

Februari 2026

Reformer på låtsas

Hur välfärden raserades för allvarligt
psykiskt sjuka och andra svårt
utsatta grupper



Gunnar Ågren

arena idé

Reformer på låtsas

Hur välfärden raserades för allvarligt psykiskt sjuka och andra svårt utsatta grupper

Författare: Gunnar Ågren
Redigering: Nora Eriksson
ISBN: 978-91-989871-0-2
Grafisk form: Simon Karlsson
© Arenagruppen och författaren
Stockholm 2026

Rapporten i en mening:

1990-talets genomgripande systemskifte med omfattande nedskärningar av välfärden innebar att de högt ställda målen med psykiatrireformen från 1995 inte kunde nås, och efter millennieskiftet har utsatta grupper fått en ännu svagare position i samhället. Rapporten argumenterar för att det krävs dels en styrning av resurser till dem med störst behov, dels en organisation för behandling och rehabilitering med såväl medicinsk/psykiatrisk som social kompetens för att framgångsrikt kunna förbättra de svårt psykiskt sjukas och socialt utsatta gruppers situation.

Under 1950- och 1960-talen gjordes stora ansträngningar för att inkludera socialt utsatta grupper som långvarigt psykiskt sjuka, hemlösa och människor med allvarliga beroendeproblem i välfärden. Avsevärda resurser satsades på att förbättra vårdmiljöer, ordna arbete och sysselsättning och ta fram anpassade boenden. Arbetet grundades ofta på en socialmedicinsk helhetssyn, och insatserna föregicks av noggranna undersökningar av de utsatta gruppernas situation.

Under 1970- och 1980-talen växte kritiken mot institutionsvården. Mentalsjukhusen stängdes successivt och man försökte i stället bygga upp en sektoriserad psykiatri med geografiskt befolkningsansvar och satsning på mer öppna vårdformer. Det visade sig dock lättare att stänga vårdplatser än att bygga upp nya resurser för boende och sysselsättning.

Psykiatriutredningen som tillsattes 1989 föreslog därför en psykiatrireform där kommunerna skulle ges ansvaret för social rehabilitering, sysselsättning och boende för långvarigt psykiskt sjuka. Målsättningen var högt ställd. Psykiskt funktionsnedsatta skulle få samma rättigheter som andra samhällsmedborgare. Detta gällde särskilt rätten till boende och arbete eller sysselsättning.

90-talskrisen med åtföljande kraftiga besparingar och neddragningar kom att drabba psykiatri och missbruksvården mycket hårt. Stora delar av den kvarvarande institutionsvården privatiserades. Psykiatrireformen genomfördes 1995 utan några resurstillskott trots de stora behoven. Många psykiskt sjuka blev hemlösa.

Efter millennieskiftet fortsatte minskningen av vårdplatser och behandlingsresurser inom beroendevården. Däremot byggdes den psykiatriska öppenvården ut och fick en delvis ny inriktning. Diagnostik och handläggning av adhd och autism tar idag allt större resurser. Användningen av psykofarmaka har ökat kraftigt. En och en kvarts miljon svenskar använder idag antidepressiva preparat och en kvarts miljon använder amfetaminpreparat.

De svårt psykiskt sjuka har snarast fått en försämrad situation när det gäller hälsa och levnadsförhållanden jämfört med vad psykiatriutredningen beskrev i slutet på 1980-talet. Inget av psykiatrireformens mål om likvärdiga levnadsförhållanden med andra samhällsgrupper har uppnåtts. Tvärtom har utvecklingen gått i motsatt riktning när det gäller inkomster och arbete. Klyftan mellan personer med psykisk funktionsnedsättning och andra grupper har vidgats. Personer med schizofreni och andra svåra psykiska sjukdomar har idag en högre överdödlighet jämfört med den allmänna befolkningen än före psykiatrireformen. Ensamhet, fattigdom och vanvård är viktiga bakomliggande faktorer.

Den psykiska hälsan inom befolkningen har försämrats, särskilt bland ungdomar och unga vuxna. Ett delvis dysfunktionellt skolsystem och en trängre arbetsmarknad är sannolikt viktiga bidragande faktorer.

Under de senaste decennierna har det gjorts en rad utredningar, beviljats projektmedel, gjorts överenskommelser med SKR och tillsatts samordnare utan att detta kunnat påverka verksamheten i nämnvärd grad.

För att framgångsrikt kunna förbättra de svårt psykiskt sjukas och socialt utsatta gruppers situation krävs dels betydande resurser, dels en organisation för behandling och rehabilitering med såväl medicinsk/psykiatrisk som social kompetens. Det nuvarande samarbetet mellan sjukvård och socialtjänst fungerar inte och det räcker inte med nya överenskommelser om samarbete. En möjlig väg att gå är att återupprätta systemet med socialläkare och socialmedicinska team för socialt utsatta grupper.

Innehåll

Inledning.....	4
Bakgrund	5
Debatten om den psykiatriska vården och psykiatrins roll i samhället	7
En förändrad socialtjänst	7
Nittiotalskrisen ledde till en genomgripande nedsärning och förändring av välfärden	8
Psykiatriutredningen skulle lägga grunden till den framtida psykiatri men åtföljdes av en vingklippt psykiatireform	9
Vad hände med psykiatri?.....	10
Den fortsatta utvecklingen	11
Hur har det gått med psykiatireformens mål om likvärdiga levnadsförhållanden för människor med psykisk funktionsnedsättning?	13
Bostäderna.....	13
Ekonomi och jobb	13
Dödlighet i samband med schizofreni och annan svår psykisk sjukdom	14
Hur har psykiatri utvecklats?	18
Ökad läkemedelsanvändning	21
Hur har den psykiska ohälsan utvecklats?	24
En tydlig försämring av den självupplevda ohälsan	24
Ökat antal sjukskrivningar	25
Ökning av "deaths of despair" – förtvivlans dödsfall – bland unga vuxna...	25
Hur har vården av missbruks- och beroendeproblem utvecklats?	28
Många utredningar – inga förbättringar	29
Ökad omfattning av LARO-behandling.....	30
Regeringens nationella strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention	31
Slutsatser	32
Referenser	37

Gunnar Ågren har tidigare varit generaldirektör för Statens folkhälsoinstitut. Har dessförinnan jobbat som socialläkare och forskningsledare inom socialtjänsten i Stockholm. Mångårigt aktiv som landstingspolitiker för Vänsterpartiet i Stockholms län.

Inledning

En bakgrund till att jag skriver rapporten finns i mitt arbete som socialläkare i Stockholm under 1970-talet. Jag hade dessförinnan jobbat inom psykiatri och fick anställning på Skarpnäcksgården, som var flaggskeppet i det omfattande programmet för att rehabilitera hemlösa i Stockholm. Avsikten var bland annat att få bukt med "härbärgeseländet" och att de hemlösa skulle få bostad, arbete och bra vård. De resurser som ställdes till förfogande var i dagens perspektiv osannolika. De som skrevs in fick arbete med avtalsenlig lön vid skyddade verkstäder och det fanns tillgång till ett välutrustat sjukhem och tandläkarmottagning. Två socialmedicinska team med läkare, psykolog och erfarna socionomer ledde rehabiliteringsarbetet, som inte var okomplicerat men medverkade till att hemlösheten minskade kraftigt i Stockholm. En rad härbärgen kunde stängas på grund av minskat platsbehov.

Under 1970-talet blev jag också landstingspolitiker och kunde delta i arbetet med att bygga upp en sektoriserad psykiatri som skulle ersätta de gamla mentalsjukhusen.

Meningen var att sektorsklinikerna skulle ansvara för boende och boendestöd, arbete och sysselsättning samtidigt med psykiatrisk behandling.

Det rådde en bred politisk enighet både om hemlöshetssatsningen i Stockholm och om uppbyggnaden av en sektoriserad psykiatri med helhetsansvar för patienternas sociala situation.

Under andra halvan av 1980-talet och början av 1990-talet förändrades situationen. Både kommuner och landsting fick sämre ekonomi. En hårdare ekonomistyrning infördes och vård blev i allt högre grad en vara som skulle upphandlas till lägsta möjliga kostnad. Verksamheter som vände sig till socialt utsatta grupper tillhörde de första som privatiserades.

Parallellt skedde en renodling av uppgifter mellan sjukvård och socialtjänst. Kommunen kunde inte längre bedriva sjukvård, och psykiatrien skulle inte ta något ansvar för bostad och sysselsättning.

Jag hade tillfälle som forskningsledare vid socialförvaltningens FoU-byrå att följa och beskriva några av de förändringar som inträffade under denna period. I de hemlöshetsinventeringar som gjordes kunde vi konstatera att andelen hemlösa med psykiska problem ökade parallellt med att allt fler skrevs ut från mentalsjukhusen utan någon ordnad social situation. Efter millennieskiftet lades också forskningsenheten ner och möjligheterna att följa utvecklingen reducerades.

En stor del av de problem som denna rapport handlar om grundlades under det genomgripande systemskifte som skedde i Sverige under 1990-talet. Den utveckling som skett efter millennieskiftet har inneburit att utsatta grupper har fått en svagare position i samhället och att vårdresurser successivt flyttats över från de svårast sjuka till andra grupper.

Bakgrund

Den här rapporten handlar om socialt utsatta gruppers situation och hur den förändrats under en tidsperiod från 1980-talet till nutid. Med socialt utsatta grupper menas personer med långvarig och allvarlig psykisk sjukdom samt personer med beroendeproblematik som gäller alkohol och narkotika och samtidigt sociala problem liksom de hemlösa. Dessa grupper överlappar i hög grad.

Omfattningen av social utslagning ses ofta som en mätare på graden av social välfärd i ett samhälle, och frånvaron av öppen social misär har historiskt setts som ett tecken på att Sverige är ett välfärdssamhälle.

Riktade reformer som syftar till att förbättra situationen för dem som kallades samhällets olycksbarn kom ganska sent in i välfärdspolitiken. Insatser för att förbättra läget för människor med svåra sociala problem initierades tidigare ofta av enskilda, ofta liberala, politiker och av frivilligorganisationer. Alkoholmissbruket var ett mycket stort socialt problem i slutet av 1800-talet. En stark nykterhetsrörelse som var väl förankrad i arbetarrörelsen drev igenom en restriktiv alkoholpolitik som kraftigt reducerade skadorna. Studerar man dokument som *Arbetarrörelsens efterkrigsprogram* nämns inte socialt utsatta grupper som ett problem. Däremot finns en stark betoning på generella förebyggande åtgärder för att förbättra folkhälsan och människors levnadsvillkor, där förbättrad ekonomisk standard, allas rätt till jobb och en social bostadspolitik är viktigast. Under de första åren efter andra världskriget stod generella reformer som att förbättra pensioner, humanisera fattigvården och införa barnbidrag i centrum. I takt med den snabba ekonomiska tillväxten och generella standardförbättringar skapades också utrymme för att inkludera fler grupper i välfärden.

En stor del av förtjänsten för att grupper med tung social och medicinsk problematik inkluderades i välfärden ligger hos socialt verksamma samhällsdebattörer. Ett namn som särskilt bör nämnas är Gunnar Inghe, Sveriges förste socialläkare och professor i socialmedicin. Han uppmärksammade långvariga understödstagares och hemlösas situation i Stockholm. Undersökningen publicerades på svenska under titeln *Fattiga i folkhemmet* (Inghe 1958). Hemlösheten hade ökat i takt med den snabba inflyttningen till storstäderna och den åtföljande bostadsbristen. Motbokens avskaffande 1955 bidrog till en kraftig ökning av alkoholproblemen, vilket förvärrade situationen.

Det Gunnar Inghe visade var att hemlöshet och långvarig fattigdom inte var några självvalda tillstånd, som berodde på moraliska defekter och ovilja att arbeta, utan hade ett starkt samband med psykisk och kroppslig sjukdom. Därför krävdes det integrerade sociala, psykiatriska och medicinska insatser för att lösa problemen, och på hans initiativ lades det fram ett brett handlingsprogram för att bryta hemlösheten. Programmet omfattade en rad socialmedicinska team med medverkan av läkare och psykologer, ett stort antal specialdestinerade bo-

städer, skyddade arbetsplatser med avtalsenliga löner och särskilda sjukhem för hemlösa och andra socialt utsatta.

Programmet fick stöd av en bred majoritet i Stockholms stadsfullmäktige. Den enda invändningen var att politikerna tyckte att man föreslagit alltför få nya arbetsplatser, vilket åtgärdades genom att förslaget kompletterades. Sammanlagt inrättades fyra socialläkarteam som var öronmärkta för att jobba med hemlösa. Till sitt förfogande hade man ett tusental vård- och behandlingsplatser.

Initiativet med att inrätta socialläkartjänster följdes senare upp både inom en rad andra verksamheter inom socialvården i Stockholm och i en rad andra kommuner.

Den psykiatriska vården var under 1950-talet fortfarande till största delen en statlig angelägenhet och bedrevs, utom i några storstäder, huvudsakligen vid stora statliga sinnessjukhus, senare omdöpta till mentalsjukhus. Det dominerande problemet var platsbristen som medförde att många psykiskt sjuka fortfarande vistades på kommunala vårdinstitutioner med låg standard. Även förhållandena på mentalsjukhusen var dåliga med överbeläggning, patienter i stora salar, brist på sysselsättning och för lite utbildad personal.

På 1950-talet tillsattes en statlig utredning, Mentalsjukvårdsdelegationen (SOU 1958:38) som skulle genomlysna den psykiatriska vården och komma med förslag till förbättringar. I utredningen ingick förutom Gunnar Inghe också två psykiatriöverläkare och ett antal ledande socialpolitiker. Utredningen leddes av Inga Thorsson, det socialdemokratiska kvinnoförbundets ordförande. Regeringen hade redan inledningsvis ställt 500 miljoner (17,5 miljarder i dagens penningvärde) till förfogande för att bygga nya sjukhusavdelningar och man hade aviserat resurser till kraftiga personalförstärkningar.

Arbetet inleddes med omsorgsfulla kartläggningar av hur patienterna hade det på mentalsjukhusen och deras medicinska och psykiska status. Man tog särskilt upp bristen på sysselsättning, vilket ledde till förslag om en satsning på arbetsterapi. Utredningen initierade också fältstudier för att undersöka förekomsten av psykisk sjukdom och vårdbehov inom befolkningen. På grundval av sina fältstudier föreslog utredningen en stor utbyggnad av vårdplatser och förstärkningar när det gällde utbildad personal, något som regeringen senare genomförde. Bland annat skedde det en utbyggnad av psykiatriska sjukhuskliniker utanför mentalsjukhusen med syftet att integrera psykiatrin i den allmänna sjukvården. I slutet av 1960-talet överfördes mentalsjukhusen till landstingen som fick ansvaret för hela den psykiatriska vårdorganisationen. Synen på psykiatrins framtida utvecklingsmöjligheter var optimistisk. Till detta bidrog i hög grad att introduktionen av nya läkemedel som klorpromazin (Hibernal) hade förbättrat vårdmiljön och möjligheterna till ett mer aktivt behandlingsarbete.

År 1955 avskaffades motboken, det alkoholransoneringsystem som funnits sedan 1920-talet. För att motverka effekterna av den ökade alkoholkonsumtionen

och åtföljande medicinska skador ställde staten medel till förfogande för en stor utbyggnad av vården, innefattande ett antal nya sjukhuskliniker och öppenvårdsmottagningar. Med hjälp av generösa statsbidrag kunde kommunerna upprätta ett stort antal nya behandlingshem och komplettera nykterhetsvården med medicinska resurser (SOU 1967:36).

Narkotikafrågan blev på allvar aktuell under andra halvan av 1960-talet. Det tillsattes en statlig utredning (SOU 1967:25 Narkotikaproblemet) som skulle genomlysas problemet och komma med förslag till insatser. Här medverkade Gunnar Inghe med ett socialmedicinskt perspektiv, och det gjordes omfattande fältstudier som bland annat innefattade besök på en stor del av Stockholms knarkarkvartar. Utredningen utmynnade i förslag om ett antal nya narkomankliniker och nya behandlingshem och öppenvårdsteam. En stor del av förslagen kom också att genomföras under de närmaste åren.

Debatten om den psykiatriska vården och psykiatrins roll i samhället

Under 1970-talet intensifierades debatten om psykiatrins roll i samhället. Ett antal sociologiska studier hade presenterats där mentalsjukhusen och andra "totala" institutioner beskrevs som destruktiva och snarast ansågs bidra till att konservera patienternas problem (Goffman 1961). Intresset särskilt för psykoanalytiskt orienterad psykoterapi ökade kraftigt. En utveckling inleddes mot en sektoriserad psykiatri där sektorskliniker ansvarade för både slutenvård och öppenvård inom ett avgränsat geografiskt område. Meningen var att föra ut slutenvården från mentalsjukhusen till behandlingshem och andra mindre enheter, och många patienter skulle skrivas ut till egna bostäder med stöd från sektorskliniken och till sysselsättningsterapi och skyddat arbete. Vid slutet av 1980-talet fanns det 114 sådana kliniker i hela Sverige och ytterligare 30 kliniker som bedrev länsgemensam vård. Antalet psykiatriska vårdplatser minskade från cirka 33 000 1970, till 27 000 1980 och 14 500 1990. Öppenvården byggdes ut kraftigt och omfattade omkring 2 miljoner patientbesök 1990 (SOU 1992:37).

Också den sektoriserade psykiatrin utsattes för kritik som bland annat handlade om att läkarna hade för stor makt och att ett medicinskt synsätt präglade verksamheten, vilket beskar patienternas möjligheter att frigöra sig från vården och leva ett självständigt liv (Eliasson 1979).

Något som fick stor betydelse var att det visade sig lättare att stänga psykiatriska vårdplatser än att ordna resurser i samhället för sysselsättning och boende, vilket till stor del skulle ske i kommunernas regi. Psykiatriutredningen 1992 (SOU 1992:37) konstaterade att det fanns en betydande eftersläpning i de kommunala insatserna.

En förändrad socialtjänst

Socialutredningen (SOU 1977:40), som lade sitt slutförslag 1977, kom att påverka socialvårdens organisation i hög grad. I den socialtjänstlag som antogs 1980

betonades socialtjänstens roll som en serviceorganisation som skulle förmedla individuellt utformat bistånd till medborgarna på grundval av ett rättighetsperspektiv. De gamla nykterhets- och barnavårdsnämnderna försvann och deras verksamhet integrerades i den allmänna socialtjänsten. Insatserna skulle ske på frivillig grund, och eventuella tvångsingripanden skulle ske med stöd av särskild lagstiftning som LVM (lagen om vård av missbrukare). Man skulle så långt som möjligt undvika att kategorisera människor på grund av problemtyp eller sjukdom. Socialtjänsten skulle i första hand samarbeta med och förmedla kontakt med sjukvården och inte bedriva någon egen medicinsk verksamhet. Gunnar Inghes tes om sambandet mellan medicinska, psykiatriska och sociala problem glömdes delvis bort.

En följd av dessa förändringar blev att socialläkarverksamheten upphörde, och senare förbjöds kommunerna att anställa läkare. De medicinska insatser som behövdes skulle skötas av primärvården, vars resurser och arbetsmetoder inte räckte till för uppgiften. Det var i många fall svårt att få människor med omfattande missbruk och en kaotisk livssituation att beställa tid eller sitta i väntrummet på vårdcentralen.

En följd av förändringen blev att det socialmedicinska synsättet med ett helhetsperspektiv på samspelet mellan sjukdom och sociala problem successivt tunnades ut. Socialmedicinen tynade bort som klinisk verksamhet och blev i hög grad en akademisk specialitet.

Nittiotalskrisen ledde till en genomgripande nedskärning och förändring av välfärden

I början av 1990-talet drabbades Sverige av en djup ekonomisk kris som akut sammanhängde med ett misslyckat försvar av den svenska kronan men hade sin grund i flera faktorer som stor upplåning, inflation och skenande statsutgifter.

På kort tid steg arbetslösheten till 7 %, vilket då betecknades som en osannolikt hög nivå; den steg senare till ännu högre nivåer.

Den dåvarande borgerliga Bildtregeringen tillkallade Sveriges på den tiden mest internationellt kände ekonom Assar Lindbeck som ledde en statlig utredning: *Nya villkor för ekonomi och politik* (SOU 1993:16). Uppgiften var att beskriva vad det var för fel på Sverige och vad man borde göra åt saken. Några av utredningens slutsatser var:

- » Välfärdssektorn hade vuxit sig alltför stor, alltför snabbt, och produktiviteten var för låg, vilket medförde att den förbrukade för mycket skattepengar.
- » Lönerna bland vårdanställda och andra offentliganställda låg för högt bland annat på grund av att de hade för stor anställningstrygghet samtidigt som de hade strejkrätt
- » Politikerna hade för stort inflytande över verksamheten och var alltför lyhörda för krav från olika intressegrupper.

Några av de åtgärder som föreslogs (och sedan förverkligades) var privatiseringar, ökad konkurrensutsättning och marknadsstyrning av vården. Den direkta budgetstyrningen övergavs på flera håll till förmån för beställar-utförarmodeller. Man pläderade för ”valfrihet”, vilket innebar att vården mer anpassades efter ”kundernas” önskemål och efterfrågan i stället för att styras av behov.

Utredningens principer kom i hög grad att bli bestämmande för den framtida politiken. Den ekonomiska politiken fick som mål att hålla inflationen låg, snarare än att uppnå full sysselsättning, vilket innebar en restriktiv utgiftspolitik. I fortsättningen kom arbetslöshetstalen att ligga på en betydligt högre nivå än tidigare, vilket särskilt kom att påverka möjligheten att få jobb för ungdomar och människor med funktionsnedsättning.

Det genomfördes också en förändring av bostadspolitiken med ett kraftigt minskat statligt stöd till byggandet av hyresrätter, vilket på sikt bidrog till att möjligheterna för människor med svag ekonomi att få bostad försämrades.

Ett utgiftstak infördes i statsbudgeten, vilket innebar att man inte kunde besluta om några nya statsutgifter inom ett utgiftsområde utan att besluta om nedskärningar eller inkomstförstärkningar någon annanstans. I relation till kommunerna och landstingen (regionerna) infördes en finansieringsprincip som fastslog att alla nya eller väsentligt utökade uppdrag för kommunerna skulle finansieras fullt ut genom ökade statliga bidrag. Kommunerna och landstingen hade sedan tidigare ett balanskrav som innebar att alla utgifter fullt ut måste finansieras med inkomster.

Den strama ekonomiska politik som genomfördes medförde att kommunerna och landstingen tvingades genomföra en rad besparingar, och temporära stopp för skattehöjningar genomfördes.

Statliga utredningar kunde inte lägga några förslag som innebar ökade statsutgifter utan att redovisa hur dessa skulle finansieras.

Nittiotalskrisen och den ekonomiska politik som åtföljde den kom i grunden att förändra villkoren både för välfärden i stort och för psykiatri och arbetet med missbruks- och beroendeproblematik.

Psykiatriutredningen skulle lägga grunden till den framtida psykiatri men åtföljdes av en vingklippt psykiatireform

Psykiatriutredningen (SOU 1992:37) tillsattes 1989 och hade till uppgift att analysera och utvärdera utvecklingen inom den psykiatriska vården och komma med förslag till en ”förbättrad och effektivare service och vård till psykiskt störda”. Särskilt skulle man titta på hur vård och sociala insatser skulle samordnas och förbättras för långvarigt psykiskt störda. En annan central uppgift var att komma med förslag på hur psykoterapi och psykoanalys skulle göras mer tillgängligt.

Utredningen kom att omfatta en rad betänkanden där man beskrev situatio-

nen för människor med långvarig psykisk sjukdom och konstaterade att deras livsvillkor var långt sämre än den övriga befolkningens; särskilt gällde detta boende och arbete där kommunerna inte lyckats ordna tillräckliga insatser. Man föreslog därför att kommunerna skulle ha fullt betalningsansvar för alla psykiskt sjuka som ansågs färdigbehandlade inom psykiatrin, på samma sätt som redan skett inom äldreomsorgen, och att det skulle ske skatteväxling mellan landsting (numera regioner) och kommuner.

Man konstaterade också att det fanns omkring 100 000 psykiskt störda med avsevärda arbetshandikapp och att 19 000 behövde skyddat arbete men att 13 000 av dessa saknade ett sådant.

Utredningen menade att det fanns omkring 20 000 personer med mycket svår funktionsnedsättning på grund av psykisk sjukdom och ytterligare 20 000 där nedsättningen framför allt ledde till behov av stöd när det gällde arbete eller sysselsättning och sociala kontakter. Sammantaget borde 40 000, eller möjligen 20 000, personer med psykisk störning ingå i LSS personkrets och därmed få lagstadgad rätt till stöd när det gällde arbete, social tillvaro och boende.

När det gällde stöd till psykoterapi föreslogs att legitimerade psykoterapeuter skulle kunna anmäla sig hos Försäkringskassan och att behandlingen skulle omfattas av den allmänna försäkringen på samma sätt som läkarvård.

Utredningens förslag kom att läggas fram samtidigt med 90-talskrisen och åtföljande nedskärningar av välfärden. När psykiatrireformen genomfördes 1995 var alla utgiftskrävande förslag borttagna, fränsett några begränsade och tidsbegränsade stimulansbidrag till kommunerna. Psykiskt funktionshindrade blev inte inkluderade i LSS och det tillkom mycket få insatser för arbete och sysselsättning.

Vad hände med psykiatrin?

Den första genomgripande utvärderingen av psykiatrireformen gjordes i en utredning som leddes av Läkarförbundets tidigare ordförande Anders Milton och som lade fram sina resultat 2006. Utredningen, som fick namnet *Ambition och ansvar* (SOU 2006:100), konstaterade att en del bra projekt kommit i gång, men att arbetet kommit av sig när de tillfälliga stimulansbidragen tagit slut. I de flesta kommuner fanns någon sorts daglig verksamhet för psykiskt funktionshindrade (termen hade ersatt psykiatriutredningens term ”psykiskt störda”).

Omkring 20 000 personer hade enligt utredningen någon form av socialt stöd, vilket kan jämföras med att det enligt psykiatriutredningen fanns omkring 40 000 personer med stödbehov på grund av psykiska funktionshinder. Antalet vårdplatser inom psykiatrin hade minskat från 14 500 i början av 1990-talet till cirka 4 000 år 2005. Öppenvården hade däremot byggts ut. Antalet öppenvårdsbesök hade ökat från omkring 2 miljoner 1990 till omkring 4 miljoner 2003. Av dessa var 940 000 läkarbesök.

Utredningen konstaterade att det fanns mycket stora brister när det gäller inkomst, sysselsättning/arbete och boendesituation för människor med psykiska funktionshinder. Enligt utredningen gick det inte att visa att de som skrivits ut från mentalvården hade blivit hemlösa, men andelen med psykiska problem hade ökat bland de hemlösa.

Eftersom de mål som psykiatriutredningen ställt upp inte infriats ställde *Ambition och ansvar* upp fyra nya men likartade mål som borde uppnås till 2015. Målen var att alla med psykiska funktionshinder skulle ha bostad och stöd i boendet, ha arbete eller meningsfull sysselsättning, vara delaktiga i en gemenskap och få del av en god vård. För att uppnå detta föreslogs att regeringen skulle ställa till förfogande en miljard kronor om året i åtta år, en summa som var uppenbart otillräcklig för att på något avgörande sätt påverka den sociala situationen för människor med allvarlig psykisk funktionsnedsättning. (I slutändan blev tillskottet betydligt mindre.)

Den fortsatta utvecklingen

Miltonutredningen kom att åtföljas av en rad satsningar med olika namn. "Statens psykiatrisatsning" (Skr. 2008/09:185) hade målsättningen att åstadkomma en kunskapsbaserad och god vård och öka utbudet av arbete, sysselsättning, boendeformer och hjälpmedel för psykiskt funktionshindrade. Sedan följde PRIO (S2012.006), med bland annat målen att åstadkomma en tillgänglig kunskapsbaserad vård av god kvalitet och att ge psykiskt funktionsnedsatta tillgång till arbete och anpassad sysselsättning. Målgrupperna har varit barn och unga och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. Satsningarna har också omfattat överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (tidigare SKL). 2015 tillsattes en nationell samordnare som fick bland annat följande uppgifter:

- » främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa
- » förbättra tidiga insatser
- » förbättra vården och omsorgen för personer med omfattande behov av insatser genom att arbeta långsiktigt och strategiskt
- » stödja myndigheter, kommuner, landsting och organisationer
- » identifiera utvecklingsbehov inom ramen för de medel som är anslagna i statsbudgeten.

En rad utvärderingar har gjorts av olika myndigheter (Riksrevisionen 2009, Statskontoret 2012, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2015, Socialstyrelsen 2012) utan att man kunnat konstatera några bestående positiva resultat. Trots de skiftande och ofta ambitiösa mål som satsningarna har haft har de medel som staten har tillfört psykiatrin varit ganska oförändrade under perioden. De har utgjort några procent av regionernas (landstingens) och kommu-

nernas utgifter för psykiatrisk vård.

Psykiatrisamordnaren lämnade 2018 ett slutbetänkande med titeln *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag till en långsiktig hållbar styrning inom området psykisk hälsa* (SOU 2018:90).

Den kanske viktigaste slutsatsen som görs är att statens tidigare styrning har gett vissa effekter men inte varit effektiv. Man konstaterar också att det inte går att följa hur den psykiatriska vården och omsorgen har utvecklats, eftersom det till stor del saknas indikatorer och grunddata. Samtidigt beskriver man att den psykiska ohälsan bland ungdomar har försämrats kraftigt, och man tar också upp den mycket höga dödligheten och de dåliga levnadsförhållandena bland människor med svår psykisk sjukdom. Några specifika orsaksfaktorer till det ogynnsamma läget diskuteras inte och det läggs inte fram några förslag till åtgärder.

Huvudförslaget blev i stället att psykisk hälsa görs till ett nationellt folkhälsomål med Folkhälsomyndigheten som samordnare, bland annat med uppdraget att ta fram nya och brukarnära indikatorer för måluppfyllelsen.

Arbetet har inte resulterat i några konkreta åtgärder för att förbättra levnadsförhållanden för människor med psykisk funktionsnedsättning. Statsbidragen till psykiatrin har legat på samma nivå som tidigare, med en viss tyngdpunkt på att förkorta köerna inom barn- och ungdomspsykiatrin på grund av den stora efterfrågan på adhd-utredningar.

Hur har det gått med psykiatrireformens mål om likvärdiga levnadsförhållanden för människor med psykisk funktionsnedsättning?

Bostäderna

Ett centralt mål var att människor med psykisk funktionsnedsättning skall ha rätt till en egen bostad. Detta var ett viktigt mål med tanke på att internationella erfarenheter tydde på att stängningen av mentalsjukhus särskilt i USA hade åtföljts av en ökad hemlöshet, där många av de tidigare patienterna bokstavligen hamnade på gatan.

Psykiatriutredningen lät därför Statistiska centralbyrån år 1989 göra en undersökning av levnadsförhållanden bland personer med olika grad av psykisk sjukdom, där gruppen långvarigt psykiskt sjuka omfattande omkring 170 000 personer. Inom den gruppen hade 87 % ett eget boende, 10 % fanns på olika institutioner och 3 % hade olika former av mer tillfälligt kollektivt boende, exempelvis härbärgen. Någon senare undersökning av samma typ har inte gjorts, men Socialstyrelsen har sedan 1993 gjort återkommande hemlöshetsinventeringar där man redovisat andelen psykiskt sjuka och personer med missbruksproblem bland de hemlösa (Socialstyrelsen 2011). Den senaste inventeringen gjordes 2023. Tyvärr har definitionen på hemlöshet varierat, och bland de hemlösa redovisas också olika grupper med tillfälliga bostadslösningar. Detta är ett viktigt bidragande skäl till att antalet redovisade hemlösa ökat från omkring 10 000 på 1990-talet till omkring 30 000 i de två senaste inventeringarna.

År 1993 var andelen hemlösa med psykisk sjukdom som var i behov av vård och behandling 19 %. Efter psykiatrireformens genomförande hade andelen ökat till 35 % (SOU 2000:14) och andelen har i senare undersökningar legat mellan 30 % och 40 %.

Den ökning som skedde av andelen psykiskt sjuka bland de hemlösa i Stockholm analyserades i en rapport av socialförvaltningens FOU-enhet, och slutsatsen var att platsminskningen inom den psykiatriska vården hade en avgörande betydelse för ökningen (Ågren 1997). År 2011 registrerades 10 200 hemlösa med psykiska problem och 13 000 personer med beroende- eller missbruksproblematik bland de hemlösa (Socialstyrelsen 2011), och det finns inget som tyder på att situationen förändrats på något avgörande sätt därefter (Socialstyrelsen 2024a).

Ekonomi och jobb

Ett av psykiatrireformens viktigaste krav var att personer med psykisk funktionsnedsättning skulle ha rätt till arbete eller sysselsättning och vara ekonomiskt likaberättigade med den övriga befolkningen. Enligt den SCB-undersökning

som gjordes 1989 och som omfattade 170 000 personer med psykiska funktionshinder hade 65 % av männen och 50 % av kvinnorna arbete. I många fall rörde det sig om deltidsarbete. Inkomstgapet mellan psykiskt funktionshindrade och den övriga befolkningen var betydande.

Miltonutredningen, som hämtade sina data från början av 00-talet, redovisade att en tredjedel av de psykiskt funktionshindrade hade arbete och menade att arbetsrehabilitering hade blivit starkt eftersatt när psykiatrin till stora delar fördes över till kommunerna. Alain Topor, Claes-Göran Stefansson och medarbetare publicerade 2019 en studie från Stockholms län där man kunde konstatera ett ökande inkomstgap mellan psykiskt sjuka och en kontrollgrupp under en tioårsperiod, 2004–2014 (Topor 2019).

I Socialstyrelsens rapport från 2010, *Alltjämt ojämlikt* (Socialstyrelsen 2010), konstaterades att endast 11 % hade arbete av dem med psykisk funktionsnedsättning som var föremål för insatser enligt socialtjänstlagen. I Socialstyrelsens utredning från 2023 om funktionsnedsattas hälsotillstånd redovisas liknande siffror (Socialstyrelsen 2023).

IFAU (Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering) gjorde 2022 en studie av inkomster bland personer med svår psykisk sjukdom. Författare var Marcus Eliason. Studien utgick från patientregistret, och man följde upp alla som fick diagnoserna schizofreni, bipolär sjukdom och svår depression efter tio år. Av schizofrenipatienterna var det bara 30 % som hade någon inkomst av arbete medan motsvarande siffror var 50 % för dem med bipolär sjukdom och 60 % för depression.

Också totalinkomsten, inklusive sjukersättning och andra transfereringar, hade sjunkit mycket kraftigt jämfört med en matchad kontrollgrupp, och eftersläpningen ökade över tid.

En viktig orsak till att människor med psykisk funktionsnedsättning halkat efter ekonomiskt är att inkomster från transfereringar, exempelvis sjuk- och aktivitetsersättning och bistånd, släpat efter jämfört med löneinkomsterna. SCB:s statistik visar att medan löneinkomsterna i fast penningvärde ökade med 64 % mellan 1991 och 2023 ökade inkomsterna från transfereringar med 40 % (SCB 2025).

Dödlighet i samband med schizofreni och annan svår psykisk sjukdom

Dödlighet kan ses som det yttersta och mest odiskutabla måttet på hälsa. När vi berömmar Sverige som ett välfärdssamhälle används ofta den höga medellivslängden och låga barnadödligheten som argument. Dödligheten i en befolkning påverkas av levnadsförhållanden, levnadsvanor och tillgång till en effektiv sjukvård. Det finns ett starkt samband mellan fattigdom och ojämlikhet å ena sidan och ökad dödlighet å den andra.

Att dödligheten är förhöjd vid svår psykisk sjukdom har varit känt sedan länge. För att kunna följa utvecklingen över tid är det bra att välja en sjukdomsgrupp där man kan anta att diagnosen satts på ett någorlunda enhetligt sätt. En sådan sjukdom är schizofreni, en diagnos som stått för en mycket stor andel av den slutna sjukhusvården och som också medför en betydande funktionsnedsättning.

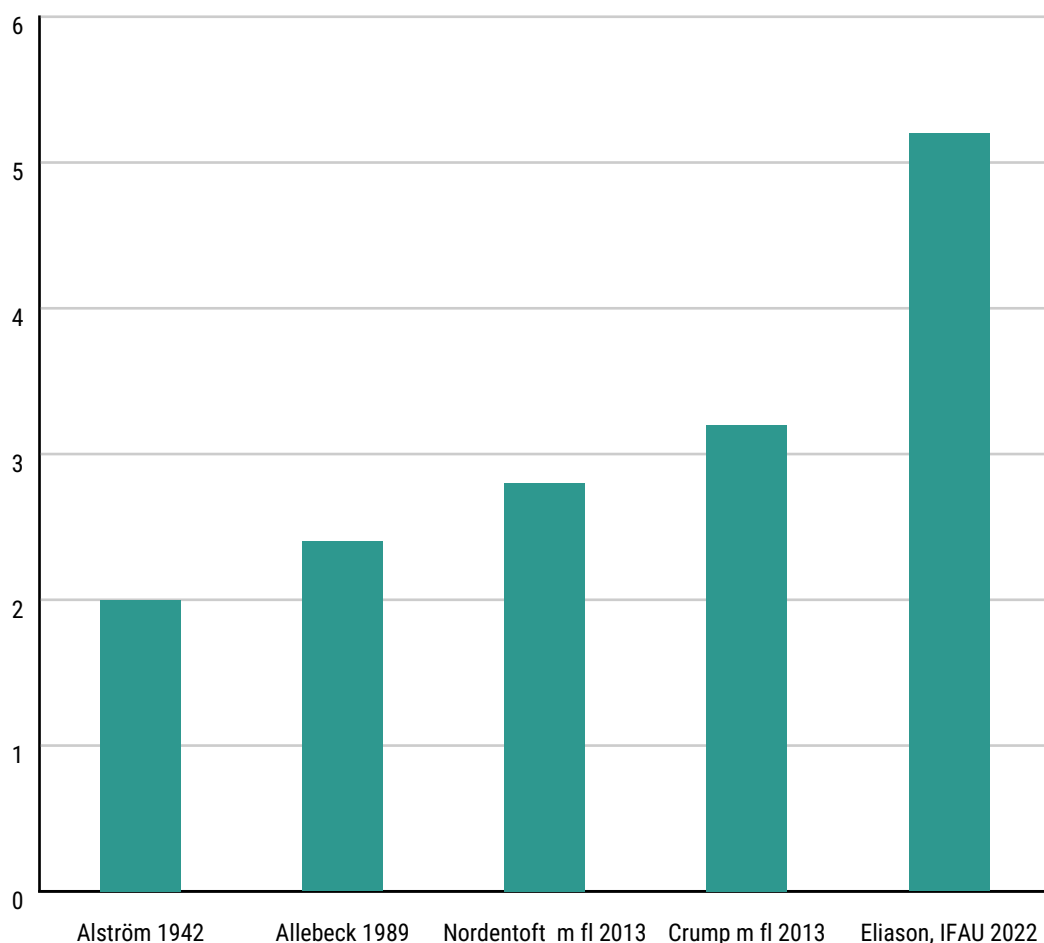
Redan på 1930-talet gjorde Carl-Henry Alström, legendarisk psykiatriprofessor, en uppföljning av schizofrenipatienter på dåtidens mentalsjukhus och fann att gruppen hade en dödlighet som var dubbelt så hög som den allmänna befolkningens i samma åldrar (Alström 1942). En viktig orsak till dödsfallen bland schizofrenipatienter var tuberkulos, som lätt spreds på dåtidens överbelagda sjukhusavdelningar.

Peter Allebeck, professor i socialmedicin, publicerade på 1980-talet en studie där man följde upp sjukhusvårdade schizofrenipatienter i Stockholms län under perioden 1971–1981 (Allebeck 1989). Det var en period då man inlett arbetet med att sektorisera psykiatri men ännu inte stängt mentalsjukhusen. Dödligheten i Allebecks studie var 2,4 gånger den allmänna befolkningens, dvs. en något högre överdödlighet än i Alströms studie.

Urban Ösby och medarbetare publicerade vid millennieskiftet en studie där man följt sjukhusvårdade schizofrenipatienter i Stockholms län under fyra påföljande femårsperioder under åren 1976–1995 (Ösby 2000). Studien redovisar en kraftig ökning av överdödligheten från 2,6 till 9,4 gånger den allmänna befolkningen bland män och från 2,1 till 3,6 gånger bland kvinnor. Ökningen gäller såväl dödsfall på grund av sjukdom, framför allt hjärt-kärlsjukdomar, som våldsamma dödsfall, framför allt självmord och olyckor. Som en viktig bakomliggande faktor lyfte studien fram att antalet psykiatriska vårdplatser minskade med 64 % under den aktuella perioden.

Ösby har också deltagit i en omfattande nordisk studie (Nordentoft 2013) av sjukhusvårdade patienter med schizofreni som omspannar tidsperioden 2000–2006 och redovisar en dödlighet bland svenska schizofrenipatienter som är nästan 3 gånger högre än normal befolkningens. En annan studie (Crump 2013) som omfattar både öppen- och slutenvårdade patienter visar på en något högre dödlighet, drygt 3 gånger normal befolkningens.

I den tidigare refererade IFAU-studien (Eliason 2022) som följer upp slutenvårdade patienter med schizofreni, bipolär sjukdom och svår depression fram till 2014, redovisas en dödlighet som är mer än 5 gånger högre än i en matchad jämförelsegrupp i schizofrenigruppen och mellan 4 och 5 gånger högre i övriga diagnosgrupper. Också data som redovisas av OECD indikerar en mycket hög kvarstående överdödlighet bland schizofrenipatienter liksom för andra grupper med svår psykisk sjukdom.



Figur 1. Överdödlighet jämfört med befolkningen i samma åldrar. Långtidsstudier av patienter med schizofreni. Källa: Alström 1942, Allebeck 1989, Nordentoft m fl 2013, Crump m fl 2013, Eliason, IFAU 2022.

I flera av studierna har man analyserat vilka dödsorsaker som står för den ökande överdödligheten. Något som lyfts fram är ökningen av dödsfall på grund av hjärt- och kärlsjukdomar, exempelvis hjärtinfarkt, där dödligheten i den allmänna befolkningen har minskat bland annat på grund av bättre förebyggande behandling med blodfetts- och blodtryckssänkande läkemedel. Socialstyrelsen har redovisat att personer med psykisk sjukdom inte diagnostiseras i tid och i lägre grad blir föremål för effektiv behandling än andra patientgrupper (Socialstyrelsen 2013). Man redovisar också stora brister när det gäller den uppsökande verksamheten.

Själv mord och andra dödsfall på grund av yttre våld och förgiftning, i den internationella debatten ofta sammanfattade som "deaths of despair" (förtvivlans dödsfall), står för en stor del av överdödligheten bland psykiskt sjuka. Det rör sig om dödsfall som ofta står i samband med en utsatt och förtvivlad livssituation, ekonomisk ojämlikhet och användning av alkohol och droger. Det är därför rimligt att sätta den ökande klyftan i dödlighet mellan svårt psykiskt sjuka och befolkningen i övrigt i samband med den ökande klyftan i livsvillkor.

År 2004 publicerades en rättsmedicinsk studie (Thiblin 2004) där man redovisade utvecklingen av så kallad isolerad död i Stockholmsregionen under perioden 1992 till 2000. Med isolerad död menas dödsfall där den avlidne dött i ensamhet och där det tagit avsevärd tid innan dödsfallet upptäckts. Under den undersökta perioden skedde det både en ökning av antalet isolerade dödsfall och andelen av dessa där den avlidne tidigare genomgått psykiatrisk vård. Sammanlagt inträffade mer än 200 fall av isolerad död bland tidigare psykiatriska patienter i Stockholmsregionen.

En sammanfattning av de viktigaste bakgrundsfaktorerna till överdödligheten bland psykiskt sjuka är: *vanvård, ensamhet och fattigdom*.

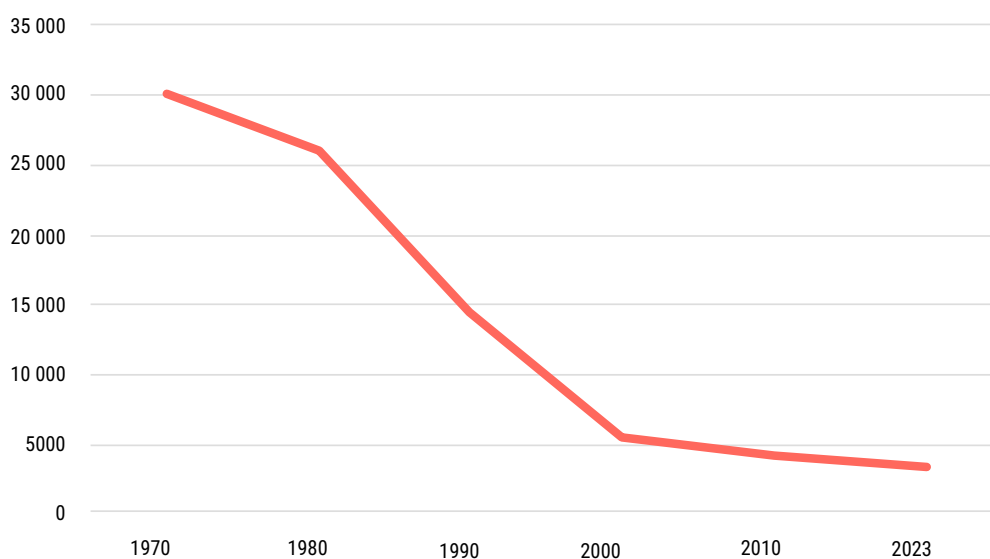
Hur har psykiatrin utvecklats?

I kvantitativa termer har det skett en ökning av den psykiatriska vården mätt i de indikatorer som brukar användas i budgetar. Den specialiserade psykiatrin omsatte 46 miljarder kronor 2024, vilket i fast penningvärde är en ökning sedan millennieskiftet. Antalet psykiatriker har ökat från omkring 850 år 1990 till mer än 2000 år 2024.

År 1990 var psykiatrins kostnader 27 miljarder kronor i dagens penningvärde. Vid millennieskiftet var kostnaden för specialiserad psykiatrisk vård omkring 20 miljarder. Därefter har det skett en ökning till idag över 40 miljarder. Huvuddelen av ökningen har gått till öppenvården, som idag använder 60 % av psykiatrins resurser mot 17 % 1990. (SOU 1992:37, SOU 2006:100, SCB:s statistikdatabas).

Hur mycket kommunerna använder till psykiatrisk vård är svårt att beräkna eftersom det inte redovisas hur stor andel av utgifterna till social omsorg som används för insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning. Miltonutredningen gjorde bedömningen att kommunernas kostnader 2005 uppgick till ungefär 8 miljarder i dagens penningvärde. Man bedömde också att volymen av kommunernas insatser ungefär motsvarade den skatteväxling som skedde i samband med psykiatrireformen. Idag anslår kommunerna enligt Socialstyrelsens utvärderingar (Socialstyrelsen 2025a) mellan 15 och 20 miljarder till insatser för personer med funktionsnedsättning som inte omfattas av LSS, vilket är en grupp som inkluderar huvuddelen av de psykiskt sjuka.

Antalet vårdplatser inom psykiatrin sjönk kraftigt under 1990-talet från omkring 16 000 till 4 000. Idag ligger siffran på något under 4 000 platser, där något mer än hälften används till vanlig vuxenpsykiatri. Den enda gren av psykiatrin som ökat sina vårdplatser är rättspsykiatrin där patienter vårdas efter beslut i domstol (Psykiatrin i Siffror).



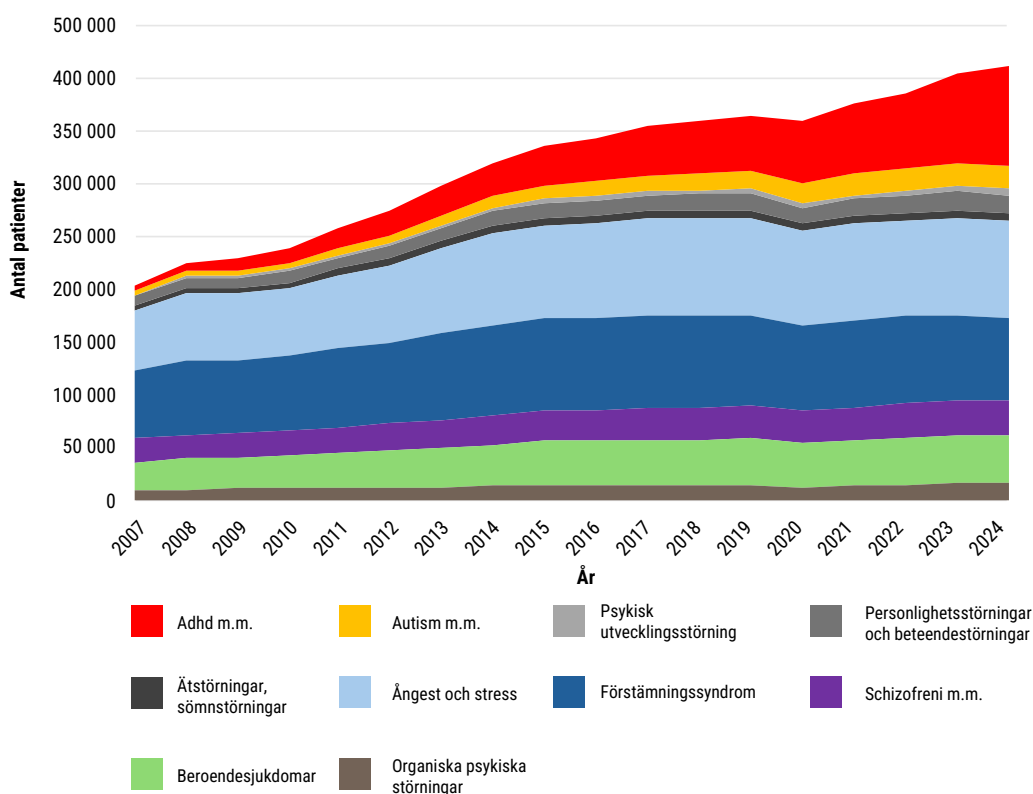
Figur 2. Antal vårdplatser inom psykiatrin. Källa: SOU 1992:37, SOU 2006:100, Psykiatrin i siffror.

Öppenvården har däremot ökat kraftigt. År 1990 gjordes 2 miljoner besök inom psykiatrin, besök hos alla personalkategorier inräknade, enligt psykiatriutredningen. Idag är antalet omkring 5 miljoner enligt psykiatrisamordningens statistik ”Psykiatrin i siffror”.

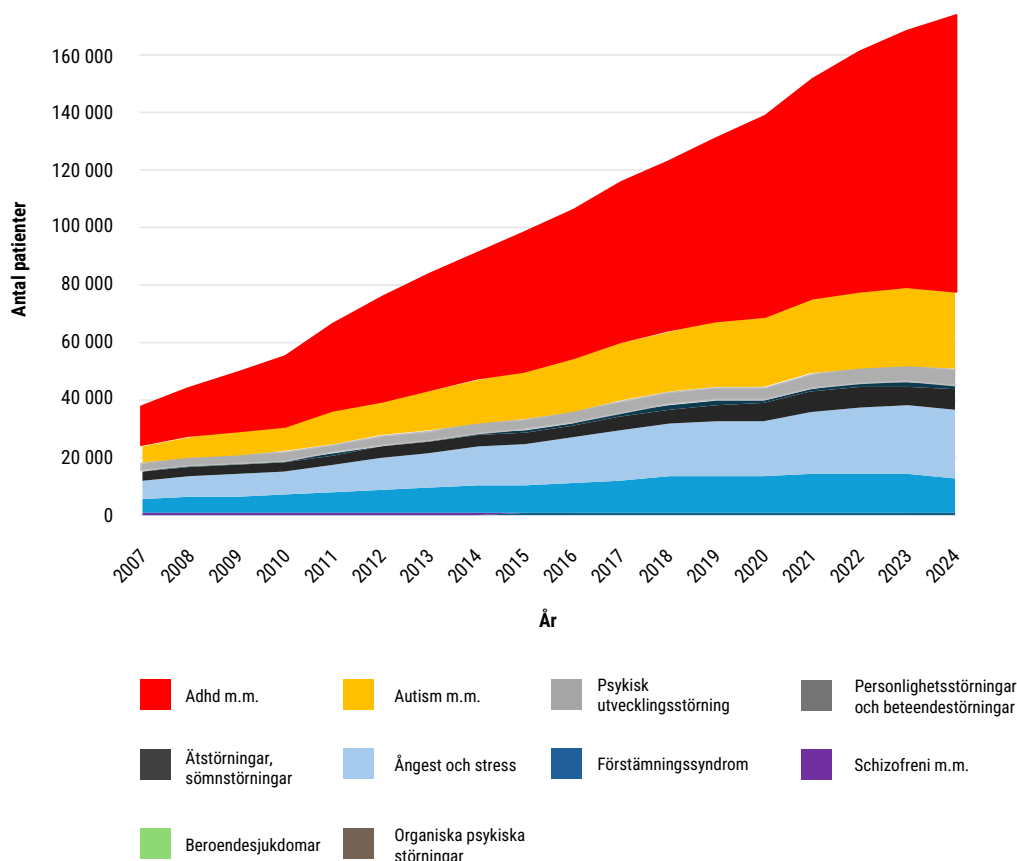
Socialstyrelsens patientregister redovisar läkarbesök liksom vårdtillfällen och redovisar också diagnos. Slutenvårdsregistret redovisar data från 1998 och framåt medan öppenvårdsregistret sträcker sig från 2001, tyvärr med ett stort bortfall i diagnosredovisningen de första åren. I den här redovisningen görs en uppdelning i huvudsakliga diagnosgrupper.

Slutenvårdsregistret visar att antalet vård dagar inom psykiatrin minskat från nästan 2 miljoner 1998 till 1,4 miljoner 2024. Det kan jämföras med att antalet vård dagar 1990 var omkring 5 miljoner, trots att man redan då hade stängt huvuddelen av alla vårdplatser på mentalsjukhus. Minskningen av slutenvård är också tydlig när det gäller patienter med schizofrenidiagnos, från över 2 miljoner vård dagar 1990 till 610 000 år 2024.

Ökningen av antalet öppenvårdsbesök under de senaste decennierna är kraftig, och det har skett mycket stora förändringar när det gäller diagnospanoramått. På grund av det stora bortfallet i diagnoser de första åren redovisas data från 2007 och framåt. Barn- och ungdomspsykiatri respektive vuxenpsykiatri redovisas separat.



Figur 3. Årligt antal patienter i olika diagnosgrupper i specialiserad vuxenpsykiatri. Källa: Socialstyrelsen 2025e.v



Figur 4. Årligt antal patienter i olika diagnosgrupper bland barn och unga (0-19 år). Källa: Socialstyrelsen 2025f.

Som framgår av figuren har det skett en mycket kraftig ökning framför allt av patienter med adhd och autism. Dessa grupper står för huvuddelen av ökningen efter 2010, och ökningen av adhd gäller också vuxenpsykiatri där adhd nu är den enskilt vanligaste diagnosgruppen. När det gäller adhd hos barn är det en övervikt för pojkar, medan könsfördelningen är jämn bland vuxna. Bland flickor och vuxna kvinnor är det vanligt med add, dvs. att symptomet hyperaktivitet saknas. Både adhd och autism räknas som utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar och inte som psykiska sjukdomar. Det finns inga hållpunkter för att förekomsten av adhd och autism ökat, däremot har diagnoskriterierna breddats och efterfrågan på diagnos och behandling har ökat mycket kraftigt (Socialstyrelsen 2024a).

Olika former av nervösa besvär har också ökat, men mer måttligt, medan däremot schizofreni och andra psykoser ligger på en ganska oförändrad nivå.

Socialstyrelsen har försökt prognostisera utvecklingen av adhd bland barn och ungdomar och menar att man snart kommer att nå en situation där 15 % av alla pojkar och 11 % av alla flickor kommer att få adhd-diagnos (Socialstyrelsen 2023). När det gäller vuxen-adhd finns inga motsvarande prognoser, sannolikt eftersom det rör sig om ett relativt nytt fenomen.

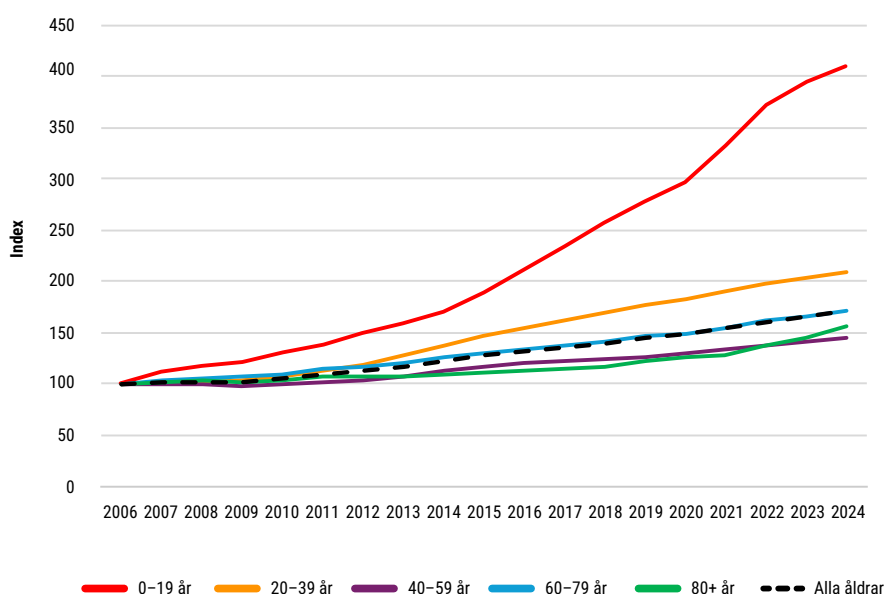
Socialstyrelsen har också, i en rapport som utkom våren 2025 (Socialstyrelsen 2025c), uttryckt en stark oro för hur utvecklingen påverkar den barnpsykiatriska

verksamheten. Den stora efterfrågan på adhd-utredningar gör att köerna växer trots ökade resurser. Man uppskattar att 70 % av alla läkarbesök bland barn och unga idag är relaterade till adhd-diagnoser. Mycket stora resurser binds på så sätt upp, vilket minskar möjligheterna att hjälpa andra patientgrupper, exempelvis barn och unga i en socialt utsatt situation. Arbetsmiljön inom barnpsykiatri påverkas också negativt och man oroar sig för att ett växande antal barnpsykiatriker söker sig till andra specialiteter. Man rekommenderar bland annat information om förebyggande insatser som en bättre skolmiljö, mer fysisk aktivitet, mindre skärmar och bättre sömnvanor. Rapporten förefaller stå i motsättning till tidigare rekommendationer från Socialstyrelsen där man betonat vikten av att göra adhd-utredningar så tidigt som möjligt (Socialstyrelsen 2024b) och menat att detta är en kostnadseffektiv insats.

Ökad läkemedelsanvändning

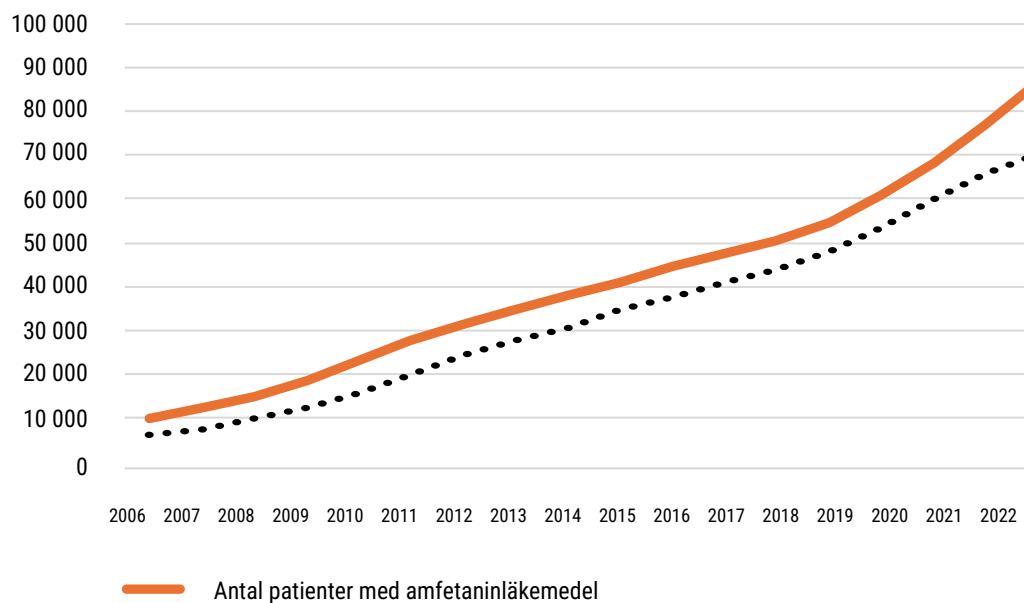
Ett utmärkande drag i utvecklingen efter millennieskiftet har varit en kraftig ökning av psykofarmakaförskrivningen, särskilt till barn, ungdomar och unga vuxna.

Den grupp av psykofarmaka som används mest är antidepressiva mediciner. Mer än en och en kvarts miljon svenskar fick recept på antidepressiva läkemedel 2024, enligt Socialstyrelsens läkemedelsregister, vilket är en halv miljon fler än 2006. Huvuddelen av förskrivningen sker utanför psykiatri, framför allt inom primärvården. Det finns inga hållpunkter för att den ökade förskrivningen motsvaras av en ökning av allvarliga och medelsvåra depressioner som är huvudindikation för användningen av preparaten, och det finns anledning att anta att antidepressiva används vid ett vitt spektrum av psykiska problem, det vill säga områden där det inte finns belägg för att preparaten har någon större effekt än placebo.



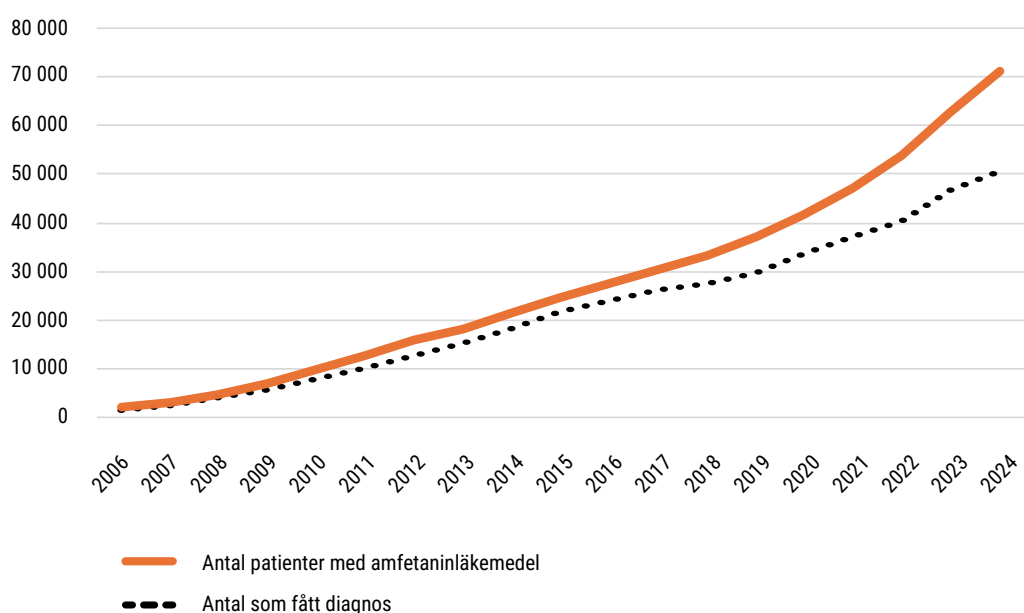
Figur 5. Ökning av personer som fått förskrivning av antidepressiva i olika åldersgrupper, index 2006 = 100. Källa: Socialstyrelsen 2025g.

Den grupp av psykofarmaka som ökat snabbast är adhd-läkemedel, i allmänhet amfetaminpreparat, som 2024 skrevs ut till nästan 250 000 patienter. Den kostnad som samhället ersätter uppgick till 1,7 miljarder kronor. Amfetaminpreparat får bara skrivas ut av läkare med specialistkompetens i psykiatri, barnpsykiatri och neurologi. Användningen är störst bland barn och ungdom, men ökningen har varit stor bland unga vuxna och även bland äldre. Huvuddelen av förskrivningen gäller amfetaminliknande läkemedel.



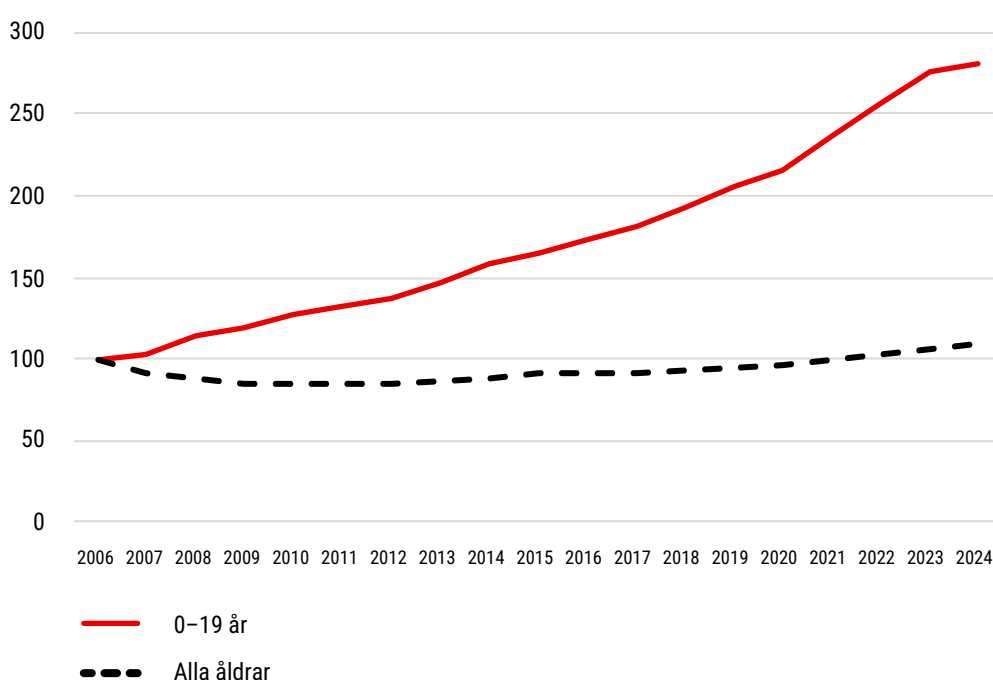
Figur 6. Årligt antal patienter i åldersgruppen 0-19 år som fått adhd-diagnos och antal recept på amfetaminliknande läkemedel. Källa: Socialstyrelsen 2025h.

Ökningen av adhd-läkemedel är lika snabb bland unga vuxna som i de yngre åldersgrupperna.



Figur 7. Årligt antal patienter i åldersgruppen 2-34 år som fått adhd-diagnos och antal som fått recept på amfetaminliknande läkemedel. Källa: Socialstyrelsen 2025i.

En anmärkningsvärd ökning gäller användningen bland barn och unga av så kallade neuroleptika, det vill säga läkemedel som används mot psykoser. De neuroleptika som används är framför allt de preparat som kallas den andra generationens schizofreniläkemedel, det vill säga mycket verksamma mediciner med betydande biverkningar och stora krav på regelbundna kontroller. Det finns inga hållpunkter för någon ökad frekvens av schizofreni eller andra psykotiska tillstånd bland barn och unga, och det finns anledning att misstänka att medicineringen sker i syfte att motverka aggressionsutbrott och andra typer av utagerande beteende. Socialstyrelsen har i en aktuell rapport lyft fram att dessa preparat i hög utsträckning förskrivs till barn och ungdomar som är omhändertagna enligt LVU och vistas på HVB-hem (Socialstyrelsen 2025b).



Figur 8. Antal personer/1000 invånare som fått recept på neuroleptika. Index. Basår 2006=100. Källa: Socialstyrelsen 2024b.

Hur har den psykiska ohälsan utvecklats?

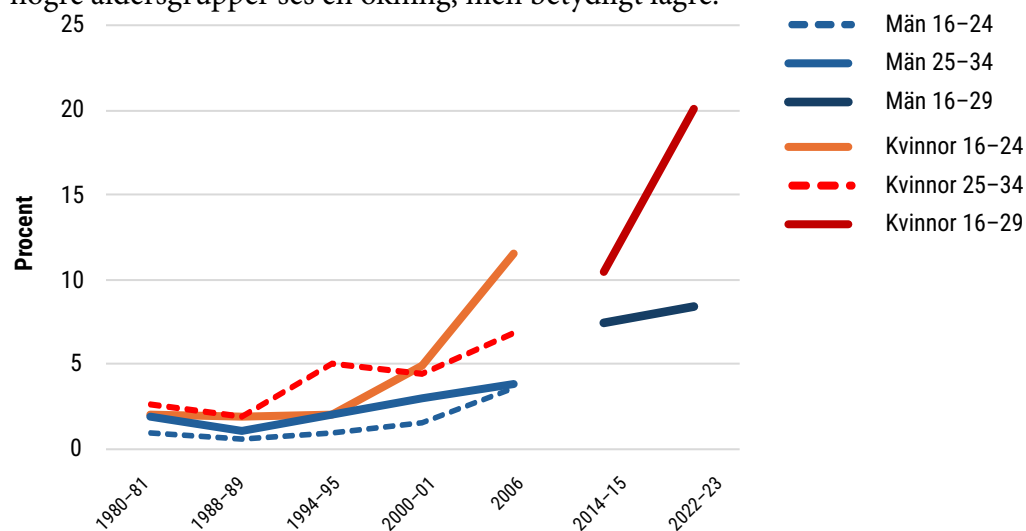
En central fråga när man diskuterar det ökade antalet psykiatriska diagnoser och den ökade förskrivningen av psykofarmaka är hur den psykiska hälsan och ohälsan har utvecklats och vilka orsaksfaktorer på samhällsnivå som är involverade.

Att mäta psykisk hälsa är svårt och man är hänvisad till att följa indikatorer, där självupplevd hälsa, utveckling av vård och patientbesök, sjukskrivningar på grund av psykiatriska diagnoser och dödlighet som är relaterad till psykisk sjukdom är de som är mest vanligt använda.

En tydlig försämring av den självupplevda ohälsan

I fråga om självupplevd ohälsa visar utvecklingen en tydlig försämring när det gäller barn, ungdomar och unga vuxna, medan utvecklingen är mer osäker i högre åldersgrupper. Ett problem ligger i hur man mäter självupplevd hälsa. Ofta grundas mätningarna på enkätundersökningar där de undersökta får besvara ett frågeformulär som skickats ut per post eller via nätet till ett representativt befolkningsurval. Tyvärr är bortfallet ofta stort i denna typ av undersökningar och har ökat över tid. I Folkhälso-myndighetens enkät "Hälsa på lika villkor", som ofta åberopas när man diskuterar folkhälsa, är svarsfrekvensen i den yngsta åldersgruppen bara 20 % (Folkhälsomyndigheten 2023).

En undersökning som har ett lägre bortfall och där uppgifterna inhämtats vid personliga intervjuer och senare per telefon är Statistiska centralbyråns levnadsnivåundersökning (ULE, senare SILC). Undersökningen har också fördelen att man under lång tid ställt likalydande frågor. En fråga som ställts är "Har du svåra besvär av ängslan, oro eller ångest". Ställde man frågan till ungdomar och unga vuxna under 1980-talet var det ungefär en procent som svarade ja. Idag närmar sig andelen 20 % bland unga kvinnor och över 10 % bland män. Också i högre åldersgrupper ses en ökning, men betydligt lägre.



Figur 9. Andel som svarat ja på frågan om svår ängslan, oro eller ångest i SCB:s levnadsnivåundersökning. Källa: SCB:s statistikdatabas 2023.

Ökat antal sjukskrivningar

Antalet sjukskrivningar med angivande av en psykiatrisk diagnos har också ökat kraftigt efter 2010, efter en period av minskning dessförinnan, och utgör numera mer än hälften av alla långvariga sjukskrivningar (Försäkringskassan 2024). Utbrändhet tillhör de diagnoser som ökat mest. Utvecklingen av sjukskrivningar påverkas i hög grad både av förändringar i arbetslivet och av förändrade regelsystem inom sjukförsäkringen. Personer med en betydande psykisk funktionsnedsättning är inte med på arbetsmarknaden och är därmed inte heller med i sjukskrivningsstatistiken.

Antalet patientbesök med psykiatrisk diagnos och förskrivning av psyko-farmaka har naturligtvis samband med psykisk hälsa men påverkas i hög grad av andra faktorer, framför allt tillgänglighet till och efterfrågan på vård. Både tillgängligheten och efterfrågan är i allmänhet högst bland socialt väletablerade grupper och lägst bland socialt utsatta grupper, exempelvis människor med allvarlig psykisk sjukdom och beroendeproblematik.

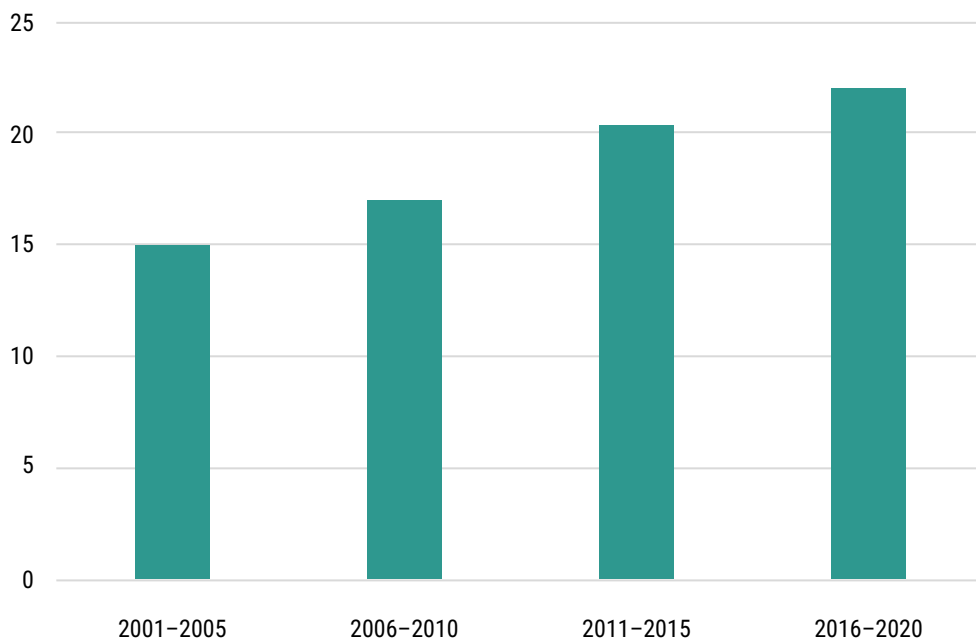
Ökning av "deaths of despair" – förtvivlans dödsfall – bland unga vuxna

Överdödlighet eller andra svåra komplikationer till psykisk ohälsa är viktiga indikatorer när det gäller att komplettera bilden av hälsoutvecklingen i hela befolkningen. Svår psykisk ohälsa är relaterad till en betydande överdödlighet, framför allt när det gäller dödsfall orsakade av yttre våld och förgiftning. I internationell forskning har man alltmer börjat använda termen "deaths of despair" – förtvivlans dödsfall – som en indikator på social utsatthet.

Deaths of despair är ett sammanvägt mått där man inkluderar en rad olika dödsorsaker som har ett samband med psykisk ohälsa, dit man också för drog- och alkoholberoende. De dödsorsaker som inkluderas är självmord och en rad alkohol- och narkotikarelaterade dödsfall. Begreppet lanserades av den amerikanske ekonomipristagaren Angus Deaton (Case 2020) och har fått ett stort genomslag med en lång rad publicerade vetenskapliga studier.

I USA har det skett en mycket kraftig ökning av deaths of despair efter millennieskiftet, och denna ökning är en viktig förklaring till att den amerikanska medellivslängden har sjunkit under en följd av år, vilket är en historiskt unik utveckling. Särskilt kraftig har ökningen av dessa dödsfall varit bland unga vuxna och medelålders män. Det har också visats att ökningen är störst bland lågutbildade och särskilt hög i områden som drabbats av avindustrialisering och åtföljande bortfall av arbetstillfällen.

I Sverige har vi inte haft någon generell ökning av deaths of despair, med ett viktigt undantag – utvecklingen bland unga vuxna – där dödsfallen har ökat, särskilt efter millennieskiftet. Detta är en utveckling som skiljer Sverige från övriga Västeuropa (Ågren 2022). Utvecklingen har varit mest påtaglig i glesbygdsområden (Ågren 2023).



Figur 10. Deaths of despair (förtvivlans dödsfall) i Sverige, antal dödsfall per 100 000 i åldersgruppen 20-34 år, femårsmedeltal. Källa: Ågren 2022.

	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020
Storstad	14,1	16,2	18,6	19,5
Södra Sverige och Mellan-sverige	15,5	17,3	21,0	22,5
Skogslän	16,7	18,8	25,1	29,9
	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020
Sverige	15,0	17,0	20,3	22,0
Västeuropa	16,3	14,5	13,1	13,1
USA	29,5	29,4	36,8	49,7

Figur 11. Antal deaths of despair per 100 000 invånare i åldersgruppen 20-34 år. Källa : Högberg 2025.

Björn Högberg och medarbetare har visat att ökningen av deaths of despair framför allt drabbar unga med låg utbildning (Högberg 2025).

Sammantaget visar data att det skett en försämring av den psykiska hälsan i Sverige framför allt bland ungdomar och unga vuxna. Förändringen av den psykiska hälsan i de yngre åldersgrupperna förefaller vara relaterad till utvecklingen på arbetsmarknaden och i skolan. Andelen ungdomar som inte uppnår gymnasiekompetens har ökat över tid (SOU 2019:65a) och arbetslösheten har

ökat kraftigt i yngre åldersgrupper jämfört med situationen före 1980. Samtidigt har arbetsmarknaden blivit trängre med ökade kvalifikationskrav (SOU 2019:65b).

När det gäller adhd och autism, som brukar betecknas som funktionsvariationer snarare än sjukdomar, finns det inga belägg för att ökningen av diagnoser skulle motsvaras av en ökad frekvens av motsvarande symptom i befolkningen (Engström 2025). En svensk studie av 90 000 nioåringar från det så kallade tvillingregistret vid Karolinska Institutet, där man jämfört två grupper med tio års mellanrum, visar att antalet diagnoser femdubblades medan däremot frekvensen av adhd-symptom låg kvar på i stort sett oförändrad nivå (Rydell 2018). När det gäller den kraftiga ökningen av autismdiagnoser kan den hänföras till utvidgningen av diagnoskriterierna för autism, bland annat med hjälp av begreppet autismspektrum som gjordes i det tongivande amerikanska DSM-systemet (den amerikanska psykiatriska föreningens diagnosmanual) (Arvidsson 2025).

Hur har vården av missbruks- och beroendeproblem utvecklats?

Vården av människor med alkohol- eller narkotikaproblem har bedrivits både i sjukvårdens och socialtjänstens regi. Den gamla nykterhetsvården kom genom den nya socialtjänstlagen som antogs 1981 att integreras i socialtjänstens individ- och familjeomsorg men bedrevs ofta i form av institutionsvård och av särskilda öppenvårdsteam. Särskilt narkomanvården byggdes ut under 1970- och 1980-talen, bland annat som ett svar på aidsepidemin bland injektionsmissbrukare. 1990 fanns det cirka 250 behandlingshem där det vårdades 4 200 personer. Också inom den psykiatriska vården skedde en omfattande beroendevård. Psykiatriutredningen (SOU 1992:37) redovisade att 8 % av sammanlagt 15 000 vårdplatser var belagda av patienter med alkohol- eller narkotikadiagnos. Gruppen stod för 30 % av samtliga vårdtillfällen.

Utvecklingen efter 1990 kännetecknades av en kraftig minskning av vårdplatser inom såväl sjukvården som institutionsvården, där det också skedde en snabb privatisering av vården. 1993 skedde 60 % av vården i privat regi (SOU 1994:27).

Missbruksutredningen (SOU 2011:35), som lade sitt slutbetänkande 2011, hade till uppgift att se över hela missbruks- och beroendevården, men diskuterar inte utvecklingen i kvantitativa termer. Man konstaterar att det saknas ett nationellt vårdregister som gör det möjligt att följa vården och att det finns ett stort behov av kvalitetsregister som gör det möjligt att följa utfallet av vården. Ett stort problem som tas upp är det dåliga samarbetet mellan socialtjänst och sjukvård, och utredningen föreslår att sjukvården skulle ta över all behandling av personer med beroendeproblem.

Missbruksutredningens förslag fick inget egentligt genomslag. Socialstyrelsen redovisar en utveckling där socialtjänstens behandlingsinsatser successivt minskat utan att det skett någon överföring av resurser till sjukvårdsinsatser (Socialstyrelsen 2025d). Antalet platser för frivillig institutionsvård har minskat från 3 250 vid millennieskiftet till omkring 1 500 år 2024. Omkring 300 personer vårdas enligt LVM. Antalet personer som vistas på olika boendeenheter ligger relativt oförändrat kring omkring 4 000. Standarden på dessa är dock mycket varierande, och bakom siffrorna döljer sig en avsevärd social nedrustning.

En illustration till denna utveckling lämnades i programmet *Uppdrag granskning* (den 22 januari 2025) där man skildrade de lågtröskelboenden dit kommuner i Stockholmsregionen skickade människor med allvarlig beroendeproblematik och psykisk sjukdom. Programmets rubrik var "Lämnade att dö", och man skildrade institutioner med låg personaltäthet, dåligt underhållna lokaler och obefintliga medicinska resurser. En av dessa institutioner var Herrgården som drevs i vårdbolaget Nytidias (f.d. Carema) regi. Herrgården visade sig vara

en kommunal institution, Skarpnäcksgården, som hade avknoppats och privatiserats i början av 1990-talet. När Skarpnäcksgården drevs av Stockholms stad fanns där socialläkarteam, en särskild välutrustad sjukavdelning, tandläkarmottagning och skyddade arbetsplatser för i princip samma målgrupp som dagens lågröskelinstitution.

Många utredningar – inga förbättringar

År 2020 tillsattes en utredning, Samsjuklighetsutredningen (SOU 2021:93), som skulle föreslå förbättringar i vården för personer med samtidig beroendeproblematik och psykisk sjukdom. Utredningen konstaterar att gruppen är mycket stor, sammanlagt ungefär en kvarts miljon människor om man utgår från diagnosförekomst i registerdata. Man uppskattar att det rör sig om omkring 35 000 personer där man också har en allvarlig social problematik. Uppskattningen är dock mycket osäker och grundas inte på några aktuella fältstudier. Man konstaterar att det rör sig om en grupp med utomordentligt dålig hälsa och stor överdödlighet, där samarbetet mellan sjukvård och socialtjänst fungerar dåligt.

Utredningen föreslår i likhet med missbruksutredningen tio år tidigare att regionerna skall ta över all behandling av personer med missbruks- eller beroendeproblem. Ett nytt förslag från utredningen är man skall inrätta särskilda vårdteam med läkare, sjuksköterskor och socialarbetare som skall samordna och leda vården för de mest utsatta personerna med samsjuklighet. Verksamheten skulle bedrivas med ett gemensamt huvudmannaskap av regioner och kommuner. Regeringen beslöt 2025 att tillsätta en delegation som ytterligare skall utreda frågan under ett antal år. I budgeten för 2026 avsätter man 50 miljoner kronor till försöksverksamhet.

Narkotikautredningen (SOU 2023:62), som lades fram 2023, hade till uppgift att diskutera såväl narkotikapolitiken i stort som vårdens arbete. Ett fokus låg på åtgärder för att ”ingen skall dö på grund av läkemedels- eller narkotikaförgiftningar”.

Utredningen konstaterade att det inte fanns några faktiska uppgifter på antalet personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika i Sverige men att skattningar pekade på att det rörde sig om nästan 64 000 personer och att antalet sannolikt hade ökat.

Samtidig psykisk sjukdom var vanligt. Mer än hälften av dem som vårdats under narkotikadiagnos hade också andra psykiatriska diagnoser. Andra hälsoproblem var också mycket vanliga.

Utredningen redovisade också att nästan 3 % av dem som vårdats under narkotikadiagnos avlidit inom ett år, vilket är en anmärkningsvärt hög dödlighet, särskilt med tanke på att det rör sig om en jämförelsevis ung patientgrupp.

Sjukvårdens insatser inom narkotikavård ökade något fram till 2015, framför allt när det gällde öppenvård och antal vårdtillfällen. Därefter har det inträffat en

stagnation. Den frivilliga institutionsvården har minskat oavbrutet sedan millennieskiftet.

Ökad omfattning av LARO-behandling

Den vårdgren som har ökat är LARO (kallades tidigare metadonbehandling, men sker till stor del med andra opioidläkemedel, som buprenorfin). Det uppskattade antalet patienter i LARO är 7 500, vilket skall jämföras med cirka 2 000 personer 2006. Det saknades dock en tillförlitlig statistik över omfattningen av och vilka som deltar i LARO-behandling. Allvarligt är också att det saknas data om vårdens resultat. Endast en mindre del av LARO-mottagningarna rapporterar till så kallade kvalitetsregister. Ett undantag är programmet i Stockholm där man rapporterar en ettårsdödlighet bland patienterna på 2 %, vilket än en bättre siffra än bland de sjukhusvårdade patienterna men fortfarande en hög dödlighet i internationell och historisk jämförelse.

Att öka tillgängligheten till och omfattningen av LARO-behandling har varit en huvudlinje i narkomanvårdspolitiken. I region Skåne lade man i detta syfte ut LARO-behandlingen på vårdval med fri etableringsrätt och fritt patientval. Detta ledde till en snabb expansion av verksamheten, men försöket fick avbrytas på grund av allvarliga missförhållanden och omfattande drogläckage. (Mer om detta i Fugelstad 2023.)

Narkotikautredningen tar upp läckage av opioider och beroendeskapande preparat som ett allvarligt problem men ser trots detta LARO som en huvudmetod att sänka den narkotikarelaterade dödligheten. Man kan dock inte visa några belägg för att detta skulle vara ett sannolikt utfall. Däremot finns det anledning att anta att andra förslag som utredningen ställer, exempelvis utdelning av naloxon, kan ha en begränsad effekt. Precis som Samsjuklighetsutredningen och en lång rad tidigare utredningar ser man det dåliga samarbetet mellan sjukvård och socialtjänst, men också med andra myndigheter som kriminalvården, som ett allvarligt problem och pläderar för en bättre samordnad individuell planering.

Regeringens nationella strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Det senaste försöket att på ett samlat sätt angripa psykiatrins problem är Tidö-regeringens nationella strategi *Det handlar om livet* (Skr. 2024/25:77). I likhet med den utredning som den förra regeringen gjorde, *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt* (SOU 2018:90), väljer ett mycket brett anslag. Fokus har helt flyttats från att hjälpa personer med svår psykisk sjukdom och allvarlig funktionsnedsättning till hur man skall förbättra hela befolkningens psykiska hälsa. Övergripande mål och visioner har formulerats på ett sätt som liknar den nationella folkhälsopolitikens målområden, dock utan att man för några ingående resonemang om den psykiska hälsans sociala bestämningsfaktorer eller lämnar förslag till indikatorer på måluppfyllelse. Exempel på övergripande målformuleringar är: "Ökat fokus på att skapa ökat välbefinnande" och "En investering i barn och unga för en god psykisk hälsa hela livet". Det görs dock inget försök att precisera vad investeringen skulle bestå av. Man pläderar för en mer jämlik hälsa, ett inkluderande arbetsliv och ett inkluderande samhälle, men problematiserar inte att den faktiska utvecklingen gått i motsatt riktning och lägger inga trovärdiga förslag för att ändra den negativa utvecklingen.

Alla förslag är mycket allmänt hållna, exempelvis en mer hälsofrämjande skola och förskola eller ett bättre föräldrastöd och att man skall verka för att upprätthålla en god och hälsofrämjande arbetsmiljö. Det mesta har också sagts i tidigare programdokument. Nytt är möjligen att man nu skall börja arbeta med existentiell hälsa och att man vill skapa förutsättningar för en säker och hälso-sam användning av skärmar och sociala medier.

Det förs inte någon diskussion om den psykiatriska vårdens prioriteringar mellan olika patientgrupper. Och det ställs inga förslag som på allvar skulle kunna förbättra situationen för långvarigt och svårt psykisk sjuka. I budgeten för 2026 får dock psykiatrin ett måttligt resurstillskott, bland annat för att kunna öppna några fler vårdplatser.

Slutsatser

Psykiatrireformen beslutades 1995. Den var tänkt att utgöra slutpunkten för en process där de gamla mentalsjukhusen hade stängts och ersatts med öppna vårdformer där människor med psykisk funktionsnedsättning fick ett samhällsstöd och en vård som gjorde att deras levnadsförhållanden blev likvärdiga med andra samhällsgrupper. Detta skulle gälla bostad, sysselsättning, ekonomiska resurser och möjligheter till ett socialt liv.

Det är lätt att konstatera att psykiatrireformen blev ett misslyckande. Inte på grund av reformens intentioner, utan för att inga resurser ställdes till förfogande för att förverkliga målen med psykiatrireformen bortom nedläggningen av institutionsvården. Psykiatriutredningens förslag att personer med psykiska funktionshinder skulle omfattas av LSS som andra grupper med funktionsnedsättning genomfördes inte. De gamla mentalsjukhusen ersattes delvis med kommunala boenden, men dessa bemannades inte med tillräcklig kompetens och andra resurser. Dessutom låg de ofta långt borta från hemorten, vilket försvårade den integration i samhället som var ett viktigt mål med reformen.

Regeringen tillsatte en psykiatrisamordnare, Anders Milton, för att ta tag i problemet. Hans utredning, *Ambition och ansvar: Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder* (SOU 2006:100), konstaterade 2006 att målen med psykiatrireformen inte uppnåtts på någon punkt. Milton konstaterar att psykiatrireformen från 1995 har inneburit att ”utbudet av t.ex. boende och sysselsättning har ökat väsentligt i kommunerna” men att reformen genomfördes ”i en tid då många kommuner och landsting stod inför stora sparbeting vilket bl.a. innebar att en del av de verksamheter som byggdes upp med stöd av särskilda stimulansmedel kom att läggas ned efter några år. Även reformens svaga lagstöd, bristen på lokal politisk förankring och avsaknaden av evidensbaserade metoder för det samhällsbaserade stödet skapade svårigheter som i hög grad kvarstår tio år senare.” Svaret blev att upprepa målformuleringarna en gång till, återigen utan att ställa annat än marginella resurser till förfogande.

Den fortsatta utvecklingen har inneburit att situationen ytterligare försämrats för människor med psykisk funktionsnedsättning och allvarlig beroendeproblematik. En betydande andel är hemlösa, majoriteten saknar jobb och den ekonomiska klyftan till andra grupper i samhället har vidgats. Det slutgiltiga belägget för den negativa utvecklingen är den stigande överdödligheten bland svårt psykiskt sjuka, där påverkbara dödsorsaker har en avgörande roll – ensamhet, fattigdom och vanvård.

En orsak till misslyckandet är att psykiatrireformen genomfördes när 1990-talskrisen slagit till och svensk politik befann sig mitt inne i ett nyliberalt systemskifte. Den offentliga sektorn skulle bantas, och stora nedskärningar gjordes i

kommuner och landsting. Förslag om att stänga vårdplatser var lätta att genomföra men resurser till ersättningsinsatser beviljades sällan. Statliga utredningar blev i praktiken förbjudna att lägga förslag som skulle medföra nya utgifter för staten. Finansieringsprincipen innebar att alla nya åtaganden för regioner (landsting) och kommuner måste kompenseras fullt ut, vilket i de flesta fall omöjliggjorde en utbyggnad av verksamheten.

Ett resultat av detta har varit att sociala utredningar efter millennieskiftet överflödar av låtsasreformer, det vill säga smärre förändringar i lagstiftning eller uppgiftsfördelning mellan myndigheter, förslag om mindre projekt och försöksverksamheter, allmänna uttalanden eller uppräknings av rättigheter – förslag som i praktiken inte har någon påverkan på den praktiska verksamheten.

En annan viktig förändring efter 1990-talet var att stora delar av den sociala verksamheten och vården privatiserades och att man övergick från att styra efter behov till efterfrågestyrd marknadsstyrning där prestationsersättningar och köpengar kom att spela en stor roll. Behandlingshem inom missbrukarvården, HVB-hem, många öppenvårdsenheter och utredningsteam inom barn- och ungdomsvård är exempel på verksamheter som i stor utsträckning privatiserats och som drivs på prestationsbasis.

Den bakomliggande orsaken till vårdens och socialtjänstens misslyckande med att förbättra situationen för sina patienter eller brukare finns i den ökande ojämlikheten och den försämrade välfärden för utsatta grupper i det svenska samhället. Sedan mitten av 1990-talet har de lägsta inkomstgrupperna, där de långvarigt psykiskt sjuka befinner sig, haft en mycket måttlig ökning av sina realinkomster, medan däremot de högsta tio procenten förbättrar sina inkomster med 160 %. Vi har fått en bestående hög arbetslöshet och en mer polariserad arbetsmarknad som bidrar till att stänga ute grupper med psykisk funktionsnedsättning. Det har blivit svårare att ta sig in på bostadsmarknaden för människor med låga inkomster. Andelen som lämnar skolan utan gymnasiekompetens har ökat. Allt detta är förändringar som i särskilt hög grad drabbar utsatta grupper och försvårar deras integration.

Styrning med utgångspunkt från vårdbehov förutsätter att man tar reda på och analyserar hur stora vårdbehoven är. Sådana granskningar var också något som utmärkte den period då välfärden byggdes upp. Ett sådant exempel är Gunnar Inghes undersökning av mer än 6 000 understödstagare – *Fattiga i folkhemmet* – där man kunde visa på samspelet mellan bostadslöshet och fattigdom samt medicinsk och psykisk sjukdom. Därmed fick man också vägledning om hur vården skulle utformas och vilka resurser som behövdes. Viktigt är också att Gunnar Inghes och andras studier gjordes med starkt stöd och finansiering av dåtidens politiska beslutsfattare. I Stockholm och i flera andra kommuner och landsting inrättades forsknings- och utvecklingsenheter med uppgift att kartlägga vårdbehov och följa upp vård och behandling.

Samtliga statliga utredningar sedan millennieskiftet som diskuterat psykiatri och beroendevård har konstaterat att samarbetet mellan sjukvård och socialtjänst inte har fungerat. Varje gång har man hänvisat till den överenskommelse som finns om samordnad individuell planering (SIP) utan att detta lett till någon förbättring. Det är uppenbart att frågan inte kan lösas med några nya samarbetsöverenskommelser utan ligger djupt inbyggd i systemet med två olika organisationer som bygger på olika typer av lagstiftning och kompetens och skilda vårdideologier. Medicinsk och psykiatrisk kompetens saknas i hög grad inom socialtjänsten och psykiatrin brister i ett socialt synsätt. Den gamla socialläkarorganisationen, som utgick från Gunnar Inghes och andras insikt att fattigdom, sociala problem och sjukdom var sammanvävda och inte kunde behandlas separat från varandra, var ett försök att lösa dessa problem. Att kommunerna inte kan anställa läkare har haft negativa följder för både uppföljning och kompetens och sannolikt bidragit till att man inte uppmärksammat och åtgärdat hälsoproblem bland kroniskt psykiskt sjuka, vilket i sin tur sannolikt bidragit till gruppens ökande överdödlighet.

Det förslag som Samsjuklighetsutredningen lagt fram om att skapa en ny organisation där sammansatta team av läkare, sjuksköterskor och socialarbetare arbetar med de mest socialt utsatta sjuka kan ses som ett steg i rätt riktning. Samtidigt är införandet av nya vårdorganisationer med oklart definierade målgrupper och krav på nya överenskommelser om finansiering mellan regioner och kommuner en komplicerad process som kommer att ta tid.

Samtidigt finns det saker att göra här och nu för att både belysa och förbättra situationen:

Samma grundläggande principer om långsiktigt behandlingsansvar och krav på uppföljning bör gälla för kroniska allvarliga psykiska sjukdomar som för andra allvarliga sjukdomar. När det gäller patienter med diabetes typ 1, reumatiska sjukdomar eller andra svåra och långvariga kroppssjukdomar är det självklart att man tar ett långsiktigt ansvar för patientens hälsa.

Förbättra rapporteringen till kvalitetsregister. I andra delar av vården rapporterar man fortlöpande sina vårdresultat till så kallade kvalitetsregister, och när det gäller exempelvis kroniska hjärt-kärlsjukdomar kan man redovisa allt bättre överlevnad bland patienterna. Psykiatrin och beroendevården utmärks tyvärr av en mycket dålig rapportering till kvalitetsregister.

Säkerställ individbaserad uppföljning. Inom den psykiatriska vården saknas det ofta en individbaserad uppföljning. Detta har konstaterats i en lång rad myndighetsuppföljningar och utredningar, men nästan ingenting positivt har hänt. En bidragande orsak till detta är det splittrade huvudmannaskapet, där den kommunala socialtjänsten har det långsiktiga vårdansvaret men den medicinska kompetensen finns hos regionerna. Det måste införas en skyldighet för alla verksamheter att långsiktigt följa upp sina patienter eller brukare och

att redovisa sina resultat. Detta kräver att resurser ställs till förfogande och att huvudmännen för vården tar ett tydligt ansvar för detta. Det är bara när man har data om det faktiska utfallet av vården som det går att bedriva en meningsfull planering och styrning.

Inrätta socialmedicinska team. Tidigare hade socialläkarna en viktig roll för att överbrygga kompetensgapet mellan den kommunala socialtjänsten och den medicinska kompetens som finns hos regionerna. I mindre kommuner hade primärvården en likartad funktion. Socialmedicinska team som var knutna till socialtjänsten, men som innefattade läkare, psykologer och socionomer, hade en viktig roll när det gällde att utreda sammansatta sociala och psykiatriska vårdbehov och att bidra till att det sätts in adekvata vårdinsatser. Många med allvarlig psykisk sjukdom och beroendeproblematik har en utsatt och ibland kaotisk social situation och nås helt enkelt inte av sjukvårdens insatser som kräver att man passar tider och anpassar sig till vårdens regelsystem. Gunnar Inghe visade redan på 1950-talet att många med långvarigt socialhjälsberoende led av psykisk eller kroppslig sjukdom vilket försvårade eller omintetgjorde försök till rehabilitering. Tunga sociala problem som hemlöshet har ett mycket starkt samband med allvarlig psykisk sjukdom och drog- eller alkoholberoende. Att detta förhållande gäller fortfarande visas av en aktuell studie av hemlösa från Stockholmsregionen (Warolén 2021) som beskriver en mycket hög förekomst av psykisk och kroppslig sjukdom och stora svårigheter att få en samordnad vård. För socialt utsatta grupper blir vårdinsatserna ofta sporadiska, exempelvis i form av återkommande kontakter med akutsjukvården.

Kartlägg behov av insatser, och se till att insatserna samordnas. En viktig uppgift för socialmedicinska team skulle vara att kartlägga behov av insatser till särskilt utsatta grupper, att se till att insatserna samordnas och att följa upp dem. Detta medförde också att bedömningar av resursbehov inte behövde göras i blindo eller grundas på allmänna registeruppgifter utan kunde grundas på fältstudier. En introduktion av socialmedicinska team där det ingår läkare med socialmedicinsk eller socialpsykiatrisk kompetens kan medverka till en helhetssyn och till en bättre samordning av socialtjänstens och sjukvårdens insatser. En ökad samordning skulle också kunna medverka till en bättre prioritering och ett bättre utnyttjande av vårdresurser. Menar man allvar med att förändra psykiatrin och ställa de svårast sjuka i centrum krävs en tydlig styrning av verksamheten, där medicinska och sociala resurser samordnas.

Regionerna bör ta långsiktigt ansvar för att det finns medicinsk personal inom kommunernas sociala verksamheter. Den gamla socialläkarorganisationen byggde på kommunalt anställda läkare, vilket inte är möjligt med dagens vårdlagstiftning. Det är dock möjligt att göra samarbetsöverenskommelser där regionerna långsiktigt ansvarar för medicinsk personal till sociala verksamheter. En fördel med ett sådant förslag är att det direkt kan introduceras i och komplettera socialtjänstens verksamhet och att resurser direkt kan öronmärkas för ändamålet.

Principen om vård efter behov måste gälla. Psykiatri och beroendevård måste, oavsett vem som är huvudman, följa hälso- och sjukvårdslagen, vilket innebär att de som är svårast sjuka skall ha företräde i vården. Vården måste med andra ord ges med utgångspunkt från behov. Dagens situation där 70 % av barn- och ungdomspsykiatrins resurser liksom en stor del av vuxenpsykiatrins används till adhd-utredningar och medicinering är ett exempel på prioritering av resurser som står i direkt motsättning till hälso- och sjukvårdslagen, som stadgar att de svårast sjuka skall komma i första hand. Utvecklingen av den psykiatriska vården är ett exempel på att principen om vård efter behov har efterträtts av en anpassning till marknaden där olika vårdgivare tävlar om prestationsersättningar och köpengar.

Inrätta forsknings- och utvecklingsenheter. Det är ingen tillfällighet att de insatser som gjordes för svårt psykiskt sjuka människor, personer med beroendeproblematik och andra utsatta grupper under välfärdssamhällets uppbyggnadsperiod skedde med utgångspunkt från gedigna socialmedicinska fältstudier. Regioner och större kommuner behöver bygga upp forsknings- och utvecklingsenheter med uppgiften att både kartlägga behov och organisera en systematisk uppföljning.

Referenser

- Allebeck, P. (1989). Schizophrenia: A Life-Shortening Disease. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 15:1.
- Alström, C.H. (1942). Mortality in mental hospitals with especial regard to tuberculosis. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, Suppl. 42.
- Arvidsson, O., Brikell, I., Larsson, H., Lichtenstein, P., Kuja-Halkola, R., Johnson, M., Gillberg, C., & Lundström, S. (2025). ASD and ADHD symptoms in 18-year-olds – A population-based study of twins born 1993 to 2001, *Psychiatry Research*, vol. 351, 116613, ISSN 0165-1781. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116613>.
- Case, A., & Deaton, A. (2020). *Deaths of despair and the future of capitalism*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Crump, C., Winkleby, M., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2013). Comorbidities and Mortality in Persons With Schizophrenia: A Swedish National Cohort Study. *American Journal of Psychiatry* vol.170:3 <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12050599>
- Eliasson, R. (1979). *Den nya psykiatrin i korseld*. Prisma. Stockholm.
- Eliason, M. (2022). *Inkomster bland personer med svår psykisk sjukdom*. IFAU rapport 2022:16.
- Engström, I. (2025). Explosive Increase in Diagnosis and Treatment of ADHD in Sweden May Be Related to Private Health Providers Offering Fast-Track, Guaranteed Diagnoses. *Acta Paediatrica*. Vol. 114, nr 9.
- Folkhälsomyndigheten. (2023). *Psykisk hälsa och suicid i Sverige – Statistik om nuläge och utveckling fram till 2022*. Artikelnummer: 2396.
- Försäkringskassan. (2024). *Lägesrapport psykisk ohälsa 2024 - rekordmånga stressrelaterade sjukskrivningar* [pressmeddelande], 18 november. <https://www.forsakringskassan.se/nyhetsarkiv/nyheter-press/2024-11-18-lagesrapport-psykisk-ohalsa-2024---rekordmanga-stressrelaterade-sjukskrivningar>
- Fugelstad, A. (2023). *Den svenska opioidkrisen*. Arena Idé. <https://arenaide.se/rapporter/den-svenska-opioidkrisen/>
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City, New York: Doubleday and Company, Inc.
- Högberg, B., Scarpa, S., & Petersen, S. (2025). Trends in educational inequalities in all-course mortality and deaths of despair in Swedish youths 1990-2018. *SSM Popul Health*. 2025 Jan 4;29:101748. doi: 10.1016/j.ssmph.2025.101748.
- Inghe, Gunnar. (1958). Mental and physical illness among paupers in Stockholm. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*. Suppl. 12. Vol. 33.
- Inghe, Gunnar. (1960). *Fattiga i folkhemmet: en studie av långvarigt understödda i Stockholm*. Stockholm: Stadsarkivet.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2015). *Psykisk hälsa – ett gemensamt ansvar, Lärdomar från PRIO och tidigare statliga satsningar sedan 1995*, rapport 2015:10, TMG Stockholm. <http://www.vardanalys.se/Rapporter/2015/Psykisk-halsa---allas-ansvar/>
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., et al. (2013). Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLOS One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176>
- Prop. 1993/94:218, Psykiskt stördas livsvillkor.
- Psykiatrin i siffror. <https://www.uppdragpsy-kiskhalsa.se>
- Regeringskansliet, S2012.006. Socialdepartementet PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016.
- Riksrevisionen. (2009). *Psykiatrin och effektiviteten i det statliga stödet*, RiR 2009:10, Riksdagstryckeriet, Stockholm 2009. <http://www.riksrevisionen.se/sv/rapporter/Rapporter/EFF/2009/Psykiatrin-och-effektiviteten-i-det-statliga-stodet/>

- Rydell, M., Lundström, S., Gillberg, C., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2018). Has the Attention Deficit Hyperactivity Disorder Phenotype Become More Common in Children Between 2004 and 2014? Trends Over 10 Years From a Swedish General Population Sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 59: 863–871.
doi: 10.1111/jcpp.12882
- SCB. (2025). *Inkomstfördelningen 1991–2023. Hushållens ekonomi 2025:1*
- SCB:s levnadsnivåundersökning. Statistikdatabasen.SCB.se.
- Skr. 2008/09:185. En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.
- Skr. 2024/25:77. Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention.
- Socialdepartementet. (2012). PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016. S2012.006.
- Socialstyrelsen. (2010). *Alltjämt ojämlikt. Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning*. Artikelnummer: 2010-6-21 | Publicerad: 2010-01-01
- Socialstyrelsen. (2011). *Hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden 2011 – omfattning och karaktär*. Artikelnummer: 2011-12-8 | Publicerad: 2011-04-02
- Socialstyrelsen. (2012). *Sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning. Utvärdering av statsbidrag under åren 2009–2011*, Artikelnr 2012-5-27.
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni, Indikatorer och underlag för bedömningar*, 2013-6-7, publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2013.
- Socialstyrelsen. (2017). *Hemlöshet 2017 – omfattning och karaktär*, Artikelnummer 2017-11-15.
- Socialstyrelsen. (2018). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård, Lägesrapport 2018*, artikelnummer 2018-3-4.
- Socialstyrelsen. (2023). *Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd – Förekomst, trend och könsskillnader* Artikelnummer: 2023-11-8862 | Publicerad: 2023-11-28
- Socialstyrelsen. (2024a). *Kartläggning av hemlösheten 2023 – Personer i hemlöshet i behov av socialtjänsten*. Artikelnummer: 2024-2-8927 | Publicerad: 2024-02-01
- Socialstyrelsen. (2024b). *Nationella riktlinjer 2024 – adhd och autism – Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten* Artikelnummer: 2024-3-8958 | Publicerad: 2024-03-19
- Socialstyrelsen. (2025a). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2025*. Artikelnummer: 2025-4-9527
- Socialstyrelsen. (2025b). *Psykisk ohälsa hos barn och unga placerade i samhällsvård – En kartläggning med fokus på barn och unga födda 2002–2016 och placerade under 2022*. Artikelnummer: 2025-5-9586 | Publicerad: 2025-05-27
- Socialstyrelsen. (2025c). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården 2025 – Nationella planeringsstödet. Delrapport 1. Barn- och ungdomspsykiatri*. Artikelnummer: 2025-1-9383 | Publicerad: 2025-01-15
- Socialstyrelsen. (2025d). *Statistik om insatser till vuxna personer med skadligt bruk och beroende 2024*. 2025-05-22. Art.nr: 2025-5-9580.
- Socialstyrelsen. (2025e). *Årligt antal patienter i olika diagnosgrupper i specialiserad vuxenpsykiatri*. Socialstyrelsens statistikbas patientregister PAR. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_par/val.aspx
- Socialstyrelsen. (2025f). *Årligt antal patienter i olika diagnosgrupper bland barn och unga (0-19 år)*. Socialstyrelsens statistikbas patientregister PAR. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_lak/val.aspx
- Socialstyrelsen. (2025g). *Ökning av personer som fått förskrivning av antidepressiva i olika åldersgrupper, index 2006 = 100*. Socialstyrelsens statistikdatabas läkemedelsregister LMED. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_lak/val.aspx
- Socialstyrelsen. (2025h). *Årligt antal patienter i åldersgruppen 0-19 år som fått adhd-diagnos och antal recept på amfetaminläkemedel*. Socialstyrelsens patient- och läkemedelsregister.

- Socialstyrelsen. (2025i). *Årligt antal patienter i åldersgruppen 2-34 år som fått adhd-diagnos och antal som fått recept på amfetaminläkemedel*. Socialstyrelsens patient- och läkemedelsregister.
- SOU 1958:38. Mentalsjukvården. Planering och organisation.
- SOU 1967:36. Nykterhetsvårdens läge.
- SOU 1967:25. Narkotikaproblemet.
- SOU 1967:52. Barnbidrag och familjetillägg.
- SOU 1967:53. Kommunerna och den sociala omvårdnaden: rapport och förslag.
- SOU 1977:40. Socialtjänst och socialförsäkringstillägg.
- SOU 1992:37. Psykiatri och dess patienter.
- SOU 1993:16. Nya villkor för ekonomi och politik.
- SOU 1994:27. Vård av alkoholmissbrukare.
- SOU 2000:14. Adressat okänd – om hemlöshetens bakgrund, orsaker och dynamik.
- SOU 2006:100. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.
- SOU 2011:35. Bättre insatser vid missbruk och beroende.
- SOU 2018:90. För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt. Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa.
- SOU 2019:65a. Långtidsutredningen 2019. Bilaga: Jämlikhet i möjligheter och utfall i den svenska skolan.
- SOU 2019:65b. Långtidsutredningen 2019. Bilaga: Jobbpolariseringen på svensk arbetsmarknad.
- SOU 2021:93. Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.
- SOU 2023:62. Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus.
- Statskontoret. (2012). *Statens psykiatrisatsning 2007–2011 – slutrapport*, 2012:24, Statskontoret 2012.
- Stockholms stad. (2020). *Stockholms stads program för att motverka hemlöshet 2020–2025* Dnr: 3.1.1–849/2019 Socialförvaltningen.
- Thiblin, I., Fugelstad, A., Leifman, A., Romelsjö, A., Ågren, G., & Sorimachi, Y. (2004). Relationships Between the Deinstitutionalization of Healthcare for Patients with Mental Disorder, Substance Abuse, and Isolated Death. *J Forensic Sci.* Vol 49:2.
- Topor, A., Stefansson, C.G., Denhov, A., Bülow, P., & Andersson, G. (2019). Recovery and economy; salary and allowances: a 10-year follow-up of income for persons diagnosed with first-time psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 54:919–926 <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01655-4>
- Uppdrag granskning. (2025). Lämna att dö [tv-program]. Sveriges Television, SVT1, 22 januari.
- Warolén M., Burström, S., Teni, F., Kullberg, S., Irestig, R., Burström, K., & Lager, A. (2021). *Hälsa och livsvillkor bland personer i hemlöshet i Stockholms län 2019: En enkätintervjustudie*. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; Region Stockholm. Rapport 2022:9.
- Ågren G. (1997). *Hemlösa i Stockholm 1996*. Resursförvaltningen för Skola och socialtjänst. FOU-enheten.
- Ågren, G., & Bremberg, S. (2022). Mortality trends for young adults in Sweden in the years 2000–2017. *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol:50(4) doi: 10.1177/14034948211000836. 448-445.
- Ågren, G., & Bremberg, S. (2023). "Död av förtvivlan" är vanligare bland unga vuxna i skogslänen. *Läkartidningen*, 24 oktober. 20:23020.
- Ösby, U., Correia, N., Brandt, L. et al. (2000). Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm county, Sweden: cohort study. *British Medical Journal*. Vol 321:483-4.

arena idé

Arena Idé är en progressiv och partipolitiskt obunden tankesmedja med medborgar- och löntagarperspektiv. Vi finansieras av fackföreningsrörelsen och är en del av den ideella föreningen Arenagruppen. Arena Idé fokuserar på frågor som rör arbetsmarknaden, ekonomisk politik, välfärd och demokrati.