, som uppnått maximal tid, har dessutom visat att personer med psykiska diagnoser i något lägre grad skriver in sig hos Arbetsförmedlingen. Gruppen med psykisk ohälsa är heterogen och omfattar både personer med full eller viss arbetsförmåga och personer som helt saknar arbetsförmåga eller förmåga att delta i arbetsmarknadspolitiska insatser. Var sjätte person av dem som hade psykisk ohälsa och inte återvände till sjukförsäkringen hade dessutom fått långvarigt ekonomiskt bistånd. Rapporten sammanfattar att det behövs fördjupade studier om orsakerna till att personer med psykisk ohälsa i lägre grad återvänder till sjukförsäkringen efter uppnådd maximal tid och varför så många av dem hamnar i ett långvarigt behov av ekonomiskt bistånd (ISF 2013).

Enligt Socialstyrelsens rapport ”Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar” (2010d) framgår att enligt flera studier bedömer personer med funktionsnedsättning att de har sämre levnadsförhållanden än andra. Många undersökningar visar att personer med psykisk funktionsnedsättning är särskilt utsatta, oavsett om gruppen avgränsas till personer som har vårdats på sjukhus med vissa psykiatriska diagnoser eller om det gäller personer som själva anger att de har psykiska besvär. Det är vanligare att de är arbetslösa, de har oftare förtidspension, deras inkomst är lägre, biståndstagandet högre och mer långvarigt och deras ekonomiska situation är sammantaget sämre. Det är också vanligare att personer med svåra besvär av ängslan, oro eller ångest avstår från att söka sjukvård och tandvård (Socialstyrelsen 2010d).

Kort sagt är personer med psykiska funktionsnedsättningar en väldigt utsatt grupp ekonomiskt. De är mer beroende av stöd och bidrag än andra, har lägre inkomster, färre alternativ och snävare rörelsemån för att klara ekonomisk påfrestning. En möjlig effekt av det är att ekonomisk kris blir en pågående risk; att komma efter med hyra och räkningar, tvingas ta lån eller göra sig beroende av anhöriga för att få ekonomin att gå ihop (Hjärnkoll 2013b:15).

BLEKINGEPROJEKTET

I rapporten Minuskontot (Hjärnkoll 2013b) beskrivs hur en förbättrad ekonomi kan innebära ökade möjligheter att delta i sociala aktiviteter. I en amerikansk studie undersöktes värdet av social support vid återhämtning från psykisk ohälsa (Davidson m.fl. 2004). I studien deltog 260 personer med psykiatrisk diagnos. Hälften av dem hade psykossjukdom och 34 procent hade affektiva syndrom. De flesta levde ensamma, var arbetslösa och 44 procent hade ett samtidigt drogmissbruk. De 260 deltagarna delades in i tre grupper:

Den första gruppen fick 28 dollar per månad till sociala aktiviteter samt socialt stöd från en person som inte hade någon tidigare erfarenhet av psykisk ohälsa.

Den andra gruppen fick 28 dollar i månaden till socialt stöd men från en person med erfarenhet av psykisk ohälsa och som återhämtats i tillräckligt hög grad.

Den tredje gruppen fick inget socialt stöd men liksom de två andra grupperna 28 dollar i månaden.

Att endast ge pengar, men inget socialt stöd, till den tredje gruppen syftade till att se om pengarna i sig hade någon uppmuntrande effekt till att engagera sig i sociala aktiviteter på egen hand. Deltagarna i studien träffade sin kontaktperson två till fyra timmar i veckan under nio månader, för att ägna sig åt sociala aktiviteter. Forskarna mätte bland annat funktionsförmåga, självkänsla och välbefinnande efter fyra respektive nio månader. Studien visade att de flesta av deltagarna använde sina pengar till sociala aktiviteter oavsett om de hade support eller inte, vilket indikerar att pengar i sig kan bidra till sociala aktiviteter. De flesta visade också en förbättring över niomånadersperioden gällande symtom, funktion och självkänsla. Studien lyfter fram en viktig faktor. Trots att de flesta deltagarna levde ensamma och var tämligen isolerade, ville de vara med i sociala sammanhang och

aktiviteter utanför psykiatrin. Intervjuer med deltagarna lyfte också fram värdet av att delta i vardagliga aktiviteter som vilken person som helst tillsammans med ”vanliga” personer. Dessa upplevelser tycks i sig ha bidragit till bättre funktion och en högre grad av självkänsla. Socialt stöd utanför psykiatrin verkar vara främjande för funktion och självkänsla (Davidson m.fl. 2004).

En likande studie, ”Pengar, vänner och psykiska problem”, genomfördes år 2008–2010 av Landstinget i Blekinge. Studien omfattade drygt 200 personer med psykisk funktionsnedsättning och insatser från den kommunala psykiatrin. Syftet var att undersöka synen på tillvaron samt identifiera vilka behov som dessa personer själva upplevde sig ha för att kunna leva ett liv som alla andra. Undersökningen omfattade även frågor kring den ekonomiska situationen, såsom inkomster och ekonomiska marginaler.

Projektet gick ut på att personer med psykisk funktionsnedsättning fick ett aktivitetsbidrag på 500 kronor i månaden för att kunna aktivera sig socialt. Pengarna delade ut helt utan krav på redovisning eller motprestation. En jämförelsegrupp följdes på samma sätt med hjälp av skattningsskalor och intervjuer. Resultat var det samma som den amerikanska studien. Det behövdes inte hela nio månader för att se effekter. Andelen deltagare som behövde psykiatrisk slutenvård hade sjunkit med 30 procent redan efter ett halvår. Isoleringen minskade och de visade färre symptom på sina diagnoser. Vinsten var uppenbar, både för de enskilda och för samhället i stort.

Signifikanta förbättringar kunde noteras i insatsgruppen vad gäller symptom som depression och ångest. Deltagarna i den gruppen var mer tillfredsställda med sitt nätverk och hade en bättre självbild. Inga skillnader kunde noteras i jämförelsegruppen. Inga skillnader mellan första och andra mättillfället kunde noteras när det gäller funktionsnivå och psykotiska symptom. I de intervjuer som ingick i studien beskrevs dynamiken mellan brist på pengar och tilltagande isolering och mellanförbättrad ekonomi och öppning mot ett socialt liv. Samtidigt visade intervjupersonerna på en vardag där de lyckades hitta olika sätt att handskas med sin relativa fattigdom i vardagen. På så sätt kunde de visa att trots sina psykiska problem förmådde de hantera en vardag präglad av stora svårigheter.

En slutsats som kan dras från projektet är att förbättrade ekonomiska levnadsvillkor kan påverka centrala aspekter i tillstånd och situation hos människor med allvarliga psykiska problem. Aspekter som vanligtvis förknippas med deras ohälsa. Sociala insatser kan ha ”behandlingseffekter” och borde övervägas som komplement eller alternativ till medicinska insatser. Generellt förbättrade ekonomiska villkor för människor med allvarliga psykiska problem och låga ekonomiska ersättningsnivåer skulle kunna utgöra effektiva preventiva åtgärder.

SAMMANFATTNING AV EKONOMISK DISKRIMINERING

Den ekonomiska situationen och det sociala livet för personer med psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning är förhållandevis outforskade områden. Vi vet dock att ekonomisk trygghet och lika förutsättningar så långt det är möjligt leder till självständighet, ökad delaktighet i samhället och bidrar till en bättre psykisk och fysisk hälsa. Att ha en trygg och regelbunden ekonomi är viktigt när man på grund av en funktionsnedsättning inte fullt ut kan klara sin försörjning. Personer med psykisk funktionsnedsättning är en väldigt utsatt grupp ekonomiskt. De är mer beroende av stöd och bidrag än andra, har lägre inkomster, färre alternativ och snävare rörelsemån för att klara ekonomisk påfrestning.

Trots att ekonomin ofta utgör en stor del av problembilden så är kunskaperna om livsvillkoren för människor med psykiska funktionsnedsättningar bristfälliga. Statistik finns på olika delområden, men helhetsbilden saknas. Forskning om ekonomi begränsas främst till beskrivningar av de levnadsvillkor som människor med psykisk ohälsa lever under. Det är mindre tydligt när kan prata om ekonomisk diskriminering. Här saknas det forskning om hur situationen ser ut.

PROJEKTET DIN RÄTT:S KOMMENTARER

Långvarig psykisk ohälsa leder ofta till ekonomisk utsatthet.[15] Det får stora konsekvenser i det dagliga livet, inklusive ens möjligheter att sköta sin hälsa. Personer med allvarlig psykisk ohälsa i Sverige lever 15-20 år kortare än andra. Det beror inte bara på dålig ekonomi, men det är en del av problemet. När det både är svårt att få ett jobb och få ekonomiskt stöd påverkas snabbt den fysiska och psykiska hälsan. I vår rådgivning har vi pratat med flera individer som inte har haft råd att gå till doktorn trots smärta eller skada – och att det ibland har varit något så litet som kostnaden för bussresan dit som omöjliggjort det.

Den som år efter år har ont om pengar har svårt att delta i fritids- och kulturlivet, hamnar lätt i utanförskap och får svårare att ta hand om sig själv. En person med psykisk ohälsa som har ett jobb tjänar i snitt mindre än hälften av vad genomsnittsbefolkningen tjänar[16].

Försäkringskassan har ett system som ofta upplevs som otillgängligt av de som är beroende av att få rätt till ersättningar från dem. Att besluten kan skilja sig utifrån olika handläggares olika bedömningar, ofta beroende på deras kunskapsnivå, av exempelvis någons arbetsförmåga eller varaktigheten av ett visst sjukdomstillstånd, bidrar till en rättsosäkerhet. Merkostnadsersättningen ges exempelvis i mindre utsträckning för personer med psykisk funktionsnedsättning än de med fysisk, trots att även merkostnaderna hos den med psykisk funktionsnedsättning är stora

Många av de individer projektet träffar upplever att det är vattentäta skott mellan Försäkringskassan, socialtjänst och Arbetsförmedlingen, och önskar att dessa skulle kommunicera mer sinsemellan samt anpassa sina system mer efter varandras.

Har man sjukersättning och engagerar sig i föreningslivet löper man risk att gå miste om fortsatt ersättning, för att man ”ju visat sig kunna ha en sysselsättning”. Istället för att se engagemanget som ett bevis på att personen är arbetsför bör Försäkringskassan se det som personens ansträngning för att få egenmaktsutveckling, undvika isolation och hämta kraft ur det sociala sammanhanget. Detta är en angelägen distinktion också därför att Försäkringskassan har ett rehabiliteringsansvar.

Hjälp med ekonomin

Att få god man eller förvaltare kan vara något som gör ens tillvaro lättare. Men alltför ofta kan processen med att få en god man ta för lång tid, och tillsynen av att allt går rätt till är inte heller alltid tillräcklig. Att förvaltarrollen fungerar tillfredsställande är ännu viktigare, bl. a eftersom insatsen är ofrivillig och därmed inkräktar på huvudmannens integritet.

Både gode män och förvaltare måste matchas noggrannare mot sin huvudman så att de behov som finns hos sistnämnda verkligen kan mötas. Vi har fått samtal från individer som upplever att deras gode män eller förvaltare gör helt andra saker än det den ska göra – och ibland ingenting. Det saknas också ofta kunskap om hur en individanpassad kontakt ska se ut.

15 Minuskontot - Ekonomiska villkor för personer med psykisk funktionsnedsättning, NSPH och Hjärnkoll 2015

16 Riksförbundet Hjärnkoll

Det vore önskvärt om överförmyndarverksamheterna kunde bli mer handlingskraftiga och ansvarstagande i de här frågorna; många av de huvudmän vi haft kontakt med känner att responsen från dessa är alltför oengagerad när relationen med den gode mannen eller förvaltaren haltar. Vi rekommenderar att det utreds ifall tillräckliga resurser och förutsättningar verkligen finns hos bl. a Överförmyndarnämnden för att de ska kunna göra allt som ingår i deras mandat (på ett sätt som är tillfredsställande för huvudmännen). Om situationen inte förbättras när en huvudman vänder sig till Överförmyndarnämnden kan huvudmannen känna sig rättslös. Om en god man eller förvaltare inte har rätt förutsättningar för att utföra sitt uppdrag behöver detta tillgodoses, och om någon av dessa parter missköter sitt uppdrag behöver Överförmyndaren undantagslöst ta ansvar för att detta åtgärdas. Transparens, flexibilitet och tydlighet behöver kort sagt ses som krav vid en insats som inskränker en människas personliga rättigheter.

Möjligheten att få en god man eller förvaltare kan vara central för att personer med psykisk ohälsa ska få livet att fungera med värdighet och värde. Vilka olika former av hjälp man kan få från en god man/förvaltare i egenskap av person med psykisk ohälsa kan dock behöva förtydligas för sistnämnda. Det är viktigt att alla som har behov av just en god man/förvaltare (och alla andra alternativ som skulle kunna anses bättre är uttömda) kan få det beviljat. Att få en god man eller förvaltare är ingen ovillkorlig rättighet, men det är avgörande att det faktiskt beviljas för de personer som har behovet och som i praktiken inte har några andra möjligheter till det stödet. Idag nekas godmanskap/förvaltarskap alltför ofta med hänvisning till att individen inte har testat tillräckligt många andra alternativ – alternativ som inte har som uppdrag att möta de behov som en ansökan om god man/förvaltarskap grundar sig på.

HAR DU SOM YRKESVERKSAM INOM FRÅGOR SOM RÖR EKONOMISK ERSÄTTNING, FÖRSÖRJNINGSSTÖD ELLER EKONOMISKT BISTÅND STÄLLT DIG FRÅGORNA:

- ✓ Vet jag vad den som påverkas av mitt ekonomiska beslut tycker om beslutet?
- ✓ Vet jag att personen till fullo förstår motivet till beskedet i fråga?
- ✓ Är jag insatt i de merkostnader (påminnelseavgifter, medicin, vård, hjälpmedel) ett liv med psykisk ohälsa kan innebära?
- ✓ Har jag de resurser jag behöver (tid, kunskap, verktyg) för att ta reda på de här sakerna?

Fritid, boende, familj och vänner

”Jag tycker att det är svårt att veta hur man ska handskas med när andra snackar skit om en fast man inte har gjort något, och de inte vill säga vad man gjort för fel. Om jag byter bostad eller byter jobb pratas det om det på min ort, och jag får hånfulla frågor om hur jag egentligen klarar det. Det är snart trettio år sedan jag mådde dåligt, då levde jag under en period med tre olika diagnoser. Jag tycks fortfarande inte ha lärt mig de sociala koderna. Jag önskar att det inte straffade sig så mycket.”

”Ibland får jag panikångestattacker. Om det händer i offentliga miljöer är det extra obehagligt. Som när jag står vid kassan i en mataffär. Då gör personalen miner till varandra, eller uttrycker aggression mot mig. Ibland på gatan har jag blivit skrattad åt eller blivit kallad hemska saker. Det är så svårt att resa sig från ångesten, när man förstår att andra tycker att den gör mig till en lägre stående varelse.”

”Den som diskriminerar mig är jag själv. Min diagnos heter BDD – Body dysmorphic disorder, och gör att man blir besatt av sitt eget utseende som man aldrig känner duger. Ensamhet, speglar, selfies, kontroller och egna regler präglar mitt liv. Ibland känns det som att enda lösningen är att ta mitt liv. Jag har förlorat så många timmar till ångest, depression och att inte ha en fungerande vardag. För mig är varje komplimang jag får samma sak som en lögn. Jag går upp mitt i natten för att sminka mig i tid till skolan. Jag är femton år och kämpar varje dag för att bli av med det här.”

En stressande vardag med få möjligheter till avkoppling, självbestämmande, begränsad ekonomi samt brist på socialt stöd är faktorer som ökar risken att drabbas av psykisk ohälsa (Skärsäter 2014). När det gäller tillgängligheten till en rikare fritid visar forskningen att personer med insatser enligt LSS och SoL i mindre utsträckning deltar i kultur- och nöjeslivet samt motions- och friluftslivet än befolkningen i stort (Socialstyrelsen 2010a). De reser inte heller bort på semester eller har tillgång till dator och internet i samma utsträckning som totalbefolkningen. Det finns inga skäl att tro att alla personer med funktionsnedsättning har en mindre benägenhet eller vilja att ägna sig åt fritidsaktiviteter än

andra. Det annorlunda fritidsmönstret är snarare en konsekvens av bristande tillgänglighet, sämre ekonomiska förutsättningar och brister i olika stödsystem.

Personer med funktionsnedsättning har ofta en mindre aktiv fritid än andra. Ekonomiska begränsningar kan vara en bidragande orsak. Sociala insatser, såsom ledsagning, som kan vara en möjlighet till sociala aktiviteter kostar pengar i de flesta kommuner. Kanske väljer man därför bort sådana aktiviteter av ekonomiska skäl, vilket kan bidra till att förstärka ensamheten. (Hjärnkoll 2013b).

Tillgänglighetsfrågorna skär genom hela kommunens verksamhet, och endast genom ett organiserat arbete och samverkan kan framsteg göras. Humans undersökning om olika aspekter av tillgänglighet visar att många kommuner brister i detta hänseende. I flera kommuner uteblir relativt enkla åtgärder som spelar stor roll för människor med någon form av funktionsnedsättning. Till grund för Humanas Tillgänglighetsbarometer 2015 ligger en enkät som skickats till landets 290 kommuner. 181 kommuner har besvarat enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 62 procent. Webbenkäten skickades till kommunernas registratorer, som uppmanades att vidarebefordra undersökningen till den som är högst ansvarig för tillgänglighetsfrågor på kommunen.

I resultaten framkommer såväl positiva resultat som områden där det finns tydliga förbättringsbehov. Variationerna mellan kommunerna är stora och det går inte att se några samband mellan en kommuns storlek och på vilket sätt de arbetar systematiskt med tillgänglighetsfrågor. Drygt sex av tio uppger att kommunens översiktsplan inte innehåller mätbara mål och/eller angivna förbättringsprojekt för ökad tillgänglighet och användbarhet för personer med funktionsnedsättningar.

> *”I flera kommuner uteblir relativt enkla åtgärder som spelar stor roll för människor med någon form av funktionsnedsättning.*

En stor andel av kommunerna uppger också att de inte ställer krav på tillgängliga aktiviteter när de beviljar medel och stöd till kultur- och föreningsverksamhet. Fyra av tio kommuner har inte utvärderat arbetet efter de tillgänglighetsmål kommunen har och det kan vara en bidragande orsak till att hinder för tillgänglighet inte undanröjs i tillräcklig utsträckning.

E-delegationen, som är en kommitté under Näringsdepartementet, har riktlinjer för tillgängliga webbplatser. Reglerna är relativt omfattande och bygger på en internationell standard. I undersökningen har Humana ställt frågan om kommunen i sin utveckling av kommunens webbplats arbetar utifrån riktlinjerna. Sju av tio kommuner svarar att de följer dem. Sammantaget innebär resultaten att en majoritet av kommunerna arbetar utifrån och följer de riktlinjer som har tagits fram. I de öppna svaren framkommer att ambitionerna varierar, men att en så stor andel av kommunerna i undersökningen använder riktlinjerna är att betrakta som positivt. Dock innebär resultaten samtidigt att tre av tio kommuner inte prioriterar frågan. Att var femte kommun inte vet om riktlinjerna följs pekar på att den egna webbplatsen inte ligger högt på tillgänglighetsagendan. Fler kommuner bör prioritera frågan, särskilt mot bakgrund av att en allt större del av kommunens kommunikation med medborgarna sker digitalt.

BOENDE

Enligt utredningen Ambition och ansvar (SOU 2006:100) är boende ”den enskilda faktor som har de största effekterna på den enskildes levnadsförhållanden” (SOU 2006:100, 241). Hur ser då situationen ut i landets kommuner gällande boendeinsatser för personer med psykisk funktionsnedsättning? Socialstyrelsens granskning av kommunerna och landstingen visar på brister i att uppfylla de krav och mål som anges i lagar och föreskrifter (Socialstyrelsen, 2012a). Granskningen visar att 34 kommuner saknar bostäder enligt SoL och LSS. De största bristerna finns i mindre kommuner. Många boenden har institutionsliknande prägel där personer med flera olika diagnoser bor. Enligt Alltjämt ojämlikt (Socialstyrelsen 2010a) saknas kök och kokvrå i närmare 20 procent av SoL-boenden. Det konstateras också i en senare rapport från Socialstyrelsen (2012a) att SoL-boenden varierar ganska mycket och kan sakna både spis och kylskåp. Detta kan tänkas medföra merkostnader genom att man oftare behöver äter ute istället för att laga mat. Kommunikationsmedel såsom internet och mobiltelefon väljs ibland bort, troligtvis av ekonomiska skäl. I SoL-boenden har, enligt Socialstyrelsens studie, endast omkring 15 procent tillgång till internet. I LSS-boenden är förekomsten högre – 30 procent. Om orsaken är ekonomin så utgör detta ett hot mot delaktighet, tillgänglighet och sociala sammanhang. Unga med psykisk funktionsnedsättning som beviljas särskilt boende erbjuds inte sällan nya lägenheter där hyran är hög. Höga hyror i kombination med en låg lönenivå och små möjligheter att välja eget boende innebär en kärv ekonomisk situation. Det finns en stark koppling mellan arbetslöshet och utestängning från den ordinarie bostadsmarknaden. Det är inte många hyresvärdar som accepterar ekonomiskt bistånd som huvudsaklig inkomst. Både utestängning och hemlöshet har ökat mellan 2005 och 2011 (Hjärnkoll 2013b)

SKL (2012) menar att olika former av boendestöd idag är väl utbyggt i kommunerna och erbjuds målgruppen under vardagar. Däremot erfar SKL att stödet efter kontorstid och helger inte är lika utbyggt. Inte sällan avstår också den enskilde från att ta emot boendestöd, även om det står klart att behov föreligger, för att insatsen är avgiftsbelagd; vilket kan vara ett dilemma för kommunerna i sin strävan att ge en person med funktionsnedsättning erforderligt stöd å ena sidan, och det egna ansvaret hos individen över sin boendesituation, ekonomi m.m. å andra sidan. Många kommuner har väl utvecklade boendelösningar för målgruppen men från brukarorganisationerna anges att det behöver utvecklas fler och mer varierade boendeformer. Kommunernas förutsättningar och förmåga att tillgodose målgruppens behov varierar inte minst beroende av kommunens storlek. Det är naturligtvis lättare för stora kommuner att erbjuda olika former av sociala insatser och att ha egna verksamheter inom t.ex. boende och sysselsättning som svarar upp mot enskildas behov jämfört med småstadskommuner med mindre antal olika verksamheter, färre antal personer tillhörande målgruppen, mindre budget m.m. Det finns därför enligt SKL:s bedömning stora möjligheter till kvalitets- och effektivitetsvinster när flera kommuner samarbetar kring olika lösningar.

I en litteraturgenomgång av Johansson (2007) beskrivs diskrimineringsprocesser i samband med boende. I fokusgruppsintervjuer beskriver personer med psykisk funktionsnedsättning hur stigmatisering, diskriminering och dålig ekonomi har reducerat deras möjligheter att få tillgång till ett tryggt och ändamålsenligt boende. Personerna beskriver också det dilemma de stod inför när de blev tvungna att välja mellan den bostad de önskade och det stöd de var i behov av, eftersom de upplevde att tillgången till stöd var kopplad till en minde önskvärd boendemiljö.

BOENDESTÖD

Personer med psykiska eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar kan bli beviljade insatsen boendestöd. Boendestöd innebär att man får hjälp i hemmet med sitt vardagliga liv – antingen genom motiverande stöd eller praktisk hjälp. Sedan 2011 är boendestödet den vanligaste insatsen via Socialtjänstlagen för personer under 65 år med psykisk funktionsnedsättning. Boendestöd, som är ett stöd man får via Socialtjänstlagen (SoL), bygger på att du får besök i hemmet av personal som hjälper dig i ditt vardagliga liv. Exakt vilken typ av stöd du kan få beror på dina behov, önskemål och förutsättningar. Den som avgör om du har rätt till boendestöd kallas för biståndshandläggare eller socialsekreterare och arbetar på kommunen.

KUNSKAPSÖVERSIKT: DISKRIMINERING I SAMBAND MED PSYKISK OHÄLSA **FRITID, BOENDE, FAMILJ OCH VÄNNER**

Det generellt sett vanligaste stödet för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är att få hjälp med att strukturera vardagslivet. Boendestödet har som syfte och mål att bygga upp en struktur som kan bidra till att göra personen så självständig som möjligt. Personalen, det vill säga boendestödjaren, som besöker dig i hemmet har som uppgift att motivera och stötta dig i din vardag så att du kan känna dig trygg och bli mer aktiv och självständig. Stödet kan alltså vara av både psykisk eller fysisk karaktär – motiverande stöd och/eller praktisk hjälp.

Vissa behöver hjälp med personlig omvårdnad, det vill säga stöttning i att äta, sköta hygienen eller att kliva upp på morgonen och göra sig klar inför dagen. Andra behöver hjälp med att strukturera upp städning, handling eller tvätt. En tredje grupp behöver stöd inför olika aktiviteter eller i besök med myndigheter – till exempel när det är dags för ett tandläkarbesök eller ett bankärende.

En rapport från NSPH (2014) visar på:

- ett generellt gott resultat gällande upplevd kvalitet inom boendestödet och bostad med särskild service.
- vad som kan bli bättre i relationen mellan brukare och boendestödjare. Detta är ett stort förbättringsområde.
- att delaktighet skattas lägst av alla dimensionerna, trots att det är en viktig faktor för återhämtning.
- att den upplevda kvaliteten skattas lägre i samtliga dimensioner av boende med särskild service, än av personer i eget boende med boendestöd.

Jämfört med motsvarande mätningar inom psykiatriska vårdformer visar resultatet att:

- graden av delaktighet är genomgående den lägst skattade dimensionen, men den varierar inom olika verksamhetsområden.
- delaktigheten verkar vara lägst i vård- och stödformer med minst frihet för individen, inom slutenvård, rättspsykiatrin och i boende med särskild service.

PERSONLIGT OMBUD

Socialstyrelsen har gjort en uppföljning i syfte att kartlägga och analysera verksamheten med personligt ombud riktar sig till personer med långvarig och omfattande psykisk funktionsnedsättning som har behov av särskilt stöd för att kunna tillvarata sina rättigheter i samhället (Socialstyrelsen 2014c).

Ett personligt ombud arbetar på uppdrag av klienten och fungerar som ett redskap för att stärka klienten till att få bättre tillit till sig själv och därmed få bättre kontroll och makt över den egna vardagen. Verksamheten når årligen cirka 6 000 klienter. Det finns personliga ombud i 245 kommuner, vilket motsvarar 84 procent av landets kommuner. Medelåldern bland ombuden är drygt 50 år och 65 procent av dem är kvinnor. Över tre fjärdedelar av ombuden är högskoleutbildade. I länsstyrelsernas årsrapporter till Socialstyrelsen har framförts att verksamheten på många håll har fått en fast förankring och att kommunerna numera ser den som en etablerad del av vad som förväntas finnas i en kommun. Drygt hälften av ombuden (54 procent) svarade att fler söker kontakt med dem som personligt ombud än vad de kan ta emot.

Många personliga ombud (80 procent) uppger att de flera gånger rapporterat brister i vård- och omsorgssystemet. Exempel på inrapporterade brister:

- dåligt bemötande och bristande kompetens och förståelse för målgruppens problematik från myndigheter
- brister i samverkan, både mellan förvaltningar inom kommuner men också mellan olika myndigheter
- problem för klienter att få försörjningsstöd för tandvård

- svårigheter i att synliggöra barn som bor med föräldrar med psykisk ohälsa och funktionsnedsättning
- brist på gode män och förvaltare
- för lite tillgång till boendestödjande insatser
- långa väntetider och bristfällig tillgång till läkare inom psykiatrin
- dålig samordning mellan somatisk och psykiatrisk vård
- svårtillgänglig psykiatrisk öppenvård
- oro och osäkerhet kring Försäkringskassans regler om försörjning för målgruppen
- svårt att få tid hos Arbetsförmedlingen. Klienter har svårt att förstå informationen som de får därifrån

Ombuden uppger att det ibland finns för lite tid för varje klient. Om man måste prioritera bland klienterna tycks det vara unga, klienter med barn, bostadslösa eller vräkningshotade som är prioriterade. Sammantaget handlar bristerna om bemötande och värderingar, myndigheternas organisations- och strukturbrister, tillgänglighet till psykiatrisk vård och brister i samordnade insatser. (Socialstyrelsen 2014c:23).

Några ombud upplever att attityderna i samband med samverkan med olika myndigheter har förändrats från att man tidigare gjorde mycket för att hitta lösningar och hjälpa en person medan det nu finns en ”svalare” attityd där man säger ”detta är inte vårt bord”. Vidare framför ombuden att samverkan mellan myndigheterna ibland upplevs vara personberoende, vilket leder till att det kan bli sårbart.

Ombuden upplever att det finns en ständig brist på psykiatriker, vilket drabbar klientens behandling och mående. För att underlätta för målgruppen måste det bli bättre tillgång till vård och behandling inom psykiatrin. Flera nämner också att det finns många hinder just för den här målgruppen. Många klienter är även generellt stressade och oroliga för att deras fritidsersättningar ska upphöra. Det är svårt för många att ta sig fram i det alltmer komplexa samhället där det kan vara tekniskt komplicerat att kommunicera.

Många personliga ombud (80 procent) uppger att de flera gånger rapporterat brister i vård- och omsorgssystemet.

Rapporten uppgav även en ökning av gruppen personer med neuropsykiatriska diagnoser. Ombuden upplever också att det kommer in fler klienter under en kortare tid än tidigare. Samtliga intervjuade i rapporten instämmer i att det troligen finns personer som inte nås av verksamheten. Det finns också personer med psykisk ohälsa och missbruk som är svåra att nå. Det händer att ombudet får kontakt med en person som behöver olika typer av stöd men där kontakten inte mynnar ut i något mera. Det förekommer att ombuden inte åtar sig ett uppdrag, till exempel på grund av att det saknas kunskap för att hantera situationer med affekt som upplevs som hotande och våldsamma. Den kan även handla om personer som ringer och vill ha stöd i olika juridiska frågor såsom umgängesrätt (Socialstyrelsen 2014c).

TVÅNGS- OCH BEGRÄNSNINGSÅTGÄRDER

Under 2015 presenterade Socialstyrelsen resultaten från en enkätundersökning för att följa utvecklingen inom vården och omsorgen för personer med nedsatt beslutsförmåga (Socialstyrelsen 2015h). Omkring tre fjärdedelar av verksamhetscheferna uppgav att det vid deras boenden för vuxna med nedsatt beslutsförmåga förekommit olika typer av begränsningsåtgärder under den senaste tremånadersperioden (IVO 2015c). Vanligast var inlåsning av mat, pengar och cigaretter, behovsmedicinering samt sänggrindar. Omfattningen av dessa åtgärder var ungefär lika stor inom verksamheter för boendestöd, men åt-

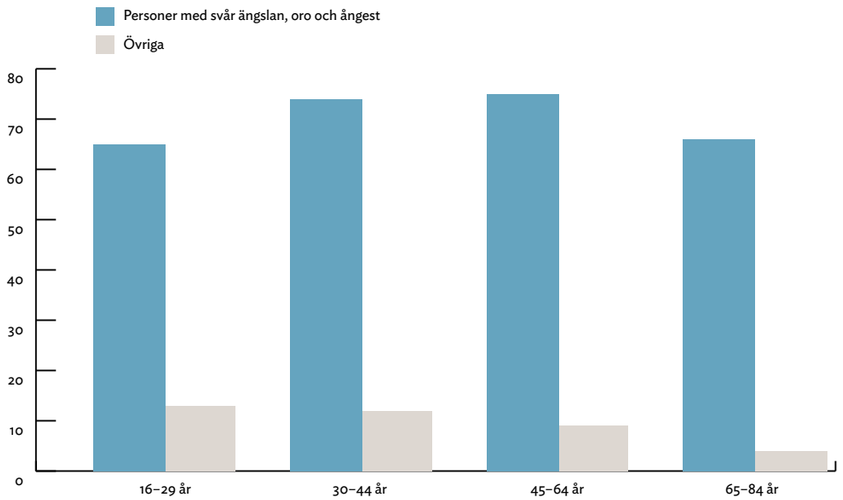
gärderna skiljer sig något. Inom boendestöd handlar begränsningsåtgärder framför allt om behovsmedicinering och inlåsning av saker. Bilden av tvång och begränsningar bekräftas av IVO. Socialstyrelsen konstaterar att utvecklingen inom LSS-boenden inte är lika positiv som inom äldreboenden. Endast var femte verksamhetschef anser att det har skett en minskning av antalet begränsningsåtgärder i boende för vuxna enligt LSS (Socialstyrelsen (2015e). Socialstyrelsen menar att det är bekymmersamt att det fortfarande förekommer sådana åtgärder. Begränsningsåtgärder kan bidra till att den enskildes hem får en institutionsliknande prägel, vilket står i motsats till intentionerna i LSS (Socialstyrelsen 2015h).

KONTAKT MED ANHÖRIGA OCH VÄNNER

Det finns många fördomar och mycket skam kring psykisk ohälsa även bland anhöriga och personer som lever med sin diagnos. Enligt flera undersökningar är det just i de nära relationerna som man upplever sig diskriminerad/orättvist bemött på grund av att man lever med en psykisk funktionsnedsättning. En undersökning som genomförts av Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI 2011) visar att:

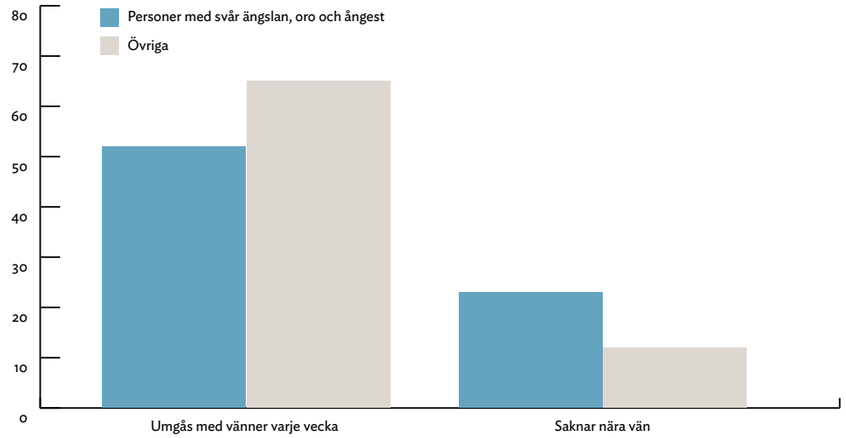
- 69 % rapporterar att man hemlighållit eller dolt sina psykiska problem för omgivningen
- 54 % upplever sig orättvist behandlade av sin familj och 35 % av sin partner
- 50 % tycker att de blivit orättvist behandlade när det gäller att få vänner eller behålla dem

Hjärnkolls undersökning från 2013 bygger på statistik ur Nationella folkhälsoenkäten med svar från nästan 70 000 personer i åldern 16–84 år under åren 2005–2012. Den visar att cirka 3000 av dessa, 4,3 procent, har svår ängslan, oro eller ångest (Hjärnkoll 2013d). Studien rymmer även statistik från SCB:s ULF, om levnadsförhållanden, där nästan 30 000 personer över 16 år har deltagit. Samma målgrupp har lyfts fram ur SCB:s undersökning. Figur 3 visar att svår stress är sju gånger vanligare och svåra sömnbesvär hela tio gånger vanligare hos personer med svår ängslan, oro eller ångest jämfört med övriga.



Figur 3: Personer som upplever svår stress (procent), FHI. Hjärnkoll: 2013

Förutom att personer med psykisk ohälsa ofta upplever stress saknar de ofta en nära vän, se figur 4 (Hjärnkoll 2013d). Det kan leda till mycket skamkänslor och därmed isolering. Figur 4 nedan visar att det är nästan dubbelt så vanligt att de i målgruppen saknar en nära vän (Hjärnkoll 2013d).



Figur 4: Umgänge med vänner, personer i ålder 16–84 (procent), ULF/ Hjärnkoll 2013d)

NSPH:s Anhörigprojekt genomförde en enkät under 2015 som riktade sig till anhöriga till vuxna med psykisk ohälsa. Resultatet från enkäten visar att många anhöriga lever i en utsatt situation. Till stor del bekräftade svaren många av de erfarenheter som NSPH och dess medlemsorganisationer har. En stor majoritet av de som svarade gjorde det i egenskap av mammor (62 %). Pappor kommer först på femte plats (6 %). Det här är en allvarlig siffra ur flera olika synpunkter, inte minst ur ett jämställdhetsperspektiv, och tyder på att vi behöver skapa fler forum för målgruppen fäder med anhörigskap. Andra resultat från enkäten:

- En majoritet (74 %) svarade att de behövde stöd för egen del på grund av sin situation som anhöriga.
- De flesta hade inte fått information om vad kommun eller landsting erbjöd för slags anhörigstöd. Endast 6 % ansåg att de hade fått mycket bra information om detta och 37 % svarade att de fått en del information.
- Endast 41 % hade sökt eller erbjudits någon form av anhörigstöd. Den vanligaste insatsen som man fått var anhörigutbildning/föreläsningar (41 %), anhörigträffar för erfarenhetsutbyte (40 %) och stödsamtal (39 %).
- Frisvaren visade i en uppföljande fråga kring hur nöjd man var med insatserna att dessa insatser ofta var bristfälliga eller dåligt anpassade.
- På frågan om de svarande ansåg att det fanns kunskap om deras anhörigsituation hos den personal som de mött inom vård, omsorg och på myndigheter svarar endast 3 % obetingat ja. 32 % svarar nej och 12 % att de saknar sådana kontakter. 53 % svarar att det oftast eller ibland finns kunskap om anhörigas situation.
- Familjerelationer påverkats märkbart av att någon i familjen har en psykisk ohälsa. 51 % uppger att det lett till stora slitningar eller separation. 32 % svarar att de kunnat anpassa sig till situationen 11 % anser att relationerna stärkts och 4 % att de är oförändrade.
- Ens arbete påverkas också märkbart av att vara anhörig. Av dem som förvärvsarbetar

svarar samtliga att de gått ner i arbetstid, bytt tjänst eller behövt gå ifrån arbetet för att stödja i kontakt med vård och myndigheter eller vid en krissituation. 48 % har varit sjukskrivna.
- Nästan alla (98 %) upplever oro till följd av sin närståendes hälsa.

En avhandling av Ewertson (2012) visar att anhörigas erfarenhet av vården inte kännetecknades av öppenhet, bekräftelse och samverkan. De anhöriga hade en känsla av att vara maktlösa och social isolerade i förhållande till vården. Många med funktionsnedsättning behöver stöd från sina anhöriga. Anhörigstödet har ökat i takt med att hemtjänstens insatser har minskat. Anhörigstöd för yngre personer (under 65 år) förekommer dock endast i 20 procent av kommunerna. Samma stöd för äldre finns i betydligt större utsträckning, i princip inom samtliga kommuner (Socialstyrelsen, 2010a).

Anhörigstöd för yngre personer finns exempelvis bara i vissa kommuner, och i vilken utsträckning man får betala för viktiga servicetjänster, till exempel ledsagare i samband med sociala aktiviteter, varierar mellan olika kommuner (Hjärnkoll 2013b). Socialstyrelsen konstaterar att anhörigstödet till personer som är yngre än 65 år måste bli bättre. I en studie som undersökt anhörigsituationen för personer med psykisk funktionsnedsättning med fokus på informell vårdbörda (Flyckt m.fl. 2011) menar författarna att vårdbördan för anhöriga har ökat, i samband med avinstitutionaliseringen av den psykiatriska vården.

> *Anhörigas erfarenhet av vården kännetecknades inte av öppenhet, bekräftelse och samverkan.*

Utöver vårdbördan i sig innebär en psykisk funktionsnedsättning ofta även en ekonomisk påfrestning för de anhöriga. Studien visar att anhöriga till personer med psykisk funktionsnedsättning lade ner i genomsnitt 22, 5 timmar i veckan på vård, motsvarande en halvtidstjänst. Runt hälften av detta var så kallad standby-tid, att finnas tillgänglig för den närstående vid behov. Utgifter relaterade till den sjuke tog omkring 14 procent av den anhöriges heltidsinkomst i anspråk, och arbetsförmågan hos de anhöriga var nedsatt med cirka två timmar per dag.

I en kunskapsöversikt (Ewertzon 2015) presenteras exempel på stödjande insatser för vuxna anhöriga (18 år eller äldre), till vuxna personer (18 år eller äldre) med psykisk ohälsa och den dokumenterade betydelse som stödet har för anhöriga. Efter en litteratursökning i svensk och internationell forskning framkom två huvudområden. Det ena huvudområdet omfattade stöd från personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det delades i sin tur in i sex delområden: psykopedagogiska interventioner, telefonrådgivning i grupp, webbaserat stöd, samtal och bemötande, delaktighet i vård och omsorg, samt vård och omsorg till den närstående med psykisk ohälsa.

Det andra huvudområdet omfattade stöd från personer med egen erfarenhet som anhörig till person med psykisk ohälsa, omfattande tre delområden; ömsesidiga stödgrupper, individuella samtalsträffar och stöd via telefon. Insatserna hade genomförts i grupp eller individuellt likväl som direkt eller indirekt stöd, där indirekt stöd främst riktades till den närstående med psykisk ohälsa, vilket i sin tur kan underlätta situationen för anhöriga. Några återkommande aspekter var information, utbildning, rådgivning, problemlösning och stresshantering, delaktighet i vård och omsorg, bemötande från personal och erfarenhetsutbyte med andra anhöriga.

Resultatet indikerar att stödinsatserna på många olika sätt kan vara betydelsefulla för anhöriga själva, såväl fysiskt, psykiskt som socialt, men också av betydelse för att hantera situationen och på så sätt stödja sin närstående med psykisk ohälsa. Psykopedagogiska interventioner och ömsesidiga stödgrupper som leds av andra anhöriga var de insatser som omfattade flest studier, såväl systematiska forskningsöversikter som enskilda studier.

Resultaten av dessa indikerade minskad belastning, ökad kunskap om sjukdomen och behandling, samt ökad möjlighet att hantera situationen.

Några studier indikerade också att inställningen till den närstående med psykisk ohälsa hade förändrats, samt att socialt stöd i grupp var betydelsefullt för att minska social isolering och känsla av ensamhet. Utifrån resultatet av kunskapsöversikten och från anhörigas erfarenheter i andra sammanhang, kan följande områden beaktas för stöd till anhöriga enligt (Ewertzon 2015):

- Information på samhällsnivå. Information om var vård för personer med psykisk ohälsa och stöd för anhöriga finns att tillgå.
- Strukturerade former av anhörigstöd. Olika former av psykopedagogiska insatser, ömsesidiga stödgrupper, webbaserat stöd och individuellt samtalsstöd.
- Bemötande från personal inom vård och omsorg.
- Anhörigas delaktighet i vård och omsorg.
- Beaktande av sekretessen ur anhörigas och deras närståendes perspektiv såväl som ur vård- och omsorgspersonals perspektiv.
- Vård och omsorg av den närstående som också beaktar anhörigas behov av trygghet.
- Att utveckling sker i nära samarbete mellan vård och omsorg, samt intresseorganisationer så att allas kompetens och erfarenhet tas tillvara

Beträffande fortsatt forskning inom området konstaterar Ewertzon (2015) att anhöriga till personer med neuropsykiatriska diagnoser inte studerats. Inte heller i Lucksteds m.fl. forskningsöversikt omnämns den målgruppen när det gäller familjepsykopedagogiska interventioner. Att behoven av stöd till målgruppen är omfattande och eftersatt framkom i en svensk undersökning genomförd av Riksförbundet Attention (2011 och 2014).

SAMMANFATTNING AV DISKRIMINERING I SAMBAND MED FRITID, BOENDE, FAMILJ OCH VÄNNER

Personer med funktionsnedsättning har ofta en mindre aktiv fritid än andra. Personer med insatser enligt LSS och SoL deltar i mindre utsträckning deltar i kultur- och nöjeslivet samt motions- och friluftslivet än befolkningen i stort (Socialstyrelsen 2010a). De reser inte bort på semester eller har tillgång till internet i samma utsträckning som totalbefolkningen. Det annorlunda fritidsmönstret är en konsekvens av bristande tillgänglighet, sämre ekonomiska förutsättningar och brister i olika stödsystem. Sociala insatser, såsom ledsagning, som kan vara en möjlighet till sociala aktiviteter kostar pengar i de flesta kommuner. Kanske väljer man därför bort sådana aktiviteter av ekonomiska skäl, vilket kan bidra till att förstärka ensamheten.

Personer med psykisk funktionsnedsättning upplever även diskrimineringsprocesser i samband med boende. Stigmatisering, diskriminering och dålig ekonomi reducerar deras möjligheter att få tillgång till ett tryggt och ändamålsenligt boende. Personerna beskriver ett dilemma att bli tvungna att välja mellan den bostad de önskade och det stöd de var i behov av, eftersom de upplevde att tillgången till stöd ibland var kopplad till en minde önskvärd boendemiljö. Socialstyrelsens granskning av kommunerna och landstingen visar på brister i att uppfylla de krav och mål som anges i lagar och föreskrifter. 34 kommuner saknar bostäder enligt SoL och LSS. De största bristerna finns i mindre kommuner. Många boenden har institutionsliknande prägel där personer med flera olika diagnoser bor.

Enligt flera undersökningar är det i de nära relationerna man upplever sig diskriminerad/orättvist bemött pga. av att man lever med en psykisk funktionsnedsättning. Två av tre hemlighåller sina psykiska problem för sin omgivning. Även deras anhöriga befinner sig ofta i en utsatt situation.

PROJEKTET DIN RÄTT:S KOMMENTARER

Många av de vi pratar med berättar om hur det kämpigaste inte är samhällets behandling av en, utan den nära omgivningens – trakasserier från anhöriga, uteslutning ur styrelser, mobbning i skolan, stängda dörrar i grannskapet, osv.

Föreningsliv, liksom rättsväsendet, är däremot inte omfattat av diskrimineringslagen (såvida det inte handlar om arbetsgivaransvar eller allmän sammankomst/offentlig tillställning). Det kan leda till att ens chans till upprättelse går förlorad om man missgynnas på negativa sätt i någon del av föreningsvärlden.

Brukarföreningars verksamheter gör ett arbete som för brukarna (personer med psykisk ohälsa) ofta är mycket värdefullt. Ändå har de knapert med resurser och en osäker finansiering.

HAR DU SOM PRIVATPERSON STÄLLT DIG FRÅGAN:

- ✓ När frågade jag sist någon hur den mådde?
- ✓ Tog jag mig tid att lyssna på svaret?

”Två av tre hemlighåller sina psykiska problem för sin omgivning.

Somatisk vård

”Under de år som jag hade självskadebeteende så var jag vid upprepade tillfällen på akuten för den somatiska vården för att dessa skador behövde ses över av vårdpersonal. Kommer så väl ihåg ett av mina besök. Det görs bedömning att min skada behöver sys. När detta ska göras säger personen som ska genomföra denna vårdinsats att: ”Du behöver väl ingen bedövning, Du har ju gjort det här mot Dig själv.” Jag blev helt chockad över uttalandet/bemötandet. Trodde personen att det gör mindre ont på mig att sy baserat på att jag tillfogat skadan själv? Eller ansåg jag inte vara värd smärtlindring under ingreppet baserat på att jag tillfogat skadan själv? Jag har svårt att tro att påståendet hade kommit om jag ramlat eller genom annat olycksfall fått min skada. På ett sätt tänker jag att min självskada faktiskt var ett ”olycksfall” men kanske inte ur det perspektiv som man vanligtvis tänker på. Jag påtalade att jag visst ville ha bedövning och jag fick det, kommer dock inte glömma känslan jag fick vid uttalandet/bemötandet.”

”Jag har länge levt med panikångest. En dag ganska nyligen kände jag stark yrsel och anade att det här var något helt annat. Det var ett fysiskt problem, inte psykiskt. Så jag började vända mig till olika vårdgivare, så som min lokala vårdcentral och det lokala sjukhuset. Men jag fick ingen hjälp som gjorde skillnad. Till slut mådde jag så fysiskt dåligt av den här yrseln att jag var tvungen att bli inlagd en period. Dock lades jag då in på psykiatrisk avdelning, eftersom läkarna sett att jag hade en psykiatrisk historia – inte fysisk. När jag efter ett tag skrevs ut, trots att jag fortfarande hade samma yrsel, påstod vården själva att det hade blivit bättre. Det hade det inte. Men när en familjemedlem med medicinsk kunskap till slut kontrollerade mina öron upptäckte den en stor vaxpropp. När jag fick hjälp att bli av med den försvann yrseln. Varför hade ingen doktor letat efter problemet i det organ som påverkar balansen, utan i mitt psykiatriska förflutna?”

”Sedan några år tillbaka är jag diagnostiserad med schizofreni. Jag bor på ett boende med boendestöd. En dag började jag få ont i benet. Något var helt på tok, det svullnade, blev rött och ömmade mycket. Personalen gick med mig till sjukhuset och där nämndes det att det även fanns schizofreni med i bilden. Då sa läkaren att det inte var något fel på mig, trots att benet inte undersökts. Vi fick åka hem utan någon bedömning eller chans

till behandling. Personalen på boendestödet tyckte också att det här verkade konstigt. När det bara blev värre och värre med benet tog personalen mig tillbaka till sjukhuset. Där fick jag träffa en annan läkare, som konstaterade att jag hade en stor blodpropp i benet och att det nu var akut."

"Under en period när jag levde med ångest fick jag väldigt ont i magen. Men eftersom vårdcentraler och sjukhus visste om att jag mådde psykiskt dåligt trodde de att det här var en effekt av det. Jag skickades alltid bara tillbaka hem. En gång svimmade jag av smärta, och trots att jag hämtades av ambulans gjordes ingen undersökning på sjukhuset. När mina föräldrar till slut tvingade en läkare att titta ordentligt på mig visade ett ultraljud att jag hade tjugosex gallstenar. Däremot fick jag vänta på operationen, och trots att jag fått smärtstillande receptbelagt fram till dess, lät en läkare inte mig förnya medicinen när den var slut, trots att operationen inte hållits ännu. "Du har ju missbruksproblem". Men det fanns inget belägg för."

Samtal till NSPH:s rådgivning[17] visar att den somatiska (fysiska) vården ofta diskriminerar personer med psykisk ohälsa. Deras symtom tas inte på allvar och de får ofta sämre behandling än den genomsnittliga "vanliga" patienten. Här är ett exempel: En person åkte in akut på vårdcentralen, efter att ha haft huvudvärk hela natten. Inga tabletter hjälpte. "Det kändes som bakhuvudet skulle sprängas, tårarna bara rann. Jag var rädd att det skulle vara något annat, t.ex. en blödning." En ung läkare kom in, ställde sig framför henne och sa "Jag har läst igenom dina journaler, du är inte bara här för att söka uppmärksamhet eller?" Patienten hade så ont att hon inte kunde svara. Läkaren gick då ut och hämtade hennes ordinarie läkare, som skickade henne akut till lasarettet på en CT-röntgen. Det visade sig att det var en kraftig bihåleinflammation.

Enligt Diskrimineringslagen är diskriminering på grund av en psykisk ohälsa förbjuden inom vården. Flera studier pekar på hur föreställningar och okunskap om psykisk funktionsnedsättning inom vården kan leda till diskriminering och felbehandling av personer med psykisk ohälsa vilket i sin tur har både psykiska, fysiska och materiella negativa effekter (Corrigan m. fl. 2003; Killick 2013).

SOMATISK VÅRD OCH PSYKISK FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Personer med psykisk ohälsa riskerar en sämre hälsa, högre dödlighet och sämre levnadsförhållanden. Hälso- och sjukvården har svårt att möta en del av dessa patienters behov av psykologisk behandling inom primärvården (Socialstyrelsen 2015f). Enligt Hjärnkoll har fyra av tio med erfarenhet av psykisk ohälsa erfarit att de har blivit orättvist bemötta i den fysiska vården. Ungefär lika många anser sig ha blivit orättvist behandlade i psykiatrin (Hjärnkoll).

- Var tredje besök inom primärvården görs av personer som har någon form av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen 2011c). 1997 antog riksdagen den prioriteringsplattform som togs fram av Prioriteringsutredningen.[18] Plattformen bygger på tre etiska grundprinciper:
- Människovärdesprincipen: Alla har lika värde, samma rätt att få sina rättigheter respekterade, och ingen är i detta avseende förmer än någon annan.

17 http://www.nsph.se/2015/02/16/vanliga-arenden-till-radgivningen-om-diskriminering-pga-psykisk-ohalsa/

18 Vårdens svåra val, SOU 1995:5

- Behovs- och solidaritetsprincipen: Den som har störst hälso- och livskvalitetsrelaterade behov ska komma i första hand.
- Kostnadseffektivitetsprincipen: En rimlig relation mellan kostnad och effekt ska eftersträvas. (Prop. 1996/97:60)

Socialstyrelsens uppföljningar av hälso- och sjukvården visar att vården inte är jämlik, bland annat när det gäller tillgången till behandling med läkemedel och remittering till specialist. Jämförelser för att mäta jämlikhet i vården visar att det finns skillnader mellan könen, mellan patienter med olika utbildningsnivå och mellan olika landsting. Exempelvis använder kvinnor med kort utbildning oftare lugnande medel och sömnmedel än kvinnor med lång utbildning. Självmord är vanligare bland män och det finns även stora regionala skillnader i självmordsfrekvens. Ett flertal nationella satsningar pågår för att analysera och förklara ojämlikheten samt föreslå åtgärder för att utjämna hälsoskillnader och göra vården mer jämlik (Socialstyrelsen 2012c, 2015d).

Socialstyrelsens genomgång av somatisk vård vid samtidig psykisk ohälsa visar att personer med psykisk ohälsa har avsevärt mindre tillgång till sådana åtgärder (Socialstyrelsen (2011h). Ett skäl kan vara att vården ofta bara ser ett problem i taget. I kontakter med den psykiatriska vården finns därför risk att fysiska hälsorisker, som till exemplet förebyggande insatser och vård för hjärt-kärlsjukdom försummas. Det är allvarligt, bland annat eftersom de läkemedel som förskrivs för psykisk ohälsa också medför risker för den fysiska hälsan.

Ett flertal rapporter visar att det föreligger ojämlikheter i hälsa i Sverige. Medellivslängden skiljer sig med flera år mellan stadsdelar och korrelerar med socioekonomiska faktorer. Även mellan könen skiljer sig medellivslängden. Personer med diagnosen schizofreni har åtta gånger högre dödlighet än personer utan denna diagnos (Svenska läkaresällskapets arbetsgrupp 2015). Personer med insatser enligt LSS som har konstaterad akut hjärtinfarkt får ballongvidgning (PCI) hälften så ofta som andra hjärtinfarktpatienter (Socialstyrelsen 2016a). Anledningarna till att personer med insatser enligt LSS inte får vårdåtgärden lika ofta kan vara flera, till exempel att dessa av medicinska skäl bör avstå från vårdåtgärden eller att bemötandet inom hjärtsjukvården är ojämlikt och det somatiska omhändertagandet är sämre. Personer med allvarlig psykisk ohälsa har som grupp en förhållandevis ogynnsam livsstil. Förekomsten av hjärt-kärlsjukdom hänger t.ex. samman med levnadsvanor som rökning och brist på motion och kostvanor. Sådana levnadsvanor går att förbättra, om vården ger adekvat stöd. Levnadsvanorna bestäms i sin tur av individens livssituation. Att befinna sig utanför ett meningsfullt socialt sammanhang ökar risken för såväl rökning som brist på motion och olämpliga kostvanor. Kognitiv nedsättning och passivitet i olika former bidrar till betydande svårigheter att bibehålla en hälsosam livsstil, att sköta medicinering, att komma på planerade återbesök och att söka sjukvårdens hjälp i akuta situationer. Den mentala energin saknas för att sätta igång sådana processer. Vanföreställningar kan sedan bidra till ytterligare svårigheter att ta sig till vården (Socialstyrelsen 2016a).

Attityder inom vården som påverkar bemötandet

När patienterna väl kommer till sjukvården med kliniska symtom på sjukdom förmår vården inte alltid ge patienterna behandling av rimlig medicinsk standard. Socialstyrelsen skriver i en rapport

> *...oavsett vad orsakerna är till de skillnader i hälsa och vård som beskrivs i studien, påpekar Socialstyrelsen att det är hälso- och sjukvårdens ansvar att nå gruppen psykisk sjuka med somatisk sjuklighet. Särskilt tydligt blir detta ansvar då psykiskt sjuka väl kommer till vården för behandling av en faktisk sjukdom och trots detta inte erhåller lika vård som övriga patienter. (Socialstyrelsen 2011j)*

Ett av de problem som förekommer i anmälningar till DO är kränkande bemötande inom hälso- och sjukvården. Under 2013 tog Diskrimineringsombudsmannen DO emot 76 ärenden som gällde hälso- och sjukvården. Av dessa handlade 40 ärenden om händelser inom specialistvården och 18 ärenden avsåg primärvården. Forskning och erfarenheter som presenteras i olika rapporter visar att vissa grupper av patienter upplever att de får ett sämre bemötande än andra (Socialstyrelsen 2011c; Diskrimineringsombudsmannen 2012). Bland dessa grupper finns personer med funktionsnedsättning.

Ett stort antal studier av befolkningen och olika grupper som till exempel vårdpersonal har påvisat bestående negativa attityder till personer med psykisk ohälsa (Markström m.fl. 2009; Svensson m.fl. 2011). Detta leder i sin tur till att personer med psykisk ohälsa får en generellt sänkt livskvalitet (Brunt & Hansson 2005; Yanos, Rosenfield & Horwitz 2001) och att de tenderar att inte fullfölja sin behandling och att få sämre självförtroende (Larsson & Sandlund 2013).

I mötet mellan vårdpersonal och patient kan det ibland ske bedömningar som leder till ojämlik utredning och behandling. Detta måste motverkas för att en jämlik vård ska kunna uppnås. Skillnader i bemötande mellan befolkningsgrupper kan annars innebära att vården ser olika ut för människor med samma diagnos och vårdbehov. I en rapport från Vårdanalys (2014) urskiljs tre mekanismer som kan förklara att möten i vården resulterar i olika beslut för patienter som tillhör olika befolkningsgrupper: 1) otillräcklig anpassning efter patienters varierande förutsättningar 2) tillämpning av information om patienter på gruppnivå för beslut om enskilda patienter (generaliseringar) 3) omedvetet beteende med grund i normer och värderingar från vårdpersonalens sida, där patienter omedvetet behandlas olika.

> *Livslängden för personer med allvarlig psykisk ohälsa är 15 –20 år kortare än för andra..*

Hjärnkolls utvärdering visar att de trehundra medarbetare som har genomgått Psykiatri Skånes dialogutbildning är positivare till patienternas delaktighet och till personer med psykisk ohälsa (Hjärnkoll 2014). Erfarenheterna från Hjärnkoll visar att negativa attityder och beteenden kan påverkas genom personlig kontakt och ökad öppenhet. Utbildning för vårdpersonal där personer med egna erfarenheter medverkar verkar vara effektivt. Hjärnkolls senaste befolkningsundersökning (2014) visar att allmänhetens attityder och beteende gentemot personer med psykisk ohälsa har förbättrats betydligt mellan åren 2009–2013. Särskilt stor är förbättringen i kampanjlänen Västra Götaland, Uppsala och Västerbotten.

DÖDLIGHET OCH MEDELLIVSLÄNGD

Socialstyrelsen har i en rad rapporter visat på den ökade kroppsliga sjukdomsbördan hos personer med allvarlig psykisk ohälsa (Socialstyrelsen 2016a). Livslängden för personer med allvarlig psykisk ohälsa är t.ex. 15–20 år kortare än för andra. Myndigheten har också tydligt visat att psykiskt sjuka får sämre behandling rent medicinskt är vad psykiskt friska får. Anmärkningsvärt är att överdödligheten vid psykisk ohälsa är högre i Sverige än i andra OECD-länder. Näst efter hjärt-kärlsjukdom och cancer är psykisk ohälsa den vanligaste orsaken till död i förtid. Särskilt drabbade är personer med långvariga psykiska sjukdomar som schizofreni och bipolär sjukdom. Bland män med psykisk ohälsa är medellivslängden 20 år kortare och bland kvinnor 15 år kortare. Det innebär att männens livslängd ligger på samma nivå som för män på Haiti och kvinnors på en nivå som i Nepal. Trenden över tid är också ogynnsam. 1987–2006 ökade skillnaderna mellan personer med allvarlig psykisk ohälsa och befolkningen i stort. En liknande ogynnsam utveckling syns inte i övriga nordiska länder.

Sådan dödlighet som bedöms vara möjlig att påverka med olika medicinska insatser (till exempel diabetes, stroke och hjärtinfarkt), uppgår till cirka 50 fall per 100 000 individer och år i befolkningen som helhet. Bland individer som vårdats för stroke är antalet tre gånger så högt, det vill säga cirka 150 fall per 100 000 individer. Vid en jämförelse mellan diabetespatienter med och utan psykossjukdom eller ångest/depression framgår att de psykiskt sjuka i betydligt lägre omfattning behandlas med eller hämtar ut recept på blodfettssänkande läkemedel. Patienter med stroke som har samtidig psykisk ohälsa blir i mindre omfattning föremål för halskärlskirurgi. En konsekvens av detta är en ökad dödlighet i efterförloppet för stroke (Socialstyrelsen 2011f, 2011g, 2011h, 2011i).

Även när det gäller cancer redovisar Socialstyrelsen en situation där de med psykisk ohälsa är värre drabbade än normal befolkningen. Femårsöverlevnaden i cancer är cirka 60 procent hos individer med psykos eller ångest/depression vilket kan jämföras med 70 procent i befolkningen. En analys av bröstcancerpatienter visar att de psykiskt sjuka kvinnorna upptäcks senare, i mer avancerade och ogynnsammare stadier av sjukdomen. Dessa kvinnor går inte på mammografikontroller utan söker först när det finns en knöl som känns i bröstet och därför får de sin diagnos senare än de andra kvinnorna. (Socialstyrelsen 2011g).

En litteraturstudie (Killick 2013) med syftet att belysa sjuksköterskans attityd och bemötande av personer med psykisk ohälsa inom somatiken visar att sjuksköterskans attityd och bemötande spelar viktig roll för patientens välmående och kan även påverka fördröjning av diagnos och behandling. Resultatet visade på blandade attityder hos sjuksköterskor gentemot psykisk ohälsa. De negativa attityderna visade sig framför allt genom svårigheter att kommunicera med patienten. Brist på kunskap och erfarenhet identifierades som en källa till negativa attityder medan yrkeserfarenhet och personlig erfarenhet visade på ökade positiva attityder.

SAMMANFATTNING AV DISKRIMINERING I SAMBAND MED SOMATISK VÅRD

Personer med psykisk ohälsa riskerar en sämre hälsa, högre dödlighet och sämre levnadsförhållanden. Fyra av tio med erfarenhet av psykisk ohälsa upplever att de har blivit orättvist bemötta inom den somatiska vården. Hälso- och sjukvården har svårt att möta en del av dessa patienters behov av psykologisk behandling inom primärvården. Människor med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning får sämre vård än andra. Personer med psykisk ohälsa är mer drabbade än andra av somatiska sjukdomar. Socialstyrelsen konstaterar att personer med psykisk sjukdom löper avsevärt högre risk än andra att dö i förtid i hjärt–kärlsjukdomar, stroke och diabetes. Personer med insatser enligt LSS som har konstaterad akut hjärtinfarkt får ballongvidgning (PCI) hälften så ofta som andra hjärtinfarktpatienter.

Personer med allvarlig psykisk ohälsa har som grupp en förhållandevis ogynnsam livsstil. Förekomsten av hjärt-kärlsjukdom hänger t.ex. samman med levnadsvanor som rökning och brist på motion och kostvanor. Sådana levnadsvanor går att förbättra, om vården ger adekvat stöd. Att befinna sig utanför ett meningsfullt socialt sammanhang ökar risken för såväl rökning som brist på motion och olämpliga kostvanor. Kognitiv nedsättning och passivitet i olika former bidrar till betydande svårigheter att bibehålla en hälsosam livsstil, att sköta medicinering, att komma på planerade återbesök och att söka sjukvårdens hjälp i akuta situationer. Den mentala energin saknas för att sätta igång sådana processer. Vanföreställningar kan även bidra till ytterligare svårigheter att ta sig till vården. När patienterna väl kommer till sjukvården med kliniska symtom på sjukdom förmår vården inte alltid ge patienterna behandling av rimlig medicinsk standard.

De medicinska fakulteterna i kartläggningen är klart dominerande i den forskningslitteraturen. Vårdfokuset bland publikationerna från organisationerna och myndigheterna är inte fullt lika dominerande, men ändå i majoritet. Socialstyrelsen har visat sig vara den mest centrala myndigheten och även här finns, föga förvånande, en stor tonvikt på vården. Inom ramen för vården finns även gedigen forskning om dels tvångsvård och om sjukvårdspersonals attityder och uppfattningar om personer med psykisk ohälsa.

PROJEKTET DIN RÄTT:S KOMMENTARER

När vi frågat personer med psykisk ohälsa vad de ser som den allvarligaste formen av diskriminering har svaret nästan alltid varit att man inte behandlas som andra i den somatiska vården. Erfarenheten av att hänvisas till psykiatrin för fysiska smärtor, utan annat skäl än att man har tidigare erfarenhet av psykiatrisk vård, är mycket utbredd. Upplevelsen av att bli bemött på ett avvisande sätt, att inte tas på allvar och att nekas behandling är också vanlig i vården.

Den somatiska vården brister i sin tillgänglighet, vilket kan kvalificeras som diskriminering. Exempelvis finns det svårigheter att alls boka tid (som när telefontider är snäva eller bokning enbart kan göras över internet), att uppföljning efter ett vårdmöte uteblir, att man inte får påminnelser om sin inbokade tid och riskerar att glömmas bort om man missar denna. Kommunikationen kring beslut och processer i vården är ofta otydlig på sätt som gör vårdbeslut svårbegripliga för patienten.

Kunskapen om psykisk ohälsa hos somatiska vårdgivare är ojämn och ofta låg. När detta paras med fördomar om hur symptomen på ohälsan kan yttra sig är det tyvärr upplagt för missförstånd. Ofta handlar det om stigmatisering som uppstår utifrån goda avsikter. När en läkare exempelvis beskriver en patient med psykiatrisk diagnos som ”orolig” i en journalanteckning kan det ses som välmenande – nu kan ju nästa läkare anpassa sig till den oron. Men resultatet av anteckningen kan också bli att nästa läkare låter bli att bilda sig en egen uppfattning om patientens behov eller avfärdar oro som kanske är berättigad.

HAR DU SOM YRKESVERKSAM INOM VÅRDEN STÄLLT < DIG FRÅGORNA:

- ✓ Vet jag om patienten känner sig delaktig i beslut om vård och behandling?
- ✓ Vet jag om patienten känner att den har fått tillräckligt med information om sin behandling?
- ✓ Vet jag med säkerhet att patienterna som kommer till mig för somatisk vård, själva upplever att deras eventuella psykiska ohälsa inte påverkar de medicinska bedömningar som görs rörande ex. behovet av vård?
- ✓ Har jag de resurser jag behöver (tid, kunskap, verktyg) för att ta reda på de här sakerna?

Psykiatri

”Jag vill berätta om min pappa, som ofta har bemötts nedlåtande, otåligt och avvisande i vården. Ibland har han blivit hemskickad från psykiatrin trots att han bett om att få stanna lite till som inlagd, eftersom han vetat att han varit självmordsbenägen. Hemma har han sen mått så dåligt att han inte velat äta och bara tynat bort. Jag och mina syskon har försökt ta hand om honom, och boendestödet har larmat psyk, som svarat att vi och de ”ringer för ofta”. När vi av en händelse bytte kommun fick vi snabbt och direkt den hjälp vi desperat sökt. Här har han fått bli omhändertagen, få regelbundna måltider, terapi, medicin och andra former av stöd. Nu är allt bra. Men ska det vara såhär olika mellan olika kommuner? Vi var så lyckliga att få hjälp, men jag vill inte tänka på vad som hänt om vi inte råkat flytta.”

”Det är så mycket olika sammanslagningar och förändringar i psykiatrin, att jag aldrig vet vart jag kan vända mig, och ingen riktigt tycks ha mig på ’sitt ansvar’. Jag bara bollas runt. Det får en att känna sig så ensam. Ingen att prata med, inget skyddsnät. Flera gånger har jag försökt begå självmord. Men trots att vården vet om det hjälper de mig inte. Redan som 25-åring blev jag förtidspensionerad, och sedan dess har jag hamnat mellan stolarna. Nu är jag 38 och har aldrig mått såhär dåligt.”

”Min diagnos är bipolaritet, men jag lever även med utmattning. Flera gånger har jag haft bra psykiatriker, men sen remitterades jag av oförklarlig anledning till långt ifrån där jag bor. Det ger mig djup ångest att resa dit, för jag har social förbi. Ibland låter jag bara bli att åka dit, för att jag inte orkar. Men på sistone har jag fått stöd av personligt ombud. När de började vara med på besök med både vården och Försäkringskassan förändrades mycket. Försäkringskassan som hade tänkt utförsäkra mig ändrade sig plötsligt. I mötena med min doktor fick jag ny, bra medicin. Och jag fick hjälp att remitteras till en psykiatriker som låg geografiskt mycket närmare mig. Utan stödet från personligt ombud vet jag inte hur mitt liv skulle sett ut idag.”

VÅRDPLATSER OCH VÅRDTID INOM DEN SLUTNA PSYKIATRISKA VÅRDEN

I Sverige ges årligen 50 000 personer psykiatrisk slutenvård och 250 000 besök sker på psykiatriska öppenvårdsmottagningar. Inom slutenvården är det fler kvinnor än män som vårdas för olika psykiatriska tillstånd. Den grupp av kvinnor som vårdas i högst utsträckning är åldersgruppen 18–24 år, och den gruppen har också ökat mest under den senaste tioårsperioden. Ökningen har dock avstannat. För övriga åldersgrupper har antalet vårdade per 100 000 minskat något under de senaste åren. Det är fler män än kvinnor som vårdas för olika neuropsykiatriska tillstånd inom slutenvård. Majoriteten av dem som vårdas är unga vuxna, i åldern 18–24 år. Den gruppen har också ökat mest under den senaste tioårsperioden. Från och med 2011 går det att se en tydlig nedgång både i antalet män och i antalet kvinnor som vårdas. Inom övriga åldersgrupper har antalet vårdade per 100 000 minskat något under de senaste åren, men inte lika kraftigt (Socialstyrelsen 2015f)

Fram till 31 augusti 2014 hade nästan 13 000 patienter tvångsvårdats under året (Socialstyrelsen 2015f). Ungefär 20 procent av alla patienter i psykiatrisk heldygnsvård vårdas med tvång. Dessa patienter står för nästan hälften av alla vårddagar (Socialstyrelsen 2012c). Av de tvångsvårdade patienterna är det 83 procent som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och 13 procent som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Psykos är den vanligaste diagnosen bland personer i alla åldersgrupper. Majoriteten av de som vårdas är i åldern 25–34 år och av dessa vårdas män framför allt för psykoser medan kvinnor framför allt vårdas för personlighetsstörning.

Under perioden 1991–2011 minskade antalet vårdplatser inom psykiatrin med två tredjedelar, i samband med att de gamla institutionerna stängdes. Minskningen av vårdplatser har i Sverige varit snabbare än i de andra nordiska länderna. Enligt en debattartikel av flera specialister på psykisk ohälsa i tidningen Dagens Samhälle[19] har det funnits motiv till förändringarna. Det första är insikten om de begränsningar som liv på ett mentalsjukhus medför. Från slutet av 1970-talet började man i Italien därför erbjuda vård för personer med kronisk psykisk ohälsa ute i samhället med olika former av stöd i stället för vård på sjukhus. Försöken var så framgångsrika att alla statliga mentalsjukhus avvecklades i Italien. En liknande utveckling skedde i Sverige och ett stort antal länder.

Ett andra motiv har dock också funnits med: möjligheter till besparingar. Reformerna krävde att man byggde upp behandling på lokal nivå i öppen vård, möjligheter till aktiviteter samt boendestöd. Det fanns dock en risk för att utbyggnaden av tjänster på lokal nivå delvis skulle utebli. Risken är troligen större i ett land som Sverige där landstingen, och tidigare staten, ansvarat för mentalsjukhusen medan kommunerna till stor del har fått ansvara för de nya lokala insatserna. Att överdödligheten vid schizofreni är högst inom OECD skulle kunna ha denna förklaring, det vill säga att kommunernas insatser inte har varit tillräckliga.

Utifrån Socialstyrelsens regeringsuppdrag ”Utveckling av grunddata och kvalitetsindikatorer samt förbättring av verksamhetsuppföljningen inom psykiatriområdet” har tre epidemiologiska studier genomförts som ringar in tre förhållanden som bör vara föremål för särskild uppmärksamhet och uppföljning för den psykiatriska välfärden de närmaste åren:

- Personer med psykisk ohälsa riskerar sämre hälsa och förtida död och får inte lika vård vid somatisk sjukdom.
- Unga personer med psykisk ohälsa vårdas allt oftare inom den psykiatriska slutenvården. Ökningen gäller hela ungdomsgruppen och kan inte enbart förklaras av psyko socialt belastande faktorer.

19 http://www.dagenssamhalle.se/debatt/psykiskt-sjuka-doer-tjugo-ar-i-foertid-13199

- Personer som insjuknat i schizofreni har en ekonomiskt utsatt situation och etablerar sig inte på arbetsmarknaden i samma utsträckning.

JÄMLIK VÅRD?

Många som vill in i den psykiatriska vården får ingen plats. Precis som i den somatiska vården är det fyra av tio med erfarenhet av psykisk ohälsa som upplever att de har blivit orättvist bemötta inom psykiatrin (CEPI 2014/Hjärnkoll). Den specialiserade psykiatrin står för ungefär 9 procent av landstingens totala kostnader för hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen 2014f). De vanligaste psykiatriska tillstånden som behandlas i öppenvården är depression och ångest, och den största gruppen som behandlas är kvinnor i åldrarna 18–24 år. Pojkar i åldern 0–17 år behandlas framför allt för neuropsykiatriska diagnoser.

Både bland kvinnor och bland män som vårdades enligt LPT var den vanligaste åldersgruppen 25–34 år. Det fanns könsskillnader både när det gällde diagnoser, vårdåtgärder och om patienten fått en vårdplan när han eller hon skrevs ut. Den vanligaste diagnosen bland kvinnor i ålder 25–34 år var personlighetsstörning medan män vårdades under en psykos. Fastspänning var den vanligaste åtgärden bland kvinnor, medan åtgärden bland män framför allt var läkemedelstillförsel under fastspänning.

Det finns fortfarande skillnader i tvångsåtgärderna för kvinnor respektive män. Av tabell 1 framgår det att läkemedelstillförsel som utförs under fastspänning är den vanligaste åtgärden totalt och även bland män, medan fastspänning i upp till fyra timmar är vanligast bland kvinnor.

Åtgärd	Kvinnor	Män	Totalt
Fastspänning upp till 4 timmar	1 492	872	2 364
Läkemedelstillförsel under fastspänning eller fasthållande	1 354	1 064	2 418
Avskiljande upp till och med 8 timmar	737	620	1 357

Lagen om psykiatrisk tvångsvård
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Figur 5 Totalt antal förekomster av tvångsåtgärder inom LPT, år 2014.

Det finns ett flertal organisatoriska faktorer som påverkar andelen tvångsåtgärder, till exempel personalomsättning, lokaler och tillgång till läkare. Det finns även olika tvångsåtgärder inom tvångsvården. De tvångsvårdade patienterna kan till exempel spännas fast, skiljas från andra patienter eller tvångsmedicineras. I registreringen av tvångsåtgärder dominerar kvinnor under 35 års ålder när det gäller tvångsåtgärden fastspänning (Holm m.fl. 2011) Var tredje fastspänning som rapporteras in gäller en kvinna under 35 år och med en diagnos inom området personlighetsstörningar. Den genomsnittliga vårdtiden för inskrivna personer som vårdades enligt LPT var cirka fem månader och för personer som vårdades enligt LRV var vårdtiden nästan tre år.

Funktionsnedsättningar generellt är vanligare hos kvinnor, men männen är i majoritet vad gäller de diagnoser som är vanligast inom LSS (Socialstyrelsen 2016a). Denna bild bekräftas i dialoger som Socialstyrelsen har fört med patient- och brukarorganisationer. Till viss del tycks alltså könsskillnaderna inom LSS kunna förklaras av att vissa diagnoser är vanligare hos män än hos kvinnor. För att få stöd enligt LSS behöver man tillhöra någon av de tre personkretsarna som utgör kriterier för att kunna söka insatser. Detta kan inne-

bära att flickor med funktionsnedsättning, men utan diagnos som ger rätt till att söka stöd enligt LSS inte får likvärdig tillgång till stöd och hjälp som pojkar och män. Socialstyrelsen kan inte utesluta att skillnaderna till viss del kan handla om att flickor underdiagnostiseras eller att de får sina diagnoser senare (Socialstyrelsen 2016a).

En registerstudie vid Karolinska Institutet (Hirvikoski m.fl. 2015) visar att risken att dö i förtid för människor med autismspektrumtillstånd är runt 2,5 gånger högre än för resten av befolkningen. Data för studiedeltagarna med autismspektrumtillstånd kommer från svenska patientregister medan jämförelsegruppens data kommer från registret över totalbefolkningen. Data har sedan kopplats till dödsorsaksregistret. I studien ingår drygt 27 000 individer med autismspektrumtillstånd (av dessa har cirka 6 400 även intellektuell funktionsnedsättning) och cirka 2,5 miljoner individer från den generella populationen. Individerna i jämförelsegruppen är matchade till individerna med autismspektrumtillstånd vad gäller boende, län, kön och ålder. Den första serien av analyserna i studien gällde övergripande mortalitet oavsett dödsorsak. Under uppföljningstiden hade nästan 1 procent av jämförelsegruppen och 2,6 procent av gruppen med autismspektrumtillstånd avlidit. Studien visade också att en grupp som har en särskilt förhöjd risk är kvinnor med autismspektrumtillstånd och intellektuell funktionsnedsättning. Gruppen med autismspektrumtillstånd utan samtidig intellektuell funktionsnedsättning hade högre risk särskilt i en specifik dödsorsak: självmord.

I en kunskapsöversikt av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL 2014) konstaterar författarna att det förefaller finnas en manlig norm för adhd och autism, som kan medföra att flickor inte blir rätt diagnostiserade och därmed inte får adekvat behandling. Trots rutinmässig screening i tidig ålder upptäcks flickors autism ofta senare än pojkars. Därmed får flickor tillgång till viktiga insatser senare än pojkar, trots att det är avgörande för det autistiska barnets utveckling att få stöd från tidig ålder. I rapporten föreslås som bakomliggande orsak att det saknats flickor i de studier som legat till grund för de kliniska beskrivningarna av autism. Socialstyrelsen kan inte utesluta att vissa könsskillnader också beror på genusbias[20], dvs i handläggning och behovsbedömning. Det är därför angeläget att den statliga kunskapsstyrningen inom funktionshinderområdet i så hög utsträckning som möjligt har ett jämställdhetsperspektiv (Socialstyrelsen 2016a).

LÄKEMEDELSFÖRSKRIVNING

Det finns läkemedelsbehandling för olika typer av psykisk ohälsa. En läkare ska alltid värdera läkemedlets effekter och biverkningar och noggrant överväga vilket läkemedel som är bäst lämpat för individen. Läkemedelsbehandling kombineras ofta med psykologisk behandling. Läkemedelsbehandling är vanligast vid svår depression, ångestsyndrom och vid schizofreni. Äldre personer med psykisk ohälsa behandlas huvudsakligen med läkemedel men också med psykologisk behandling. Båda behandlingsformerna fungerar lika bra men psykologisk behandling erbjuds sällan till äldre personer. Det är vanligt att äldre personer har flera sjukdomar, och att de därmed tar flera läkemedel. Med stigande ålder sker förändringar i kroppen som påverkar både effekten och koncentrationen av läkemedlen. Behandlingar med flera olika läkemedel ökar risken för biverkningar, som i vissa fall kan få allvarliga konsekvenser (Kunskapsguiden[21]).

Förskrivningen av antidepressiva medel till barn och unga ökar kraftigt, med närmare 50 procent under en femårsperiod. Störst ökning ses bland flickor i åldern 15–19 år (Socialstyrelsen 2015f). Många barn och unga med intellektuell funktionsnedsättning föreskrivs

20 Med genusbias avses här att handläggare beviljar könen olika insatser även när det inte är motiverat vad gäller behov.

21 Kunskapsguiden är utgiven av Socialstyrelsen i samverkan med Folkhälsomyndigheten, Forte, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, Sveriges Kommuner och Landsting, SKL och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV.

antipsykotika utan samtidig psykiatrisk diagnos. Bland unga i LSS-boende kan det röra sig om uppemot 30 procent (Socialstyrelsen 2016a). Exempelvis använde 28 procent av pojkarna (13–17 år) antipsykotika trots att endast 0,8 procent hade en psykos- eller schizofrenidiagnos. En trolig orsak är antipsykotikans stämningsstabiliserande effekter exempelvis på utmanande beteenden. Dessa läkemedel är förenat med vissa risker, bland annat neurologiska och metabola biverkningar. Socialstyrelsen anser att den höga användningen av antipsykotiska utan samtidig diagnos är bekymmersam och framhåller vikten av att de pedagogiska och kognitiva metoder som finns får ett ökat genomslag i verksamheterna (Socialstyrelsen 2016a).

> *Många får omoderna läkemedel, som ger ökad risk för biverkningar.*

Psykofarmaka är exempelvis mycket vanligt bland personer med autism (Socialstyrelsen 2010a). Särskilt anmärkningsvärt är, enligt Socialstyrelsen, att var femte använder läkemedel mot schizofreni och psykoser. Dessa läkemedel innebär risk för biverkningar, i form av ökad aggressivitet och förhöjd oro. Många får omoderna läkemedel, som ger ökad risk för biverkningar. Att läkemedel dessutom ofta skrivs ut i avrådda kombinationer tyder på att deras läkemedelslistor revideras för sällan. Ångestdämpande medicin skrivs också ut i hög grad till personer med autism, troligen för att hantera beteendestörningar. Detta sker trots att det idag finns ett flertal pedagogiska och kognitiva metoder för att behandla till exempel utagerande beteende och dålig impulskontroll.

BARN OCH TVÅNGSÅTGÄRDER

Socialstyrelsen konstaterar att barn ibland vårdas inom vuxenpsykiatrin. År 2013 var det 41 barn under 18 år som vårdades inom vuxenpsykiatrin, fördelat på tio landsting. Sex landsting saknar i dag vårdplatser för slutenvård inom barn- och ungdomspsykiatrin. Det är inte så att landsting som inte har egna BUP-platser vårdar sina barn och unga inom vuxenpsykiatrin. Det sker i undantagsfall. Landsting som inte har egna BUP-platser har avtal med andra landsting där barn och unga i första hand ska vårdas. Det är framför allt äldre ungdomar med utåtagerande eller aggressivt beteende som skrivs in i vuxenpsykiatrin, medan barn- och ungdomsmedicinklinikens vårdplatser främst används till yngre barn med ätstörningsproblematik eller självmordsrisk. Ett lagförslag som ska göra det svårare för landstingen att vårda barn och unga inom vuxenpsykiatrin (Ds 2014:28) håller på att beredas.

Under 2014 publicerade Socialstyrelsen ett material till barn och unga som vårdas inom psykiatrisk och rättspsykiatrisk vård, med information om deras rättigheter. Socialstyrelsen har vidare föreslagit att ett utbildningspaket för hälso- och sjukvårdspersonal tas fram, samt lyft fram att även de anhöriga behöver mer information om detta.

Det har tidigare konstaterats att flickor är överrepresenterade i vissa tvångsåtgärder. Socialstyrelsen hade under 2014 i uppdrag att undersöka detta och föreslå åtgärder. Myndigheten föreslår bland annat en jämförande studie av beslutsjournaler för barn som tvångsvårdas och som får tvångsåtgärder enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) för att undersöka skillnaderna ur ett genusperspektiv.

Under perioden 1 januari–31 augusti 2014 vårdades 63 pojkar och 99 flickor i åldern upp till och med 17 år enligt LPT. Den vanligaste tvångsåtgärden för flickor och pojkar var fastspänning i upp till fyra timmar. Totalt utfördes 63 sådana fall av fastspänning, varav 38 fastspänningar utfördes på flickor och 25 på pojkar. Barnombudsmannen (BO) har riktat kritik mot att det i dag inte går att dra några säkra slutsatser kring hur och i vilken omfattning tvångsåtgärder utförs på barn.

Anledningen är framför allt bristande dokumentation på vårdenheterna och landstingens underrapportering till patientregistret. Enligt BO saknar dokumentationen tydligt

angivna skäl till varför fastspänning utförs, liksom tidsangivelser för hur länge tvångsåtgärderna pågått.

Socialstyrelsens rapport Barn och unga i psykiatrisk tvångsvård. Om rättigheter och tvångsåtgärder (Socialstyrelsen 2015a) bygger på data från år 2012 gällande barn i psykiatrisk vård och psykiatrisk tvångsvård. Enligt rapporten rör sig det sig om fåtal fall där enskilda patienter får stor inverkan på resultaten, något som blir tydligt för flickor gällande tvångsåtgärden fastspänning. Av dessa skäl är det svårt att dra några säkra slutsatser kring huruvida de könsskillnader som föreligger mellan flickor och pojkar i den psykiatriska tvångsvården är motiverade eller om de grundas på genusbias. Det är inte heller möjligt att finna en entydig förklaring till vad dessa könsskillnader beror på, om det finns geografiska variationer mellan kliniker och landsting i landet, eller om det finns några tendenser till att könsskillnaden ökat eller minskat de senaste åren. I rapporten har dock flera perspektiv lyfts fram som kan bidra till att förklara föreliggande könsskillnader. Dessa sammanfattas nedan:

- *Flickor med självskadebeteende.* Patienter med självskadebeteende har visat sig vara en grupp patienter som är svår att ge bra vård. Majoriteten av de patienter som vårdas för självskadebeteende antas vara flickor och kvinnor, och unga kvinnor med självskadebeteende är särskilt utsatta för tvångsvård och tvångsåtgärder. Tvångsvård och tvångsåtgärder kan vidtas i försök att skydda patienten från att skada sig själv eller begå självmord.

- *Flickor med ätstörningar.* Omkring nio av tio personer som drabbas av en ätstörning är flickor eller kvinnor. Den ätstörning som vanligen leder till behov av slutenvård är anorexi, vilket också är förknippad med förvrängd självbild och viktfobi. I svåra fall av anorexi kan sondmatning vara nödvändig för att häva akut svält och hjälpa patienten att öka i vikt. Om patienten saknar sjukdomsinsikt och motsätter sig sådan vård kan tvångsvård och tvångsåtgärder bli nödvändigt.

- *Genusbias i gränsdragningen mellan LVU/LPT.* Fler pojkar än flickor omhändertas enligt LVU, och fler flickor än pojkar tvångsvårdas enligt LPT. En förklaring till dessa könsskillnader som bör undersökas närmare skulle kunna vara en tendens att se pojkars problem som i högre grad socialt nedbrytande (LVU) och flickors problem som psykiatriska (LPT).

- *Genusbias i maktutövning.* Makt är ett centralt begrepp i såväl psykiatrin (där makten tydligast manifesteras i tvångssituationer) som i genusvetenskapen. Det bör undersökas om genusbias i maktutövningen inom psykiatrin kan vara en bidragande orsak till föreliggande könsskillnader i tvångsvård och tvångsåtgärder (Socialstyrelsen 2014a).

PERSONALENS KOMPETENS

Socialstyrelsen har utvärderat överenskommelsen mellan regeringen och SKL om förbättringar inom den psykiatriska heldygnsvården (Socialstyrelsen 2013d). Satsningen har framför allt handlat om personalen och deras kompetens. Socialstyrelsen drar slutsatsen att punktinsatser med statliga stimulansmedel endast i liten grad bidrar till att långsiktigt lösa de resurs-, kompetens och strukturproblem som fortfarande finns inom psykiatrin. Sådana förändringar tar ofta tid och behöver bedrivas systematiskt under flera år. Något som påtalats av såväl förbundet och dess medlemmar som Svenska Psykiatriföreningen för Skötare, Socialstyrelsen, fackförbundet Kommunal och NSPH är att det saknas en nationell grundutbildning för baspersonal inom såväl landsting som kommun (SKL 2012). Det behövs fortsatta åtgärder för att stärka baskompetensen och specialistkompetensen

hos olika personalgrupper. Kompetensplanerna pekar på stora regionala skillnader och en majoritet av landstingen har svårt att rekrytera tillräckligt många specialister i psykiatri. Socialstyrelsen ser också att det behövs en nationell yrkesutbildning för skötare. Anledningen till det är bland annat att det saknas en sammanhållen utbildning som ger kompetens att arbeta med psykiatrisk heldygnsvård. Inom den specialiserade psykiatrin är det stora svårigheter att rekrytera psykiatriker. Behovet av specialistsjuksköterskor, legitimerade psykoterapeuter och psykologer med KBT-inriktning är också stort. Inom vissa geografiska regioner är det synnerligen svårt vilket leder till stora variationer mellan olika landsting i tillgången till personal med specialistkompetens för patienter med psykisk ohälsa (SKL 2012).

ÄLDRES PSYKISKA HÄLSA

Ett av de områden som identifierats som eftersatt gäller äldres psykiska hälsa (SKL 2011b). Vid sextiofemårsdagen tas ofta flera stödåtgärder som är inriktade på den psykiska ohälsan bort och ersätts av insatsen hemtjänst. En vanlig myt om äldres psykiska hälsa är att ledsenhet ska vara en naturlig del av åldrandet. Psykisk ohälsa anses vara ett av de vanligaste hälsoproblemen under åldrandet och lika vanlig bland äldre personer som bland yngre. Flera undersökningar pekar på att psykisk ohälsa hos äldre är underbehandlad. Underbehandlingen kan vara en konsekvens av den komplexitet som framträder i kombinationen av psykisk ohälsa och åldrande. Det kan bland annat handla om okunskap om psykisk ohälsa hos äldre och hur ohälsan ska behandlas. Rolfner Suvanto (2014) delar in psykisk ohälsa hos äldre i fyra grupper:

- *Psykisk ohälsa som debuterar i samband med åldrandet*. Det är den största gruppen och utgörs framför allt av ångest- och depressionstillstånd. Det finns en kraftigt förhöjd risk att drabbas av depression efter 65 års ålder beroende på biologiska, sociala och psykologiska orsaker.

- *Psykisk ohälsa som debuterat tidigt i livet.* Här talar vi om dem som har drabbats av svåra och långvariga psykiska ohälsotillstånd som schizofreni, bipolär sjukdom och neuropsykiatriska tillstånd som adhd, autismspektrumtillstånd och motsvarande. Vi vet ganska lite om den här gruppen och vad som sker i samband med åldrandet. Det vi vet är att många har en svag ekonomi och eftersatt fysisk hälsa.

- *Psykisk ohälsa och demenssjukdom*. Det som avses här är framför allt olika beteendestörningar som vanföreställningar, hallucinationer och oro.

- *Psykisk ohälsa kopplat till tidigare trauman.* Ett område som är knapphändigt utforskat är hur åldrande påverkas och vad som sker hos den som innan åldrandet upplevt trauman som tortyr, krig, förföljelser och övergrepp. Vi vet emellertid att det finns risk för reaktivering av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och annan psykisk ohälsa (Rolfner Suvanto 2012).

PSYKIATRIRÄTT

Vem som kan samtycka till vård och behandling och när samhället kan tillgripa tvång för att förhindra någon från att skada sig själv eller annan är angelägna frågor. Det handlar också om vem som ska anses har förmåga att bära straffrättsligt ansvar för sina handlingar och de rättsliga följderna av (o)tillräknelighet. Psykiskt sjuka individer anses idag ha samma rätt till självbestämmande som alla andra. Ändå accepteras tvångsvård inom psykiatrin med hänvisning till patientens eget bästa och i viss mån också till behovet av samhällsskydd.

Avhandlingen Psykiatrirätt: Intressen, rättigheter och principer (Kindström-Dahlin

2015) är en kritisk granskning av den svenska psykiatrirätten[22] ur ett rättighetsperspektiv, med fokus på såväl regeringsformen som Europakonventionen om mänskliga rättigheter. Så här beskriver Kindström-Dahlin dilemmat som patienterna ställs inför när de ska uttrycka sitt vårdbehov:

> *Tänk dig att du sitter tillsammans med en läkare som anser att du behöver vård, men att du själv känner dig osäker. Läkaren undrar nu om du kan tänka dig att ta emot den vård som hen anser att du behöver. Du vet att för det fall du säger nej till hens förslag finns det en möjlighet för läkaren att fatta beslut om tvångsvård.* (Kindström-Dahlin 2015).

Kindström-Dahlins avhandling (2015) kartlägger och analyserar de rättsliga konstruktioner som syftar till att skydda kolliderande och överlappande intressen – autonomi, vårdbehov och samhällsskydd. I avhandlingen konstateras det bland annat att tvångsvården av psykiskt sjuka grundar sig på kunskap som är starkt omdebatterad inom psykiatrin. Det konstateras att den rättsliga regleringen av tvångsvård inom psykiatrin saknar motsvarighet inom kroppsvården. Exempelvis anses demens vara en kroppslig sjukdom trots att flera symtom av demens liknar symtom på psykisk ohälsa. Men det saknas lagstöd för att tvångsvårda någon enbart på grund av demens, den psykiatriska tvångsvården kan enbart användas när en person har en ”allvarlig psykisk störning”. Särbehandlingen av psykiskt sjuka motiveras mot bakgrund av föreställningar om dels psykiskt sjuka människors beslutsförmåga, dels risken för att dessa människor begår brott.

Kindström- Dahlins slutsats är att det behövs kraftfulla ställningstaganden från lagstiftaren som förtydligar psykiatrirättens principiella utgångspunkter. Hon menar att det med tanke på den särskilt sårbara målgruppen, och att det handlar om ytterst ingripande åtgärder, ställs höga krav på den rättsliga regleringen i fråga om legalitet, objektivitet och proportionalitet.

I ett remissvar till Psykiatrilagsutredningens betänkande: Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17) skriver fyra jurister: ”En negativ konsekvens av att centrala straffrättsliga frågor behandlas i relation till personer med psykiska funktionsnedsättningar är emellertid att perspektivet blir alltför snävt i ett socialrättsligt perspektiv. Det saknas principiella överväganden om huruvida och varför personer med psykiska funktionsnedsättningar ska vara föremål för särbehandling på det sätt som Psykiatrilagsutredningen föreslår”. Utgångspunkten inom hälso- och sjukvården är frivillighet och därför måste patientens samtycke inhämtas innan en behandlingsåtgärd vidtas. Problem uppstår i de fall patienten inte har förmågan att avge ett rättsligt giltigt samtycke. Utgångspunkten blir då istället att behandla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (Mattsson m.fl. 2012).

UTSKRIVNINGSKLARA INOM RÄTTSPSYKIATRISK VÅRD

Den rättspsykiatriska vården skiljer sig i jämförelse med exempelvis den akutpsykiatriska vården genom att vårdtagaren vårdas och rehabiliteras under längre perioder. För att dömas till rättspsykiatrisk vård[23] krävs att du 1) har begått ett brott och 2) har en allvarlig psykisk störning.

Socialstyrelsen har tillgång till uppgifter om tvångsvårdade patienters diagnoser. Rapporteringen av vårdåtgärder inom den psykiatriska tvångsvården är däremot inte tillräcklig och många utskriva patienter saknar vårdplan (Socialstyrelsen 2015f). Män har längre vårdtider än kvinnor och bara en tredjedel av alla män har en lagstadgad vårdplan vid utskrivningen.

22 För en sammanfattning av psykiatrirättens utveckling, se Kindström Dahlin, Psykiatrirätt, s. 76 ff.

23 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18). 16 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

När patienten är utskrivningsklar och redo för öppenvård och utslussning så övergår ansvaret till kommunen. För att få stöd måste ofta en rad kriterier vara uppfyllda. Bland annat krävs ordnade förhållanden som till exempel bostad. Brist på bostad är något som allt oftare anges som ett skäl till att personer som borde slussas ut blir kvar. Enligt Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister var andelen utskrivningsklara patienter år 2006 under 5 procent. Därefter har andelen stadigt ökat och var 2014 uppe i 12 procent.

BEHOV AV SAMORDNING

En persons behov av stöd och hjälp varierar beroende på art och grad av den psykiska ohälsan samt det aktuella hälsotillståndet men också på ålder och den sociala situationen (SKL 2012). Behovet av hjälp kan också variera över tid. Inom målgruppen finns personer som endast har kontakt med någon del av hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, medan andra personer, t.ex. de som har en psykisk funktionsnedsättning till följd av den psykiatriska diagnosen, kan ha mer komplexa vårdbehov och behöva samtida insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För att den sistnämnda gruppen ska få sina behov tillgodosedda är det viktigt att de olika vårdaktörerna samverkar med varandra och att samordning av insatser sker. Vidare är det viktigt med informationsöverföring mellan olika förvaltningar inom respektive huvudman och mellan huvudmännen.

> *Det är viktigt att de olika vårdaktörerna samverkar med varandra och att samordning av insatser sker.*

I landstingens patientnämnder syns ett ökat antal ärenden berör psykiatrin och de psykiatriska verksamheterna Socialstyrelsen (2015f). Dessa ärenden handlar bland annat om att patienter som söker till psykiatrin ibland hänvisas till både vuxenpsykiatrin och till vårdcentralens psykosociala resurs. Patienter beskriver då att de upplever att de hamnar mellan stolarna. Patienter uttrycker också att det saknas kontinuitet, att tillgängligheten till vård är dålig och att förekomsten av stafettläkare i psykiatrin och primärvården leder till brister i vården. Det händer till exempel att patienter inom psykiatrisk öppenvård remitteras till primärvården när specialistvården inte anser att patienten är i behov av psykiatrins vård. Men patienten remitteras sedan tillbaka till den psykiatriska öppenvården, när primärvården säger sig sakna tillräcklig psykologisk eller psykiatrisk kompetens på området. Specialistvården i sin tur återremitterar patienten än en gång till primärvården. Patienter upplever att detta bollande fram och tillbaka visar att ingen tar ansvar för behandlingen.

SAMMANFATTNING AV DISKRIMINERING I SAMBAND MED PSYKIATRISK VÅRD

Fyra av tio med erfarenhet av psykisk ohälsa upplever att de har blivit orättvist bemötta i samband med psykiatrisk vård. Många som vill in i den psykiatriska vården får ingen plats. Det finns könsskillnader både när det gällde diagnoser och vårdåtgärder. Förskrivningen av antidepressiva medel till barn och unga ökar kraftigt, med närmare 50 procent under en femårsperiod. Många barn och unga med intellektuell funktionsnedsättning föreskrivs antipsykotika utan samtidig psykiatrisk diagnos. Socialstyrelsen anser att den höga användningen av antipsykotika utan samtidig diagnos är bekymmersam och framhåller vikten av att de pedagogiska och kognitiva metoder som finns får ett ökat genomslag.

När det gäller personalens kompetens finns det stora regionala skillnader. En majoritet av landstingen har svårt att rekrytera tillräckligt många specialister i psykiatri. Socialstyrelsen ser också att det behövs en nationell yrkesutbildning för skötare. Patienternas känsla av delaktighet i vården är lägst i vård- och stödformer med minst frihet för individen, inom slutenvård, rättspsykiatrin och i boende med särskild service. Äldres psykiska hälsa uppges enlig forskningen vara eftersatt. Vid sextiofemårsdagen tas ofta flera stödåtgärder

som är inriktade på den psykiska ohälsan bort och ersätts av insatsen hemtjänst.

Psykiskt sjuka individer anses idag ha samma rätt till självbestämmande som alla andra. Ändå accepteras tvångsvård inom psykiatrin med hänvisning till patientens eget bästa och i viss mån också till behovet av samhällsskydd. En slutsats från forskningen är att det behövs kraftfulla ställningstaganden från lagstiftaren som förtydligar psykiatrirättens principiella utgångspunkter. Med tanke på den särskilt sårbara målgruppen, och att det handlar om ytterst ingripande åtgärder, måste det ställas höga krav på den rättsliga regleringen i fråga om legalitet, objektivitet och proportionalitet.

Patienter inom psykiatrin beskriver ibland att de upplever att de hamnar mellan stolarna. Till exempel är brist på bostad är något som allt oftare anges som ett skäl till att personer som borde slussas från den rättspsykiatriska vården ut inte skrivs ut utan blir kvar.

En persons behov av stöd och hjälp varierar beroende på art och grad av den psykiska ohälsan samt det aktuella hälsotillståndet men också på ålder och den sociala situationen. Behovet av hjälp varierar också över tid. En del personer har endast kontakt med någon del av hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, medan andra personer, t.ex. de som har en psykisk funktionsnedsättning till följd av den psykiatriska diagnosen, kan ha mer komplexa vårdbehov och behöva samtida insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För att den gruppen ska få sina behov tillgodosedda måste vårdaktörerna samverka med varandra.

Patienterna uttrycker att det saknas kontinuitet, att tillgängligheten till vård är dålig och att förekomsten av stafettläkare i psykiatrin och primärvården leder till brister i vården. Det händer till exempel att patienter inom psykiatrisk öppenvård remitteras till primärvården när specialistvården inte anser att patienten är i behov av psykiatrins vård. Men patienten remitteras sedan tillbaka till den psykiatriska öppenvården, när primärvården säger sig sakna tillräcklig psykologisk eller psykiatrisk kompetens på området. Specialistvården i sin tur återremitterar patienten än en gång till primärvården. Patienter upplever att detta bollande fram och tillbaka visar att ingen tar ansvar för behandlingen.

PROJEKTET DIN RÄTT:S KOMMENTARER

Det är för långa väntetider inom psykiatrin, för svårt att boka tid och för svårt att få en kvalitativ utredning. När systemet i sig är otillräckligt finns risker för strukturell diskriminering av personer med psykisk ohälsa; huruvida man får rätt insatser eller inte blir en sorts lotteri.

Många som kontaktar projektet känner att psykiatrin har väntat med att ta itu med deras problem tills de förvärrats betydligt. Exempelvis beskriver många föräldrar att deras barn inte fått vård förrän de nästan varit suicidala, eftersom tröskeln för hur illa det ska vara innan exempelvis barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) öppnar sina dörrar är alltför hög. Andra kan berätta om hur de flyttas omkring inom allmänpsykiatrin, med otillräckliga eller felriktade vårdinsatser, för att det aldrig har gjorts någon ordentlig utredning.

Och ibland är det faktiskt för sent. Erfarenheter från bland annat SPES, en av NSPH:s medlemsorganisationer, lär oss hur ofta vården brister just tiden innan ett

självmord. Efter ett par veckor med antidepressiv medicin kan en suicidal patient må ännu sämre än den gjorde innan, och här måste den psykiatriska vården vara närvarande på ett sätt den inte är idag. Dels med tydlig information om att negativa bieffekter kan komma, dels med eftervård och uppföljning av medicineringen. Men inte minst genom att, oavsett medicinering, erbjuda en tillgänglig och närvarande kontakt i ett sådant krisskede. Vården behöver också vara tillgänglig för anhöriga till en person som begått självmord.

Bristen på psykiatriker och psykiatrisjuksköterskor gör det svårt att erbjuda kontinuitet i vården. I glesbygd har man länge varit beroende av så kallade stafettläkare, som arbetar tillfälligt på en viss enhet.

Exkludering av anhöriga förekommer alltför ofta, även när patienten har medgivit till anhörigas insyn och inblandning. Att prata med anhöriga ger en fördjupad kunskap om den som ska vårdas, och bidrar ofta till att rätt åtgärder vidtas. Flickor och kvinnor med psykiatrisk diagnos får ofta sämre vård än pojkar och män. Även forskningen om psykiatriska diagnoser och deras behandling är mer fokuserad mot pojkars symptom och behov än flickors. Detta trots att den psykiska ohälsan ökat hos unga kvinnor ända sedan nittiotalet. Ett annat exempel på dubbeldiskriminering är att det finns landsting som har som policy att neka individer psykologisk behandling efter 65 års ålder, trots att sådan exkludering helt saknar förankring i någon lag eller bestämmelse.

Många av dem vi haft kontakt med upplever att det är svårt att kräva sina rättigheter enligt Patientlagen och Hälso- och sjukvårdslagen. Ärenden kan dessutom bli liggande i många månader hos tillsynsmyndigheter som Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Om något leder till en direkt vårdskada kan det anmälas till IVO, men om man ”bara” nekas delaktighet i sin egen vård finns det inga sanktioner att använda sig av. Det finns också strukturella aspekter gällande hur psykiatrin idag arbetar och är organiserad som inte tillämpas på ett ändamålsenligt sätt. Exempelvis är evidensbaserad praktik (EBP) något vi eftersträvar i svensk vård och omsorg. Det baseras på en sammanvägning av den bästa tillgängliga kunskapen, personens egna önskemål och professionens expertis. För att uppfylla detta arbetssätt behöver alltså samtliga tre bitar finnas med, och utifrån detta ska en matchning mot bäst lämpade insats eller behandling ske. Ofta när verksamheter utger sig för att arbeta evidensbaserat menar de att de arbetar med evidensbaserade metoder, eller till och med en enda evidensbaserad metod. I ett sådant arbete missar man viktiga aspekter i att arbeta med evidensbaserad praktik.

Ett annat sådant exempel är att vårdgarantin bara gäller första besöket och besöken ofta blir korta för att vårdgivaren ska hinna ta emot fler. Läkare och vårdgivare ”räknar pinnar” och olika ersättning ges till olika typer av besök, där exempelvis nybesök har ett högre värde än återbesök och där man inte får pengar för att behandla sjukdomssymptomen, däremot att ställa diagnoser.

HAR DU SOM YRKESVERKSAM INOM PSYKIATRIN STÄLLT DIG FRÅGORNA:

- ✓ Vet jag hur mina patienter uppfattar det som vi gör i vår psykiatriska verksamhet?
- ✓ Vet jag om patienten känner sig delaktig i beslut om vård och behandling?
- ✓ Vet jag om patienten känner att den har fått tillräckligt med information om sin behandling?
- ✓ Har jag de resurser jag behöver (tid, kunskap, verktyg) för att ta reda på de här sakerna?

Rättsväsende

”Sedan jag fick min borderline-diagnos har jag vid ett tillfälle blivit utsatt för våld. Det var då tydligt för mig att övergreppet inte togs på så pass stort allvar som det annars hade gjort av polisen, eftersom de fick kännedom om att jag hade en psykiatrisk diagnos. Jag verkade bedömas som både mer känslig och mindre trovärdig. Men vad hade diagnosen med något att göra? Våld är våld, oavsett om man har en historia inom psykiatrin. Det är obehagligt att ana att man inte är lika inför lagen som någon annan. Någon som dessutom har skadat en.”

”Jag är en kvinna med OCD (tvångssyndrom) som dömts för ett våldsbrott mot en man. Brottet hade inget med min diagnos att göra. Men rättegången och allt som hände inför den var förvirrande för mig. Jag förstod inte vad som skulle hända eller varför, texter jag fick var ibland så juridiska att de inte gick att läsa. Jag fick inget stöd. Det hade varit mycket bättre att ha fått hjälp att förstå. Då hade jag också kunnat lägga fram min sida av det hela bättre. Jag förtjänade ett straff, ja. Men jag undrar ibland om mitt straff inte hade blivit mildare om jag förstått hur allt var tänkt att fungera i rättsprocessen innan. Jag hann inte förbereda mig, inte hänga med.”

UTSATTHET FÖR VÅLD

Våldet mot personer med funktionsnedsättning är till stor del osynligt. Huruvida personer som lever med psykisk ohälsa utsätts för hot och våld oftare än andra är oklart, då det råder en brist på studier på området, men det antas vara så (Thornicroft 2010). Enligt Brottsförebyggande rådets rapport Våld mot personer med funktionshinder (Brå 2007:26) måste rättsväsendets kunskap om olika funktionsnedsättningar förbättras. För att göra det krävs att våldet mot personer med funktionsnedsättning blir synligt och anmäls till polisen. När sedan polisanmälan görs måste våldsutsatta personer kunna göra sig hörda och förstådda. Det är därför viktigt att var och en ska få komma till tals på sina villkor, till exempel genom att rättsväsendet anlitar särskilda experter, för att nå likhet inför lagen. Det behövs därför ökad kunskap bland rättsväsendets personal för att öka kvaliteten på förhör och minska risken att våldsutsattas trovärdighet ifrågasätts.

Enligt Brå är det tre faktorer som särskilt kännetecknar våld mot personer med funktionsnedsättning: osynlighet, sårbarhet och beroende. Osynligheten påverkar främst personer som har svårt att kommunicera och göra sig förstådda, eller vars kontakter med omvärlden sker via ett fåtal vårdare. Sårbarheten kan variera med typen av funktionsnedsättningar. Det kan gälla personer som fysiskt har svårare att försvara sig eller personer som har svårt att uttrycka sina rättigheter. Många är också beroende av andra personer, till exempel assistenter och vårdare. Detta beroende kan också leda till en ökad risk för att utsättas för upprepat våld (Brå 2007:26).

Brå konstaterar att det saknas en stabil och systematisk kunskap om hur olika gruppers utsatthet förhåller sig till varandra och till jämförbara grupper i totalbefolkningen med avseende på ålder, kön, typ och grad av funktionsnedsättning. Brå nämner behovet av studier och kunskap om följande grupper nämnas som särskilt angeläget:

- Utsattheten bland pojkar och män. Kunskap om omfattningen och karaktären av våldet mot dessa grupper är särskilt angelägen eftersom forskning på detta område är eftersatt i förhållande till forskning om flickor och kvinnor. En ökad kunskap om dessa grupper utgör därför också en förutsättning för ett jämställdhetsperspektiv på utsattheten bland personer med funktionsnedsättning.

- Utsattheten bland personer med funktionsnedsättning som påverkar deras möjligheter att själva synliggöra sin utsatthet. Kunskap om omfattningen och karaktären av våldet mot dessa grupper är särskilt angelägen mot bakgrund av den osynlighet, sårbarhet och beroende som deras funktionsnedsättning medför. Till dessa grupper hör, oavsett ålder, personer med psykisk, intellektuell och kommunikativ funktions nedsättning.

- Olika gruppers relativa utsatthet. Studier som möjliggör att grupper med olika typer och grader av funktionsnedsättningar jämförs inbördes och med totalbefolkningen är nödvändig för att bilda kunskap om eventuella högriskgrupper. Det är också angeläget att kunskapen om olika typer av våld kan preciseras eftersom våldet kan antas variera beroende på ålder, kön och typ och grad av funktionsnedsättning (Brå 2007:52)

I forskningen framställs kvinnor med psykisk funktionsnedsättning som särskilt sårbara vid våld och då framför allt vid sexuella övergrepp (Brå 2007:26). Detta våld har ofta samma karaktär som mäns våld mot kvinnor brukar ha. Det är ofta upprepat och utövas av kvinnans partner. Men när det gäller kvinnor med funktionsnedsättning kan förövaren även vara vårdpersonal eller andra vårdtagare. Utöver den särskilda utsatthet som våld mot närstående innebär kan olika funktionsnedsättningar ytterligare försvåra situationen genom just ökad sårbarhet, osynlighet och beroende. Det gäller naturligtvis även barn med psykisk funktionsnedsättning.

> *”Rättsväsendets kunskap om olika funktionsnedsättningar måste förbättras.*

Socialstyrelsen skriver i ett utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med funktionsnedsättning att personer med funktionsnedsättning idag lever i mycket stor utsträckning som andra och tillsammans med andra. Detta faktum och den ökade rörligheten i samhället kan innebära en större risk att utsättas för exempelvis våld och övergrepp, samtidigt som personer med funktionsnedsättning kan sakna kunskap eller vara omedvetna om de risker som finns i dagens samhälle. I Brås rapport Våld mot personer med funktionshinder (2007:26) nämns fyra omständigheter som kan öka sårbarheten för kvinnor i denna grupp att utsättas för våld och övergrepp:

- frånvaron av, eller brister i, sexualundervisningen
- vårdares tillgång till kvinnans kropp
- risken (särskilt för kvinnor med intellektuella funktionsnedsättningar) att övertalas att uppfylla behov hos och krav från omgivningen som kan uppfattas som tvingande och svåra att stå emot
- svag sexuell självkänsla på grund av funktionsnedsättningen

Socialstyrelsens rapport *Våld mot kvinnor med psykiska funktionshinder - Förekomst, bemötande och tillgång till stöd* (2005i) visar att kvinnor med funktionsnedsättning utsätts för våld av sin partner i ännu högre utsträckning än andra. Som en förklaring till detta framhålls kontextuella faktorer relaterat till deras livssituation vilket resulterar till en ten-

dens till utsatthet - till exempel beroendeförhållande till andra personer i deras närhet vilket bygger på förtroende och tillit. Våld mot kvinnor med funktionsnedsättning är i flera avseenden likt våld mot kvinnor generellt, men det förekommer också skillnader. Ofta riktas våldet direkt mot funktionsnedsättningen och fler personer i kvinnans närhet kan vara förövare. Det kan till exempel vara en färdtjänstchaufför eller personal på ett boende. Men myter och fördomar gör att våldet ofta inte uppmärksammas eller att kvinnorna inte blir trodda när de berättar, visar Nationellt centrum för kvinnofrids rapport Våld mot kvinnor med funktionsnedsättning (NCK 2013). Syftet med rapporten var att synliggöra våldet, att belysa kunskapsläget och att föreslå åtgärder som kan öka möjligheterna till ett professionellt agerande från alla som möter våldsutsatta kvinnor med funktionsnedsättning i sitt arbete. En av slutsatserna i rapporten är att det råder stor brist på kunskap om våld mot kvinnor med funktionsnedsättning, vilket kan få förödande konsekvenser för den som är utsatt. Det konstateras att den här kunskapen måste finnas inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården, polisen och övriga rättsväsendet.

Men funktionsnedsättning kan också föra med sig en extra utsatthet när det gäller att rättsligt få sin sak prövad. I en enkätundersökning riktad till gode män fann Levin (2002) dels att personal och andra i individens närhet ibland är de som begår brotten, dels att det finns brister i det offentliga bemötandet efter de misstänkt brottsliga handlingarn. Intressant i sammanhanget är hur misstänkta fall av sexuellt utnyttjande och ofredande av personer med funktionsnedsättning och i beroendeställning hanteras i den praktiska tillämpningen av regelverk hos myndigheter och rättsliga instanser samt hur deras trovärdighet värderas i gränsdragningsfall gällande samtycke och uppsåt.

EN SITUATION SOM ÄR ÅTERKOMMANDE ÄR INGEN NÖDSITUATION

Ibland framförs åsikten att personal i slutenvården, omsorgen och skola bör ha rätt att gå in med kraft när det behövs. Det stämmer inte. I Sverige är våld som utgångspunkt olagligt (Hejlskov & Abild 2015; Hejlskov & Wiman 2015. Det finns några undantag: Polisen och kriminalvården får använda våld men inte övervåld. Det finns även vissa specificerade undantag i LVU, LVM, LRV och LPT.

Man får också använda visst våld i jämlika, frivilliga sammanhang (fotboll, hockey och kampsport, men även vissa slagsmål) och man får använda nödvändigt våld i nödvärnssituationer. Brottsbalkens bestämmelser om nödvärn och nödrätt ger rätt att använda våld för att hantera nödsituationer som handlar om allvarlig fara, avstyrning av vissa brott på bar gärning samt att slänga ut personer som tränger in i ens hem. Våldet måste stå i proportion till det man vill uppnå. Principen är att det ska vara oväntade nödsituationer. En situation som är återkommande är per definition ingen nödsituation. Det innebär att annan personal än polis inte får ha en beredskap för att använda våld. Personal får använda våld i en nödsituation, men bör därefter göra de ändringar som är nödvändiga för att situationen inte ska uppstå igen. Ingen arbetsplats bör därför träna personal i hur de ska använda sig av kraft i nödvärnssituationer. Att träna dem i frigörelse och andra procedurer som inte innebär våld eller rörelsebegränsning är däremot lagligt, även om procedurerna härstammar från kampsport (Hejlskov & Abild 2015; Hejlskov & Wiman 2015).

VÅLD MOT BARN MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter (FRA) har genomfört forskning om våld mot barn med funktionsnedsättning. Fokus låg på omfattningen av, formerna för, orsakerna till och miljön för våldet (FRA 2015). FRA undersökte lagar och regler om våld mot barn med funktionsnedsättning samt nationella åtgärder för att arbeta förebyggande. Med hjälp av semistrukturerade frågeformulär genomfördes personliga

intervjuer med intressenter[24].

Enligt FRA (2015) drabbas barn med funktionsnedsättning av våld i olika miljöer, däribland i skolan, hemma eller på institution. Jämfört med vuxna är alla barn sårbara därför att de befinner sig i en utvecklingsfas, har en begränsad rättskapacitet och är beroende av föräldrar eller andra vårdnadshavare. För barn med funktionsnedsättning är situationen ännu svårare. Barn med funktionsnedsättning utsätts också för mer våld än vad barn utan funktionsnedsättning gör. Dessutom utsätts de för former av våld som är specifika för barn med funktionsnedsättning, såsom våld där fördomar mot funktionsnedsättningen är motivet, tvång, sexuella övergrepp i samband med daglig hygien, våld i samband med behandling samt övermedicinering. Barn med funktionsnedsättning är särskilt utsatta när det gäller psykiska, sexuella och fysiska övergrepp som kan ha förödande effekter på deras liv (FRA 2015).

Våld mot barn med funktionsnedsättning är till stor del osynligt i den officiella statistiken, vilket gör det svårt att på så sätt bekräfta förekomsten. Det finns ett fåtal tillförlitliga uppskattningar. I 2011 års världsrapport om funktionsnedsättning uppskattas den genomsnittliga globala förekomsten av måttlig och allvarlig funktionsnedsättning hos barn i åldern 0–14 år till 5 procent. Respondenterna inom ramen för FRA:s forskning uppgav dock att förekomsten av övergrepp mot dessa barn var hög. UNICEF bedömer att barn med funktionsnedsättning löper tre till fyra gånger så hög risk som andra barn att drabbas av fysiskt och sexuellt våld samt vanvård (FRA 2015).

FRA konstaterar att social isolering och stigma samt barnens särskilda situation och stora beroende av vård– i hemmet, på vårdinrättningar och institutioner – av flera olika skäl leder till en ökad risk för våld mot barn med funktionsnedsättning. Funktionsnedsättningar kan ofta få barn att te sig som ”lätta byten” eftersom de kanske saknar förmåga att skydda sig själva, möter hinder när de försöker berätta om våld eller inte tas på allvar. Kön, etnisk bakgrund eller socioekonomisk status kan medföra ytterligare risk. Effekterna av dessa faktorer, som i sig ökar risken för våld, blir ännu större när barnskyddsmyndigheter inte på lämpligt sätt hanterar de särskilda behoven hos barn med funktionsnedsättning, oavsett om detta beror på bristande tillgänglighet eller brist på personal med rätt utbildning (FRA 2015).

Barn med funktionsnedsättning utestängs ofta från de insatser eller initiativ som sociala myndigheter erbjuder våldsutsatta barn utan funktionsnedsättning. Detta gör det mer sannolikt att barn med funktionsnedsättning faller mellan stolarna och varken får hjälp genom allmänna barnskyddsåtgärder eller specifika åtgärder för personer med funktionsnedsättning. Det är ofta flera organisationer eller myndigheter som ansvarar för tjänster till barn med funktionsnedsättning, och det saknas ordentlig samordning av deras insatser (FRA 2015).

Det finns olika orsaker till våld, bland annat negativa samhällsattityder som bygger på fördomar och brist på kunskap eller förståelse om funktionsnedsättning, yrkesverksamma personers och enskilda individers inställningar som är rotade i intolerans mot ”de andra”. Social utestängning och isolering ökar risken för våld mot barn med funktionsnedsättning i olika miljöer. Den institutionella isoleringen av barn med funktionsnedsättning begränsar deras interaktion med den övriga befolkningen samt hämmar bred medvetenhet om och förståelse för funktionsnedsättning (FRA 2015).

Att barn med funktionsnedsättning inkluderas i alla typer av verksamhet garanteras emellertid inte. Respondenterna konstaterade att barn med funktionsnedsättning på

24 De deltagande intressenterna utgjordes av myndigheter, hälso- och sjukvårdspersonal, skolpersonal och vårdgivare för barn med funktionsnedsättning, organisationer i det civila samhället, däribland organisationer som företräder personer med funktionsnedsättning, föräldraorganisationer, organisationer för stöd till brottsoffer, icke-statliga organisationer som är verksamma på området barns rättigheter samt flera människorättsorgan, såsom nationella människorättsinstitutioner och ombudsmannainstitutioner (FRA 2015).

grund av sin isolering ofta utestängs från formell och informell verksamhet där barn lär sig hur de upptäcker risker och agerar vid våld. Respondenterna påpekade att det faktum att barn med funktionsnedsättning inte alltid förstår vad som utgör övergrepp är en stor riskfaktor. Många barn med funktionsnedsättning är kanske inte medvetna om att en viss typ av beteende är oacceptabelt, framför allt när det gäller sexuella övergrepp (FRA 2015).

Respondenterna ansåg att barn med funktionsnedsättning, trots de ansträngningar som organisationer för personer med funktionsnedsättning, icke-statliga organisationer, nationella människorättsorgan och andra aktörer genomför, fortfarande saknar möjlighet att uttrycka sina synpunkter. Om barn med funktionsnedsättning inte ges en röst blir de osynliga inom politisk planering och deras behov tillgodoses inte eftersom allmänna tjänster inte är tillgängliga för dem. Respondenterna betonade att det är avgörande att barn med funktionsnedsättning inkluderas i en verksamhet som främjar deras allmänna deltagande i alla aspekter av livet för att förebygga våld och ge dem verktyg som hjälper dem att känna igen och rapportera våldsamma incidenter (FRA 2015).

Barn med funktionsnedsättning är mer sårbara för övergrepp i skolan, både från andra elever och lärare. Detta återspeglar en brist på lämpliga mekanismer för att säkerställa inkluderande i vanliga skolor, otillräcklig utbildning av lärare och avsaknad av robusta mekanismer för att motverka detta. Respondenterna talade om utbredd mobbning av barn med funktionsnedsättning samt andra mer subtila former av våld, såsom utfrysning och isolering. Forskningen visar att man ofta inför olika instrument för att hantera mobbning i skolor, och att man inom ramen för dessa i större utsträckning skulle kunna ta hänsyn till barn med funktionsnedsättning. I artikel 24 i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning anges ett tydligt åtagande av konventionsstaterna att säkerställa ett inkluderande utbildningssystem för barn med funktionsnedsättning. Dessutom fastställs att staterna är skyldiga att tillhandahålla det stöd som krävs för att underlätta deras fullständiga deltagande i utbildning på lika villkor som andra barn. Många respondenter konstaterade dock svårigheter när det gäller att åstadkomma en inkluderande utbildning och hävdade att det för att säkerställa en säker miljö för alla barn i vanliga skolor, däribland barn med funktionsnedsättning, krävs ordentligt stöd för att möjliggöra verkligt deltagande och inte bara integrering (FRA 2015).

Även en svensk sammanställning av forskning (Lainpelto 2014) visar att barn med neuropsykiatriska funktionhinder löper tre till fyra gånger högre risk för att bli utsatta för våld eller övergrepp jämfört med andra. En granskning av 286 svenska domar tyder också på att rättssäkerheten för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som autism och adhd är lägre än för andra. Barnen anses vara mindre trovärdiga och det är få fall där dessa barn misstänks ha utsatts för brott som leder till fällande dom (Lainpelto 2014)

Fördomar kring barn med funktionssättning spelar stor roll för bedömningar av barns trovärdighet. I en studie (Lainpelto 2014) fick 107 juriststudenter och en kontrollgrupp på 20 domare läsa samma förhör om en 11-årig flicka, som berättat att hon blivit utsatt för övergrepp av sin pappa. Hälften av deltagarna fick veta att barnet hade högfungerande autism. De studenter och domare som fått den informationen bedömde berättelsen som mindre trovärdig med färre detaljer. Deltagarna hade alla läst samma förhör och förhöret skiljde inte åt i antalet detaljer, utan den enda skillnaden var vetskapen om funktionsnedsättningen. Detta tyder på att vi i hög utsträckning påverkas av icke-juridiska faktorer vid vår bevisvärdering, menar Lainpelto (2014).

Statens institutionsstyrelse skrev 2012 en rapport för att belysa det aktuella kunskapsläget kring traumatisering hos institutionsvårdade ungdomar genom en systematiskt genomförd litteraturöversikt. Frågeställningarna som låg till grund för rapporten var: I vilken utsträckning visar institutionsvårdade ungdomar tecken på att vara traumatiserade? Rapporten visade att en mycket hög andel, mellan 70 och 96 procent, av institutionsvårdade ungdomar hade upplevt trauma, och många ungdomar uppvisade typiska symptom på

komplex traumatisering. Vanligt förekommande var att den unge upplevt trauman som skett inom familjen, exempelvis fysisk misshandel och sexuella övergrepp. Det var också vanligt att ungdomarna hade upplevt traumatiserande våldsbrott ”ute på stan”. Flickor visade sig i högre grad än pojkar ha varit utsatta för sexuella övergrepp. Att ha bevittnat andra människor utsättas för skrämmande händelser och att ha upplevt svåra separationer eller dödsfall inom familjen var också vanligt förekommande trauman. PTSD förekom hos upp till hälften av ungdomarna men studien fann även att en stor andel av traumatiserade ungdomar inte uppfyllde kriterierna för PTSD. Flickor verkar vara en särskilt utsatt grupp, när det gäller att utveckla psykisk ohälsa till följd av trauma.

Resultaten i rapporten antyder att trauma kan vara en vanligt förekommande orsak till psykisk ohälsa bland institutionsvårdade ungdomar. Brist på kunskap om förekomst av traumatisering bland intagna ungdomar inom SiS kan leda till bristande och ineffektiv behandling. Diagnosen PTSD kan betraktas som otillförlitlig när det gäller att ringa in de ungdomar som är traumatiserade. Ungdomar med svåra och komplexa trauman uppvisar ofta en mer omfattande och utvecklingsmässigt mer djupgående negativ påverkan, vilket kräver både en annan diagnos och tillförlitliga utredningsmetoder. Det är oklart vad som är effektiv behandling av traumatisering. Författarna föreslår ett projekt som inbegriper att utforma och utvärdera ett vårdprogram för behandling av traumatiserade ungdomar. Det finns ett stort behov av vidare forskning om förekomst av trauma och utformning av traumabehandling inom SiS.

En tydligare och mer vedertagen definition av tillståndet komplex traumatisering skulle kunna få stor betydelse för SiS omhändertagande av ungdomar med antisocial problematik (SiS 2012). Det skulle kunna ge en bättre bild av hur stort problemet är bland tvångsomhändertagna ungdomar. I några studier lyfts riskerna upp för organisationer som till exempel ägnar sig åt ungdomsbehandling och att dessa kan påverkas negativt av arbete med oupptäckt traumatiserade ungdomar. Det finns till exempel risk att behandlingsmetoderna blir ineffektiva men även risk att sjukskrivningsgraden blir hög i personalgruppen eftersom behandlingen i högre utsträckning riskerar att utvecklas till en kamp om kontroll med dessa ungdomar (Bloom 2005; Farragher & Yanosy 2005).

I IVO:s tillsyn anges att institutioner inom HVB och LSS som använt kraft och våld, i form av fasthållning och förflyttning samt inlåsning, har fått kritik. Psykiatrins utökade rätt att använda våld begränsar sig till bältning och det finns tydliga rutiner kring hur det ska föregå och redovisas. Det är inte skötarens beslut eller ansvar, utan läkarens. Att skydda personal vid angrepp från patient eller brukare genom att träna personal i att använda kraft när det är nödvändigt är inte lagligt i Sverige (Hejlskov & Abild 2015; Hejlskov & Wiman 2015).

SAMMANFATTNING AV DISKRIMINERING I SAMBAND MED RÄTTSVÄSENDE

Personer med funktionsnedsättning är en osynlig grupp i brottsoffersammanhang. Enligt Brå finns tre faktorer som särskilt kännetecknar våld mot personer med funktionsnedsättning: osynlighet, sårbarhet och beroende. Den forskning som finns pekar på ett stort behov av insatser för att öka kunskapen om våld och övergrepp mot personer med funktionsnedsättning. Det behövs till exempel ökad kunskap bland rättsväsendets personal för att öka kvaliteten på förhör och minska risken att våldsutsattas trovärdighet ifrågasätts. Det gäller att lära sig se, ställa rätt frågor, ha kunskap om vilken hjälp som finns att få och vad en funktionsnedsättning kan ha för betydelse i den rättsliga processen. Det saknas stabil och systematisk kunskap om hur olika gruppers utsatthet förhåller sig till andra grupper i totalbefolkningen med avseende på ålder, kön, typ och grad av funktionsnedsättning.

I forskningen framförs att kvinnor med psykisk funktionsnedsättning är särskilt sårbara vid våld och då framför allt vid sexuella övergrepp. Förövaren kan vara närstående,

personal eller andra vårdtagare. Utöver den särskilda utsatthet som våld mot närstående innebär kan olika funktionsnedsättningar ytterligare försvåra situationen genom just ökad sårbarhet, osynlighet och beroende. Det gäller även barn med psykisk funktionsnedsättning. Barn med funktionsnedsättning drabbas av våld i olika miljöer, däribland i skolan, hemma eller på institution. Jämfört med vuxna är alla barn sårbara därför att de befinner sig i en utvecklingsfas, har en begränsad rättskapacitet och är beroende av föräldrar eller andra vårdnadshavare. En svensk studie visar att barn med funktionsnedsättning löper tre till fyra gånger högre risk för att bli utsatta för våld. Enligt Statens institutionsstyrelse, SiS finns ett stort behov av vidare forskning om förekomst av trauma och utformning av traumabehandling inom institutionsvård.

Enligt Brottsförebyggande rådet, Brå behövs mer kunskap och studier om utsattheten bland pojkar och män, om utsattheten bland personer med funktionsnedsättning som påverkar deras möjligheter att överhuvudtaget synliggöra sin utsatthet samt kunskap om olika gruppers relativa utsatthet för att bilda kunskap om eventuella högriskgrupper. Det är också angeläget att kunskapen om olika typer av våld kan preciseras eftersom våldet kan antas variera beroende på ålder, kön och typ och grad av funktionsnedsättning.

PROJEKTET DIN RÄTT:S KOMMENTARER

Rättsväsendet omfattas inte av diskrimineringslagen, såvida det inte gäller bemötande av personer i offentlig anställning. Det är olyckligt, inte minst för vår målgrupp. Risken för diskriminering och bristande tillgänglighet finns lika mycket inom Kriminalvården, domstolar och polis som inom något av de samhällsområden som omfattas av lagen. Några exempel på detta är att personer med psykisk ohälsa tenderar att inte tas på fullt allvar eller betraktas som tillräckligt trovärdiga av polis och domstol. Anpassningar för att en person med psykisk funktionsnedsättning ska få en rättvis rättegång ges i princip inte.

I den häktesenkät NSPH gjorde 2016 svarade ingen av de 95 tillfrågade (med erfarenhet av psykisk ohälsa och av att häktas) ja på frågan ”Blev du erbjuden hjälpmedel eller annat stöd för att kunna kommunicera?”. Nästan en tredjedel svarade ja på frågan om huruvida missförstånd hade uppstått i kommunikationen med personal i häktet. På frågan ”Fick du information om dina rättigheter på ett sätt som du kunde ta till dig?” svarade endast en fjärdedel ja och bara 14 personer av 87 personer svarade att personalens förmåga att bemöta dem varit bra eller mycket bra.

Personer med psykisk funktionsnedsättning löper större risk än andra att utsättas för våld och övergrepp. Brotten sker ofta i det fördolda – många personer med allvarlig psykisk funktionsnedsättning träffar få människor och framför allt sådana som de är i beroendeställning gentemot (exempelvis för att dessa beslutar om deras ekonomi och vardag eller ger dem vård). Det skapar en ökad sårbarhet för individen. Har man dessutom svårigheter med att förstå eller att göra sig förstådd är risken att brottet man utsätts för eller vittnar om aldrig blir utrett.

Kvinnor med psykiska funktionsnedsättningar blir oftare utsatta för våld och sexuella övergrepp än andra kvinnor. Det kan vara en anhörig som är förövare, men det kan också vara vårdpersonal eller andra vårdtagare. Barn med funktionsnedsättningar löper också större risk att utsättas för våld och övergrepp än barn utan, både i skolan och i hemmet.

HAR DU SOM YRKESVERKSAM INOM RÄTTSVÄSENDET STÄLLT DIG FRÅGOR SOM:

- ✓ Vet jag att åtalade personer med psykisk ohälsa upplever att de får en rättvis rättegång utifrån sina behov?
- ✓ Vet jag att målsäganden med psykisk ohälsa upplever att deras uttalanden tas på allvar?
- ✓ Vet jag att Kriminalvårdens verksamhet är utformad på ett sätt som är begriplig samt skapar goda förutsättningar inför livet som frigiven, för personer med psykisk ohälsa?
- ✓ Har jag de resurser jag behöver (tid, kunskap, verktyg) för att ta reda på de här sakerna?

Socialtjänst

”Gång på gång måste jag kämpa för att få behålla mitt boendestöd. Mitt behov är hela tiden detsamma, så varför måste jag gång på gång leva i ovisshet och påminna om mina varaktiga behov? Flera gånger har jag fått klaga hos tillsynsmyndigheter, Inspektionen för Vård och Omsorg, Socialstyrelsen... Varje gång har kommunen fått kritik, och jag har fått behålla boendestödet. Men jag hinner inte leva mitt liv och göra det bättre om jag alltid ska behöva slåss för det stöd jag behöver för det.”

”Jag har varit i kontakt med socialtjänsten på grund av en vårdnadsutredning, där jag upplevde mig felaktigt bemött eftersom min tidigare diagnos vägdes in i utredningen trots att den var borttagen. Psykiatrins bedömning om mig som fullt kapabel förälder togs inte heller med i socialtjänstens bedömning, och ingen pratade med några av mina referenspersoner som kunde intyga min funktionsduglighet som förälder.”

Samtal till NSPH:s rådgivning[25] vittnar om att de personer som har med socialtjänsten att göra ofta förefaller bli illa bemötta. Det förekommer diskriminerande uttalanden kopplade till patientens person eller till brukarens psykiska ohälsa.

Samhällets hjälp och stöd till personer med psykisk hälsa regleras av två lagar, SoL och LSS. I socialtjänstlagen, SoL, finns bestämmelser om medborgarnas rättigheter till ekonomiskt och socialt stöd och om de skyldigheter som kommunerna har. Kommunerna har även ett särskilt ansvar för vissa grupper, som människor med psykisk funktionsnedsättning.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är en rättighetslag som ska garantera personer med omfattande och varaktig funktionsnedsättning goda levnadsvillkor, att de får den hjälp de behöver i det dagliga livet och att de kan påverka vilket stöd och vilken service de får. Målet är att den enskilde får möjlighet att leva som andra.

Allt fler personer får insatser enligt lagen om LSS. År 2014 var antalet 67 400 (Socialstyrelsen 2016a) vilket är en ökning med nio procent sedan 2010. Den största ökningen har skett bland de som är 65 år eller äldre, en grupp som ökat med 16 procent. Ökningen av antalet insatser är inte genomgående. Vissa insatser har minskat i antal, till exempel

25 http://www.nsph.se/2015/02/16/vanliga-arenden-till-radgivningen-om-diskriminering-pga-psykisk-ohalsa/.

ledsagarservice, korttidsvistelse, korttidstillsyn och boende för barn och unga har alla minskat. Den största minskningen står boende för barn och unga för, som sedan 2010 har minskat med 31 procent.

Fler män än kvinnor har insatser enligt LSS. Könsskillnaden är som störst i åldersgruppen 0–22 år, där flickornas andel varierar mellan 32 och 37 procent beroende på insats. I de högre åldersgrupperna minskar skillnaderna. En bidragande orsak till skillnaderna är troligen att vissa diagnoser är vanligare hos män än hos kvinnor, som till exempel autism. Detta kan bero på att tjejer med sådan funktionsnedsättning upptäcks och utreds senare (se t.ex. Kopp 2010) vilket innebär en ojämlikhet.

Även bland hjälpmedelsanvändare finns könsskillnader. Upp till 18 år är pojkarna i majoritet, i åldersgrupperna däröver är kvinnorna i majoritet. Undersökningar pekar även på att det finns vissa könsskillnader i kostnader för hjälpmedel. Socialstyrelsen bedömer att den statliga kunskapsstyrningen inom funktionshinders- och hjälpmedelsområdet bör ha ett ökat jämställdhetsperspektiv, där så är möjligt. På så sätt minskar risken att handläggare gör åtskillnad mellan män och kvinnor som inte är motiverad utifrån behov.

Förutom en nedsättning av den sociala funktionsförmågan orsakar också den psykiatriska diagnosen inte sällan en nedsättning i den kognitiva funktionsförmågan vilket gör att det kan vara mycket svårt att hantera vardagen. Kunskapen kring såväl behovet av hjälpmedel som kognitiva nedsättningar har utvecklats avsevärt de senaste åren vilket har gjort att det numera finns enkla och effektiva metoder för att få ett stöd i sin vardag genom kognitiva hjälpmedel. Förutom nyttan för individen kan även stora ekonomiska besparingar göras genom att hjälpa personen ut i arbetslivet eller att stanna kvar i sysselsättning. Men framförallt minskar behovet av stödinsatser från kommun och landsting, såväl som från anhöriga och närstående. Enligt SKL finns det stora skillnader över landet när det dels gäller kunskap och kompetens kring kognitiva nedsättningar och hjälpmedel, dels tillgänglighet och tillgång till hjälpmedel för den enskilde (SKL 2012).

En rapport med fokus på kommunala insatser för föräldrar till barn med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning utgår i en enkät som besvarades av 1 040 föräldrar om socialtjänstens och omsorgens insatser (Attention 2015). Rapporten visar att många föräldrar till barn med NPF har svårt att veta vart man ska vända sig när man behöver stöd. Föräldrar är ofta slutkörda och efterfrågar tips och råd om samhällets stödfunktioner. Många samtal till Attention gäller stödåtgärder som inte fungerar eller är dåligt anpassade för personer med NPF. På senare år har även handläggare inom socialtjänst eller LSS kontaktat Attention för att få mer kunskap om funktionsnedsättningarna, eller få veta mer om hur socialtjänsten ska kunna erbjuda bättre stöd till gruppen. Av de frågor som ställs framskymtar en bild av en yrkeskår som alltför ofta saknar kunskap och kompetens om NPF, och där förslag på stöd och anpassningar präglas av denna okunskap. Det är heller inte ovanligt att föräldrar med egen NPF berättar hur de får utbilda handläggarna så att stödet ska fungera. Inte sällan uttrycker föräldern frustration över att situationen med handläggaren har låst sig och att man inte når fram till varandra. Föräldrar som själva har egen diagnos uppger att de får mindre stöd än andra.

BRISTANDE KUNSKAP OM HUR BARN I LSS-BOENDE UPPLEVER SITT STÖD

Alla barn och unga i särskilt boende enligt LSS får inte möjlighet att komma till tals när Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) gör tillsyn av verksamheterna. Det gäller framförallt barn och unga med komplexa behov och som bor heltid på boenden. Det saknas därmed kunskap om hur dessa barn och unga upplever sitt boende. De flesta barn och unga i boende enligt LSS har genomförandeplaner och majoriteten av verksamheterna uppger att de tar hänsyn till barnens och de ungas åsikter. Många gånger saknas det dock information om i vilken utsträckning den enskilde eller dennes företrädare har utövat inflytande i genomförandeplanerna (Socialstyrelsen 2016a).

ANDELEN BESLUT INOM SOL OCH LSS SOM INTE VERKSTÄLLS

Människor kan få vänta oskäligt länge på insatser som de beviljats av kommunen enligt SoL och LSS. Det kan handla om personer som har beviljats ett boende, men där kommunen har svårt att tillhandahålla ett sådant inom skälig tid. Det kan i värsta fall dröja flera år innan den enskilde kan flytta in i bostaden. Det finns exempel på människor som fått vänta upp till fyra år på att få sin insats verkställd. För att komma till rätta med väntetiderna införde riksdagen en skyldighet för kommuner att rapportera gynnande beslut som inte verkställts inom tre månader och en straffavgift för kommuner som dröjt oskäligt länge. Regeringen har gett IVO i uppdrag att följa upp de införda förändringarna i SoL och LSS som rör ej verkställda beslut och gynnande domar samt särskild avgift. En central fråga är om den införda lagstiftningen har minskat väntetiderna i kommunerna. En annan är om antalet rapporterade ej verkställda beslut har ökat eller minskat. Ytterligare en fråga är vilka mönster som går att utläsa ur de domar om särskild avgift som avkunnats.

> *Enligt SKL finns det stora skillnader över landet när det dels gäller kunskap och kompetens kring kognitiva nedsättningar och hjälpmedel*

IVO presenterar resultaten från uppföljningen i rapporten Hur länge ska man behöva vänta? (IVO 2015a) och föreslår några åtgärder som behöver vidtas för att minska väntetiderna. IVO har också i enlighet med uppdraget analyserat myndighetens arbete med ej verkställda beslut och särskild avgift och har identifierat några interna förändringar som skulle kunna genomföras för att effektivisera arbetet. IVO:s ledning överväger för närvarande vilka förändringar som ska genomföras. Den införda lagstiftningen om rapporteringsskyldighet har lett till en större medvetenhet i kommunerna om rättighetslagstiftningen och om behovet av planering och uppföljning av beslutade insatser. Detta var också en av avsikterna med att införa rapporteringsskyldigheten. Denna medvetenhet har dock inte undanröjt svårigheterna att verkställa beslut. Det är inte färre beslut som rapporterats som ej verkställda till tillsynsmyndigheten under senare år och väntetiderna har heller inte minskat. I uppföljningen har det också uppmärksammats några oönskade konsekvenser av lagstiftningen som uppstått i samverkan med andra påverkansfaktorer. Den samlade bedömningen är att den införda lagstiftningen har haft en begränsad effekt. Lagstiftningen tycks inte har kunnat motverka de bakomliggande faktorer som styr kommunernas möjligheter att kunna verkställa beslut inom skälig tid.

Svårigheterna att verkställa beslut rör i huvudsak två insatsområden, boende respektive kontaktperson och kontaktfamilj. När det gäller boende handlar svårigheterna främst om brist på resurser, brister i planering och svårigheter till följd av komplicerade byggprocesser som kommunerna inte helt kan styra över själva. Människor vill idag också i högre utsträckning själva kunna välja boende vilket kan medföra längre väntetider.

När det gäller kontaktperson och kontaktfamilj handlar svårigheterna främst om att rekrytera och matcha individer. Kommunerna är beroende av insatser från det civila samhället och det finns inget som tyder på att svårigheterna att rekrytera har minskat. Tvärtom tycks svårigheterna ha ökat som följd av bland annat ett högre tempo i samhället och en starkare individualisering vilket gör att många drar sig för att åta sig denna typ av uppdrag.

IVO:s förslag tar sin utgångspunkt i att nuvarande reglering och arbetssätt kring hanteringen av rapporteringsskyldigheten och särskild avgift inte fungerat som avsett och därför behöver förändras. IVO vill utforma ett arbetssätt där samhällets resurser utnyttjas på ett mer effektivt sätt och där IVO i större utsträckning arbetar utifrån riskbaserad tillsyn i enlighet med myndighetens uppdrag. IVO vill dock poängtera att den införda lagstiftningen och tillsynen aldrig helt kan förväntas motverka de bakomliggande faktorer som styr kommunernas möjligheter att verkställa beslut inom skälig tid.

IVO:s förslag i korthet:
Behåll rapporteringsskyldigheten till revisorer och kommunfullmäktige.
Ta bort rapporteringsskyldigheten till IVO till förmån för riskbaserad tillsyn.
Behåll den särskilda avgiften men genomför vissa förändringar.

OMHÄNDERTAGANDE ENLIGT LVU NÄR FÖRÄLDRARNA LEVER MED PSYKISK OHÄLSA

Svensk forskning visar på allvarliga brister i socialtjänstens och domstolarnas hantering av omhändertagande av barn (Granqvist m.fl. 2014). För att diskrimineringen ska upphöra måste socialtjänsten bedöma föräldrarnas omsorgsförmåga utan fördomar och utveckla rutiner som motverkar risken för vanvård och ge omvårdnadsfokuserad föräldrautbildning.

TILLÄMPNING AV LSS I OLIKA KOMMUNER

LSS trädde i kraft för mer än 20 år sedan och har medfört betydelsefulla förändringar för många människor med omfattande funktionsnedsättningar. För att verksamheten ska kunna leva upp till målsättningen att ge den enskilde möjlighet att leva som andra är det viktigt att stödet och stödformerna har möjlighet att ändras, i takt med att samhällsutvecklingen och livsvillkoren för människor i allmänhet förändras. Socialstyrelsen anser att regeringen vid en översyn av LSS bör inkludera bland annat följande frågeställningar:

- En översyn av personkretsbestämmelsen, för att bättre tillgodose de behov som finns idag. Det gäller bland annat behoven hos personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.
- Införandet av boendestöd enligt LSS, med syfte att öka möjligheterna att tillgodose behoven av stöd i det egna boendet.
- Tydligare reglering för att få till stånd en mer enhetlig tillämpning av LSS över landet i syfte att minska behovet av lokala riktlinjer (Socialstyrelsen 2015b).

I rapporten Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LSS har Socialstyrelsen ombett samtliga kommuner att skicka in lokala riktlinjer avseende personlig assistans, i den mån sådana finns. Cirka 50 procent av kommunerna har uppgivit att riktlinjer finns och dessa har skickats in till Socialstyrelsen för analys och genomgång. Riktlinjerna innehåller ibland en del avgränsningar rörande till exempel ersättning för omkostnader, assistans i samband med semesterresor, samt i vilken mån personlig assistans bör beviljas i det fall den enskilde har andra insatser enligt LSS.

Att riktlinjerna innehåller avgränsningar behöver inte betyda att de strider mot gällande rätt. En avgränsning kan ha sin grund i exempelvis uttalanden i förarbeten till lagen eller i vägledande avgöranden från domstol. Det är dessutom många kommuner som i sina riktlinjer framhåller att besluten om rätt till personlig assistans ska grundas på en individuell bedömning. Det förekommer emellertid att riktlinjer och avgränsningar är utformade på ett sådant sätt att de begränsar utrymmet för en individuell bedömning.

I en enkät som kommunerna har besvarat ställdes en fråga om hur de pågående ärendena med personlig assistans enligt LSS är fördelade utifrån vilka regiformer som är valda som utförare av assistansen:

- Kommunens egen regi: 43 procent
- Privata företag: 50 procent
- Assistanskooperativ: 6 procent
- Den enskilde anordnar själv sin assistans: 1 procent
- En tredjedel av assistanstimmar avser grundläggande behov

Kommunerna ombads i enkäten att räkna samman i hur många av alla de pågående ärendena med personlig assistans som det förekommit att den enskilde överklagat kommunens beslut angående antalet timmar. Utfallet är 27 procent, det vill säga i drygt vart fjärde ärende förekommer det att beslutet har överklagats. När kommunerna ombetts räkna in endast de personer som tidigare har haft assistansersättning från Försäkringskassan, men fått denna indragen, så ligger andelen som har överklagat på i snitt 60 procent.

En analys har även gjorts av personer som fått assistansersättningen indragen av Försäkringskassan och året därefter istället beviljats personlig assistans från kommunen enligt LSS. Resultaten visar att det beviljade timantalet per vecka i genomsnitt i hela gruppen har sjunkit med 25 procent, från 72 till 54 timmar. Även om majoriteten har fått färre timmar beviljade från kommunen enligt LSS än vad de hade i assistansersättning från Försäkringskassan så har var femte person istället fått fler timmar.

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, gör i sina sammanställningar ingen åtskillnad mellan om den personliga assistansen är beviljad enligt LSS eller om det är fråga om personlig assistans som köps för assistansersättning beviljad från Försäkringskassan enligt socialförsäkringsbalken, SFB. Under perioden 2011-07-01 till 2014-12-21 så finns det 276 anmälningar enligt lex Sarah, varav 118 gäller offentlig verksamhet och 158 gäller enskild verksamhet. I 13 av dessa ärenden har IVO ställt krav på åtgärd. Under samma period har 227 klagomål inkommit till IVO. Av dessa är det 128 klagomål som avser enskild verksamhet och resterande 99 avser offentlig verksamhet. De vanligaste klagomålen rör omsorgen/omvårdnaden samt delaktighet/självbestämmande.

BEHOV AV SAMORDNING AV STYRNING OCH STÖD

Handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa utgör grunden för regeringens arbete mot psykisk ohälsa under perioden 2012–2016. PRIO också har lett till att SKL och regeringen gör årliga överenskommelser. Varje år avsätts 870 miljoner kronor. Vårdanalys har fått i uppdrag av regeringen att följa upp och utvärdera PRIO under åren 2013–2017. Rapporten (Vårdanalys 2014a) visar att den nationella satsningen på psykisk ohälsa är motiverad. Förhoppningsvis kan satsningen bidra till att fler personer får en bättre psykisk hälsa och upplever sin tillvaro som meningsfull och att de kan vara delaktiga i samhället.

I rapporten (Vårdanalys 2014a) konstateras att satsningen utifrån sina målsättningar adresserar relevanta behov och brister. Vårdanalys kan också se att samordningsfunktionerna vid Socialdepartementet och SKL fyller viktiga roller i det pågående arbetet. Samtidigt har ett antal utvecklingsområden identifierats: bland annat rekommenderar rapporten att det fastställs indikatorer och mått som gör det möjligt att följa utvecklingen och utvärdera måluppfyllelse, samt att kraven på insatserna avseende projektplanering, målbeskrivningar och återrapportering skärps och tydliggörs. Vårdanalys avser i fortsatta utvärderingar också att rikta fokus mot vilka effekter som uppnås genom systemet med prestationsbaserade ersättningar.

Även om samtliga insatser går att motivera var och en för sig är det otydligt hur urvalsprocessen har gått till och till vilka av PRIO:s mål de olika insatserna förväntas bidra. På några områden är insatserna hittills få eller saknas helt. Exempelvis saknas insatser på temat somatisk sjukdom – trots att det enligt handlingsplanen är ett delmål att ”öka kompetensen och kunskapen om personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik och dess konsekvenser samt om betydelsen att behandla somatisk sjukdom hos personer tillhörande målgruppen”. Vidare bedömer Vårdanalys att en majoritet av 2012 års insatser i första hand rör psykiatrisk vård; färre insatser riktas mot kommunal omsorg och målgruppernas samlade livssituation. Det saknas stöd för denna prioritering i handlingsplanen – där betonas livssituationens betydelse, och framför allt sysselsättning och arbete, vid upprepade tillfällen.

Flertalet av de brukarrepresentanter som Vårdanalys har intervjuat framför också att en större andel av insatserna borde vara inriktade mot att förbättra målgruppens vardag och samlade livssituation. Det gäller exempelvis insatser för att förbättra bostadssituationen och tillgången till arbete och sysselsättning (Vårdanalys 2014a).

Enligt Socialstyrelsens rapport att Att ge ordet och lämna plats – vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård (2013a) kan ett brukarinflytande jämna ut maktförhållandet mellan professionella och brukare. Brukarinflytande innebär att införa nya arbetssätt inom vård och omsorg. Maktrelationerna mellan professionen och de som får insatserna förändras. Det traditionella synsättet att professionen ska lösa individens problem och att den enskilde är ”mottagare av insatser” håller på att ersättas av insikten att både individer och brukarorganisationer har kunskap och erfarenhet som är värdefull för att verksamheter ska kunna utvecklas.

> *Livssituationens betydelse betonas vid upprepade tillfällen.*

Att åstadkomma brukarinflytande kräver en struktur och en långsiktig strategi (Socialstyrelsen 2013a). Det handlar om en process med planering, genomförande och uppföljning, såväl på individnivå som på de mer övergripande nivåerna. Brukarna ska finnas med från början. Det är också väsentligt att systematiskt utvärdera om de metoder som används verkligen gör skillnad för individen.

ALIENERADE SOCIALARBETARE

I likhet i många andra europeiska länder har det svenska välfärdssystemet genomgått en omfattande förändring i avseende på dess räckvidd, men också dess organisering och styrning. Fokus för en avhandling från 2016 (Lauri) är just denna organisering och styrning, och mer specifikt, hur detta påverkar ett av välfärdens kanske mest centrala områden: socialt arbete. Genom att intervjua socialarbetare har han undersökt uttryck för och konsekvenser av en sådan förändring, bland annat genom att undersöka hur könsbundna föreställningar och förväntningar är sammanflätade med det sociala arbetets organisering och styrning.

I studien konstateras att socialarbetare upplever att deras arbete genomgått omfattande förändringar, vilket kopplas ihop med både organiseringen och styrningen av det sociala arbetet. Detta uttrycks både i de ideal som kringgärdar arbetet men också i dominerande arbetssätt. En sådan förändring är införandet av omfattande dokumentationsprocedurer av socialarbetarens arbete och kontakt med klienter, vilket medför att kontakten med klienterna blir ytligare. Dokumentationsprocedurerna utgör också en sorts kontroll av både klienterna och socialarbetarna själva. En annan förändring som konstateras är att nya organisationsmodeller och en förändrad ledarskapskultur skapar förväntningar på socialarbetarna att vara lojala med organisationen och ledningen snarare än med klienterna. Bland annat utrycks detta genom förväntningar att inte protestera och skapa dålig stämning på arbetsplatsen, men också genom uttalade krav att spendera så lite resurser som möjligt på klienterna; korta behandlingstider, öppenvårdsalternativ och orimligt hårda krav för att få ekonomiskt bistånd. Detta legitimeras genom sammanväxningen av flera olika ideal; budgetmedvetenhet, att klienter inte mår bra av långa institutionsvistelser, men också att klienterna ska tillåtas eller bör tvingas att klara sig själva.

Ett av Lauris huvudresultat är att den nuvarande organiseringen och styrningen av socialt arbete skapar avstånd och likgiltighet. Genom flera sammankopplade ideal och arbetssätt styrs dagens socialarbetare till att bry sig mindre om de klienter de möter. På så sätt undermineras förutsättningarna för framväxten av en djup relation mellan socialarbetare och klient på följande sju sätt enligt Lauri (2016):

- Idealet och kravet att socialarbetare ska arbeta utifrån evidens, det vill säga metoder och förhållningssätt som i speciellt utformade utvärderingsmodeller visat sig ha effekt,

gör att väl strukturerade och rigida metoder ges företräde. Denna instrumentalisering underminerar ett flexibelt, relationsorienterat och helhetsfokuserat sätt att arbeta. Dessutom gör evidensidealets fokus på enskilda individer och avgränsade utvärderingstider att mer samhällsinriktat kritiskt och långsiktigt inriktat arbete undermineras.

- Ett rationalitetsideal, tätt sammanbundet med föreställningar om professionalitet och maskulinitet, värderar objektivitet och förmågan att frikoppla socialarbetarens egna känslor från sitt arbete. Detta maskuliniserade professionsideal innebär att empati och solidaritet med klienten undergrävs.
- Omfattande krav på olika former av dokumentation av det sociala arbetet gör att tiden som socialarbetaren har till sitt förfogande för att besöka och ha möten med klienten blir knapp.
- Ett allmänt samhällsideal kring individuellt ansvar och en särskild arbetsmetod (motiverande samtal) som många socialarbetare förväntas lära sig, framhäver klientens eget ansvar för och vilja till förändring. Detta legitimerar ett avståndstagande från klientens behov av hjälp och stöd enligt logiken ”du måste klara detta själv”.
- En vanligt förekommande uppdelning av socialarbetarnas arbetsuppgifter i en så kallad beställar-utförarmodell gör att vissa socialsekreterare arbetar med hjälp och stöd, medan andra arbetar med bedömningar av klienters behov. De senare, som också har inflytande över resurstilldelning, blir med en sådan organisering av arbetet alltmer frikopplade från den stödjande och hjälpande verksamheten och kontakten med klienten.
- Standardiserade digitala bedömningsinstrument, skapade för att på ett likvärdigt sätt bedöma klienters behov och dokumentera det sociala arbetet, reglerar och instrumentaliserar kontakten med klienter.
- Tunga arbetsbördor, individualiserat ansvar och stress bidrar ytterligare till att skapa avstånd och likgiltighet eftersom det för vissa utgör ett sätt att genomleva en ohållbar arbetssituation. En allmän åtstramning av socialtjänstens resurstilldelning förstås som en viktig orsak till behovet av att skapa ovan distansmekanismer. Men distansen hänger också ihop med en tendens till ett återupplivande av en tidigare dominerande förståelse av marginalisering och sociala problem; där människors nöd ses som ett utslag av dålig karaktär och ett resultat av dåliga individuella val.

De förändringar av det sociala arbetets premisser som beskrivits ovan gör att socialarbetarna alltmer görs främmande inför sitt arbete – de alieneras. Detta främmandegörande uttrycks genom att inte kunna identifiera sig med arbetet självt, sina kollegor eller med sig själv. Ett sådant främmandegörande underminerar, eller fragmentiserar, både relationen till klienten, men också en känsla av gemenskap med andra socialarbetare. En gemenskap som kan utgöra ett ”vi” och ligga till grund för att ställa krav, protestera och göra motstånd mot avhumaniserande ideal och reformer. På så vis är främmandegörandet inte bara en konsekvens av dagens organisering och styrning, utan också något som fyller en viktig funktion för en sådan styrning och organisering, och genomförandet av en allmän åtstramning i socialpolitiken. Samtidigt som dagens organisering och styrning av socialt arbete är främmandegörande, slår vissa socialarbetare knut på sig själva och arbetar extra hårt för att täcka upp för systemets brister och krympande resurser, för att trots det svåra läget ändå försöka ge det stöd som de upplever att klienten behöver (Lauri 2016).

SAMMANFATTNING AV DISKRIMINERING I SAMBAND MED SOCIALTJÄNSTEN

Socialtjänstens insatser har stor betydelse för många människor, och det finns därför ett behov av en förstärkt kunskapsutveckling när det gäller insatsernas resultat, kvalitet och effektivitet.

Allt fler personer får insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Den största ökningen har skett bland de som är 65 år eller äldre med insatser enligt LSS. Ökningen av antalet insatser är inte genomgående. Vissa insatser har minskat i antal, till exempel ledsagarservice, korttidsvistelse, korttidstillsyn och boende för barn och unga.

Forskningen behöver uppmärksamma den diskriminering som personer med psykisk funktionsnedsättning utsätts för på grund av avslag på olika stödinsatser. Det finns numera höjda krav på diagnos i kombination med att vissa kriterier ska vara uppfyllda för att man ska kunna ansöka om insatser enligt LSS och SoL. Möjligheterna till individuella anpassningar är små. Människor kan få vänta oskäligt länge på insatser som de beviljats av kommunen enligt SoL och LSS. Det kan handla om personer som beviljats ett boende genom ett beslut men där kommunen har svårt att tillhandahålla ett sådant inom skälig tid.

Alla barn och unga i särskilt boende enligt LSS får inte möjlighet att komma till tals när Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) gör tillsyn av verksamheterna. Det gäller framförallt barn och unga med komplexa behov och som bor heltid på boenden. Det saknas därmed kunskap om hur dessa barn och unga upplever sitt boende. Det finns även forskning som visar på allvarliga brister i socialtjänstens och domstolarnas hantering av omhändertagande av barn.

> *”En översyn av personkretsbestämmelsen behövs för att bättre tillgodose de behov som finns idag.*

Socialstyrelsen föreslår att en översyn av personkretsbestämmelsen behövs för att bättre tillgodose de behov som finns idag, bland annat behoven hos personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. De föreslår också ett införande av boendestöd enligt LSS, med syfte att öka möjligheterna att tillgodose behoven av stöd i det egna boendet samt tydligare reglering för att få till stånd en mer enhetlig tillämpning av LSS över landet i syfte att minska behovet av lokala riktlinjer.

Enligt Socialstyrelsen kan ett brukarinflytande jämna ut maktförhållandet mellan professionella och brukare. Brukarinflytande innebär att införa nya arbetssätt inom vård och omsorg. Det traditionella synsättet att professionen ska lösa individens problem och att den enskilde är ”mottagare av insatser” håller på att ersättas av insikten att både individer och brukarorganisationer har kunskap och erfarenhet som är värdefull för att verksamheter ska kunna utvecklas. Att åstadkomma brukarinflytande kräver en struktur och en långsiktig strategi. Det handlar om en process med planering, genomförande och uppföljning, såväl på individnivå som på de mer övergripande nivåerna. Brukarna ska finnas med från början. Det är också väsentligt att systematiskt utvärdera om de metoder som används verkligen gör skillnad för individen.

Organisering och styrningen av det sociala arbetet har genomgått stora förändringar. Detta uttrycks både i de ideal som kringgärdar arbetet men också i dominerande arbetssätt. En sådan förändring är införandet av omfattande dokumentation av socialarbetarens arbete vilket medför att kontakten med klienterna blir ytligare. Dokumentationen utgör också en sorts kontroll av både klienterna och socialarbetarna själva. En annan förändring som konstateras i forskningen är att nya organisationsmodeller och en förändrad ledarskapskultur skapar förväntningar på socialarbetarna att vara lojala med organisationen och ledningen snarare än klienterna. Samtidigt som dagens organisering och styrning av socialt arbete är främmandegörande, slår vissa socialarbetare knut på sig själva och arbetar extra hårt för att täcka upp för systemets brister och krympande resurser, för att trots det svåra läget ändå försöka ge det stöd som de upplever att klienten behöver. Utvecklingen av det sociala arbetets organisering och dess konsekvenser framstår fortsatt som en viktig forskningsfråga.

NSPH:S ENKÄTUNDERSÖKNING OM SOCIALTJÄNSTENS BEMÖTANDE

NSPH skickade år 2015 ut en enkät till landets 290 kommuner med frågor om socialtjänstens bemötande. 192 kommuner besvarade hela eller delar av enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 66 procent. Det utgör ett bra underlag för en diskussion om socialtjänsternas arbete med bemötande och diskriminering av personer med psykiska funktionsnedsättningar. Här presenteras resultatet i korthet:

Brukarråd

Brukarinflytande handlar om att personer som får insatser genom socialtjänsten ska få mandat och möjlighet att påverka beslut som får konsekvenser för deras liv.

En dryg fjärdedel av de granskade kommunerna uppger att brukarråd kopplat till socialtjänsten saknas, vilket kan vara ett tecken på att dessa socialtjänster inte prioriterar brukarinflytande. Drygt sju av tio svarar att det finns ett brukarråd, och övriga uppger att de inte vet om det finns något. Mer än var fjärde brukarråd saknar representanter för dem med psykisk funktionsnedsättning.

Bland de kommuner som uppger att det finns ett brukarråd kopplat till socialtjänsten svarar drygt en fjärdedel att det inte ingår någon organisation som representerar personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Brukarundersökningar

Ett sätt att göra brukare delaktiga i verksamheten är att regelbundet genomföra undersökningar riktade till målgruppen. Två av tre kommuner svarar att detta gjorts någon gång under de tre senaste åren. Däremot svarar en fjärdedel att de inte genomfört någon undersökning under perioden, och åtta procent uppger att de inte vet om så skett. Det finns olika sätt att samla in åsikter och synpunkter från brukare, men brukarundersökningar bör vara ett instrument för att kunna få in information från många olika människor. De kommuner som inte genomfört någon brukarundersökning alls under de senaste tre åren bör ta initiativ till att göra brukarundersökningar regelbundet. Eftersom många frågor som rör diskriminering handlar om bemötande är det viktigt att brukarundersökningar rymmer frågor om just detta.

Kompetensutveckling

På frågan om socialsekreterarna/handläggarna vid socialtjänsten under de tre senaste åren genomgått kompetensutveckling kring bemötande av personer med funktionsnedsättning svarar över hälften, att så skett. Mot bakgrund av bland annat den höga personalomsättningen på många av landets socialtjänster är det att betrakta som en relativt hög andel. Drygt var femte kommun, svarar samtidigt att socialsekreterarna/handläggarna inte genomgått någon utbildning under perioden, och en nästan lika stor andel svarar att det inte vet. Det senare kan tolkas som att frågan om bemötande av personer med psykisk ohälsa inte är prioriterad inom socialtjänsten som helhet.

Det är vanligare att socialsekreterare/handläggare genomgått utbildning än att chefer gjort det. Drygt två av fem uppger att alla socialsekreterare/handläggare genomgått utbildning. Motsvarande andel för chefer är en dryg tredjedel. Det är förvånansvärt många kommuner som satsar på att utbilda all personal och dessa förtjänar beröm för sina insatser. Men det är som tidigare nämnts viktigt att fortsätta satsningen då det råder hög personalomsättning och det därmed löpande tillkommer ny personal som behöver utbildning löpande.

Insatserna ser olika ut inom olika socialtjänster. En rad modeller och utbildningskoncept finns. En del kommuner genomför utbildningar internt, andra samarbetar med högskolor. I flera fall rör det sig om föreläsningar eller temadagar, i andra fall om regelrätta utbildningar på högskolenivå. Det är svårt att se något tydligt mönster, kommunerna tycks arbeta på olika sätt. MI, motiverande samtal är dock något som många av kommunerna uppger som

kompetensutvecklingsinsats. Sammanfattningsvis finns det gott om goda exempel att inspireras av för de kommuner som ännu inte kommit igång med utbildning på området.

Handlingsprogram mot diskriminering

Drygt hälften av kommunerna svarar att de har ett handlingsprogram för att motverka diskriminering inom den egna organisationen. Bara en tredjedel uppger att de har ett handlingsprogram som omfattar frågor som rör psykisk funktionsnedsättning. Nästan en av fem kommuner uppger att de inte har något handlingsprogram överhuvudtaget. Mest anmärkningsvärt är dock att drygt en fjärdedel svarar att de inte vet om de har något handlingsprogram mot diskriminering inom den egna organisationen. För att etablera en antidiskrimineringsnorm är det viktigt att arbetet mot diskriminering också sker i den egna organisationen.

På frågan om ifall utbildningar genomförts i syfte att motverka diskriminering av personer med psykisk funktionsnedsättning inom den egna organisationen, svarar över hälften att så inte skett.

Information på lättläst svenska

Omkring en fjärdedel av den vuxna befolkningen är läsovan eller har lässvårigheter, och bland personer med psykiska funktionsnedsättningar är denna andel än större. För individen är det viktigt att kunna förstå textens innehåll för att känna sig inkluderad och inte diskriminerad. I undersökningen svarar ändå knappt fyra av tio, att de erbjuder den enskilde att få skriven information, som kallelser, informationsmaterial eller beslut skrivna på lättläst svenska. Nära hälften, 48 procent, svarar att de inte erbjuder detta. 13 procent kan inte svara på om de erbjuder lättläst eller inte.

När frågan nedan ställdes till kommunerna framgick även en definition av lättläst: ”Lättläst är ett begrepp som används för litteratur eller samhällsinformation som har producerats eller omarbetats för att bli lättare att läsa. Lättläst text är kortfattad med kortare meningar, vardagliga ord och enkel struktur.”

Bland de kommuner som uppger att de erbjuder information på lättläst svenska svarar tre av tio att personalen har kompetensutvecklats i att skriva lättläst.

Sammanfattning

De flesta kommuner har genomfört brukarundersökningar där frågor om bemötande ingår. Det är positivt och resterande kommuner bör följa efter. En majoritet av kommunerna uppger att personalen fått kompetensutveckling kring bemötande, och kompetensutvecklingsinsatserna omfattar chefer och tjänstemän i ungefär lika stor utsträckning. Det är dock färre än hälften som genomfört utbildningsinsatser som rör utbildning kring diskriminering av personer med psykisk ohälsa. Anmärkningsvärt är också att det endast är en knapp tredjedel av de granskade kommunernas socialtjänster som uppger att de har en handlingsplan mot diskriminering som omfattar psykisk funktionsnedsättning.

Knappt fyra av tio kommuner uppger att de har möjligheten att förmedla information på lättläst svenska. Information på lättläst svenska är särskilt viktig för en del grupper med psykiska funktionsnedsättningar och ett svårbegripligt språk kan för dem ge diskriminerande effekter. Endast en liten andel av kommunerna uppger att de kompetensutvecklat personal i hur man informerar på lättläst svenska, vilket indikerar att det i själva verket är mycket få kommuner som de facto klarar av att kommunicera på lättläst svenska.

NSPH:S REKOMMENDATIONER FÖR ARBETET INOM SOCIALTJÄNSTEN

NSPH rekommenderar ett antal insatser som kommunerna kan genomföra i syfte att minska risken för negativt bemötande och diskriminering i socialtjänstens verksamhet:

Inrätta brukarråd kopplat till socialtjänsten. Säkerställ att organisationer som företräder personer med psykiska funktionsnedsättningar finns representerade i brukarrådet. Kartlägg löpande frågor som rör bemötande och diskriminering. Genomför brukarenkäter där frågor ställs om den enskildes upplevelser av diskriminering och bemötande.

Satsa på kompetensutveckling. Se till att personal och chefer utbildas i såväl bemötandefrågor som specifika frågor som rör diskriminering, psykisk funktionsnedsättning och personer med psykisk ohälsa. Se till att utbildningsinsatserna är återkommande. Upprätta en handlingsplan mot diskriminering. Se till att den omfattar psykisk funktionsnedsättning och psykisk ohälsa och säkerställ att personalen är involverad i arbetet med planen.

Kommunicera på brukarens villkor. Det är viktigt att socialtjänsten har förmåga att exempelvis kommunicera enligt metoden lättläst, och att anpassa kontaktmetoder efter den enskildes behov.

PROJEKTET DIN RÄTT:S KOMMENTARER

Socialtjänsten är det område som Din Rätt:s rådgivning fått in flest ärenden om, av våra hittills över 400 ärenden. Här ser vi många förbättringsbehov. Skillnaden på kraven som socialtjänsten ställer är idag oacceptabelt stora och beroende på individens funktionsnivå. Det är idag stor skillnad på vilka krav socialtjänsten ställer från person till person beroende på individens funktionsnivå, var denne bor och vilken handläggare de har.

Det är för långa väntetider och för byråkratiska ansökningsprocesser när man ansöker om stöd, ekonomiskt bistånd, och andra insatser. Vad gäller boendestöd är de regionala skillnaderna också stora, handläggningstiderna för långa och det är alldeles för lätt att bli av med stödet i utbyte mot hemtjänst vid 65 års ålder. Många personer med psykisk ohälsa som fyller 65 förlorar nödvändiga stödinsatser när äldreomsorgen de slussas in i saknar den beredskap som krävs.

Det är för få med psykisk ohälsa som får LSS-insatser (inom personkrets 3) på grund av en alltför snäv tolkning av denna. Förutom socialtjänstens verksamhet finns regionala skillnader i andra kommunala insatser. Exempelvis räcker stödåtgärden Personligt Ombud inte till för alla som skulle behöva den och finns inte heller i alla kommuner.

Bedömningar av individers behov och förutsättningar riskerar bli felaktiga om dessa görs utan en tillräcklig kunskap om psykisk ohälsa, både vad gäller insatser och stöd för den enskilda individen, men också i exempelvis barnavårdsutredningar och beslut om LVU. De insatser som beviljas blir också verkningslösa om de utgår ifrån en schablon och inte utformas utifrån den sökandes behov.

Om ett beslut går den enskilde emot så har denne rätt att överklaga detta, men om individen inte också kan få hjälp med sådana processer blir rättigheten mest en symbol. Kanske är det just utmaningar med att komma igång, att strukturera sig och att formulera sina behov som personen har sökt stöd för; förmågor som denne själv behöver besitta för att kunna överklaga att de nekats samma stöd.

HAR DU SOM YRKESVERKSAM INOM SOCIALTJÄNSTEN STÄLLT DIG FRÅGORNA:

- ✓ Vet jag hur klienterna anser att det att ansöka om en insats hos er verksamhet?
- ✓ Vet jag att de upplever att de får en insats som möter deras faktiska behov?
- ✓ Vet jag att mina klienter förstår vad som händer/kommer hända i en process kring handling och utförande?
- ✓ Har jag de resurser jag behöver (tid, kunskap, verktyg) för att ta reda på de här sakerna?

Läs mer i våra samlade förslag på åtgärder i kapitel 15. Hela rapporten om socialtjänsters arbete finns att läsa på http://www.nsph.se/projekt/projektet-din-ratt/kommunen-kat-om-diskrimineringsarbetet-hos-socialtjansterna/

Avslutande diskussion

Diskriminering på grund av psykisk ohälsa förekommer inom samtliga de områden som vi fördjupat oss i: utbildning, arbetsliv, ekonomi, fritid, boende, familj och vänner, somatisk vård, psykiatri, rättsväsende och socialtjänst.

Sammanfattningsvis kan sägas att när det gäller missgynnande av personer som lever med psykisk ohälsa är den mesta idag befintliga kunskapen vårdrelaterad, något som gäller både för den akademiska forskningen och för organisationer och myndigheter. Socialstyrelsen har visat sig vara den mest centrala myndigheten och även här finns, föga förvånande, en stor tonvikt på vården.

Arbetslivet är också ett förhållandevis väl utforskat områden och det finns relativt mycket kunskap om situationen på arbetsmarknaden och i arbetslivet för personer som lever med psykisk ohälsa. Generellt finns ett stort fokus på barn och unga, men trots det finns relativt lite information tillgänglig om missgynnande av personer som lever med psykisk ohälsa i utbildningsvärlden. Med tanke på en ganska aktiv medial debatt om skolan och förutsättningar för barn och unga att klara sin skolgång kan detta te sig underligt. Även den ekonomiska situationen och det sociala livet för personer med psykisk ohälsa eller psykisk funktionsnedsättning är förhållandevis outforskade områden.

Fyra av tio personer med erfarenhet av psykisk ohälsa upplever att de har blivit orättvist bemötta inom den somatiska vården och samma siffror anges för psykiatrin. Fyra av tio har valt att inte berätta om det på sin arbetsplats. Ungefär hälften har under de senaste två åren

låtit bli att söka jobb. Var fjärde har känt sig diskriminerad när det gällt att få ett arbete.

Ibland får den rena upplevelsen av diskriminering (oavsett hur lagen skulle bedöma situationen) allvarligare konsekvenser än ett samhälle bör tolerera. Förtroendet för personer med psykisk ohälsa är lågt och misstroendet från den gruppen gentemot samhället är stort. Detta är ett problem som egentligen kan lösas, men det är bråttom och samhället måste använda sig av flera olika sorters lösningar. Samarbete och brukarinflytande är nyckelord för att åstadkomma förändring. Få vill diskriminera, så kunskap, beredskap och resurser måste satsas på berörda delar av samhället (makt, vård, stöttande ekonomi, media osv) så att

1) alla kan slippa diskriminera och
2) alla kan få komma till nytta efter egen förmåga.

Detta skulle hela samhället tjäna på. Kostnaderna för den psykiska ohälsan uppskattas till över 70 miljarder om året i Sverige.[26]

En övergripande slutsats är att kunskapsläget är fragmentariskt. Det finns statistiska uppgifter, men underlaget är ofta bristfälligt och avgränsningen vilka som ska ingå skiljer sig åt mellan olika undersökningar, vilket försvårar jämförelser. Såväl psykisk ohälsa som diskriminering är svårdefinierade begrepp och problematiska att mäta. Det behövs fler studier som visar hur vanligt förekommande olika former av diskriminering är och vilka konsekvenser det får. Trots detta är bilden som framträder i de olika undersökningarna samstämmig i flera viktiga avseenden: Rapporten ger exempel på forskning som beskriver att personer med psykisk funktionsnedsättning utgör en diskriminerad och utsatt grupp i samhället. De politiska målen om egenmaktsutveckling, jämlikhet och delaktighet är långtifrån realiserade, och avståndet mellan ideal och verklighet är stort.

> *Ibland får den rena upplevelsen av diskriminering allvarligare konsekvenser än ett samhälle bör tolerera.*

Några allvarliga konsekvenser är att tre av fyra personer hemlighåller sin psykiska ohälsa för sin omgivning. Nästan varannan upplever att andra människor någon gång har undvikit eller tagit avstånd från dem när de väl har berättat. Sju av tio chefer underskattar omfattningen av psykisk ohälsa i arbetslivet, trots att det idag är den vanligaste orsaken till sjukskrivning. Nio av tio chefer tycker att det är viktigt att kunna stödja medarbetare med psykisk ohälsa. Däremot saknar nästan hälften tillräcklig kunskap och lika många saknar fungerande rutiner.

Var tredje person upplever att deras psykiska hälsa påverkas negativt av prestationskraven på deras arbetsplats. Var fjärde känner sig inte delaktig i beslut som fattas på jobbet. Men där man förebygger psykisk ohälsa och främjar ett öppet samtalsklimat är det fler som mår bra och känner sig delaktiga, samtidigt som tåligheten för höga prestationskrav ökar.

26 OECD

Projektet Din Rätt:s rekommenderade åtgärder för att motverka diskriminering i samband med psykisk ohälsa

Utifrån vårt arbete i projektet och den forskningssammanställning som gjorts i rapporten listar vi här några av de konkreta åtgärder som vi ser behöver vidtas.

Vi vänder oss till en bred målgrupp; beslutsfattare i riksdag och regering, chefer i kommuner och landsting, myndighetschefer och -handläggare, vårdgivare och andra yrkesverksamma som beslutar om insatser för personer med psykisk ohälsa. Alla dessa kan var och en bidra utifrån sitt mandat.

Öka kunskapen

- Initiera mer forskning och nationella kartläggningar kring diskriminering av personer med psykisk ohälsa.
- Ta fram och implementera handlingsplaner som motsvarar de behov som genom detta uppdagas.
- Verka för att fler pilotfall om diskriminering av personer med psykisk funktionsnedsättning drivs så att prejudikat skapas.
- Öka kunskapen om antidiskriminering och psykisk funktionsnedsättning hos myndigheter, vårdgivare och arbetsgivare.

Stärk det juridiska skyddet

- Inför rättsväsendet som ett samhällsområde i diskrimineringslagen.
- Ta fram vägledning om hur lagen om bristande tillgänglighet ska tolkas i praxis och inkludera personer med psykisk funktionsnedsättning i ett sådant förtydligande.
- Skärp, förtydliga och förenkla lagen om bristande tillgänglighet, samt inkludera personer med psykisk funktionsnedsättning i en sådan översyn.
- Ge mer resurser till landets antidiskrimineringsbyråer så att de kan arbeta både diskrimineringsförebyggande och reaktivt (som med medling, drivandet av ärenden, etc).

Utöka det samhälleliga stödet

- Tillgängliggör, förstärk och förtydliga klagomålssystemet och tillsynsmyndigheters arbete för personer med psykisk funktionsnedsättning.
- Utforma fler stödinstanser som ex. personliga ombud och medborgarkontor, baserat på behoven hos personer med psykisk ohälsa i den enskilda kommunen, till dess att tillgängliga arbetssätt hos myndigheter är implementerade.
- Inrätta en permanent, oberoende och kostnadsfri rådgivning om rättigheter för personer med psykisk ohälsa.

Förbättra tillgängligheten

Säkerställ att:

- Det används en individanpassad kommunikation i kontakten med personer med psykisk ohälsa, speciellt hos myndigheter och juridiska aktörer.
- Individens delaktighet och inflytande präglar alla insatser som ges till personer med psykisk ohälsa.
- Strukturerat kvalitetsarbete med brukarinflytande (ex. brukarrevisioner, brukarråd, brukarenkäter) tillämpas ihop med personer med psykisk ohälsa, hos alla myndigheter med insatser som riktar sig mot gruppen.
- Samordningen av insatser stärks, så som den mellan landstinget, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten.

Sammanfattning

För att rättigheter för personer med psykisk ohälsa ska värnas behövs: mer forskning, ökad kunskap om psykisk funktionsnedsättning, förbättrad tillgänglighet, stärkt juridiskt skydd, utökat samhälleligt stöd och kvalitetsarbete med brukarinflytande. Allt detta kan och bör göras tillsammans med dem det berör.

I egenskap av politiker, beslutsfattare eller myndighetschef är det viktigt att regelbundet fråga sig själv

- Stärker de beslut vi fattar de personer som berörs?
- Hur upplever de personer som är beroende av våra beslut vårt arbete?
- Vad kan jag göra för att den verksamhet jag arbetar i ska bli mer fördomsfri, individanpassad, rättvis och tillgänglig?

Fler lästips

Till slut följer några engelska lästips på böcker som berör ämnet diskriminering på grund av psykisk hälsa och hur man skapar organisationer, verksamheter och samhällen där det går att prata öppet om psykisk ohälsa:

Bloom (2013) *Creating sanctuary. Toward the evolution of sane societies.*
Kahn (2005) *Holding fast. The struggle to create resilient caregiving organizations.*
Harris & F allot (2001) *New directions for mental health services. Using Trauma theory to design service systems.*
Thornicroft (2010) *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness.*
Watters (2010) *Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche.*

Referenser

AFA försäkring (2013) Psykisk hälsa. Stockholm: Afa försäkringar.
AFA försäkring (2015) Försäkrings delrapport ”Psykiska diagnoser i kontaktyrken inom vård, skola och omsorg”. Stockholm: Afa försäkringar.
Andersson, D. (2012) Dörrarna stängs innan alla fått plats. Stockholm: Handikappförbunden och Lika Unika.
Angermeyer, M. C., Holzinger, A. & Matschinger, H. (2009). Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *European Psychiatry* 24(4) s. 225–232.
Antonovsky, A. (2005) Hälsans mysterium, Stockholm: Natur och Kultur.
Arbetsförmedlingen (2015) Lönestöd för personer med funktionsnedsättning. Stockholm: Arbetsförmedlingen.
Arbetsmiljöverket (2014) Den hjärnvänliga arbetsplatsen – kognition, kognitiva funktion snedsättningar och arbetsmiljö. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
Arbetsmiljöverket (2016) Kunskapssammanställning 2016:2 Kvinnors och mäns arbetsvillkor – betydelsen av organisatoriska faktorer och psykosocial arbetsmiljö för arbets- och hälsorelaterade utfall. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
Aronsson, G., Marklund, S. & Solheim, L J (2015) Skam, stigmatisering och framtidstro bland långtidssjukskrivna i “osynliga” diagnoser. Socialmedicinsk tidskrift, 92(4) s. 519–534.
Arvsfonden (2014) Möjligheter och hinder att nå arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning. Örebro: Örebro universitet.
Attention (2011) Anhöriga till personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. En enkätundersökning. Stockholm: Riksförbundet Attention.
Attention (2014) Svår skolgång för elever i behov av särskilt stöd. Stockholm: Riksförbundet Attention.
Attention (2015) Hur fungerar de kommunala stödinsatserna för Attentions föräldrar? Stockholm: Riksförbundet Attention.
Attention (2016) Fortfarande svår skolgång för många elever med NPF – en undersökning om hur barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har det i skolan och hur det påverkar familjen. Stockholm: Riksförbundet Attention.
Autism- och Aspergerförbundet (2016) Rapport. Medlemsundersökning om skolgången. Stockholm: Autism- och Aspergerförbundet.

Barnombudsmannen (2014) Bryt tystnaden. Stockholm: Barnombudsmannen.
Barnevik Olsson, M. (2016). Autism spectrum disorders - first indicators and school age outcome. Göteborg: Sahlgrenska Akademin.
Beatty, J. (2012) Career barriers experienced by people with chronic illness: A US study. Employ Response Rights Journal, 24(2) s. 91–110.
Bejerholm, U., Hansson, L. & Eklund, M. (2006) Profiles of occupational engagement in people with schizophrenia, POES: Development of a new instrument based on time-use diaries. *British Journal of Occupational Therapy* 69(2) s. 58-68.
Bengtsson-Tops A., Saveman BI., Tops D. (2009) Staff experience and understanding of working with abused women suffering from mental illness. *Health & Social Care in the Community 17* (5) s. 459-465.
Bengtsson Tops, A. & Hansson, L. (2014) Landlords’ Experiences of Housing Tenants Suffering from Severe Mental Illness: A Swedish Empirical Study. Community Mental Health Journal 50(1) s. 111–119.

Björkman, T., Svensson, B., & Lundberg, B. (2007) Experiences of stigma among people with severe mental illness. Reliability, acceptability and construct validity of the Swedish versions of two stigma scales measuring devaluation/discrimination and rejection experiences. *Nordic Journal of Psychiatry* 61(5) s. 332–338.

Björkman, T., Angelman, T. & Jönsson, M. (2008) Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Journal of Caring Sciences* 22(2) s.170–177.

Björkman, T. & Lundberg, B. (2014) Stigma i Brunt, D. & Hansson, L. (red.) (2014) Att leva med psykiska funktionshinder: Livssituation och effektiva vård- och stödinsatser. Lund: Studentlitteratur.

Bloom, S.L. (2005) The Sanctuary Model of organizational change for children's residential treatment. Therapeutic Communities, 26 (1) s. 61–78.

BEO (2016a) Respekt. Barn med funktionsnedsättning om samhällets stöd. Stockholm: Barnombudmannen.

BEO (2016b) Anmälningarna om kränkande särbehandling fortsätter öka. http://www.elevhalsan.se/blogs/beo/anmalningar-om-krankande-behandling-fortsatter-att.htm (Hämtat 2016-05-29).

Borg, N. & Johansson, C. (2015) Stigmatisering av psykiskt sjuka. Hur allmänheten uppfattar deprimerade brottsoffers trovärdighet. Lund: Psykologiska Institutionen. Lunds universitet.

Brain, C., Sameby, B., Allerby, K., & Quinlan, P., Joas, E., Lindström, E., & Waern, M. (2014) Stigma, discrimination and medication adherence in schizophrenia: Results from the Swedish COAST study. Psychiatry Research, 220(3) s. 811–817.

Brunt, D. & Hansson, L. (antologi) (2005) Att leva med psykiska funktionshinder: Livssituation och effektiva vård- och stödinsatser. Lund: Studentlitteratur.

Brå (2007) Våld mot personer med funktionshinder. BRÅ-rapport 2007:26. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Carlbom, A. & Östman, M. (2007) Anhörigas uppfattningar om bostad med särskild service enligt LSS. Växjö: Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete.

CEPI (2011) Diskriminering av personer med psykisk ohälsa. En intervjuundersökning. Lund: Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser.

CEPI (2012a) Chefer och psykisk hälsa och ohälsa – attityder, kunskap och beteende. Lund: Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser.

CEPI (2012b) Diskriminering av personer med psykisk ohälsa. En intervjuundersökning i Skåne: Lund: Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser.

CEPI (2014) Psykisk ohälsa – attityder, kunskap, beteende Befolkningsundersökningar genomförda under perioden 2009–2014. Lund: Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser.

CEPI (2014) Utvärdering av Första hjälpen till psykisk hälsa med inriktningen äldre personer. En före-och efterstudie. Lund: Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser.

Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E. & Meltzer, H. (2005) Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. World Psychiatry 4(2) s.106-113.

Corrigan, P., Markovitz, F.E., Watson, A., Rowan, D. & Kubiak, M.A. (2003) An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior* 44(2) s.162-179.

Dagens Juridik (2014-12-03) (http://www.dagensjuridik.se/2014/12/arbetstagare-vinner-mot-forsakringsbolag-arbetsgivare-vallade-psykiska-besvar) (Hämtat 2016-04-22)

Davidson, L., Shahar, G., Stayner, D.A., Chinman, M.J., Rakfeldt, J. & Kraemer Tebes, J. (2004) Supported socialization for people with psychiatric disabilities: lessons from a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology* 32(4) s. 453–477.

Dagens Samhälle (2015) Utred varför psykiskt sjuka dör i förtid http://www.dagenssamhalle.se/debatt/psykiskt-sjuka-doer-tjugo-ar-i-foertid-13199

DO (2010) Upplevelser av diskriminering. Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen.

DO (2012) Rätten till sjukvård på lika villkor. Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen.

DO (2014a) Delar av mönster - En analys av upplevelser av diskriminering och diskriminerande processer. Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen.

DO (2014b) Mötas av hinder - En analys av upplevelser av diskriminering som har samband med diskrimineringsgrunden funktionsnedsättning. Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen.

Edin, F. & Sandlund, M. (2013) Diskriminerad och psykiskt störd. Självupplevd särbehandling bland psykiatrins patienter. *Psykisk Hälsa* 54(4) s. 56–64.

Engwall, K. (2012) Diskriminering som har samband med funktionshinder – En aktgranskning. Södertörns skriftserie 127/14. Södertörn: FoU

Eriksson Gustavsson, A-L. & Holme, L. (2010) Högre utbildning för alla? Universitetslärares uppfattningar om och erfarenheter av undervisning av funktionshindrade studenter. Linköping: Institutionen för beteendevetenskap och lärande.

Ewertzon, M., Cronqvist, A., Lutzen, K. & Andershed, B. (2012). A lonely life journey bordered with struggle: being a sibling of an individual with psychosis. *Issues in Mental Health Nursing* 33 s. 157–164.

Ewertzon, M. (2012) Familjemedlem till person med psykossjukdom: bemötande och utanförskap i psykiatrisk vård. Örebro: Örebro universitet.

Ewertzon, M. (2015) Anhöriga till vuxna personer med psykisk ohälsa. En kunskapsöversikt om betydelsen av stöd Kunskapsöversikt 2015:1. Stockholm: Nationellt kompetenscentrum anhöriga.

Farragher, B., & Yanosy, S. (2005) Creating a trauma-sensitive culture in residential treatment. *Therapeutic Communities* 26 (1) s. 93–109.

Flyckt, L., Löthman, A., Jörgensen L., Rylander A., & Koernig, T. (2011) Burden of informal care giving to patients with psychoses: A descriptive and methodological study. *The International Journal of Social Psychiatry* 59 (2) s.137–146.

Flyckt, L., Persson, L., Rydell, P., Hansson, L., Gustavsson, C., & Weilandt, L. (2011) Ett så normalt liv som möjligt – målet i nya nationella riktlinjer, Läkartidningen 2011, nr 35.

FORTE (2009) Att leva med funktionshinder. Stockholm: FORTE.

FORTE (2014) Barns och ungdomars psykiska hälsa. Stockholm: FORTE.

FORTE (2015a) Forskning i korthet: Problemet självmord. Stockholm: FORTE.

FORTE (2015b) Psykisk ohälsa, arbetsliv och sjukfrånvaro. En kunskapsöversikt. Stockholm: FORTE.

FRA (2015) Violence against children with disabilities: legislation, policies and programmes in the EU (Våld mot barn med funktionsnedsättning: lagstiftning, politik och program inom EU) Wien: FRA– Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter. http://fra.europa.eu/en/publication/2015/violence-children-disabilities-eu.

Försäkringskassan (2012) Analyser av sjukfall som passerar 180 dagars sjukskrivning. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2013) Aktivitetsersättning – en väg till arbete? En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Försäkringskassan.

Försäkringskassan (2013) Handikappersättning - Utveckling av mottagare 2003–2011.

Stockholm: Försäkringskassan.
Försäkringskassan (2014) Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser En studie av Sveriges befolkning 16–64 år. Stockholm: Försäkringskassan.
Försäkringskassan (2013) Tio år med aktivitetsersättning - En studie av situationen för unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga. Stockholm: Försäkringskassan.
Försäkringskassan (2014) Upplevd kvalitet av personlig assistans. Stockholm: Försäkringskassan.

Goffman, E. (1972) Stigma. Den avvikandes roll och identitet. Stockholm: Rabén & Sjögren.
Gough, R. (2013) Föräldrars behov av stöd och service när ett barn har funktionshinder. Kunskapsöversikter om anhöriga till personer med funktionshinder Kunskapsöversikt 2013:3. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga.
Granerud, A. & Severinsson, E. (2006) The struggle for social integration in the community--the experiences of people with mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13 (3) s. 288–293.
Granerud, A. & Severinsson, E. (2007) Knowledge about social networks and integration: a co-operative research project. Journal of Advanced Nursing, 58(4) s. 348–357.
Granerud, A. (2008) Social integration for people with mental health problems: Experiences, perspectives and practical changes. Göteborg: Nordic School of Public Health.
Granqvist, P., Forslund, T., Fransson, M., Springer, L., & Lindberg, L. (2014) Mothers with intellectual disability, their experiences of maltreatment and their children's attachment representations: A small-group matched comparison study. *Attachment & Human Development* (16) s. 417–436.
Grönberg Eskel, M. (2012) Från slutna institutioner till institutionaliserat omhändertagande. Karlstad: Avdelningen för sociala studier.
Guldberg-Kjär, T. (2013) Adhd in Old Age: Self-rated Symptoms and Clinical Information from a Population-Based Swedish Sample Aged 65 and Older. Göteborg: Psykologiska institutionen.

Hermansen, K. & Dzanic, E. (2015) Inventering av insatser och metoder. Hemmasittare och problematisk frånvaro. Göteborg: Göteborgs stad. Västra Hisingen.
Habilitering & Hälsa (2016) Vad är hälsa? http://habilitering.se/om-habilitering-halsa/tidningen-habilitering-nu/nr-1-2014/vad-ar-halsa (Hämtat 2016-05-27)
Hansson, L. & Björkman, T. (2005) Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. Scandinavian Journal of Caring Sciences 19(1) s. 32–38.
Hansson, L. & Markström, U. (2014) The effectiveness of an anti-stigma intervention in a basic police officer training programme: a controlled study. *BMC Psychiatry* (14) 55.
Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P. & Svensson, B. (2013) Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (21) s. 782–788.
Hansson, L., Stjernswärd, S. & Svensson, B. (2014) Perceived and anticipated discrimination in people with mental illness--an interview study. *Nordic Journal of Psychiatry* 68(2) s. 100–106.
Hejlskov Elvén, B. (2009) Problemskapande beteende vid utvecklingsmässiga funktionshinder. Lund: Studentlitteratur.
Hejlskov Elvén, B. (2014) Beteendeproblem i skolan. Stockholm: Natur & Kultur

Hejlskov Elvén, B. & Abild, S. (2015) Beteendeproblem i psykiatrisk vård Stockholm: Natur & Kultur.
Hejlskov Elvén, B. & Wiman, T. (2015) Barn som bråkar: Att hantera känslostarka barn i vardagen. Stockholm: Natur & Kultur
Hellberg, K. & Kjellberg, A. (2012) Övergångsprocessen från skola till vidare studier och arbete – Intervjuer med unga vuxna med Adhd och Aspergers syndrom. Linköping: Centrum för kommunstrategiska studier.
Hirvikoski, T., Mittendorfer-Rutz, E., Boman, M., Larsson, H., Lichtenstein, P. & Bölte, S. (2015) Premature mortality in autism spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry.*
Hjärnkoll (2012) Chefers kunskaper, attityder och beteende – jämförande 2012. Stockholm: Hjärnkoll.
Hjärnkoll (2012) Upplevd diskriminering bland personer med psykisk ohälsa (2012) Stockholm: Hjärnkoll.
Hjärnkoll (2013a) Ekonomisk rapport – Vinster med att förebygga psykisk ohälsa på jobbet. Stockholm: Hjärnkoll.
Hjärnkoll (2013b) Minuskontot – rapport om psykisk ohälsa och ekonomiska villkor. Stockholm: Hjärnkoll.
Hjärnkoll (2013c) Prestationskrav, förebyggande arbete och psykisk ohälsa på jobbet. Stockholm: Hjärnkoll.
Hjärnkoll (2013d) Svår ängslan, oro eller ångest ger sämre arbetsvillkor. Stockholm: Hjärnkoll.
Hjärnkoll (2014) Befolkningens attityder till personer med psykisk ohälsa (2009–2013). Stockholm: Hjärnkoll.
Holm H. Björkdahl, A & Björkenstam, E. (2011) Tvångsvård med frågetecken. Läkartidningen 108(34) s.1544–45.
Hultberg, A., Dellve, L. & Ahlborg, G. (2006) Vägledning för att skapa goda psykosociala arbetsförhållanden i arbeten med klienter och patienter. ISM– rapport 3. Göteborg: Institutet för stressmedicin.
Hultqvist, J, Eklund, M. & Leufstadius, C. (2014) Empowerment and occupational engagement among people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(1) s. 54–61.
Humana (2015) Humanas Tillgänglighetsbarometer 2015. Stockholm: Humana.
Hult, J. & Krus, D. (2010) Erfarenheter av stigmatisering, diskriminering och självdiskriminering bland personer med schizofreni. Lund: Department of Health Sciences
Högberg, T., Magnusson, A., Lutzen, K. & Ewalds-Kvist, B. (2012) Swedish attitudes towards persons with mental illness. *Nordic Journal of Psychiatry* 66(2) s. 86–96.

IFAU (2014) Lönebidrag och skyddat arbete: en utvärdering av särskilda insatser för sökande med funktionshinder. Uppsala: Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering.
ISF (2011) Unga med aktivitetsersättning. Den senaste utvecklingen och hypoteser om orsakerna till utvecklingen. Rapport ISF 2011:10. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
ISF (2012) Aktivitetsersättning - Från förlängd skolgång till nedsatt arbetsförmåga. Rapport 2012:1. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
ISF (2013a) Personer som uppnått maximal tid i sjukförsäkringen - Vilka är de och vad händer efteråt. Rapport 2013:6. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
ISF (2013b) Unga förtidspensionärer - Studie av sju europeiska länder. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
ISF (2014) Sjukfrånvaro och psykiatriska diagnoser. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.

ISF (2014) Sjukskrivna personers upplevelse av bemötande - Från Försäkringskassan och hälso- och sjukvården. Stockholm: Inspektionen för socialförsäkringen.
IVO (2014) Låt barn komma till tals i tillsyn över psykiatrisk tvångsvård. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
IVO (2015a) Hur länge ska man behöva vänta? Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
IVO (2015b) Kan jag leva som andra? Insatser i bostad med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
IVO (2015c) Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillstånds-prövning verksamhetsåret 2014. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.

Jacobsson, K. & Seing, I. (2013) En möjliggörande arbetsmarknadspolitik? Arbets-förmedlingens utredning och klassificering av klienters arbetsförmåga, anställbarhet och funktionshinder *Arbetsmarknad & Arbetsliv* (1) s. 9–24.
Jacobsson, L., Ghanean, H. & Törnkvist, B. (2013) Internalized stigma of mental illness in Sweden and Iran: a comparative study. *Open Journal of Psychiatry* 03 (04) s. 370–374.
Johansson, M. (2007 Fysisk miljö i särskilda boenden för personer med psykiska funktionshinder. En litteraturgenomgång. Lund: Lunds Universitet.
Jyrwall Åkerberg, A. (2015) Diskriminering på grund av funktionsnedsättning: en handbok om svenska och europeiska diskrimineringslagar och rättspraxis i relation till människor med funktionsnedsättning. Stockholm: CKM Förlag.

Killick, K. 2013 Syns jag, finns jag. En litteraturstudie om sjuksköterskans attityd och bemötande gentemot personer med psykisk ohälsa. Malmö: Malmö högskola.
Kindström Dahlin, M. (2014) Psykiatrirätt – Intressen, rättigheter & principer. Stockholm: Jure.
Kindström Dahlin, M. (2015) Den psykiskt sjuke patientens svaga rättsliga ställning. Juridisk publikation 1/2015.
Kitsuse, J.I. & Cicourel, A. (1963) A note on the uses of official statistics. *Social Problems* (11) s.131–139.
Kriminalvården (2013) Adhd i Kriminalvården. Lena Lundholm. Projektnummer 2013:266. Norrköping: Kriminalvården.Kopp, S. (2010) Girls with social and/or attention impairments. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, sektionen för psykiatri och neurokemi.

Lainpelto, K. (2014) Är en barnneuropsykiatrisk funktionsnedsättning detsamma som en processuell funktionsnedsättning? Om objektivitet, saklighet och rättstrygghet (Red.) Cederborg, AC, Warnling-Nerep, W. Barnrätt: En antologi. Stockholm: Norstedts Juridik. s. 268-281.
Lauris, M. (2016) Narratives of Governing: Rationalization, Responsibility and Resistance in Social Work. Umeå: Umeå universitet.
Larsson, G., Wiklund, H. & Sandlund, M. (2011) Missbruket, kunskapen och vården: missbruksutredningens forskningsbilaga: delbetänkande. Stockholm: Fritzes.
Larsson, Johannes & Sandlund, M. (2013) Stigma vid psykisk sjukdom – vad betyder svaren på attitydfrågor? *Socialmedicinsk Tidskrift* 90 (2) s. 292–302.
Levin, B. (2002) Vem bryr sig? Om osynlighet och rättssäkerhet för brottsoffer med funktionshinder. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
Ljungqvist, I. Topor, A. Forssell, H, Svensson, I. & Davidsson, L. (2015) Money and Mental Illness: A Study of the Relationship Between Poverty and Serious Psychological Problems. *Community Mental Health* s. 1-9.
Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., Dixon, L. (2012) Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy.* 38(1):101–21.
Lundberg, B. (2010) Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk ohälsa. Lund: Lunds universitet.
Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E. & Björkman, T. (2009) Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16(6) s. 516–522.
Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E. & Björkman, T. (2007) Sociodemographic and clinical factors related to devaluation/discrimination and rejection experiences among users of mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 295–300.
Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E. & Björkman, T. (2008) Stigma, discrimination, empowerment and social networks: A preliminary investigation of their influence on subjective quality of life in a Swedish sample. *The International Journal of Social Psychiatry,* 54(1), 47–55.
Lundvik Gyllensten, A., Svensson, B., Björkman, T. & Hansson, L. (2011) Attitudes in health-care students towards mental illness: a pre- and post-multicenter university program study. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice* 9 (3) artikel 11.
Lärarförbudet (2013) Lyssna på lärarna. Så kan alla elever nå målen. Stockholm: Lärarförbundet.

Mandelson, L. (2014) Telling points. I: Davis M, Mandelson L (Red.) Disclosure in health and illness (s. 13–27) NY: Routledge.
Markström, U., Gyllensten, A. L., Bejerholm, U., Björkman, T., Brunt, D., Hansson, L., Eklund, M. (2009). Attitudes towards mental illness among health care students at Swedish universities--a follow-up study after completed clinical placement. *Nurse Education Today* 29(6) s. 660–665.
Markström, U., Nygren, U. & Sandlund, M. (2011) Arbete för alla? Införande och resultat av supported employment i en svensk kommun. Umeå: Socialpsykiatriskt Kunskaps-centrum i Västerbotten.
Mattsson M, Forsell Y, Topor A, Cullberg J. (2008) Association between financial strain, social network and five-year recovery from first episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43(12) s. 947-952.
Mattsson, T., Andersson, U., Jönsson, S. och Nilsson, A. (2012) a Remissvar: Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17) http://works.bepress.com/anna_nilsson/5/ (Hämtat 2016-05-30)
Myndigheten för Delaktighet (2012) Med rätt att komma till tals. Stockholm: Myndigheten för Delaktighet.
Myndigheten för Delaktighet (2013) Anpassningar för oss med autismspektrumtillstånd. Stockholm: Myndigheten för Delaktighet.
Myndigheten för Delaktighet (2014) Anpassningar för oss med Adhd. Stockholm: Myndigheten för Delaktighet.
Myndigheten för Delaktighet (2014) Barn äger. Stockholm: Myndigheten för Delaktighet.
Myndigheten för Delaktighet (2014) Hjärnkoll – psykiska olikheter lika rättigheter Redo-visning av effekter och resultat från regeringsuppdraget Hjärnkoll 2009–2014. Stockholm: Myndigheten för Delaktighet.
Myndigheten för Delaktighet. Samlad uppföljning av funktionshinderspolitiken - Hur är läget 2015? Stockholm: Myndigheten för Delaktighet.
Myndigheten för Delaktighet (2014) Val på lika villkor. Stockholm: Myndigheten för Delaktighet.

Myndigheten för Delaktighet årlig. Så tillgänglig är staten. Stockholm: Myndigheten för Delaktighet.
Mårtensson, G., Jacobsson, J. & Westerberg Engström, M. (2014) Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21(9) s. 782–788.

Naidoo, J. & Willis, J. (2009) Foundations for Health Promotion Public Health and Health Promotion Practice. London: Bailière Tindall.
Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) Våld mot kvinnor med funktionsnedsättning NCK-rapport 2013:1. Uppsala: Uppsala universitet, Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK.
Nilsson, V. (FoU) (2010) Diskriminering som vardagsföreteelse för brukare med funktionsnedsättning enligt LSS. Malmö: FoU Välfärd.
Nilsson, A. (2014) Objective and reasonable? Scrutinising Compulsory Mental Health Interventions from a Non-Discrimination Perspective. *Human Rights Law Review* 14 (3) s. 459–485.
Nilsson Lundmark, E., Nilsson, I. & Anders Wadeskog (2013) Teknikstöd i skolan: socioekonomisk analys av unga, skolmisslyckanden och arbetsmarknaden. Sundbyberg: Hjälpmedelsinstitutet.
NSPH (2014) Brukarnas uppfattning av kvalitet inom boendestödet. Stockholm: Nationell samverkan för psykisk hälsa.
NSPH (2016) Din rätt. En inspirationsskrift om lika rättigheter för personer med psykisk ohälsa. Stockholm: Nationell samverkan för psykisk hälsa.
Nygren, U., Sandlund, M., Bernspång, B. & Fisher, A. (2013) Exploring perceptions of occupational competence among participants in Individual Placement and Support (IPS). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 20 (6) s.429–437.
Nygren, U., Markström, U., Bernspång, B., Svensson, B., Hansson, L. & Sandlund, M. (2013) Predictors of vocational outcomes using Individual Placement and Support for people with mental illness. *Work* 45(1) s. 31–39.
Nygren, U., Markström, U., Svensson, B., Hansson, L. & Sandlund, M. (2011) Individual placement and support - a model to get employed for people with mental illness - the first Swedish report of outcomes *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25 (3) s.591–598.
Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009) Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135 (4) s.531–554.

OECD (2013) Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work Mental Health and Work: Sweden, Mental Health and Work. Paris: OECD
Ohlsson, L. (2003) Studentprojektet: möjligheter & begränsningar i studiesituationen: en utvärdering av psykiska och neuropsykiatriska funktionshindrade studenters studievillkor vid Lund: Lunds universitet.
Olsen, T. & Tägtström, J. (2013) For de som vokser - Unge, psykisk uhelse og tidlig uførepensjonering i Norden. En antologi. Stockholm: Nordens Välfärdscenter.

Riksrevisionen (2015) Aktivitetsersättning – en ersättning utan aktivitet? Stockholm: Riksrevisionen.
Rolfner Suvanto, S. (2014) Äldre psykiska ohälsa i Skärsäter (Red.) Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå. Lund: Studentlitteratur.
RSHM (2014) Varför syns vi inte i statistiken? – personer med funktionsnedsättningar blir osynliga i många undersökningar. Stockholm: Funka nu.

Sandlund, M. (2011) SOU 2011:35 - Bättre insatser vid missbruk och beroende: Individen, kunskapen och ansvaret. Stockholm: Fritzes.
Sandlund, M. & Markström, U. (2009) NHP-Satsningen ett namn, tre verksamheter, tre modeller - Utvärdering av en riktad satsning i Västerbotten för att stärka arbetet med psykiatriska patienter i primärvården och i kommunerna Umeå: Socialpsykiatriskt Kunskapscentrum i Västerbotten.
Sandström, B., Bohman, L. & Strandberg, E-L. (2011) Dagarna däremellan lever vi - Psykisk funktionsnedsättning och välbefinnande i fokus. Bräkne-Hoby: Landstinget i Blekinge, Blekinge kompetenscentrum.
SBU (2012) Om psykiatrisk diagnos och behandling – en sammanställning av systematiska litteraturöversikter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.
SBU (2015) Behandling av depression hos äldre. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
Scheff, T.J. (1966) Being Mentally ill: A Sociological Theory. Chicago: Aldine de Gruyter.
SFS 1977:1160: Arbetsmiljölag. Stockholm: Fritzes.
SFS 1982:80: Lag om anställningsskydd. Stockholm: Fritzes.
SFS 1991:1047 Lag om sjuklön. Stockholm: Fritzes.
SFS 1993:387: Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. Stockholm: Fritzes.
SFS 2008:567: Diskrimineringslag. Stockholm: Fritzes.
SFS 2009:400: Offentlighets- och sekretesslag. Stockholm: Fritzes.
SFS 2010:110: Socialförsäkringsbalk. Stockholm: Fritzes.
SiS (2012) Traumatisering bland ungdomar med antisocial problematik. Stockholm: Statens Institutionsstyrelse
SKL (2009) Nyckelprojektet: erfarenheter av ett nationellt genombrottsprojekt i syfte att förnya den vuxenpsykiatriska heldygnsvården ur ett brukarperspektiv. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
SKL (2010) Ekonomiskt bistånd till hushåll under 25 år. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
SKL (2011a) Gör rätt från dag ett: Ekonomiskt bistånd till långvarigt sjuka bidragsmottagare och personer utförsäkrade från Försäkringskassan. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
SKL (2011b) Vård och stöd till äldre personer med psykisk ohälsa/sjukdom – behovsinventering och plan för kompetensutveckling. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
SKL (2012) Handlingsplan för psykisk hälsa inom Sveriges kommuner och landsting, kongressperioden 2012–2016. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
SKL (2013) Bättre vård mindre tvång - 8 recept på ett lyckat genombrott 2010 – 2012. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
SKL (2014a) Nationell patientenkät: Barn- och ungdomspsykiatri 2013. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
SKL (2014b) Nyttan - En skrift från projektet Bättre psykiatrisk vård med kvalitetsregister. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
SKL (2014c) (O)jämställdhet i hälsa och vård. Reviderad upplaga 2014. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
SKL (2014d) Psykiatrisk tvångsvård. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
SKL (2014e) Vård på lika villkor – ett lärandeprojekt. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
SKL (2015) På väg mot en säkrare vård. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
Skolinspektionen (2014) Skolsituationen för elever med funktionsnedsättningen AD/HD. Stockholm: Skolinspektionen
Skärsäter, I. (2010) (Red.) Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå. Lund:

Studentlitteratur.
Socialförsäkringsutredningen (2013) Unga vuxna med aktivitetsersättning – risk för suicidförsök och suicid. Stockholm: Fritzes.
Socialstyrelsen (2005a) Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2005b) Kompetenta föräldrar – beroende av socialtjänstens stöd - Dialog med föräldrar till barn med omfattande funktionshinder kring deras upplevelser av socialtjänsten – efter tio år med LSS. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2005c) Nästan hemma – Uppföljning av avtal enligt 17 a § LSS och andra äldre avtal. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2005d) Personligt ombud – på klientens uppdrag - Förhandlare och gränsöverskridare. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2005e) Personligt ombud – trumf i bakfickan? - En studie av personligt ombud ur ett klientperspektiv. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2005f) Personligt ombud – välfärdsentreprenörer utan gränser - En undersökning av verksamheter för personligt ombud i glesbygd. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2005g) Ta ansvar för samverkan! Helhetsperspektiv på samhällsstöd till barn och unga med funktionshinder - En idéskrift. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2005h) Vilka processer inom samhällsutvecklingen påverkar möjligheterna att uppnå de handikappolitiska målen? - En omvärldsanalys. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2005i) Våld mot kvinnor med psykiska funktionshinder - Förekomst, bemötande och tillgång till stöd. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2006a) Avsiktligt självdestruktiv handling i Sverige – en underlagsrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2006b) Effekter av psykosociala insatser för personer med schizofreni eller bipolär sjukdom - En sammanställning av systematiska översikter. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2006c) Effekter av psykosociala insatser för personer med utvecklingsstörning och samtidig psykisk ohälsa - En sammanställning av systematiska översikter. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2006d) Individbaserad verksamhetsuppföljning - för personer som insjuknat i stroke och personer med psykiska funktionshinder. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2006e) Psykiatri och socialtjänst för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2007a) Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS - Stöd för rättstillämpning och handläggning. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2007b) Sjukdomar i sluten vård 1987–2006. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2007c) Socialstyrelsens stöd till utvecklingen - inom den psykiatriska hälso- och sjukvården samt till kommunernas verksamheter för personer med psykiska funktionshinder. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2007d) Säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2008a) Daglig verksamhet enligt LSS – en kartläggning. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2008b) Tvångsvården 2008 - Sammanställning från inventeringen den 6 maj 2008) Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2009a) Barn och ungdomspsykiatrins metoder – en nationell inventering. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009b) Egen kraft – egen makt – En antologi om arbetet som personligt ombud. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2009c) En ny vårdform - En lägesrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2009d) Innehållet i den psykiatriska tvångsvården. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2009e) Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2009f) Psykologisk behandling av psykiska besvär bland äldre. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2009g) Satsning på hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa 2008 - Uppföljning av statsbidrag. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2009h) Skolans metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn – en nationell inventering i grundskolor och gymnasieskolor. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2009i) Vård av patienter med depression och ångest – en nulägesrapport.
Socialstyrelsen (2009j) Ökad kunskap i befolkningen om självmord. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2010a) Alltjämt ojämlikt. Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning (2010). Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2010b) Barn som tänker annorlunda - Barn med autism, Aspergers syndrom och andra autismspektrumtillstånd. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2010c) Barn som utmanar - Barn med adhd och andra beteendeproblem. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2010d) Inkomster och utgifter för vissa personer 20–64 år med funktionsnedsättningar - Specialbearbetning av SCB:s undersökning HEK. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2010e) Ledsna barn. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2010f) Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården – Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2010g) Personliga ombud – ledningsgruppens spejare i välfärdssystemet. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2010h) Satsning på en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa 2009 - Uppföljning av statsbidrag. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen årlig. Skador och förgiftningar behandlade i sluten vård. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2010i) Öppna Jämförelser. Psykiatrisk vård- ett steg på vägen. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2011b) Insatser för personer med psykiska funktionsnedsättningar - Kommunernas användning av stimulansbidragen 2007–2010. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2011c) Ojämna villkor för hälsa och vård. Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2011d) Om användningen av mobila bälten - Meddelandeblad 8/2011. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2011e) Rapportserie: metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2011f) Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut. hjärtinfarkt. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2011g) Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom –

cancer. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2011h) Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – diabetes. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2011i) Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – förlossning. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2011j) Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – stroke. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2011k) Sällan sedda. Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2012a) Att inventera behov – Inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2012b) Att nå personer med psykisk ohälsa – Uppsökande och informerande verksamhet. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2012c) Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa – En rapport baserad på patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2012d) Det diffusa tvånget – Patienters upplevelser av öppen tvångsvård. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2012e) Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2012f) Psykosociala insatser vid schizofreni eller liknande psykoser – Stöd för dig i dina kontakter med vården och omsorgen. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2012g) Skolans betydelse för barns och ungas psykiska hälsa – En studie baserad på den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2012h) Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2013a) Att ge ordet och lämna plats – vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2013b) Att ha schizofreni och vara utrikesfödd – insjuknande, vård och levnadsförhållanden hos invandrare jämfört med personer födda i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2013c) Att utveckla en modell för brukarundersökning inom psykiatrisk vård och omsorg – Erfarenheter från pilotstudie. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2013d) Bättre vård - mindre tvång? – Utvärdering av överenskommelsen om att förbättra den psykiatriska heldygnsvården. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2013e) Psykisk ohälsa bland unga – underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2013f) Psykisk sjukdom bland äldre och behandling inom vården. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2013g) Regeringsuppdrag inom området psykisk ohälsa – delredovisning av genomförda aktiviteter september 2013. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2013h) Tidiga insatser mot psykisk ohälsa hos små barn – en sammanställning av systematiska översikter. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2013i) Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser 2012. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2013j) Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar – En sammanställning av systematiska översikter. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2013k) Utvärdering av försöksverksamheter i kommuner – Individual Placement and Support, individanpassat stöd till arbete för personer med psykisk

funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2013l) Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa – Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2014a) En diagnos det stormat kring – adhd i ett historiskt perspektiv. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2014b) Läkemedelsbehandling vid adhd – Aspekter av behandling och regionala skillnader. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2014c) Personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning – Uppföljning av verksamheten med personligt ombud. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2014d) Samordnad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa – Myndighetsgemensam delrapport av ett regeringsuppdrag. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2014e) Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd – ett kunskapsstöd Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2014f) Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och social tjänst – Lägesrapport 2014. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2014g) Uppgifter om psykiatrisk vård i patientregistret. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2014h) Öppna jämförelser 2014 - Jämlik vård – Somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2014i) Öppna jämförelser 2014 Stöd till personer med funktionsnedsättning Nationella resultat, metod och indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2015a) Barn och unga i psykiatrisk tvångsvård – om rättigheter och tvångsåtgärder. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2015b) Kartläggning och analys av vissa insatser enligt LSS – Tilläggsuppdrag avseende insatsen personlig assistans. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2015c) Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter – ett kunskapsunderlag för primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2015d) Samordnad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa – Delrapport av ett regeringsuppdrag. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2015e) Sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning – Uppföljning av 2014 års verksamhetsbidrag. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2015f) Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2015. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2015g) Utsatthet i unga år och psykisk ohälsa i vuxen ålder – Sammanfattning av resultat från en intervjustudie av 2 500 unga vuxna. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2015h) Vård och omsorg om personer med nedsatt beslutsförmåga. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen årlig. Vuxna personer med missbruk och beroende. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2016a) Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2016. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsen (2016b) Förskrivning av adhd-läkemedel 2015 – Trender och prognos av utvecklingen. Stockholm: Socialstyrelsen.
Socialstyrelsens Termbank. Termerna funktionshinder, funktionsnedsättning och handikapp. från www.sos.se/terminologi Hämtat (2016-05-02)
Socialstyrelsen och Länsstyrelserna (2005) Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002–2004.
Statens Folkhälsoinstitut. Folkhälsan i Sverige, årsrapport. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.

Statens Folkhälsoinstitut (2008a) Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
Statens Folkhälsoinstitut (2008b) Psykisk ohälsa och alkoholkonsumtion – hur hänger det ihop? Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
Statens Offentliga Utredningar (2005a) SOU 2005:41 Bortom Vi och Dom – Teoretiska reflektioner om makt, integration och strukturell diskriminering. Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2005b) SOU 2005:56 Det blågula glashuset. Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2006) SOU 2006:5 Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder. Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2006) SOU 2006:77 Ungdomar, stress och psykisk ohälsa - Analyser och förslag till åtgärder. Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2006) SOU 2006:100 Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2010) SOU 2010:17 Psykiatrin och lagen - tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (del 1 och 2). Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2010) SOU 2010:45 Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2010) SOU 2010:79 Pojkars och flickors psykiska hälsa i skolan: en kunskapsöversikt. Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2010) SOU 2010:80 Skolan och ungdomars psykosociala hälsa. Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2010) SOU 2010:89 Finns det samband mellan samsjuklighet och sjukfrånvaro? Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2011) SOU 2011:15 Rehabiliteringsrådets slutbetänkande. Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2011) SOU 2011:35 Bättre insatser vid missbruk och beroende. Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2011) SOU 2011:77 Hjälpmedel - ökad delaktighet och valfrihet. Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2012) SOU 2012:17 Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd. Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2012) SOU 2012:92 Arbetshjälpmedel och försäkringsskydd för arbete på lika villkor. Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2013) SOU 2013:44 Ansvarsfull hälso- och sjukvård. Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2013) SOU 2013:45 Rätt information - Kvalitet och patientsäkerhet för vuxna med nedsatt beslutsförmåga. Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2013) SOU 2013:74 Unga som varken arbetar eller studerar – statistik, stöd och samverkan. Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2014) SOU 2014:41 Nya regler om aktiva åtgärder mot diskriminering. Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2015) SOU 2015:20 Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård. Stockholm: Fritzes.
Statens Offentliga Utredningar (2015) SOU 2015:71 Barns och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU. Stockholm: Fritzes.
Statistiska Centralbyrån (SCB) (2013) Förutsättningar i Arbetslivet - en undersökning om diskriminering på arbetsmarknaden och arbetssituationen för personer med funktionsnedsättning. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.

Statistiska Centralbyrån (SCB) (2014) Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning 2014. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
Statistiska Centralbyrån (SCB) (2015) Valdeltagande bland personer med funktionsnedsättning. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
Svedberg, P. Hansson, L. & Svensson, B. (2009) The attitudes of patients and staff towards aspects of health promotion interventions in mental health services in Sweden. Health Promotion International 24(3) s.269–76.
Svenaeus, F. (2015) Adhd som en samtida kulturdiagnos. Socialmedicinsk tidskrift, nr 1.
Svensson, B. & Hansson, L. (2006) Satisfaction with mental health services. A user participation approach. *Nordic Journal of Psychiatry* 60(5) s.365–371.
Svensson, B. Brunt, D., Bejerholm, U. & Eklund, Mona (2014) Health care students' attitudes towards people with schizophrenia: a survey of eight university training programs *Open Journal of Psychiatry* 04 (04) s. 309–316.
Svensson, B., Markström, U., Bejerholm, U., Björkman, T., Brunt, D. & Eklund, M. (2011) Test - retest reliability of two instruments for measuring public attitudes towards persons with mental illness. *BMC Psychiatry*
Svenskt Näringsliv (2015) Bergsten, A. Hedström, C. & Thorburn, R. Psykisk ohälsa – mer än en arbetsmiljöfråga. Stockholm: Svenskt Näringsliv.
Syrén, S. (2010) Det outsagda och ohörsammade lidandet: tillvaron för personer med långvarig psykossjukdom och deras närstående. Växjö: Linnéuniversitetet.

Tideman, M. (2015) Långsiktiga effekter? Personer med funktionsnedsättning och deras etablering på arbetsmarknaden med stöd av Supported Employment – En uppföljning ur arbetstagarperspektiv. Halmstad: Halmstad University, School of Health and Welfare, Centre of Research on Welfare, Health and Sport.
Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. & Sartorius, N. (2007) Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry* 190 (3) s. 192-193.
Thornicroft, G. (2010) Shunned: Discrimination against People with Mental Illness. Oxford: Oxford University Press.
Topor, A., Ljungqvist, J., Bohman, L., Malmborg, A., & Quijote, J. (2015). Pengar, vänner och psykiska problem. Det social livet, privatekonomi och psykiska hälsa – en insatsstudie i Supported Socialization. Rapport 2015:2 Karlskrona: Blekinge komptenscentrum.
Topor, A., Andersson, G., Denhov, A., Holmqvist, S., Mattsson, M., Stefansson, C-G., Bülow, P. (2013) Psychosis and poverty coping with poverty and severe mental illness in everyday life. *Psychosis* 6(2) s. 117–127.

UNICEF Office of Research (2016) Fairness for Children: A league table of inequality in child well-being in rich countries, Innocenti Report Card 13, Innocenti, Florence: UNICEF Office of Research .

Von Schrader, S., Malzer, V. & Bruyère, S. (2014) Perspectives on disability disclosure: The importance of employer practices and workplace climate. *Employee Responsibilities & Rights Journal* 26(4) s. 237–255.
Vårdanalys (2014a) Utvärdering av handlingsplanen PRIO psykisk ohälsa (Rapport 2014:6) Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
Vårdanalys (2014) En mer jämlik vård är möjlig - Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande (Rapport 2014:7). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
Vårdanalys (2016) Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. (Rapport 2016:1). Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Weimand, B. (2012)Experiences and Nursing Support of Relatives of Persons with Severe Mental Illness. Karlstad: Karlstads universitet.

Wikman, A. (2004) Indikatorer på förändrade arbetsförutsättningar. Gustavsson, R. & Lundberg, I. (Red.) Arbetsliv och hälsa 2004. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Wikman, S. (2016) Varför ökar det arbetsrelaterade våldet? Arbetsmarknad & Arbetsliv 2 (22) s.51–73.

Wiklund Gustin, L. (2014) Vårdande vid psykisk ohälsa: På avancerad nivå. Lund: Studentlitteratur.

Winzer, R. & Boström, G. (2007) Psykisk ohälsa, självmordstankar och självmordförsök bland homosexuella, bisexuella och transpersoner (hbt) – resultat från två svenska undersökningar. Suicidologi 12(1) s. 10–13.

Yanos, P. T., Rosenfield, S. & Horwitz, A. V. (2001) Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Mental Health Journal* 37(5) s. 405–419.

Öhman, A. (2016) Skolans tomma stolar. Om frånvaro i grundskolan och hur kommuner och skolor arbetar med frågan. Prestationsprinsen/TNS Sifo/Skandia idéer för livet. Stockholm: TMG.

Östberg, V., Modin, B. & Låftman Brolin, S. (2014) Social utsatthet i skolan. Erfarenheter av mobbning och psykisk hälsa bland unga vuxna I (Red.) Evertsson, M. & Magnusson, C. Ojämlikhetens dimensioner: uppväxtvillkor, arbete och hälsa i Sverige. Stockholm: Liber.

Bilagor

BILAGA 1 – FÖRKORTNINGAR

Adhd	Attention deficit hyperactivity disorder
AFA	AFA Försäkringar
AFS	Arbetsmiljöverkets författningssamling
AST	Autismspektrumtillstånd
AV	Arbetsmiljöverket
BEO	Barn- och elevombudet
BO	Barnombudsmannen
BRÅ	Brottsförebyggande rådet
CEPI	Centrum för evidensbaserade psykosociala Insatser
DISC-12	Discrimination and stigma scale
DiVA	Digitala vetenskapliga arkivet
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
ERI	Effort-reward imbalance
EWCO	European working conditions observatory
FRA	Europeiska unionens byrå för grundläggande rättigheter

BILAGA 2 – LAGSTIFTNING

Internationell lagstiftning

FÖRENTA NATIONERNA

Regeringen valde i mars 2007 att underteckna Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning[27] och dess fakultativa protokoll. Konventionen innehåller inte någon definition av begreppet funktionsnedsättning. Anledningen till detta är att konventionen anger att funktionsnedsättning och funktionshinder båda är begrepp som är under utveckling.[28] Även om konventionen inte ger någon definition av begreppet funktionsnedsättning eller funktionshinder anges dock i artikel 1 andra stycket att personer med funktionsnedsättning är personer ”med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar, vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra”.[29] Det framgår alltså att funktionsnedsättningen måste vara varaktig. Konventionen har genom beslut[30] godkänts av den dåvarande Europeiska gemenskapen. Detta innebär bl.a. att EU-rättens lagstiftning så långt det är möjligt ska tolkas i överensstämmelse med konventionen.

EUROPEISKA UNIONEN

Europeiska unionen har antagit ett flertal direktiv för bekämpning av diskriminering i arbetslivet. Ett av dessa direktiv är ett ramdirektiv för likabehandling i arbetslivet[31]. En av de diskrimineringsgrunder som anges i direktivet är funktionshinder som vi idag (sedan 2007) benämner funktionsnedsättning. Direktivet innehåller inte någon definition av begreppet funktionshinder eller funktionsnedsättning. Det innebär att lagstiftaren har överlämnat ansvaret för att skapa en sådan definition på rättstillämpningen.
EG-domstolen har i flera mål uttalat sig om begreppet funktionsnedsättning. Inget av dessa mål har emellertid uttryckligen berört psykiska funktionsnedsättningar.

Ett mål som relativt nyligen avgjorts gällde två danska kvinnor, den ena med smärtor i ländryggen som inte kunde behandlas och den andra med en pisksnärtskada som gjorde att hon inte kunde arbeta heltid. I ingetdera fallet hade någon prognos kunnat ställas om när de skulle kunna återuppta ett heltidsarbete. Frågan var alltså om en eller båda dessa båda skador skulle kunna anses vara funktionsnedsättning.[32]

Domstolen tog avstamp i Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och uttalade att begreppet funktionshinder ska förstås som en begränsning till följd av fysiska, psykiska eller mentala skador, vilka i samspel med olika hinder kan motverka den berördes fulla och verkliga deltagande i arbetslivet på lika villkor som andra arbetstagare. Domstolen konstaterade också att fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar ska vara ”varaktiga”.

Domstolen kommer fram till att begreppet funktionsnedsättning enligt ramdirektivet för likabehandling i arbetslivet ska tolkas så ”att det omfattar ett sjukdomstillstånd som har orsakats av en sjukdom som av läkare diagnostiserats som behandlingsbar eller obotlig, om sjukdomen medför en begränsning till följd av bland annat fysiska, psykiska eller mentala skador, vilka i samspel med olika hinder kan motverka den berördes fulla och verkliga deltagande i arbetslivet på lika villkor som andra arbetstagare, och denna begränsning kommer att bestå under lång tid”.[33]

27 Nr 26 Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och fakultativt protokoll till konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, New York den 13 december 2006

28 Skäl e i Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

29 Artikel 1, 2 st. i Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

30 Rådets beslut 2010/48/EG av den 26 november 2009, EUT L 23, s. 35

31 Rådets direktiv 2000/78/EG av den 27 november 2000 om inrättande av en allmän ram för likabehandling

32 Domstolens dom den 11 april 2013 i de förenade målen C-335/11 och C-337/11

Svensk lagstiftning

GRUNDLAGSBESTÄMMELSER

Det finns åtskilliga lagrum som är avsedda att skydda mot diskriminering, alltifrån bestämmelser i grundlagen till bestämmelser i brottsbalken. Den här rapporten kommer inte att gå in på samtliga bestämmelser utan bara i korthet nämna några av de som kan betraktas som mest centrala för rapportens sammanhang.

Regeringsformen fastslår i 1 kap. 2 § att ”Den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet.” Målet är att ingen ska diskrimineras och att alla ska uppnå delaktighet och jämlikhet i samhället. Rätten att slippa diskriminering gäller inom många områden i samhället, bland annat i kontakter med myndigheter, inom hälso- och sjukvården, i skolan, på jobbet och i kontakter med socialtjänsten.

Enligt Regeringsformen ska det allmänna verka för att alla människor ska kunna uppnå delaktighet och jämlikhet i samhället. Vidare sägs att det allmänna ska motverka diskriminering av människor på grund av kön, hudfärg, nationellt eller etniskt ursprung, språklig eller religiös tillhörighet, funktionsnedsättning, sexuell läggning, ålder eller andra omständigheter som gäller den enskilde som person. Bestämmelsen kan inte åberopas av enskilda, men den ska ses som en programförklaring som syftar till att få det allmänna, det vill säga regeringen, riksdagen, domstolarna, de statliga myndigheterna liksom landsting, regioner och kommuner och dess statsförvaltningar att verka för att bestämmelsen förverkligas (Jyrwall Åkerberg 2015).

Principen om allas lika värde kan sägas komma till uttryck även i 1 kap 9 § i vilken sägs att domstolar samt förvaltningsmyndigheter och andra som fullgör offentliga förvaltningsuppgifter ska beakta allas likhet inför lagen samt iaktta saklighet och opartiskhet.

Enligt 2 kap. 12 § får lag eller annan föreskrift inte innebära att någon missgynnas därför att han eller hon tillhör en minoritet med hänsyn till etniskt ursprung, hudfärg eller liknande förhållande eller med hänsyn till sexuell läggning.

33 Domstolens dom den 11 april 2013 i de förenade målen C-335/11 och C-337/11, punkt 47

BILAGA 3 – METOD

Graden av ämnesrelevans skiljer sig åt. Vissa artiklar har en mycket tydligt relevant frågeställning, medan andra artiklar rör ämnet mer indirekt. Sökningarna har avgränsats bakåt i tiden till år 2005. För de akademiska publikationerna har en nedre gräns dragits vid doktorsavhandlingar. I tillägg till sökningen i databaserna ovan har även ett så kallats ”snöbollsurval” använts som komplement. Om en betydelsefull artikel refererar till en annan litteratur som inte täcks in av den tidigare sökningen så kan den fångas upp på detta sätt.

För att säkerställa att inte viktiga forskningsbidrag missas har en intervju genomförts med Bertil Lundberg, universitetslektor vid Lunds Universitets medicinska fakultet. Bertil förekommer frekvent i litteraturlistan och har bl.a. intervjuat över 200 patienter inom psykiatrin om deras förväntningar och upplevelser av diskriminering och stigmatisering. Förutom att ge oss en bild av forskningsläget och vidare tips om forskare, kunde Bertil även rekommendera ett antal centrala publikationer.

I litteraturlistan finns alla publikationer som förekommer bland sökträffarna även om inte allt nämns explicit i texten. För att fånga upp litteratur om hur personer som lever med psykisk ohälsa diskrimineras, missgynnas eller på annat sätt förfördelas i Sverige användes en lista över sökord. Sökorden har sedan använts i databasen Digitala Vetenskapliga Arkivet (DiVA[34]).

Sökningarna har genomförts genom att ord från Block 1 (se Tabell 1), som syftar till att fånga upp all litteratur som berör diskriminering, stigmatisering, missgynnande etc., har kombinerats med ord från Block 2. Syftet bakom sökorden i det andra blocket är att avgränsa diskrimineringslitteraturen till sådan litteratur som också berör psykisk ohälsa eller psykiska funktionsnedsättningar.

34 DIVA, Digitala vetenskapliga arkivet är en gemensam söktjänst och ett öppet arkiv för forskningspublikationer och studentuppsatser producerade vid 28 svenska lärosäten.

Tabell 1 Sökord

ÄMNESBLOCK	TYP AV SÖKORD	PÅ SVENSKA	PÅ ENGELSKA
Block 1	Diskriminering	Diskriminer* Stigma* Bemöt* Missgynna* Särbehandl* Självstigma* Empower* Likabehandl* Behov* Rättvis* Orättvis*	Discrimin* Stigma* Encount* Disfavo* Self-stigma* Empower*
Block 2	Psykisk ohälsa – bred sökning	”Psykisk hälsa” ”Psykisk ohälsa” ”Psykisk sjukdom” Funktionsnedsätt* (psyk*) Funktionshind* Neuropsyk*	”Mental health” ”Mental ill-health” ”Mental illness” Disabilit* Impair* Neuropsych*
	Psykisk ohälsa – smal sökning	Autis* Aspergers Depressi* Ångest* Koncentr* Ätstör* Schizofren* Bipol* Beroende* Tvång* Suicid* Självskad* Äldre*	Autis* Aspergers Depressi* Anxiet* Concentr* Eating (disord*) Schizophren* Bipolar* Addict* Compuls* Suicid* Self harm* Elderly*

Trunkeringarna (*) innebär att sökningen breddas till ord med denna inledning men med alternativa ändelser, t.ex. skulle både diskriminerING och diskriminerAD inkluderas vid sökning på diskriminer*. Citationstecken (””) innebär att två eller flera ord söks som en enhet.

Tabell 2 Exempelsökningar i Digitala Vetenskapliga Arkivet (DiVA)

SÖKORDSKOMBINATION	ANTAL TRÄFFAR	EXEMPELTRÄFF
Stigma* OCH ”Psykisk ohälsa”	3	Hellzen, Ove, 2010, Vårdares attityder och stigmatisering. (ingår i Ingela Skärsäters Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå).
Diskriminer* OCH funktionsnedsätt*	5	Brunt, David et al, 2014, Att leva med psykisk ohälsa
Bemöt* OCH funktionsnedsätt*	11	Tideman, Magnus, 2015, Långsiktiga effekter? Personer med funktionsnedsättning och deras etablering på arbetsmarknaden med stöd av Supported Employment – En uppföljning ur arbetstagarperspektiv.
Rättvis* OCH neuropsyk*	0	
Behov* OCH neuropsyk*	11	Ohlsson, Lisbeth, 2003, Studentprojektet: möjligheter & begränsningar i studiesituationen: en utvärdering av psykiska och neuropsykiatriska funktionshindrade studenters studievillkor vid Lunds universitet
Discrimin* AND ”mental illness”	8	Hansson, Lars, 2011, Mental health professionals’ attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness?
Stigma* AND anxiety*	9	Ohlsson, Robert, 2009, Representationer av psykisk ohälsa: Egna erfarenheter och dialogiskt meningsskapande i fokusgruppsamtal.

Kartläggningen innehåller även en andra del som rör svenska myndigheter och organisationers kunskap om diskriminering, missgynnande eller annan förfördelning av personer med psykisk ohälsa. 18 organisationer har valts ut baserat på ämnesrelevans och därefter har en översyn över dessas publikationer gjorts och bidrag som bedömts relevanta har sammanställts i litteraturlistan.

Metoden för sökningar i myndigheter och organisationers publikationskataloger skiljer sig från den som användes vid kartläggningen av akademisk litteratur. Då många organisationer har visat sig besitta information som är relevant men som inte nödvändigtvis fångas upp av sökorden, har sökningen gjorts manuellt. Med andra ord har sökningarna i vissa fall gjorts genom att ett mycket brett sökord använts, såsom psyk*, eller genom att använda myndighetens egen indelning efter ämne. I båda dessa fall har alla ”träffar” från år 2005 och framåt setts över och deras relevans bedömts.

Följande myndigheters/organisationers publikationer har kartlagts:

Tabell 3 Kartlagda organisationer

Myndighet/organisation
Arbetsförmedlingen
Arbetsmiljöverket
Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI)
Diskrimineringsombudsmannen (DO)
Folkhälsomyndigheten
Forte
Försäkringskassan
Hjärnkoll
Inspektionen för socialförsäkringen
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Myndigheten för delaktighet
Nordiska rådets expertgrupp för psykisk hälsa
Riksrevisionen
Skolinspektionen
Socialstyrelsen
Statistiska Centralbyrån (SCB)
Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
Sveriges Offentliga Utredningar

Socialstyrelsen är den myndighet som enligt kartläggningen har mest information om hur personer som har psykiska diagnoser diskrimineras, missgynnas eller på annat sätt förfördelas. Även Myndigheten för delaktighet och Sveriges kommuner och landsting har kommit med flera viktiga bidrag inom området. Skolinspektionen inkluderades i listan med syftet att täcka in utbildningsområdet, men då myndigheten visserligen har undersökt skolsituationen för barn och ungdomar med funktionsnedsättningar har dessa avgränsats till att endast gälla fysiska funktionsnedsättningar, med endast ett undantag (se ovan).

Vad gäller Arbetsmiljöverket (AV) bedömdes endast en rapport vara relevant för kartläggningen. Detta är inte särskilt förvånande då AV:s primära uppdrag och fokus är att främst undersöka hur arbetsmiljön riskerar att ge upphov till psykisk ohälsa, snarare än att granska hur personer som lever med psykisk ohälsa missgynnas av arbetsmiljön. AV:s perspektiv kan på så vis sägas vara det omvända jämfört med denna studie.

Vilka kunskapskällor finns?
Statistik på området psykisk hälsa tillhandahålls främst av Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (och publiceras av SCB). Statistik om diskriminering på grund av psykisk ohälsa är dock mycket ovanlig. Nedan följer en översikt av tillgänglig statistik som relaterar till psykisk ohälsa.

Som en del av sin Folkhälsoenkät sammanställer Folkhälsomyndighetens statistik som rör psykisk hälsa. I enkäten fångar myndigheten besvär av huvudvärk, ängslan, oro eller ångest, trötthet, stress, sömnbesvär, nedsatt psykiskt välbefinnande, självmordstankar och självmordsförsök. Dessa data kan även brytas ned utifrån ålder, kön, födelseland, region, ekonomi, socioekonomi, sysselsättning samt utbildning.

I Socialstyrelsens Öppna Jämförelser förs statistik över samtliga kommuner ur ett psykiskt funktionsnedsättningsperspektiv. Dessa innehåller uppgifter om former för brukarinflytande, meningsfull sysselsättning, arbetsmarknad, boende, stöd i vardagen, handläggares kompetens m.m. Utöver att sammanställa och tillhandahålla den statistik som presenterats ovan för Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har SCB även statistik över sysselsatta i åldern 20–64 år med psykiska besvär till följd av arbetet indelat efter sektor. Myndigheten publicerar även regelbundet rapporten Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning. Ett ytterligare viktigt bidrag är Socialstyrelsens årliga rapport Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS som bland annat innehåller tabeller över antal personer som beviljats insatser enligt LSS, uppdelat efter bakgrundsfaktorer som kön, ålder, personkrets och kommun.

I Socialstyrelsens statistikdatabas för psykiatrisk tvångsvård finns statistik avseende vård som ges enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård eller lagen om rättspsykiatrisk vård för år 2013. Data innehåller antal vårdade patienter, antal vårdade patienter per 100 000 invånare, antal vårdtillfällen och antal vårdtillfällen per 100 000 invånare. Data redovisas uppdelat efter kön, landsting och efter olika psykiatriska vårdformer. I statistikdatabasen finns även uppgifter om kommunernas insatser för vuxna personer med missbruk och beroende. Statistiken omfattar uppgifter om personer som får insatser den 1 november (bistånd som avser boende, individuellt behovsprövade öppna insatser och heldygnsvård), antal individuellt behovsprövade öppna insatser, antal frivilliga inskrivningar (bistånd som avser boende, institutionsvård och familjehemsvård), antal beviljade vårddygn i frivillig institutionsvård, antal personer i frivillig institutionsvård och antal dygn per person i frivillig institutionsvård. Uppgifterna kan helt eller delvis fördelas per år, rike, län och kommun. Statistiken innehåller bl.a. kategorin ”Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar” som i sin tur är indelad flera nivåer av underkategorier baserat på diagnoser och grupper av diagnoser.

Socialstyrelsen för även data över dödsorsaker. Statistiken innehåller bl.a. kategorin “Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar” som i sin tur är indelad flera nivåer av underkategorier baserat på diagnoser och grupper av diagnoser.

I statistikdatabasen finns även uppgifter om kommunernas insatser för vuxna personer med missbruk och beroende. Statistiken omfattar uppgifter om personer som får insatser den 1 november varje år (bistånd som avser boende, individuellt behovsprövade öppna insatser och heldygnsvård), antal individuellt behovsprövade öppna insatser, antal frivilliga inskrivningar (bistånd som avser boende, institutionsvård och familjehemsvård), antal beviljade vårddygn i frivillig institutionsvård, antal personer i frivillig institutionsvård och antal dygn per person i frivillig institutionsvård. Uppgifterna kan helt eller delvis fördelas på år, riket, län och kommun.

Även Försäkringskassan tillhandahåller information om bl.a. vårdbidrag som kan ges för psykiatriska diagnoser samt aktivitetsersättning. I rapporten kommer vi att göra några nedslag i den forskning som gjorts här. Det skulle finnas ett stort värde för den fortsatta forskningen att utnyttja dessa material ytterligare.

Diskrimineringsombudsmannen (DO) står för mycket av statistiken om diskriminering generellt, men även dit inkommer mycket få anmälningar som har samband med psykisk funktionsnedsättning.

Analys – vad finns det kunskap om?
Det finns mycket få rättsfall om diskriminering som berör psykisk funktionsnedsättning. Detta kan bero på en rad orsaker. Projektet Din Rätt bedömer att personer med psykisk funktionsnedsättning saknar tillräcklig kunskap om sina rättigheter och att de ibland är så utsatta att de inte orkar kämpa för att få dem tillgodosedda. Bristande tillgänglighet när det kommer till anmälningsförfarandet hos en myndighet (komplicerade processer, onödigt svårt språk, behov av dator och internet, svårt att få individanpassad kommunikation, osv) är också ett problem. Ibland är det även oklart för flera olika parter (så som både den drabbade, dennes stödinstanser och själva rättsväsendet) vilka situationer som kräver diagnos eller en viss långvarighet – och hur den bedömningen sedan ska göras och av vem.

Psykisk ohälsa påverkar hela samhällets funktioner. De ämnesområden som vi särskilt valt att lyfta fram i olika kapitel i den här rapporten är:

- Utbildning
- Arbetsliv
- Ekonomi
- Fritid, boende, familj och vänner
- Somatisk vård
- Psykiatri
- Rättsväsende
- Socialtjänst

Den systematiska sökningen identifierade åtta rapporter som rör utbildning. Två exempel är Kristina Hellberg och Anette Kjellbergs Övergångsprocessen från skola till vidare studier och arbete - Intervjuer med unga vuxna med adhd och Aspergers syndrom och Skolinspektionens Skolsituationen för elever med funktionsnedsättningen AD/HD (2014). Utöver de ämnen som listats ovan har ytterligare ämnesområden kunnat utskiljas. Exempelvis finns flera artiklar som rör inflytande och egenmakt för personer med psykisk ohälsa. Vidare har tre artiklar fått rubriken intersektionalitet då de belyser situationen för personer med psykisk ohälsa och som samtidigt tillhör en annan marginaliserad grupp. Social integration och demokrati för personer med psykisk ohälsa samt äldres situation är ytterligare områden som det har skrivits ett flertal artiklar om

Inom området arbetsliv finns ett flertal artiklar. Däribland återfinns två publikationer från SCB om den situation personer med psykisk funktionsnedsättning upplever på arbetsmarknaden och hur de drabbas av diskriminering. Även organisationen Hjärnkoll har flera publikationer inom området och har bl.a. undersökt chefers attityder och kunskaper om psykisk ohälsa och har i en annan rapport funnit att personer med oro och ängslan ofta får sämre arbetsvillkor. Under rubriken för arbetsmarknadspolitisk verksamhet har däremot endast två relevanta artiklar hittats. Den första är en utvärdering av lönebidrag

och skyddat arbete som gjorts av Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU) och den andra en rapport om lönestöd (tidigare lönebidrag) utgiven av Arbetsförmedlingen.

Hur situationen för personer med psykisk ohälsa ser ut i socialförsäkringssystemet har undersökts i en rad rapporter. Bland annat finns två rapporter där det svenska förtidspensionssystemet jämförs med andra europeiska länders. Även dess efterföljare, aktivitetsersättningen, och dess effekter har undersökts av bl.a. Försäkringskassan och Riksrevisionen. Inom ramen för Socialförsäkringsutredningen har även en undersökning som visar på hur unga vuxna med aktivitetsersättning har större risk att begå självmord.

Inom området ekonomi, som i detta fall inte är helt lätt att skilja från föregående rubrik, finns mindre information. En av rapporterna är organisationen Hjärnkolls rapport Minuskontot där de ekonomiska villkoren för personer med psykisk funktionsnedsättning har undersökts. Personer med psykisk funktionsnedsättning har väsentligt lägre inkomster och är mer beroende av bidrag och har mindre marginaler jämfört med befolkningen som helhet. Otrygg ekonomi under lång tid ökar risken för ohälsa, samtidigt som ohälsa kan innebära försämrad ekonomi och försvårad återhämtning (Hjärnkoll 2013b). Även i Socialstyrelsens rapport Psykisk ohälsa bland unga – underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg (2013e) ingår en ekonomisk undersökning i vilken myndigheten följde ungdomar som rapporterat olika grad av oro och ångest, med avseende på om inkomsterna vid 33 års ålder huvudsakligen kommer från förvärvsarbete, från sjukersättning/aktivitetsersättning eller om hushållet får ekonomiskt bistånd.

Information som relaterar till LSS (lagen om särskilt stöd till vissa funktionshindrade) är sällsynt. Endast ett fåtal artiklar har kunnat hittas, men bland dem finns två rapporter från Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Den ena är Hur länge ska man behöva vänta? (IVO 2015a) som är en uppföljning av rapporteringsskyldighet och särskild avgift i socialtjänstlagen och LSS, och den andra är Kan jag leva som andra? (IVO 2015b) där IVO genomfört inspektioner av trettio kommunala bostäder med särskild service för vuxna med funktionsnedsättning med syfte att granska hur verksamheterna arbetar för att brukarna ska komma till tals, bli lyssnade till och utöva inflytande.

Vad gäller socialtjänsten är en fråga hur frekvensen ser ut angående omhändertagande av barn enligt lagen om vård av unga, i de fall där någon eller båda föräldrarna lever med psykisk ohälsa. Denna typ av information har inte kunnat hittas. Det innebär att det troligen saknas forskning och utredningar på detta område. Socialtjänsten förekommer dock i flera andra sammanhang. Som tidigare nämnts är det dock ofta svårt att särskilja vilken del av socialtjänsten publikationerna handlar om. Ett exempel på detta är Socialstyrelsens rapport Kompetenta föräldrar – beroende av socialtjänstens stöd - Dialog med föräldrar till barn med omfattande funktionshinder kring deras upplevelser av socialtjänsten – efter tio år med LSS. Ett ytterligare exempel är Socialstyrelsens årliga Öppna jämförelser – Stöd till personer med funktionsnedsättning som jämför socialtjänstens stöd och speglar aspekter som kvalitet, resultat och effektivitet.

Psykiatri är, av det ovan listade ämnesområdena, det område där mest kunskap har kunnat hittas. Utöver flera akademiska studier finns ett flertal statliga offentliga utredningar, ett antal rapporter från SKL och ett tjugotal rapporter från Socialstyrelsen. Och inom ramen för psykiatrin är tvångsvården ett mycket utforskat område. Bland dessa rapporter återfinns exempelvis Socialstyrelsens Det diffusa tvånget – Patienters upplevelser av öppen tvångsvård. Även när det gäller somatisk vård finns ett flertal relevanta publikationer där de mest centrala är Socialstyrelsens publikationsserie om Somatisk vård och sjuklighet vid samtida psykisk sjukdom.

BILAGA 4 – TERMINOLOGI

Sedan 2001 är det Socialstyrelsen som har ansvar för terminologin inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Syftet med en enhetlig definition är att underlätta kommunikationen – samtliga ska veta vad som menas och att alla menar samma sak. En beslutad terminologi publiceras i Socialstyrelsens termbank[35]. Det är därifrån den här rapportens begreppsanvändning i huvudsak hämtas. Dock spänner rapportens innehåll över mer än tio år och terminologin har förändrats över tid, vilket gör att det inte alltid är möjligt att använda den terminologi vi vill, för att inte förändra innehåll som redovisas i rapporten. Så långt som möjligt försöker vi dock följa Socialstyrelsens terminologi.

Begreppen funktionshinder och funktionsnedsättning har historiskt sett ibland använts synonymt och ibland med olika betydelser. Denna sammanblandning bidrog till en oklarhet över vad som åsyftades: personer med nedsatta funktionsförmågor eller personer som dessutom upplever hinder i vardagen. Båda definitionerna satte dessutom individen i fokus, det vill säga en person har en funktionsnedsättning eller har ett funktionshinder. Hur definieras begreppen i dag?

Funktionshinder är inte en synonym till funktionsnedsättning utan ett eget begrepp. Funktionshinder definieras som en begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen. Exempel på begränsningar är svårigheter att klara sig själv i det dagliga livet och bristande delaktighet i arbetslivet, i sociala relationer, i fritids- och kulturaktiviteter, i utbildning och i demokratiska processer. Det handlar framförallt om bristande tillgänglighet i omgivningen.

Funktionsnedsättning definieras som nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. En funktionsnedsättning uppstår till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana skador, tillstånd eller sjukdomar kan vara av bestående eller övergående natur.

Handikapp är borttaget som uppslagsterm och termen avråds som synonym till såväl funktionsnedsättning som funktionshinder.

Förändringen syftade till att tydliggöra distinktionen mellan vad som avser en persons nedsättning av funktionsförmåga och vad som avser problem som uppkommer för en person med funktionsnedsättning i relation till omgivningen. Funktionshinder uppstår således när en person med en funktionsnedsättning möter bristande tillgänglighet eller andra former av motstånd i den omgivande miljön.

Den förändrade terminologin innebär att det inte är logiskt att prata om personer med funktionshinder. Den främsta anledningen är att uttrycket indikerar att funktionshindret är en individuell egenskap eller ett tillstånd. En person har inte ett funktionshinder utan hindret uppstår i förhållande till omgivningen. Frasen ”personer med funktionsnedsättning” bör användas vid avgränsning och benämning av personer eller grupper.

En fördel med den nya beskrivningen av funktionshinder är enligt Socialstyrelsen att det blir lättare att på ett enhetligt sätt beskriva miljöns betydelse för de svårigheter som personer med funktionsnedsättning kan möta. Det är numera möjligt att använda uttryck som funktionshindrande miljöer eller funktionshindrande processer.

Vad ska vi säga istället för personer med psykiskt funktionshinder?

35 http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktio

Tidigare[36] kunde termen funktionshinder användas som en benämning på personer, något som inte längre är möjligt med Socialstyrelsens definition av samma begrepp. Socialstyrelsens definition utgår istället från att funktionshinder uppkommer genom ett samspel mellan individ och miljö. Funktionshinder beskriver relationen mellan människa och omgivning och inte egenskaper hos den enskilde. En person kan således inte ha ett funktionshinder, eller vara funktionshindrad. Om termen ska användas för att allmänt beteckna en nedsättning av en persons psykiska funktionsförmåga är Socialstyrelsens förslag psykisk funktionsnedsättning.

36 Många har reagerat över att förändringen inte stämmer överens med en redan etablerad definition av termen psykiskt funktionshinder. Definitionen lanserades år 2006 av den statliga utredningen Nationell psykiatrisamordning som ett försök att förtydliga vilka som ska avses med ”personer med psykiska funktionshinder”. Uttrycket förekommer i vissa lagar, exempelvis socialtjänstlagen, och psykiatrisamordningen kunde i sitt utredningsarbete konstatera ett behov av att förtydliga vilka som skulle avses med ”personer med psykiskt funktionshinder”. (Socialstyrelsens termbank).

Projektet Din Rätt har varit en treårig satsning hos Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, mot diskriminering av personer med psykisk ohälsa. Den här skriften är en systematisk kunskapssammanställning av ett decenniums rapporter och studier om risker för sådan diskriminering. Några av de samhällsområden som vi går igenom är arbetslivet, vården, psykiatrin, ekonomin och skolan. Vi hoppas att den ska läsas av alla som möter eller tar beslut som påverkar tillvaron för personer med psykisk hälsa, oavsett om det är som handläggare, vårdgivare eller politiker.

I kunskapssammanställningen hittas även berättelser från verkligheten och projektets egna kommentarer kring varje samhällsområde. Den avslutas med förslag på åtgärder för att stoppa diskriminering av personer med psykisk ohälsa - något som med gemensamma krafter är fullt möjligt.

ARVSFONDEN • ARVSFONDEN •

Projektet **Din Rätt**

NSPH
Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa
www.nsph.se