

# Minuskontot

Ekonomiska villkor för personer med psykisk funktionsnedsättning

Henrik Levinsson

Magnus Jiborn

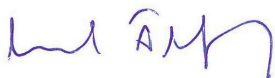
**(H)JÄRNKOLL**  
psykiska olikheter - lika rättigheter

## ■ Förord

Alla människor har ett behov av en 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 tryggad och förutsägbar ekonomi är viktigt när man på grund av en funktionsnedsättning inte fullt ut kan klara sin försörjning.

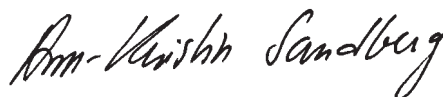
Denna rapport visar att personer som lever med en psykisk funktionsnedsättning, i allmänhet har en betydligt lägre disponibel inkomst och samtidigt högre levnadskostnader än befolkningen i övrigt. De har också lägre utbildning och svårare att få arbete. De som har ett arbete tjänar mindre än hälften av genomsnittet. Många är hänvisade till ekonomiskt bistånd, och risken är stor att fastna i ett livslångt bidragsberoende. Resultaten rimmar illa med de politiska målen om egenmaktsutveckling, jämlikhet och delaktighet och avståndet mellan ideal och verklighet är i detta sammanhang stort. Vår förhoppning är att rapporten Minuskontot ska bidra till en diskussion om vägen vidare utifrån hur vi tillsammans kan åstadkomma ett samhälle som ger människor skäliga levnadsvillkor och lika möjligheter oavsett psykiskt funktionssätt.

Frågor om psykisk ohälsa och ekonomi är något som berör väldigt många människor. Det handlar inte om andra utan om dig och mig och det samhälle vi lever i.



Carl Älfvåg

Generaldirektör  
Handisam



Anki Sandberg

Samordnare  
Nationell samverkan för psykisk hälsa

# ■ Innehåll

Förord	2
Sammanfattning	4
1. Inledning	5
2. Hur ser den ekonomiska situationen ut?	8
2.1. Tillgänglig statistik	8
2.2 Analys	11
3. Varför ser det ut som det gör?	17
3.1 Arbetsmarknaden	17
3.2 Utbildning	19
3.3 Boendesituation	19
3.4 Sociala nätverk	20
3.5 Förändringar i socialförsäkringssystem	22
3.6 Skillnader mellan olika kommuner	24
3.7 Ekonomiska konsekvenser av stigmatisering	24
4. Slutsatser	27
Referenser	29

## ■ Sammanfattning

I denna rapport granskas kunskapsläget när det gäller ekonomiska villkor för personer med psykisk funktionsnedsättning i Sverige. Rapporten går igenom data och analyser från bland annat Statistiska centralbyrån, Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet och Arbetsförmedlingen, samt relevanta vetenskapliga artiklar i ämnet.

En övergripande slutsats är att kunskapsläget är fragmentariskt. Det finns statistiska uppgifter, men underlaget är ofta bristfälligt och avgränsningen av målgruppen skiljer sig åt mellan olika undersökningar, vilket försvårar jämförelser.

Trots detta är 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 ångslan, 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.
- Villkoren skiljer sig åt mellan olika kommuner. Anhörigstöd för annat än anhöriga till äldre finns 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.

Sammantaget kan sägas att rapporten visar 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.

## 1. Inledning

För människor som lever med någon form av psykisk funktionsnedsättning tillhör ekonomiska bekymmer ofta vardagen. 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 aktiviteter, 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.

Denna rapport syftar till att kartlägga kunskapsläget när det gäller de ekonomiska villkoren för personer med psykisk funktionsnedsättning. Att denna grupp har en ekonomiskt besvärlig situation är i sig inget nytt. Redan 1997 konstaterades att personer med psykiska funktionshinder hade sämre ekonomi än befolkningen som helhet, och att de i jämförelse med andra grupper med funktionshinder, vad som då kallades handikappgrupper, tillhörde dem med störst utgifter för sitt handikapp (Kihlström, 1997). Dessa resultat utgick från data ur SCB:s undersökning av levnadsförhållanden (ULF) år 1988/1989.

En senare ULF-studie, från 1996/1997, konstaterade att personer med psykiska funktionshinder var den grupp bland personer med funktionshinder som hade högst andel ekonomiskt bistånd och lägst disponibel inkomst (Socialstyrelsen, 2002; Socialstyrelsen, 2010b). Frågan är om situationen har blivit bättre sedan dess.

I denna rapport granskas data och analyser från bland annat Statistiska centralbyrån, Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet och Arbetsförmedlingen, samt relevanta vetenskapliga artiklar i ämnet.

Det finns dock en rad metodproblem som försvårar kartläggningen. Bland annat skiljer sig avgränsningarna av målgruppen åt mellan olika undersökningar, och det saknas en gemensam och enhetlig begreppsapparat. Det finns också skäl att misstänka att många av de allra mest utsatta faller utanför undersökningarna, och att situationen i verkligheten kan vara värre än vad resultaten visar.

Att försöka ge en samlad beskrivning av läget blir därmed lite grand som att lägga pussel med bitar som inte riktigt passar ihop. Men trots att kunskapsläget är fragmentariskt så är bilden som framträder i de olika undersökningarna samstämmig i flera viktiga avseenden, och slutsatsen att personer med psykisk funktionsnedsättning fortfarande är en ekonomiskt mycket utsatt grupp i samhället visar sig vara väl motiverad.

## Begrepp och metod

Rapporten syftar till att beskriva kunskapsläget kring ekonomiska villkor för personer med psykisk funktionsnedsättning. Till denna grupp brukar räknas exempelvis personer med neuropsykiatriska diagnoser som ADHD och autismspektrumtillstånd, liksom personer med psykosjukdomar, bipolär sjukdom och andra former av psykisk ohälsa.

Ett problem är att begreppen inte används på ett enhetligt sätt, och att avgränsningarna skiljer sig åt mellan olika undersökningar. I några undersökningar används exempelvis termen "psykiskt funktionshinder" istället för "psykisk funktionsnedsättning". I andra är det närmaste psykisk funktionsnedsättning som går att komma som att personen ifråga svarat att de har "svåra besvär" av "ängslan, oro eller ångest".

Socialstyrelsen arbetar med att försöka få till stånd en enhetlig användning av termerna "funktionshinder" respektive "funktionsnedsättning" och rekommenderar följande distinktion:

En funktionsnedsättning är en "nedsättning av den fysiska, psykiska eller intellektuella funktionsförmågan" som kan vara medfödd eller uppstå till följd av skada eller sjukdom, medan ett funktionshinder är en "begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen" (Socialstyrelsen, 2010b). Ett psykiskt funktionshinder är, med denna definition, ingenting man har. Hindret finns snarare utanför individen.

Socialstyrelsens rekommendation stämmer dock inte alltid överens med en tidigare etablerad användning<sup>1</sup>, vilket man bör hålla i minnet då äldre undersökningar tolkas.

Eftersom begreppsapparaten skiljer sig åt mellan olika undersökningar är det svårt att veta exakt i vilken utsträckning de undersökta grupperna sammanfaller, vilket försvårar jämförelser och övergripande slutsatser. För framtiden skulle det vara önskvärt med en mer enhetlig begreppsapparat, men det går inte att i efterhand utvinna annan information ur materialet än den som stoppats in vid undersökningstillfället. Även om denna rapport primärt intresserar sig för personer med psykisk funktionsnedsättning är vi hänvisade till de avgränsningar som gjorts i de tillgängliga undersökningarna.

Övergripande slutsatser kan dock dras i den mån olika undersökningar tydligt pekar i samma riktning.

Personer med psykisk funktionsnedsättning utgör också en heterogen grupp som rymmer flera olika diagnoser. Det är sannolikt att den ekonomiska situationen ser olika ut för personer med olika diagnoser och att resultat när det gäller ekonomiska förhållanden för personer med funktionsnedsättning är beroende av hur gruppen definieras.

Socialstyrelsen (2010b) menar att en bred definition sannolikt innebär att de ekonomiska skillnaderna blir mindre. Med en snäv avgränsning till enstaka diagnoser riskerar man å andra sidan problem med tillförlitlighet eftersom det blir för få svarande (Handisam, 2012).

<sup>1</sup> [www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktio](http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningochfunktio)

Ett annat metodologiskt problem är bortfall på grund av att intervjupersonerna har varit svåra att nå eller inte har svarat fullständigt på de enkäter som delats ut. Enligt Socialstyrelsen (2010b) är situationen troligen värre än vad statistiken visar, eftersom bortfallet sannolikt är störst bland de allra mest utsatta.

## 2. Hur ser den ekonomiska situationen ut?

### 2.1. Tillgänglig statistik

#### SCB: Hushållens ekonomi

Statistiska centralbyrån genomför varje år flera olika undersökningar som bidrar med information om de ekonomiska villkoren för personer med psykiskt funktionsnedsättning. En är undersökningen om hushållens ekonomi, HEK, som beskriver bland annat disponibla inkomster, inkomststruktur och boendeutgifter i befolkningen.

Fram till år 2009 ställdes även frågor om psykiska funktionshinder i HEK. Först har man frågat om personen har någon funktionsnedsättning och om denna nedsättning utgör ett hinder i vardagen. Om så är fallet frågas vilken funktionsnedsättning det gäller. De tre alternativ som är relevanta för denna rapports syfte är:

- autism, Asperbergers syndrom eller autismliknande tillstånd
- ADHD/Damp
- psykiskt funktionshinder, ångest eller tvångstillstånd.

Socialstyrelsen genomförde år 2010 en specialbearbetning av data ur HEK-undersökningarna 2005 och 2006, där den ekonomiska situationen för personer med funktionshinder – psykiska eller fysiska – granskades. Sammanlagt (båda studierna inkluderade) uppgav 2 696 personer mellan 20–64 år att de hade någon form av funktionsnedsättning som utgjorde ett hinder i vardagen. Av dessa svarade 232 personer att de hade ett psykiskt funktionshinder. Det totala urvalet i undersökningarna bestod av 28 795 personer. Resultaten från Socialstyrelsens granskning ingår i analysen nedan.

I arbetet med denna rapport har vi även granskat data ur HEK-undersökningen från 2009. I denna angav 95 personer mellan 20–64 år att de har ett psykiskt funktionshinder<sup>2</sup>.

#### SCB: Undersökning av levnadsförhållanden

SCB gör även den så kallade undersökningen av levnadsförhållanden, ULF/SILC<sup>3</sup>, varje år. Mellan 12 000 och 13 000 personer från 16 år och uppåt intervjuas om bland annat boende, ekonomi, hälsa, utbildningsnivå, sociala relationer och sysselsättning. De intervjuade får exempelvis svara på om de skulle klara en oväntad utgift på 8 000 kronor utan att låna eller be om hjälp eller om de någon gång kommit efter med hyran.

Bland bakgrundsvariablerna ingår bland annat frågor om olika hälso-

<sup>2</sup> I denna grupp ingår de som svarat ja på något av de tre alternativen ovan.

<sup>3</sup> Sedan 2008 har den gemensamma europeiska undersökningen EU-SILC, Statistics on Income and Living Conditions, integrerats med ULF-undersökningarna som genomförts i Sverige sedan 1975. Därför används ofta förkortningen ULF/SILC.



aspekter och vad personer upplever som hindrande i sin vardag. Det går inte enkelt att utläsa vilka personer som har svarat på enkäten som har en psykisk funktionsnedsättning eller sjukdom. Så det närmaste som går att komma gruppen är att ta svaren från de som har svarat att "Ja, svåra besvär" på frågan "Har du besvär av ängslan, oro eller ångest?". Undersökningen gör inga anspråk på att ha en definition av psykisk funktionsnedsättning.

Vi har här granskat data ur den senaste ULF/SILC-undersökningen, vilken genomfördes 2011 och publicerades i mars 2013.

### **Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät**

SCB genomför också, på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut, FHI, en årlig nationell studie som omfattar cirka 20 000 personer mellan 16 och 84 år. De intervjuade får besvara 75 olika frågor om sin hälsa, sitt fysiska och psykiska välbefinnande, motion, alkoholvanor och så vidare. Bland dessa ingår ett par frågor om ekonomiska förhållanden, bland annat om man skulle klara en plötslig utgift på 15 000 kronor och om man någon gång under det senaste året upplevt en ekonomisk kris i form av att man haft svårt att klara löpande utgifter för mat, hyra räkningar eller liknande. Dessutom ingår uppgifter om disponibel inkomst som hämtats ur inkomst- och förmögenhetsregistret.

Gruppen som går att få fram från undersökningen är densamma i denna undersökning som i ULF/SILC, det vill säga personer som uppger att de har svåra besvär av ängslan, oro eller ångest.

De resultat som redovisas här bygger på en specialbearbetning av data ur undersökningarna från 2005 till 2012 som gjorts av SCB på uppdrag av Handisam. Siffrorna har slagits samman för tre år i taget.

Resultaten från denna analys har inte tidigare publicerats.

### **Socialstyrelsen**

Det finns en rad rapporter från Socialstyrelsen som belyser den ekonomiska situationen hos personer med psykisk funktionsnedsättning, bland annat rapporten *Alltjämt ojämlikt* som fokuserar på personer med funktionsnedsättningar, vilka har insatser enligt antingen Socialtjänstlagen, SoL, eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Rapporten grundar sig på registerdata från 2007 samt en enkät från 2009. Resultatet från enkäten bör tolkas med viss försiktighet då svarsfrekvensen var låg. I studien ingick 57 500 personer mellan 20 och 64 år.

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.

En alldeles färsk rapport från Socialstyrelsen, *Att ha schizofreni och vara utrikesfödd* (2013), belyser levnadsförhållandena för personer med schizofreni.

I undersökningen ingår nästan 9 000 personer som vårdats för första gången på svenska sjukhus för schizofreni eller schizofreniliknande

tillstånd under perioden 2002–2007. Bland de undersökta indikatorerna 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 går det att utvinna mer generell information ur materialet. I rapporten redovisas resultatet uppdelat på ursprungsregioner och kön. Här har vi räknat samman resultaten till en enda kategori. I många fall skiljer sig dock resultaten åt mellan olika grupper – exempelvis är utlandsfödda med schizofreni i större utsträckning än svenskfödda beroende av försörjningsstöd. Den som är intresserad av dessa skillnader hänvisas till originalrapporten.

### **Landstinget Blekinge**

Landstinget i Blekinge genomförde 2008–2010 en studie som omfattade drygt 200 personer med psykisk funktionsnedsättning och insatser från den kommunala psykiatrin i Blekinge. 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 omfattar även frågor kring den ekonomiska situationen, såsom inkomster och ekonomiska marginaler.

### **Pågående forskning**

Vid Stockholms universitet bedrivs forskning kring sambandet mellan ekonomiska villkor och psykisk ohälsa, bland annat av Alain Topor. I en studie (Mattsson M, Forsell Y, Topor A, Cullberg J., 2008) visas hur ekonomiska påfrestningar kan hämma tillfrisknande och återhämtning hos patienter med psykos och schizofreni. I en nyligen publicerad studie (Topor, A., Andersson, G., Denhov, A., Holmqvist, S., Mattsson, M., Stefansson, C-G., Bülow, P. 2013.), intervjuades 19 personer med psykosdiagnos om sina ekonomiska villkor. Studien visar att fattigdom är ett centralt inslag i dessa människors vardagsliv och en kontinuerlig källa till stress som påverkar deras hälsa och sociala liv, men också att många människor med psykisk ohälsa utvecklar rationella strategier för att hantera en ständig brist på ekonomiska resurser.

Vid Lunds universitet finns insamlad men obearbetad data om ekonomin hos personer med psykisk funktionsnedsättning. Materialet har dock, enligt professor Mona Eklund som stått för insamlingen, varit svårt att analysera på grund av att frågorna om privatekonomi sannolikt tolkats olika av respondenterna. Därför ämnar man under år 2013 förtydliga och utveckla dessa frågor i samband med uppföljningsmätningar<sup>4</sup>.

4 Mejlkonversation

## 2.2 Analys

De undersökningar som finns kring ekonomiska villkor för personer med psykisk funktionsnedsättning skiljer sig alltså 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.

### Lägre inkomster

- Den disponibla inkomsten per konsumtionsenhet<sup>5</sup> för personer med psykiska funktionshinder var cirka 30 procent lägre än genomsnittet för hela befolkningen i såväl HEK 2005–2006 som HEK 2009.
- Nästan 20 procent av personerna med psykiska funktionshinder hade i HEK 2009 låg disponibel inkomst per konsumtionsenhet.<sup>6</sup> Bland samtliga svarande var andelen hälften så stor.
- Även i FHI:s folkhälsoenkät är personer med psykisk funktionsnedsättning – här definierat som personer som uppgett sig ha svåra besvär av ängslan, oro eller ångest – kraftigt överrepresenterade bland låginkomsttagarna. I denna undersökning räknas man som låginkomsttagare om man tillhör de 20 procent med lägst inkomst bland de svarande. Under perioden 2010–2012 hade 39 procent av dem med svåra besvär av ängslan, oro eller ångest låg inkomst – det vill säga nästan dubbelt så stor andel som i befolkningen som helhet. Andelen låginkomsttagare i gruppen har dessutom ökat med 5 procentenheter sedan perioden 2005–2007.
- Personer med schizofreni har, enligt rapporten Att ha schizofreni och vara utrikesfödd, ”som grupp mycket låga inkomster jämfört med personer utan schizofreni”. Detta gäller för såväl kvinnor som män och såväl utrikesfödda som svenskfödda. Den genomsnittliga disponibla inkomsten per år för män med schizofreni var några år efter diagnos cirka 50 procent av motsvarande inkomst för män utan schizofreni. För kvinnor var motsvarande siffra cirka 60 procent.

### Lägre andel förvärvsinkomster och lägre lön

Skillnaderna blir än större om man tittar på inkomster från arbete.

- I HEK 2005–2006 hade personer med psykiskt funktionshinder lägst andel löneinkomst och lägst löneinkomst – i genomsnitt mindre än 100 000 kronor om året bland dem som hade ett arbete – av samtliga grupper. Endast omkring 30 procent av dem med psykiska funktionshinder hade löneinkomst.

<sup>5</sup> Med disponibel inkomst avses samlad inkomst från arbete, kapital och bidrag minus skatt. För att få fram den disponibla inkomsten per konsumtionsenhet delas hushållets samlade disponibla inkomst med en viktad summa av antalet personer i hushållet. Olika personer får olika vikt beroende på ålder och antal personer i hushållet.

<sup>6</sup> Med låg disponibel inkomst menas här att man lever i ett hushåll där inkomsten per konsumtionsenhet är lägre än 60 procent av medianvärdet för befolkningen som helhet

- I såväl HEK 2005–2006 som HEK 2009 var den genomsnittliga löneinkomsten för de personer med psykiskt funktionshinder som hade ett arbete mindre än hälften av genomsnittet i befolkningen i övrigt.
- Enligt Socialstyrelsens rapport Att ha schizofreni och vara utrikesfödd hade knappt 16 procent av de undersökta personerna med schizofreni inkomst från förvärvsarbete fyra år efter diagnos. Ett år före diagnosen var andelen högre, drygt 25 procent, men ändå långt under genomsnittet för befolkningen som helhet, något som sannolikt pekar på att sjukdomen gett sig till känna långt innan diagnosen ställts.
- I studien från Blekinge landsting uppgav omkring 25 procent av de svarande att de saknade sysselsättning/jobb och endast 7 procent att deras inkomst kom från lönearbete.

### Högre andel bidragsberoende

Eftersom personer med psykisk funktionsnedsättning oftare än andra saknar inkomst från arbete ligger det nära till hands att misstänka att de i större utsträckning blir beroende av olika former av stöd och bidrag för sin försörjning. Att detta stämmer framgår tydligt av statistiken.

De stödformer som framförallt är aktuella är sjukersättning, aktivitetsstöd och försörjningsstöd – eller ekonomiskt bistånd<sup>7</sup> – samt bostadsstöd. Den som har en sjukpenninggrundande inkomst och hel sjukersättning eller inkomstrelaterad aktivitetsersättning får 64 procent av den tidigare lönen. Den som inte har någon sjukpenninggrundande inkomst får en lägre garantiersättning.

För den som inte har haft något arbete och inte kan få sjukersättning eller aktivitetsersättning återstår det kommunala försörjningsstödet som sista utväg. Detta är dock mycket lågt – för 2013 är riksnormen satt till 3 880 kronor per månad, plus boendekostnader, för en ensamstående vuxen. Socialstyrelsen (2013) konstaterar:

”Att under längre perioder leva på försörjningsstöd innebär en mycket svår ekonomisk situation.” Men detta är den situation många personer med psykisk funktionsnedsättning befinner sig i.

- I HEK 2005–2006 hade personer med psykiskt funktionshinder högst andel aktivitetsstöd eller sjukersättning av samtliga personer med funktionshinder.
- Personer med psykiskt funktionshinder hade i samma undersökning oftare försörjningsstöd än andra grupper. Sannolikheten för att ha försörjningsstöd var nästan fem gånger större hos personer med psykiskt funktionshinder jämfört med befolkningen som helhet – 23 procent mot 5 procent. Personer med psykiskt funktionshinder tog också oftare emot ekonomisk hjälp från närstående, anhöriga eller släktingar än personer med andra funktionshinder.

<sup>7</sup> Med försörjningsstöd, eller ekonomiskt bistånd, avses det behovsprövade ekonomiska stöd som betalas ut av kommunen i enlighet med Socialtjänstlagen. Stödet kallades tidigare socialbidrag.

- I HEK 2009 svarade nästan tre gånger större andel av dem med psykiska funktionshinder att de fick bostadsstöd än i befolkningen som helhet – knappt 9 procent mot 3 procent.
- Enligt Socialstyrelsens rapport Alltjämt ojämlikt löper personer med psykisk funktionsnedsättning och insatser enligt SoL eller LSS nästan sju gånger så stor risk att behöva försörjningsstöd som befolkningen som helhet.
- I Blekingestudien uppgav drygt 35 procent att de hade inkomster från sjukpension, knappt 50 procent att de hade sjukersättning eller aktivitetsersättning, och 5,5 procent att de hade försörjningsstöd.
- Enligt Socialstyrelsens rapport Att ha schizofreni och vara utrikesfödd hade cirka 78 procent av de undersökta personerna med schizofreni antingen sjukpenning, aktivitetsstöd eller försörjningsstöd som huvudsaklig inkomstkälla fyra år efter diagnos. Aktivitetsstöd var klart vanligast och utgjorde huvudsaklig inkomstkälla för cirka 67 procent. Knappt 2 procent saknade helt inkomstkälla.
- Redan ett år före diagnosen var det, enligt samma rapport, en stor andel – knappt 59 procent – som hade antingen sjukpenning, aktivitetsstöd eller försörjningsstöd som huvudsaklig inkomstkälla. En intressant iakttagelse är att fördelningen mellan olika typer av stöd inte är densamma före och efter diagnosen. Andelen med sjukpenning var dubbelt så stor ett år före diagnosen som fyra år efter, och detsamma gällde även försörjningsstödet och andelen som helt saknade inkomst. En effekt av diagnosen tycks alltså vara att personer som redan tidigare haft svårigheter med försörjningen – sannolikt på grund av sjukdomen – gått från andra typer av bidrag till aktivitetsersättning.
- Ett år före diagnos levde drygt 18 procent av personerna med schizofreni i Socialstyrelsens undersökning antingen på försörjningsstöd eller saknade helt inkomst. Fyra år efter diagnos hade andelen halverats. En möjlig slutsats är att personer med ännu odiagnostiserad schizofreni har en särskilt utsatt situation och ofta lever under synnerligen svåra omständigheter.
- Socialstyrelsen konstaterar i rapporten *Alltjämt ojämlikt* att den som har aktivitets- eller sjukersättning eller ekonomiskt bistånd som huvudsaklig inkomstkälla riskerar att behöva leva på existensminimum, en tillvaro strax ovanför fattigdomstrecket, i större delen av sitt liv (Socialstyrelsen, 2010a).

### Högre boendeutgifter

Utöver att personer med psykiska funktionsnedsättningar i genomsnitt har lägre inkomster än övriga grupper i samhället visar några undersökningar på att gruppen i genomsnitt har högre kostnader för boende:

- I HEK 2005–2006 bodde personer med psykiskt funktionshinder oftare i hyresrätt och hade i genomsnitt högre hyra än andra.

- Andelen av den disponibla inkomsten som går till boendeutgifter var i HEK 2009 klart högre för personer med psykiska funktionshinder än för befolkningen som helhet. Medianvärdet var nästan 29 procent i gruppen, att jämföra med knappt 19 procent för samtliga intervjuade.
- Enligt Socialstyrelsens rapport *Alltjämt omjämligt* är unga vuxna med insatser enligt SoL eller LSS särskilt ekonomiskt utsatta på grund av höga hyror i kombination med låga inkomster. De erbjuds inte sällan nya lägenheter med höga hyror och har små möjligheter att själva välja lägenhet.

### **Mindre marginaler och större utsatthet för ekonomisk kris**

- Omkring 52 procent av intervjupersonerna med svåra besvär av ängslan, oro eller ångest uppgav i ULF/SILC 2011 att de inte klarar av att betala en plötslig utgift på 8000 kronor. Bland samtliga med funktionsnedsättning var andelen 28 procent, medan den bland dem som inte hade någon funktionsnedsättning var 15 procent.
- Omkring 22 procent av dem med svåra besvär av ängslan, oro eller ångest uppgav i samma undersökning att de kommit efter med betalningen av exempelvis hyra och räkningar de senaste tolv månaderna. Bland samtliga med funktionsnedsättning var andelen 11 procent och bland dem utan funktionsnedsättning 6 procent.
- Andelen som inte skulle klara en oväntad utgift på 15 000 kronor i FHI:s folkhälsorapport var cirka 50 procent för personer som uppgett sig ha svåra besvär av ängslan, oro eller ångest. För samtliga svarande var motsvarande andel drygt 20 procent. Detta gäller för samtliga perioder.
- I samma undersökning uppgav mellan 44 och 48 procent av dem med svåra besvär av ängslan, oro eller ångest att de under det senaste året utsatts för ekonomisk kris, vilket ska jämföras med 15 till 18 procent av samtliga svarande. Andelen har dock minskat och det lägsta värdet, 44 procent, gäller för perioden 2010–2012.
- I HEK 2009 hade personer med psykiskt funktionshinder i snitt 35 procent mindre kvar att leva på än befolkningen som helhet efter att boendekostnaderna är betalda.
- Att avstå vård av ekonomiska skäl var i HEK 2005–2006 cirka fem gånger så vanligt bland personer med psykiska funktionshinder som bland övriga, och nästan dubbelt så vanligt som bland personer med andra funktionshinder. Personer med psykiskt funktionshinder avstod även från tandvård oftare än andra, och ekonomiska skäl var den i särklass vanligaste orsaken.
- Cirka 20 procent av dem med psykisk funktionsnedsättning och insatser enligt SoL eller LSS hade enligt Socialstyrelsens rapport *Alltjämt omjämligt* behövt låna pengar till mat. Det är dubbelt så många som i befolkningen som helhet.



- I Blekingestudien uppgav 18 procent av de svarande att deras utgifter översteg inkomsterna. 56 procent uppgav i samma studie att de inte hade tillräckliga ekonomiska resurser om något oförutsett skulle inträffa, och 42 procent att de inte hade tillräckliga resurser för att betala för medicin, glasögon, tandläkare eller sjukvård.

### **Anhörigas situation**

Många med funktionsnedsättning behöver stöd från sina anhöriga och 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).

Man kan fråga sig om detta beror på brister hos kommunerna i tillämpningen av de stöd som personer med funktionsnedsättning har rätt till. Socialstyrelsen konstaterar att anhörigstödet till personer som är yngre än 65 år måste bli bättre.

I en studie som genomfördes av psykiater Lena Flyckt med kollegor studerades anhörigsituationen för personer med psykisk funktionsnedsättning med fokus på informell vårdbörd (Flyckt, L., Löthman, A., Jörgensen, L., Rylander, A., Koernig, T., 2011).

Författarna lyfter fram att vårdbördan för anhöriga har ökat i flera länder, i samband med avinstitutionaliseringen av den psykiatriska vården, så också i Sverige. 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 sjuke vid behov.

Utgifter relaterade till den sjuke tog i anspråk omkring 14 procent av den anhöriges heltidsinkomst, och arbetsförmågan hos de anhöriga var nedsatt med cirka två timmar per dag. Slutsatsen är att den ekonomiska bördan för anhöriga kan vara ansevärd.

Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv bör man inte uteslutande prioritera en ökad funktionsförmåga hos patienten utan bör också beakta närståendes situation när resurser fördelas och vården planeras, menar Flyckt, Löthman et al. (2011).

### **Sammanfattning**

Sammanfattningsvis ger de granskade undersökningarna belägg för att personer med psykisk funktionshinder är en ekonomiskt mycket utsatt grupp. De har lägre disponibla inkomster, är i större utsträckning beroende av olika typer av stöd och bidrag, 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.

Psykiska funktionshinder kan också innebära ekonomiska påfrestningar för anhöriga. Det finns också forskning som tyder på att ekonomiska förhållanden kan ha betydelse för den psykiska hälsan och möjligheterna till återhämtning.



## 3. Varför ser det ut som det gör?

### 3.1 Arbetsmarknaden

Av de undersökningar som refererats ovan framgår att personer med psykiska funktionshinder i lägre utsträckning har arbetsinkomster än befolkningen i övrigt. Istället är de i större utsträckning hänvisade till olika former av bidrag – sjukersättning, aktivitetsersättning, bostadsbidrag eller försörjningsstöd.

Socialstyrelsen (2010a) menar att svag förankring på arbetsmarknaden utgör den främsta orsaken till den sämre ekonomin hos personer med psykisk funktionsnedsättning. Situationen kan delvis bero på begränsade möjligheter till utbildning vilket leder till svårigheter att få jobb.

Arbetslöshet och långtidsarbetslöshet är, enligt Handisams rapport *Hur är läget?* (2012), vanligare bland personer med funktionsnedsättning än i befolkningen i övrigt.

Enligt undersökningen *Funktionshindrades situation på arbetsmarknaden – 4:e kvartalet 2008*, som SCB genomfört tillsammans med Arbetsförmedlingen, fanns det år 2008 närmare 86 000 personer med psykisk funktionsnedsättning, varav omkring 76 000 hade nedsatt arbetsförmåga (närmare 89 procent). Av dessa hade cirka 22 procent arbete medan 13 procent hade andra former av sysselsättning, exempelvis daglig verksamhet (SCB, 2009a)

Enligt Socialstyrelsen (2012b) är nedsatt arbetsförmåga av sociala skäl ett av de vanligaste försörjningshindren. Många får inte sin arbetsförmåga klarlagd eller utredd av läkare, och de tycks ofta inte heller få den långsiktiga hjälp som de behöver, exempelvis med arbetsträning och social rehabilitering.

Socialstyrelsen menar att fler personer som idag sysselsätts inom exempelvis daglig verksamhet sannolikt skulle kunna arbeta om de fick möjlighet till det (Socialstyrelsen, 2010a). Rapporten pekar på att det kan finnas inlåsningseffekt i insatser som daglig verksamhet. Enligt rapporten är det endast 1 procent av dem med daglig verksamhet som går vidare till arbete.

Nationalekonomen Dan Andersson menar i rapporten *Dörrarna stängs innan alla får plats* att det finns belägg för att sysselsättningsutvecklingen för personer med funktionsnedsättning generellt är sämre i Sverige än i andra länder, och uppskattar att mellan 33 000 och 200 000 fler personer med nedsatt arbetsförmåga skulle kunna arbeta i någon omfattning.

Andersson visar också att sysselsättningsgraden hos personer med nedsatt arbetsförmåga sjunkit mellan 1998 till 2008 och att långtidsarbetslösheten hos samma grupp ökat kraftigt.

Forskning visar att arbetslöshet inte bara ger sämre ekonomi utan också ökar risken för psykisk ohälsa (Gonäs, Hallsten & Spånt 2006; Hammarström, Gustafsson, Strandh, Virtanen & Janlert, 2011; Paul & Moser 2009).

## Att drabbas av psykisk ohälsa i arbetslivet

Vad händer när man som anställd drabbas av psykisk ohälsa? Hur påverkas privatekonomin? Finns det rehabiliteringsåtgärder att tillgå, med syfte att kunna komma åter i arbete?

I detta avsnitt redogörs för resultatet av en undersökning som Unionen (2012) utfört bland sina medlemmar och arbetsmiljöombud. Undersökningen grundar sig på tre enkäter. Resultatet bör tolkas med försiktighet men ett antal tendenser går att se. Det bör noteras att det alltså är begreppet "psykisk ohälsa" som används i denna undersökning, till skillnad från tidigare studier om funktionshinder och funktionsnedsättning.

Om chefer med personalansvar får uppskatta hur många av de anställda på arbetsplatsen som kommer att drabbas av psykisk ohälsa någon gång under sitt yrkesliv, gissar de i genomsnitt att 10 procent eller färre kommer att göra det. Uppskattningen är dock inte i linje med verkligheten.

Enligt Socialstyrelsen (2009) beräknas 20 till 40 procent av Sveriges befolkning lida av någon form av psykisk ohälsa. Mellan 5 och 10 procent lider av tillstånd som kräver psykiatrisk behandling.

En mycket stor andel av kostnaderna för sjukförsäkring – 37 procent år 2009 – kan hänföras till psykisk ohälsa. Depression stod för 12 procent av kostnaderna (Socialförsäkringsrapport, 2011:4).

I Unionens enkätundersökning konstateras att "psykisk ohälsa i form av depression/förstämning och stressrelaterad ohälsa är med råge den främsta sjukskrivningsorsaken" (sid. 2).

Psykisk ohälsa som sjukskrivningsorsak är vanligare än både rygg-sjukdomar och förkylning/influensa. Det framgår också tydligt att den psykiska ohälsan till stor del är arbetsrelaterad. Samtidigt lyfter rapporten fram svårigheten med att få psykisk ohälsa och stressrelaterade sjukdomar godkända som arbetsskada.

Den som är anställd och sjukskrivs på grund av psykisk ohälsa fångas upp av sjukförsäkringen. Dock är sjukförsäkringens tidsramar snäva för denna grupp, då personer med psykisk ohälsa ofta är sjukskrivna 180 dagar eller mer (Försäkringskassan, 2012; Unionen, 2012).

Unionens undersökning lyfter fram tre brister i rehabiliteringskedjan i samband med sjukskrivning:

- 1 Alla får inte en plan trots att de har sjukpenning eller rehabiliteringsersättning.
- 2 Försäkringskassan brister i kartläggningen av individens behov av åtgärder.
- 3 Arbetsgivaren tar inte sitt rehabiliteringsansvar.

Svårigheter med att komma tillbaka i arbete påverkar givetvis privatekonomin negativt. Den som drabbas av psykisk ohälsa löper risk att inte få någon rehabiliteringsplan, att inte få sin sjukdom godkänd som arbetsskada och att hamna utanför sjukförsäkringssystemet vid långvarig sjukskrivning.

En viktig sak att notera i sammanhanget 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. Har man alltid förmåga eller ork att ta reda på sina skyldigheter eller att hävda sina rättigheter?

### 3.2 Utbildning

En möjlig delförklaring till att personer med psykisk funktionsnedsättning har en svag förankring på arbetsmarknaden är brister i utbildningen.

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 ångslan, 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.

En förklaring till den låga utbildningsnivån är att psykiska problem ofta bryter ut i sena ungdomsåren eller i tidig vuxen ålder då man inte sällan har fullt upp med studier (Socialstyrelsen, 2010a; Flyckt, Persson et al., 2011).

Detta faktum har också andra negativa effekter för den framtida ekonomin. Insjuknar man i en allvarlig psykisk sjukdom, exempelvis schizofreni, och därmed är i behov av långvarig behandling, innan man hunnit få någon löneinkomst, tvingas man söka ekonomiskt bistånd och får därmed försämrade möjligheter till rehabilitering.

Enligt en rapport från Socialstyrelsen (2010c) medför psykisk sjukdom större ekonomiska konsekvenser ju tidigare man drabbas. Förklaringen är att man inte har haft så lång tid på sig att etablera sin ekonomi.

En förklaring till att fler hamnar i daglig verksamhet istället för på arbetsmarknaden är, enligt Dan Andersson, särskiljandet av elever i skolan. Fram till 2011 placerades många barn med autism och liknande tillstånd i särskola<sup>8</sup>. Socialstyrelsen (2011a) menar att det är belagt att personer som gått i särskola i princip är utestängda från arbetsmarknaden.

Enligt Handisam finns det brister och hinder i skolan för elever med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Sådana brister kan vara att lärare saknar kunskaper om hur man kan anpassa undervisningen och ge möjlighet att utveckla sina förmågor kring det som man är bra på. Det saknas också enligt Handisam individuella utvecklingsplaner för dessa elever.

### 3.3 Boendesituation

Enligt utredningen *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100) är boende ”den

<sup>8</sup> [www.skolinspektionen.se/sv/Tillsyn--granskning/Riktad-tillsyn/mottagande-i-sarskola/For-foraldrar/](http://www.skolinspektionen.se/sv/Tillsyn--granskning/Riktad-tillsyn/mottagande-i-sarskola/For-foraldrar/), hämtad 2012-12-19

enskilda faktor som har de största effekterna på den enskildes levnadsförhållanden” (SOU 2006:100, sid. 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* 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 äter ute istället för att laga mat, inte uteslutande på grund av funktionsnedsättningen, utan också på grund av bristfälligt boende.

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 psykiska funktionshinder 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.

### **3.4 Sociala nätverk**

Vänskap etableras ofta på arbetsplatsen, genom fritidsaktiviteter eller via ens partner (Davidson, L., Shaha, G., Stayner, D.A., Chinman, M.J., Rakfeldt, J. & Kraemer Tebes, J., 2004). Att ha en funktionsnedsättning kan innebära begränsningar av individens möjligheter när det gäller social gemenskap (SOU 2006:5).

Ensamhet kan i sig vara en bidragande orsak till ekonomiska problem. Personer som lever ensamma har i regel sämre ekonomi än gifta och samboende, och en sämre ekonomi påverkar i sin tur den psykiska hälsan negativt (Socialstyrelsen, 2010a).

Att ha tillgång till ett socialt nätverk är också en viktig faktor när det gäller möjligheten att få jobb.

Ensamhet och isolering är vanligare bland personer med psykisk funktionsnedsättning än i andra grupper, och de tenderar att ha färre personer som de betraktar som sina vänner:

- I SCB:s undersökning av levnadsförhållanden, ULF/SILC, levde 31 procent av de svarande med en psykisk funktionsnedsättning i form av svåra besvär av ängslan, oro eller ångest ensamma. Av dem utan funktionsnedsättning var andelen knappt 18 procent ensamma.
- 29 procent av dem med svåra besvär av ängslan, oro eller ångest uppgav i samma undersökning att de inte har något umgänge med nära anhöriga, och nästan var fjärde, 24,5 procent, sade sig inte ha någon nära vän. Även här är skillnaden signifikant i relation till såväl befolkningen som helhet som svarande med någon annan form av funktionsnedsättning.

Personer med funktionshinder 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.

Bland personer som vårdats för psykos på sjukhus är en svag ekonomi såsom låg inkomst, ekonomiskt bistånd och begränsad tillgänglighet till arbetsmarknaden vanligare jämfört med icke sjuka. Även risken för separation är högre, och detta gäller för båda könen.

Såväl sjukdomen i sig som en separation till följd av sjukdomen kan vara bidragande orsaker till en försämrad ekonomi. Detta har visat sig gälla även för andra typer av sjukdomar såsom stroke, hjärtinfarkt och MS (Socialstyrelsen, 2010c).

Bengt Lögdberg och Lise-Lotte Nilsson fann i en studie att 10 procent av alla personer med schizofreni som avlider hittas döda först efter fem eller fler dagar (Nilsson & Lögdberg, 2008). Det är tjugo gånger vanligare än bland befolkningen som helhet. Ett fall som Lögdberg redogör för i en artikel i Dagens Nyheter (2008) gäller en avliden man som varit inskriven i psykiatrin men blivit avskriven eftersom kliniken inte hört något från honom. Det tog ett halvår innan mannen hittades avliden.

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 sjukdom (Davidson et al., 2004). I studien deltog 260 personer med psykiatrisk diagnos. Hälften av dem hade psykosjukdom 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:

- 1 Denna grupp fick 28 dollar per månad att använda till sociala aktiviteter samt socialt stöd från en person som inte hade någon tidigare erfarenhet av psykisk sjukdom
- 2 Den här gruppen fick också 28 dollar i månaden och socialt stöd men från en person med erfarenhet av psykisk sjukdom och som återhämtats i tillräckligt hög grad
- 3 Denna grupp 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 sociala support 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.

Under ledning av docent Alain Topor vid Stockholms universitet kommer under år 2013 en liknande studie att genomföras i Sverige. Ett hundratal personer med allvarliga psykiska problem i Blekinge kommer att få ett aktivitetsbidrag på 500 kronor i månaden för att kunna aktivera sig socialt. En jämförelsegrupp kommer att följas på samma sätt med hjälp av skattningsskalor och intervjuer.

En fråga som studien ska försöka ge svar på är om den sociala tillbakadragenhet som inom psykiatrin vanligtvis tolkas som en yttring av den psykiska funktionsnedsättningen istället kan vara en följd av de sociala omständigheter som många människor med den typen av problematik lever under.<sup>9</sup>

### **3.5 Förändringar i socialförsäkringssystem**

Personer med psykisk funktionsnedsättning saknar i större utsträckning än andra arbetsinkomster och är därmed oftare beroende av olika former av stöd och bidrag från samhället för sin försörjning. Förändringar i dessa stödsystem, exempelvis socialförsäkringssystemet, får därför särskilt stora konsekvenser för denna grupp.

Den 1 juli 2008 ändrades reglerna i sjukförsäkringen i syfte att få fler sjukskrivna åter i arbete. En rehabiliteringskedja med fasta tidsgränser för bedömning av arbetsförmåga infördes tillsammans med en bortre parentes i sjukpenningen på två och ett halvt år. Vidare togs möjligheten till tillfällig sjukersättning bort, så att endast den vars arbetsförmåga är "stadigvarande nedsatt" fortsättningsvis kan få sjukersättning.

<sup>9</sup> Mejlkonversation

Tidsgränserna i rehabiliteringskedjan är också kopplade till stegvis sänkta ersättningsnivåer. Under det första året motsvarar sjukpenningen cirka 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten, för att därefter sjunka till cirka 75 procent.

De som passerat den bortre parentesen kan bli inskrivna på Arbetsförmedlingen och få aktivitetsstöd. Denna ersättning motsvarar vad man har i dagpenning från A-kassan men de som inte uppfyller kraven för A-kassa kan få en betydligt lägre ersättning.

Tanken är att de succesivt sänkta ersättningsnivåerna ska utgöra ett incitament för individen att skaffa sig ett arbete. Frågan är dock om detta fungerar för individer som befinner sig långt från arbetsmarknaden – exempelvis personer med långvarig psykisk ohälsa.

2010 uppnådde 41 000 personer maximal tid med sjukpenning eller tidsbegränsad sjukersättning och förlorade rätten till fortsatt ersättning från sjukförsäkringen. Knappt hälften av dessa hade psykisk sjukdom som huvuddiagnos. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har undersökt vad som hände med dem som utförsäkrades. Resultatet publicerades i april 2013 i rapporten *Personer som uppnår maximal tid i sjukförsäkringen – Vilka är de och vad händer efteråt?*

Enligt rapporten hade omkring hälften av de utförsäkrade återvänt till sjukförsäkringen inom ett år. Andelen som fick ekonomiskt bistånd under minst sex månader tredubblades, och uppgick under det första året efter utförsäkringen till 8,6 procent. Bland dem med psykisk sjukdom som inte återvänt till sjukförsäkringen inom ett år uppbar mer än 16 procent ekonomiskt bistånd.

Hälften av dem som lämnade sjukförsäkringen på grund av att de uppnått maximal tid hade inga eller mycket låga arbetsinkomster 2010. En mindre grupp, mellan 3 och 5 procent av de utförsäkrade, hade låga arbetsinkomster men mottog inte ekonomiskt bistånd och hade heller inte återvänt till sjukförsäkringen. Enligt rapporten försörjdes dessa personer, som alltså helt saknade egen inkomst, "sannolikt av någon närstående". Av rapporten framgår dock inte hur stor andel av dessa som hade psykisk sjukdom som diagnos.

Man kan dock misstänka att personer med psykisk sjukdom är överrepresenterade i denna grupp. Patient-, brukar- och anhörigorganisationer framhåller att personer med psykisk ohälsa ibland inte klarar av att uppfylla de villkor och krav på ekonomisk redovisning som Socialtjänsten ställer på den enskilde.

Förändringarna i sjukförsäkringen har blivit starkt omdiskuterade och kritiken mot vissa effekter har fått till följd att regeringen genomfört modifieringar för att mildra dessa effekter. Bland annat infördes 2012 ökade möjligheter till individuella bedömningar när en person når den bortre parentesen i sjukförsäkringen, och ökade möjligheter till fortsatt sjukpenning i fall när det vore "uppenbart orimligt" att dra in sjukpenningen. Dessutom infördes två nya ersättningsformer, sjukpenning respektive rehabiliteringspenning "i särskilda fall", vilka är tänkta att mildra effekterna av att möjligheten till tidsbegränsad sjukersättning

tagits bort. Det är dock ännu för tidigt att utvärdera effekterna av dessa förändringar.

Sammantaget kan sägas att förändringarna i sjukförsäkringen inneburit ytterligare påfrestningar för den ekonomiskt mycket utsatta gruppen personer med psykiska funktionsnedsättningar. Reformerna har för denna grupp inneburit att ännu fler blivit beroende av ekonomiskt bistånd från samhället eller stöd från närstående för sin försörjning.

Eftersom dålig ekonomi är en faktor som kan förstärka symptom på psykisk ohälsa och försämra möjligheter till rehabilitering har reformerna i detta avseende direkt motverkat sitt syfte. På detta område är det tydligt att en ökad förståelse för och hänsyn till sambandet mellan ekonomi och psykisk ohälsa skulle kunna få stor betydelse.

### **3.6 Skillnader mellan olika kommuner**

Hur och i vilken utsträckning man arbetar med individuella planer för att få individens behov tillgodsedda varierar mellan kommunerna. En studie av 891 personer med psykisk funktionsnedsättning fann att individuella planer hade upprättats i endast 74 fall (Socialstyrelsen 2012a). Enligt en annan rapport från Socialstyrelsen (2012b) saknar hälften av kommunerna sådana planer trots att det är ett krav enligt SoL att landstinget i samarbete med kommunen ska utforma en sådan.

Skillnader mellan olika kommuner har även ekonomiska effekter. I vilken utsträckning personer med funktionsnedsättning får betala för olika insatser, såsom rehabiliteringsstöd och socialt stöd, eller hjälpmedel varierar mellan kommunerna.

Ledsagning för att kunna delta i sociala aktiviteter kostar ingenting i 38 procent av landets kommuner (Socialstyrelsen, 2012b), medan de övriga kräver en avgift av den enskilde.

Eftersom ensamhet och social isolering är vanligt bland personer med psykisk funktionsnedsättning, och tillgång till ett socialt nätverk samtidigt har stor betydelse för såväl ekonomi som möjligheter till återhämtning, är detta en fråga som, trots att den kan förefalla liten, kan vara av stor betydelse för den enskilde.

### **3.7 Ekonomiska konsekvenser av stigmatisering**

Det finns skäl att tro att de ekonomiska levnadsvillkoren för personer som har psykisk funktionsnedsättning även påverkas negativt av fördomar och stigmatisering. Med stigmatisering avses ett nedvärderande utpekande av en viss grupp människor som uppfattas som att de avviker från samhällets normer.

Att personer med psykisk funktionsnedsättning ofta upplever sig vara föremål för ett sådant förhållningssätt, och att detta också påverkar deras chanser, får stöd i flera rapporter.

Som tidigare nämnts är sysselsättningsgraden lägre bland personer med psykisk funktionsnedsättning än i befolkningen som helhet. Enligt Handisams rapport Hur är läget? är de som har ett jobb också mer oroliga att förlora det jämfört med övriga befolkningen.



Enligt SCB:s rapport *Funktionshindrades situation på arbetsmarknaden* upplever omkring 22 procent av dem med nedsatt arbetsförmåga och funktionsnedsättning som har sysselsättning att de har blivit diskriminerade (SCB, 2009a). Bland samtliga med funktionsnedsättning är siffran cirka 12 procent.

Omkring 7 procent av dem med funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga uppgav i samma studie att de under den senaste femårsperioden blivit uppsagda eller avskedade på grund av sin funktionsnedsättning.

Omkring 6 procent i samma grupp uppgav att de under de senaste fem åren har blivit mobbade, trakasserade eller kränkta på grund av sin funktionsnedsättning, och lika många uppgav att de blivit osakligt behandlade vid lönesättning någon gång under de senaste fem åren.

En amerikansk studie visar att stigmatisering av psykiskt sjuka har en negativ inverkan på såväl anställning och lön, som på allmänhetens syn på resursfördelning och kostnader för hälso- och sjukvård (Sharac, McCrone, Clement & Thornicroft, 2010).

En avhandling från Lunds universitet visar att det är vanligt förekommande att personer med psykisk sjukdom upplever att de av omgivningen betraktas som inkompetenta, mindre intelligenta och mindre trovärdiga. De upplever också att möjligheten att få ett arbete i princip är obefintlig om deras sjukdomshistoria skulle uppdagas för arbetsgivaren. (Lundberg, 2010)

Enligt Dan Anderssons rapport *Dörrarna stängs innan alla fått plats* görs 45 procent av rekryteringen till lediga jobb genom handplockning och kontakter, vilket försämrar möjligheterna för personer med psykiska funktionsnedsättningar att få en anställning och därmed möjligheterna till en bättre ekonomi. Andersson menar att fördomar om en persons psykiska och fysiska status, tillsammans med ny teknik som gör det enkelt att skaffa information om arbetsökande, ökar svårigheten att få komma till en intervju.

Att ha upplevt stigma kan resultera i att man undviker sociala kontakter. Man känner rädsla och obehag för att drabbas av bortstötning och avståndstagande från omgivningen. Det är svårt att känna sig delaktig i samhället, man förlorar vänner, det är svårt att få jobb, och man har små chanser att utvecklas.

Även här kan man tala om en ond cirkel:

”Om en grupp människor ständigt återfinns bland de arbetslösa, avskilda från andra människor finns det en risk att fördomar och negativa föreställningar kring dem växer i samhället” (Lundberg, sid. 47).

Lundberg menar vidare att arbete ökar känslan av delaktighet i samhället och att fördomar och stigma sannolikt skulle minska om fler psykiskt sjuka fanns i arbetslivet.

Frågan är dock om ökad kunskap hos allmänheten i sig behöver leda till ett förändrat beteende mot personer med psykisk sjukdom?

En stor internationell studie visar att förbättrad kunskap hos allmänheten om de biologiska orsakerna bakom psykiska sjukdomar inte

alltid leder till att fördomarna minskar (Schomerus G., Schwahn C., Holzinger A., Corrigan PW., Grabe HJ., Carta MG & Angermeyer MC., 2011). Inte heller verkar det ske någon förändring i attityder över tid. I viss utsträckning kan man till och med tala om ökade fördomar i samhället, framförallt mot personer som lider av schizofreni, vilket kopplas till farlighet.

Samtidigt påpekar Handisam att arbetsgivare som har anställt personer med funktionsnedsättning är mer positiva till att anställa igen.

Flera studier pekar på att det är i interaktionen och mötet med personer med psykisk sjukdom som fördomar minskar. En svensk attitydundersökning som genomfördes under år 2009 av professor Lars Hansson vid Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser, CEPI, i Lund visade att personer med någon form av egen erfarenhet av psykisk sjukdom hade mindre negativa attityder än andra. Likaså var personer som är eller har varit verksamma inom det psykiatriska fältet mer positiva i sina attityder, vad gäller kontakt med personer med psykisk sjukdom (Hansson, 2010).

## 4. Slutsatser

Vi har här granskat kunskapsläget när det gäller de ekonomiska villkoren för människor som lever med någon form av psykisk funktionsnedsättning. Granskningen visar att 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.

Människor med psykisk funktionsnedsättning lider också i betydligt större utsträckning än andra av ensamhet – de har färre vänner och lever oftare ensamma. Ensamheten bidrar i sig till sämre ekonomi, och utgör också ett hinder när det gäller att få arbete och socialt umgänge. Samtidigt gör den svaga ekonomin det svårare att delta i exempelvis fritidsaktiviteter som utvecklar det egna sociala nätverket. Det finns i detta avseende fog för att tala om en ond cirkel som samhället bör vidta åtgärder för att bryta.

Villkoren ser olika ut i olika kommuner. 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.

En nyckel till att kunna agera effektivt för att förbättra situationen är att ha god kunskap om hur situationen faktiskt ser ut. Men trots det allvarliga läget, och trots att det är känt att ekonomin påverkar den psykiska hälsan, så är kunskaperna om livsvillkoren för denna grupp utsatta människor fragmentariska.

Det är svårt att få fram en samlad och detaljerad bild av läget. 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. Läget kan därmed vara ännu värre än de förhållanden som redovisats här.

I SCB:s årliga undersökning av hushållens ekonomiska situation, HEK, har frågan om psykiska funktionsnedsättningar försvunnit efter 2009, vilket gör att informationen om denna grupps inkomster och boendeförhållanden numera är ännu mer bristfällig.

En av de viktigaste åtgärderna för att kunna förändra situationen är därför att förbättra datainsamlingen, och att göra detta utifrån mer enhetliga definitioner av målgruppen. Här finns en svår avvägning mellan behovet av att vara precis – gruppen är mycket heterogen och villkoren för människor med olika diagnoser eller tillstånd kan variera kraftigt – och behovet av att få ett tillräckligt stort urval för att resultaten ska vara tillförlitliga.

## Referenser

- Andersson, D. (2012). *Dörrarna stängs innan alla fått plats*. Handikappförbunden och Lika unika.
- Dagens Nyheter. (2008) "Många med schizofreni dör i ensamhet", <http://www.dn.se/insidan/insidan-hem/manga-med-schizofreni-dor-i-ensamhet>, hämtad 2012-11-29
- 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*, vol 32(4), 453-477.
- Elfving Ekström U., Flyckt L, Kempe, F & Rohnitz, A. (2010). "Människor med psykosjukdomar behöver trygg ekonomi". Dagens Medicin. <http://www.dagensmedicin.se/debatt/manniskor-med-psykosjukdomar-behoover-trygg-ekonomi/> (hämtad 2012-11-28)
- Flyckt, L., Löthman, A., Jørgensen L., Rylander A., & Koernig, T. (2011). "Burden of informal care giving to patients with psychoses: A descriptive and methodological study". *Int J Soc Psychiatry* Jan 31.
- 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.
- Folkhälsoinstitutet. (2012). Nationella folkhälsoenkäten.
- Försäkringskassan. (2012). *Analys av de försäkrade som når 180-dagars sjukskrivning*
- Gonäs, L., Hallsten, L., & Spånt, R. (2006). *Uppsaidas och arbetslösas villkor och hälsa: En översikt av forskningen 1995–2005*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Hammarström, A., Gustafsson, P. E., Strandh, M., Virtanen, P., & Janlert, U. (2011). "It's no surprise! Men are not hit more than women by the health consequences of unemployment in the Northern Swedish Cohort". *Scandinavian Journal of Public Health*, 39, 187–193.
- Handisam. (2012). Hur är läget? *Uppföljning av funktionshinderspolitiken 2012*.
- Hansson, L. (2010). *Psykisk ohälsa – attityder, kunskap, beteende*, CEPI.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2013). *Personer som uppnår maximal tid i sjukförsäkringen. Vilka är de och vad händer efteråt?* Rapport 2013:6. Stockholm.
- Kihlström, H. (1997). *Man bara existerar: om psykiska och ekonomiska problem*. Carlsson Bokförlag AB.
- Lundberg B. (2010). *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*. Lund
- 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): 947-952.
- Nilsson LL, Lögdberg B. (2008). "Dead and forgotten - postmortem time before discovery as indicator of social isolation and inadequate mental healthcare in schizophrenia". *Schizophrenia Research* 102 (1-3): 337-339.
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). "Unemployment impairs mental health: Meta-analyses". *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264–282.

- Sandström, B., Bohman, L., Strandberg, E.L. (2011). "Dagarna däremellan lever vi" – Psykisk funktionsnedsättning och välbefinnande i fokus. Blekinge Kompetenscentrum: Landstinget Blekinge: Rapport 2011.1
- SCB, ULF/SILC 2008-2011.
- SCB. Hushållens ekonomi 2009.
- SCB. (2009a). *Funktionshindrades situation på arbetsmarknaden – 4:e kvartalet 2008. Information om utbildning och arbetsmarknad* 2009:3.
- Sharac J, McCrone P, Clement S, Thornicroft G. (2010). "The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review". *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*; 19(3), 223-232.
- Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta, MG, Angermeyer MC. (2011). "Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 125(6), 440-452.
- Skolinspektionen. <http://www.skolinspektionen.se/sv/Tillsyn--granskning/Riktad-tillsyn/mottagande-i-sarskola/For-foraldrar/>, hämtad 2012-12-19
- Socialförsäkringsrapport 2011:4. (2011). *Vad kostar olika sjukdomar i sjukförsäkringen? Kostnader för sjukpenning i sjukskrivningar (över 14 dagar) samt sjukersättning och aktivitetsersättning över 2009 fördelat på diagnos*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/funktionsnedsattningoch-funktio>, hämtad 2012-12-04
- Socialstyrelsen. (2002). *Vårdens värde – Vad får vi för pengarna i vård och omsorg?*
- Socialstyrelsen. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*.
- Socialstyrelsen. (2010a). *Alltjämt ojämnt! Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning*.
- Socialstyrelsen. (2010b). *Inkomster och utgifter för vissa personer 20-64 år med funktionsnedsättningar*.
- Socialstyrelsen. (2010c). *Socialrapport 2010*.
- Socialstyrelsen. (2011). *Lägesrapport 2011. Hälsa- och sjukvård och socialtjänst*.
- Socialstyrelsen. (2012a). *Nationell tillsyn av kommunernas insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning 2009–2011*.
- Socialstyrelsen. (2012b). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst*.
- Socialstyrelsen. (2013). *Att ha schizofreni och vara utrikesfödd – insjuknande, vård och levnadsförhållanden hos invandrare jämfört med personer födda i Sverige*
- SOU 2006:5. *Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder*. Stockholm. Edita.
- SOU 2006:100. *Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande Nationell psykiatrisamordning*, Stockholm. Regeringskansliet.
- 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: Psychological, Social and Integrative Approaches*.
- Unionen. (2012). *Inte fullt frisk – en rapport om sjukförsäkringens konsekvenser för Unionens medlemmar*.

# **(H)JÄRNKOLL**

psykiska olikheter - lika rättigheter

[www.hjarnkoll.se](http://www.hjarnkoll.se)

[www.mynewsdesk.com/se/pressroom/hjarnkoll](http://www.mynewsdesk.com/se/pressroom/hjarnkoll)

Gilla Hjärnkoll på Facebook