

# Diskriminering i samband med psykisk ohälsa

EN KUNSKAPSÖVERSIKT  
**KORTVERSION**



# Diskriminering i samband med psykisk ohälsa



*Det är en mänsklig rättighet att slippa bli diskriminerad, och Diskrimineringslagen ska skydda människor från att missgynnas på grund av psykisk funktionsnedsättning. Ändå vittnar många om allvarliga och kränkande erfarenheter av att bli missgynnad på grund av att man lever med psykisk ohälsa. Christoffer som blev av med jobbet när han berättade att han har adhd, är en av dem. Elin som lever med bipolaritet och fick sämre vård än andra när hon drabbades av en muskelsjukdom, är en annan.*

**N**ätverket NSPH - Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa - har arbetat för bättre förutsättningar 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 sextioalet. Sedan NSPH började engagera sig i detta har vi sett flera former av diskriminering och i augusti 2014 startade vi Arvsfondsprojektet Din Rätt, en treårig satsning på att identifiera och belysa risker för diskriminering av personer med psykisk ohälsa. Sedan dess har flera av NSPH:s aningar bekräftats – diskrimineringen i samband med psykisk ohälsa är utbredd – men många möjligheter till förändring också uppdagats. För att sammanställa den kunskap som finns på området lät vi göra en kunskapsöversikt över relevant forskning från de senaste tio åren. I skriften som du nu håller i handen sammanfattar vi vad denna forskning säger, och berättar också om de som vi genom projektet Din Rätt har erfarit gällande diskriminering kopplat till psykisk ohälsa. Vi fokuserar på områdena utbildning, arbetsliv, ekonomi, fritid, boende familj och vänner, somatisk vård, psykiatri, rättsväsende samt socialtjänst.

” 3 av 4 svenskar är berörda.

Varje avsnitt inleds med några aidentifierade berättelser från personer som har upplevt sig missgynnade. Den fullständiga kunskapsöversikten, ”Diskriminering i samband med psykisk ohälsa”, finns att läsa på [www.nsph.se](http://www.nsph.se).

Diskriminering kan ta många olika former, den kan vara såväl individuell som strukturell, dold såväl som oför täckt. I den här skriften vill vi förutom att belysa individuell diskriminering även beskriva de ojämlika levnadsförhållanden som riskerar att bli en konsekvens av strukturell diskriminering av personer med psykisk ohälsa. Upplevelserna av att bli diskriminerad, kränkt eller orättvist behandlad på grund av psykisk ohälsa är mycket bredare än vad som ryms inom det juridiska lagrummet och de ärenden som Diskrimineringsombudsmannen åtar sig att driva. Så även ur ett bredare perspektiv ser NSPH och projektet Din Rätt brist på likvärdiga villkor för personer med psykisk ohälsa, och stora behov av förändring för mer jämlika förutsättningar och möjligheter i vårt samhälle.

## VAD ÄR PSYKISK OHÄLSA?

Med psykisk ohälsa menar vi nedsatt psykiskt välbefinnande i samband med stress, utbrändhet eller ångest, samt negativa hälsoeffekter för individen som en följd av hens neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller psykiatriska diagnoser. Med psykisk hälsa menar vi att uppleva sin tillvaro som meningsfull och att kunna använda sina resurser väl.

#### FAKTARUTA DISKRIMINERINGS- RINGSLAGEN (SFS 2008:567)

En förenklad beskrivning av diskriminering är 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 diskriminerings-grunderna i lagen, där funktionsnedsättning är en. Sedan år 2015 är det också olagligt att brista i tillgänglighet, alltså att inte vidta åtgärder för att personer med funktionsnedsättning ska kunna delta i samhället på likvärdiga villkor.

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.

Vår förhoppning är att dessa upptäckter kommer att väcka intresse, läsas och vara till nytta för beslutsfattare och andra som har inflytande över exempelvis utbildningssystemet och vår vårdsektor. Vi hoppas också att detta är kunskap som kommer vara till glädje för yrkesverksamma som möter personer med psykisk ohälsa i sitt arbete, såväl för intresseföreningar och brukarorganisationer som arbetar för jämlika villkor för personer med psykisk ohälsa.

*Text: Sofia Wikman, Johanna Wester, Nicole Wolpher.*

*Din Rätt bedrivs 2014 till 2017 och arbetar mot diskriminering av personer med psykisk ohälsa. I projektet har vi bland annat haft rådgivning till personer som upplever sig drabbade kan vända sig för råd och stöd. Under projekttiden har närmare 500 personer hört av sig. Läs mer: [n sph.se](http://n sph.se), kunskapsportalen, "Din rätt. En inspirationskrift om lika rättigheter för personer med psykisk ohälsa", "Diskriminering i samband med psykisk ohälsa".*



# 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."**



## KORT OM DISKRIMINERING I SAMBAND MED UTBILDNING

Det finns relativt lite information tillgänglig om missgynnande av personer som lever med psykisk ohälsa i utbildningsvärlden. 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.

I förskolan förefaller stödet till barn med funktionsnedsättning fungera bättre än i grundskolan. 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.



### PROJEKTET DIN RÄTT: S ERFARENHETER

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 sysslösa 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 skolläda, 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.



*I skolan finns de kanske största möjligheterna att arbeta för människors psykiska hälsa, eftersom den når barn i alla åldrar.*

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 exempelvis elevens koncentrationsförmåga eller sociala förmåga?

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.”

”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.”

”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.”



## KORT OM DISKRIMINERING I ARBETSLIVET

Arbetslivet är ett förhållandevis väl utforskat område 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.



*Många har erfarenhet av att arbetskamrater undviker dem eller tar avstånd från dem.*



## PROJEKTET DIN RÄTT:S ERFARENHETER

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. 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 hade gjort.



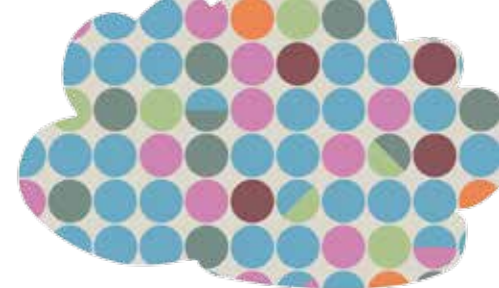
### HAR DU SOM ARBETSGIVARE/CHEF STÄLLT DIG FRÅGORNA:

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

”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 anhängig 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.”



## KORT OM 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 ERFARENHETER

Långvarig psykisk ohälsa leder ofta till ekonomisk utsatthet. 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.

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, då det kan tolkas som bevis på att personen klarar av att ha en

sysselsättning och då antas kunna försörja sig genom arbete. 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.

Att få en god man eller förvaltare kan vara något som gör ens tillvaro lättare. En god man kan inte minst ge ett ekonomiskt stöd som gör stor skillnad för många med psykisk ohälsa, men även genom att sörja för personen och bevaka dennes rätt utgöra ett brett och betydelsefullt stöd. Alltför ofta kan dock 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. 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. Det vore vidare önskvärt att överförmyndarverksamheterna blev 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.



### HAR DU SOM YRKESVERKSAM INOM FRÅGOR SOM RÖR EKONOMISK ERSÄTTNING, FÖRSÖRJNINGSTÖD ELLER EKONOMISKT BISTÅND STÄLLT DIG FRÅGONA:

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.”

”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.”



*Det handlar till exempel om trakasserier från anhöriga, uteslutning ur styrelser, mobbning i skolan, och stängda dörrar i grannskapet.*

### KORT OM DISKRIMINERING KOPPLAT TILL 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 i kultur- och nöjeslivet samt motions- och friluftslivet än befolkningen i stort. 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 på grund av att man lever med en psykisk funktionsned-





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

sättning. Förutom att personer med psykisk ohälsa – i form av svår ångslan, oro eller ångest – ofta upplever stress, saknar de också ofta en nära vän. Två av tre hemlighåller sina psykiska problem för sin omgivning. Även deras anhöriga befinner sig ofta i en utsatt situation.



### PROJEKTET DIN RÄTT: S ERFARENHETER

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

Föreningsliv, liksom rättsväsendet, är dock 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 mädde?

Tog jag mig tid att lyssna på svaret?

## 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.”

”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.”



## KORT OM DISKRIMINERING I SAMBAND MED SOMATISK VÅRD

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. 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. Soci-alstyrelsen 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.



### PROJEKTET DIN RÄTT: S ERFARENHETER

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, och samtal till NSPH:s rådgivning visar att den somatiska vården ofta diskriminerar personer med psykisk ohälsa. Erfarenheten av att hänvisas till psykiatri 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 nekats 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 avvissande 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 skydds nät. 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.”



## KORT OM DISKRIMINERING I SAMBAND MED PSYKIATRISK VÅRD

Fyra av tio med erfarenhet av psykisk ohälsa upplever att de har blivit orättvist bemötta i den psykiatriska vården. 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 till psykiatrin. 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 enligt 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 något som allt oftare anges som ett skäl till att personer som borde slussas ut från den rättspsykiatriska vården inte skrivs ut utan blir kvar.

En persons behov av stöd 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. Det händer till exempel att patienter inom psykiatrisk öppenvård remitteras till primärvården när specialistvården inte anser att patienten är i behov av psykiatrisk 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 ERFARENHETER

En stor del av de ärenden som kommer in till NSPH:s rådgivning handlar om psykiatri. Det finns många klagomål på att man inte får tillträde till psykiatri, eller att man inte får den vård man behöver när man väl har kommit in i psykiatri.

Det är för långa väntetider inom psykiatri, 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 NSPH och projektet Din rätt känner att psykiatri 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 varit nästan suicidala, eftersom tröskeln för hur illa det ska vara innan exempelvis barn- och ungdomspsykiatri (BUP) öppnar sina dörrar är alltför hög. Andra kan berätta om hur de flyttas omkring inom allmänpsykiatri, 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.

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

nittioalet. 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 psykiatri 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 gjorts 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.”



## KORT OM DISKRIMINERING INOM RÄTTSVÄSENDET

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 ERFARENHETER

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 polisväsendet 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 av 87 personer svarade att personals 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 ta till sig byråkratisk eller juridisk information, eller kommunicerar på ett sätt som inte är normativt är risken att man inte blir förstådd, och att brottet man utsätts för eller vittnar om aldrig blir utrett.



### 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.”



### KORT OM DISKRIMINERING I SOCIALTJÄNSTEN

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 Lagen om stöd och service

till vissa funktionshindrade (LSS) och Socialtjänstlagen (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. Forskningen behöver vidare uppmärksamma den diskriminering som personer med psykisk funktionsnedsättning utsätts för på grund av avslag på olika stödinsatser.

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.

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 KOMMUNENKÄT

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

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.

Läs mer om kommunenkäten på [www.nsph.se](http://www.nsph.se)

## PROJEKTET DIN RÄTT:S ERFARENHETER

Socialtjänsten är det område som Din Rätt:s rådgivning har fått in flest frågor om. Här ser vi många förbättringsbehov. Det är idag stor skillnad på vilka krav socialtjänsten ställer från person till person beroende på personens funktionsnivå, var den 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. Enbart ens behov ska avgöra hur ens stöd ska utformas – inte ålder eller någon annan faktor.

Det är för få med psykisk ohälsa som kvalar in för att få LSS-insatser (inom personkrets 3) på grund av en alltför snäv praxis i tolkningen 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 allvarligt felriktade 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 alltför verkningslösa om de utgår ifrån en schablon och inte utformas utifrån det behov som den enskilda person som ansökt om dem har.

Om ett beslut går den enskilde emot så har denne rätt att överklaga detta, men risken är att denna rättighet förlorar allt annat än ett symbolvärde om individen inte också kan få hjälp med sådana processer. 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?





# 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 utifrån sitt mandat bidra.*

## 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.

Förläng diskrimineringslagens nuvarande preskriptionstid på två år.

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 stödinstitutioner 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

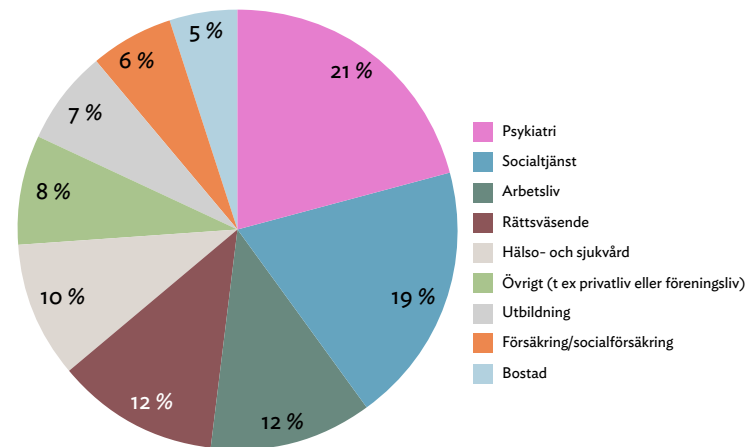
För att rättigheter för personer med psykisk ohälsa ska värnas behövs: mer forskning, ökad kunskap om psykisk funktionsnedsättning, förbättrad tillgänglighet, stärkt juridiskt skydd, utökat samhälleligt stöd och kvalitetsarbete med brukarinflytande. Allt detta kan och bör göras tillsammans med dem det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



## STATISTIK ÖVER VÅRA CA 430 INKOMNA ÄRENDE

En genomsnittlig antidiskrimineringsbyrå, som till skillnad från oss arbetar med alla diskrimineringsgrunder, får in ca 250 ärenden på samma tid – cirka 2½ år.

### Samhällsområden



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

Text: Sofia Wikman, Johanna Wester och Nicole Wolpher.

Layout: Caroline Bjurman Holgersson

Omslagsbild och illustrationer: Jutta Falkengren

Tryck: XX



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 kunskapsammansättning 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 kunskapsammansättningen 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.



Projektet **Din Rätt** 



Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

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