

Välfärdens urholkning och den växande psykiska (o)hälsan

Alain Topor, Jenny Wetterling

Alain Topor, leg psykolog, professor emeritus, Institutionen för psykosocialt arbete.

Universitetet i Agder, Norge. E-post: alaintopor@hotmail.com

Jenny Wetterling, legitimerad sjuksköterska, specialistsjuksköterska psykiatrisk vård, Region Skåne. Styrelseledamot, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa- RSMH.

E-post: jenny.wetterling@rsmh.se

DOI: <https://doi.org/10.62607/smt.v103i1-2.65062>

De senaste åren har sett en betydande ökning av den psykiska ohälsan. En växande andel av befolkningen har fått psykiatriska diagnoser. Psykisk ohälsa är den idag vanligaste orsaken till sjukskrivningar. Den bio-medicinska psykiatrin kan inte förklara denna utveckling, samtidigt som dess diagnoser och behandlingsmetoders vetenskapliga grund och effektivitet ifrågasätts. I artikeln sätts denna utveckling i relation till den urholkning av välfärden som inträffat. Bidrags- och ersättningsnivåerna har sänkts och växande krav har ställts för att få olika former av ekonomiskt stöd. Forskning presenteras som ställer fattigdom i relation till den psykiska (o)hälsan, men även hur förbättrade ekonomiska villkor kan bidra till återhämtning. Artikeln avslutas med en presentation av ett ramverk som placerar människor i sitt sociala och livshistoriska sammanhang samt av medborgarlön.

In recent years a growing proportion of the population have received psychiatric diagnoses. Mental (ill)health is today the most common cause of sick leave. Biomedical psychiatry cannot explain this development, while the scientific basis of its diagnoses and treatment methods are questioned. The article relates this development to the erosion of welfare that has occurred. Benefit and compensation levels have been lowered and increasing requirements have been imposed to receive various forms of financial support. Research presents that places socio-economic conditions in relation to mental (ill)health, but also how improved economic conditions can contribute to recovery. The article concludes with a presentation of a framework that places people in their social and life-historical context and of basic income.

Förhållandet mellan välfärd och psykisk (o)hälsa lyfts sällan fram i det offentliga samtalet. Välfärd är en socialpolitisk fråga. Psykisk (o)hälsa har kommit att bli en individuell-medicinsk fråga. Och sällan mötas de två. Idag finns dock en omfattande forskning som belyser kopplingar mellan dessa två frågor. Både när det gäller de negativa effekterna som urholkningen av välfärden medfört för befolkningens psykiska hälsa och hur förbättringar i välfärden kan leda till återhämtning från psykiska problem.

I följande artikel sammanfattar vi de parallella förändringarna inom dessa två områden och pekar på deras kopplingar.

Friheten är terapeutisk¹

I mitten på 1960-talet hade Sverige den högsta andelen av sin befolkning inneliggande på 'hospital' jämfört med andra länder (Sjöström, 1992). 36 000 sängplatser fanns inom den psykiatriska vården. Därefter började en långsam avhospitalisering och utveckling av alternativ i lokalsamhällen (SOU, 1991, SOU, 1992a; SOU, 1992b).

1995 inleddes den så kallade psykiatrireformen. Dess övergripande syfte var en fortsatt normalisering av levnadsvillkoren (Nirje, 1985). Mentalsjukhusen stängdes. Delar av regionernas budget överfördes till kommunerna. De kvarvarande sociala verksamheterna inom psykiatrin överfördes till kommunerna som fick ett tydligt ansvar för människornas socio-ekonomiska levnadsvillkor.

Inom kommunerna utvecklades s.k. 'socialpsykiatriska verksamheter' med boendestödinsatser i människornas vardag, men också olika former av boenden. Träff- och aktivitetslokaler skapades för att erbjuda olika former av social gemenskap. En ny fristående yrkesgrupp, Personliga Ombud, fick i uppdrag att ta tillvara 'personer med psykiska funktionsnedsättnings' rättigheter mot både kommunerna och regionerna.

Psykiatriutredningen pekade på att patienterna inom den psykiatriska vården hade sämre ekonomiska villkor även jämfört med andra långtidssjukskrivna grupper (SOU, 1992c). Denna situation förblir lika aktuell tio år senare vid en uppföljning av reformen (SOU, 2006).

Ett av reformens mer oväntade resultat blev att psykiatrin kunde frigöra sig från patienternas sociala liv och fokusera på deras 'sjukdomar'. Att psykosociala insatser skulle kunna ha en kapacitet att bidra till återhämtning från psykiska problem var inte längre aktuellt.

Kvar finns idag cirka 3 200 platser i psykiatrisk heldygnsvård. Biståndsbedömt boende/institutionsvård ges till cirka 14 400 personer i Sverige. Det innebär

1. I denna text har vi valt att bruka begrepp psykiska problem och inte de gängse psykisk sjukdom och ohälsa, då dessa tydligt hör till en medicinsk terminologi. Undantaget när vi refererar andras texter.

att drygt 17 000 personer är placerade på olika institutioner på grund av sina psykiska problem. (Socialstyrelsen, 2019). När det gäller boendestöd saknas aktuella siffror för människor med psykiska problem. De senaste uppgifterna från Socialstyrelsen daterar från 2008. Då fick cirka 13 000 personer en sådan insats. Cirka 2 400 fick hemtjänst istället för boendestöd då de blivit äldre.

Orsakerna bakom nedläggningen av de "totala institutionerna" (Goffman, 1961) är många. Utöver Goffmans bok publiceras under 1960-talets två första år en rad andra böcker som kritiserar den traditionella psykiatri och sätter psykiska problem i ett relationellt och samhälleligt sammanhang. Böcker som Ronald Laings *Det kluvna jaget*, Thomas Szasz *Myten om mentalsjukdomarna*, Michel Foucaults *Vansinnets historia*, och Frantz Fanons *Jordens fördömda*. Psykiatri upphör då att vara en fråga för några specialister utan blir en samhällsfråga. Kritiken kan ses som en del i en större kollektiv befrielseprocess som tog plats dels i Europas diktaturstater, och från kolonialmakterna, dels för mänskliga rättigheter, både för etniska grupper och för kvinnor. Slutligen berörde den processen marginaliserade grupper som äldre och 'handikappade'. Sist bland dessa grupper kom turen till människor med psykiska problem. För dessa grupper handlade förändringen om en normalisering av deras levnadsvillkor; från ett liv på institutioner till ett liv i samhället (Grünwald, 1971).

Som ett led i detta växte även i Sverige en medborgarrättsrörelse fram för fri- och rättigheter, demokrati och medborgarinflytande. Exempelvis lyfte Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) redan på 1970-talet fram kraven på mentalsjukhusens nedläggning och på anständiga ekonomiska levnadsvillkor.

Avinstitutionaliseringen var ett sätt att minska risken för institutionsskador för människor som redan mådde dåligt. På murarna på paviljongerna i det nedlagda mentalsjukhuset i Trieste målades en paroll som kan sammanfatta förändringarnas inriktning: "Friheten är terapeutisk" (Mauri, 1983).

Psykiatrireformen genomfördes i mitten på 1990-talet, i ett politiskt skifte, från kollektiv till individuell frigörelse i samband med neoliberalismens segertåg.

Wacquant (2010) sammanfattar neoliberalismen i fyra punkter: 1. Ekonomisk avreglering som frigör marknadskrafter från statlig kontroll (Globalisering). 2. Avveckling, privatisering och omformning av välfärdsstaten, med fokus på att göra stöd villkorat genom specifika beteendekrav för mottagarna. 3. Betoningen av individuellt ansvar för sin egen situation på en marknad där alla tävlar med alla, och där samhället tar ett krympande ansvar för sina medborgares välbefinnande. 4. En växande rättslig apparat som tränger in i olika områden för att övervaka de som befinner sig på arbetsmarknadens marginaler.

En våg av 'psykisk ohälsa'

Avhospitaliseringen och psykiatrireformen bar med sig ett hopp om att de skulle skapa bättre förutsättningar för att förebygga uppkomsten av psykiska problem och motverka en kronifiering av de drabbade människornas tillstånd. Mot den bakgrund kan det te sig paradoxalt att Sverige sedan dess har drabbats av det som ser ut att vara en våg av 'psykisk ohälsa' (Frances, 2013; WHO, 2025; Linder et al., 2022).

I Sverige har sjukskrivningarna på grund av psykiska problem ökat med 130 procent på sex år. Psykiska problem är idag den vanligaste orsaken till långvariga sjukskrivningar och den drabbar framför allt kvinnor och främst kvinnor inom vård och omsorg (Försäkringskassan, 2024a; 2024b).

En sökning i Socialstyrelsens databas pekar på en ökning på 50 procent av antalet personer som har kontakt med den specialiserade psykiatrin på drygt tio år, från 362 104 personer år 2014 till 491 078 år 2024.

Barnombudsmannen (2024) skriver att "... antalet barn (10–17 år) som vårdats i psykiatrin mångdubblats mellan 2008 och 2022."

Det växande antalet människor som mår dåligt har lett till köer och långa väntetider till den psykiatriska vården (Barnombudsmannen, 2024). Allt fler människor som bedöms ha psykiska problem hänvisas därför till primärvården. Cirka en miljon personer söker varje år hjälp från primärvården för besvär som kan kopplas till 'psykisk ohälsa' (Socialstyrelsen, 2014).

En utbyggnad av såväl den specialiserade psykiatrins heldygnsvård och av rättspsykiatriska anstalter är planerade, samtidigt som andelen personer med psykiatriska diagnoser i fängelse ökar (RättspsyK, 2023; Sveriges Kommuner och Regioner, 2024; 2025).

En kultur har vuxit fram där människorna själva tolkar sina livsproblem, sitt lidande i individuella, medicinska och psykologiska termer. I en enkätundersökning uppgav var femte respondent att de har eller har haft en depressionsdiagnos (Folkhälsomyndigheten, 2025).

Denna individualiserande kultur märks bland annat i en ökad förskrivning av läkemedel. En kvarts miljon personer hämtade ut recept på läkemedel ordinerade för neuropsykiatriska diagnoser under samma år (Socialstyrelsen, 2023). Närmare 1,3 miljoner personer i Sverige hämtade ut anti-depressiva läkemedel under 2023. Även långtidsanvändningen ökar såväl som en ökad förskrivning till barn och unga där flickor är i majoritet. (Läkemedelsverket, 2025).

Fortsatt individuella problem?

Siffrorna ovan kan läsas som att en kraftig ökningen av den 'psykiska ohälsan' i befolkningen lett till en anstormning till vården, vilket i sin tur har resulterat i en omfattande ökning av läkemedelsbehandlingar.

Men en sådan läsning innebär ett problem när det gäller vad denna ökning av 'sjukdomar' i befolkningen skulle bero på. Här är det svårt att hänvisa till en omfattande förändring i befolkningens hjärnfunktioner eller genetiska massa. Svaret man ger till detta problem får betydande konsekvenser när det gäller hur denna våg skall kunna hanteras på bästa sätt. Vilken hjälp borde de lidande människorna erbjudas?

Regeringens 'Nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention' (Regeringskansliet, 2024; Regeringens skrivelse, 2024) fokuserar på individuella vårdinsatser. Den psykiska hälsan förblir en individuell medicinsk-psykologisk problematik (Mills, 2015).

Men trots omfattande satsningar på att finna biologiska markörer för olika diagnoser har detta sökande inte lett till några påtagliga förbättringar för de drabbade. Som Thomas Insel, tidigare chef för American National Institute for Mental Health, tog upp i samband med publikationen av den amerikanska psykiatriska föreningens diagnosmanual; DSM-5:

Jag tillbringade 13 år på NIMH med att verkligen driva på neurovetenskap och genetik kring psykiska störningar, och när jag ser tillbaka på det inser jag att även om jag tror att jag lyckades få många riktigt intressanta artiklar publicerade av intressanta forskare till en ganska hög kostnad – jag tror 20 miljarder dollar – så tror jag inte att vi flyttade nålen för att minska självmord, minska sjukhusinläggningar, förbättra återhämtningen för de tiotals miljoner människor med psykisk sjukdom. (Citerat i Scull, 2022, s. 358)

Stefan Priebe drog konsekvenserna av detta biomedicinska misslyckande:

Ett möjligt alternativt paradigm är ett socialt. Detta går bortom den etablerade påverkan av fattigdom, krig, social ojämlikhet och arbetslöshet på psykisk hälsa. Vi behöver knappast mer forskning för att visa deras betydelse, men att säkerställa fred, social jämlikhet och full sysselsättning är politiska uppgifter. Ett socialt perspektiv inom psykiatrin och psykiatrisk forskning omfattar det mänskliga livets sociala natur. (Priebe, 2016, s. 522)

Ett annat perspektiv skulle alltså kunna fokusera på förändringarna i levnadsvillkor som genomförts i Sverige under de senaste decennierna.

Även om det inte finns några linjära orsakssamband mellan människors levnadsvillkor och deras psykiska hälsa, verkar det finnas en konsensus bland forskarna om att huvudriktningen går från levnadsomständigheterna till psykiska problem. (Cohen, 1993; Robichaud et al., 1994; Eaton, 2001; Read et al., 2013; Huggard et al., 2023; Nelson & Sirén, 2025)

Urholkad välfärd

Låt oss nu fokusera på några aspekter av de socioekonomiska levnadsvillkorens utveckling i Sverige under den senaste tiden. Avhospitaliseringen inom psykiatri avslutades under en tid där välfärden började urholkas. Ersättningsnivåerna för bidrag och försäkringar har sedan dess sänkts och ersättningstiderna har kortats (Nelson & Sirén 2025).

1993 låg arbetslöshetsersättningen på 90 procent av lönen under 300 dagar (450 dagar för den som hade fyllt 50 år). Idag ligger den på 80 procent men sänks till 70 procent efter 100 dagar och sedan till 65%. Då låg arbetslösheten på en tredjedel av dagens nivå.

Försörjningsstödet (socialbidraget) uppges följa prisutvecklingen, men har trots det urholkats under flera år. I en rapport för Kommissionen för jämlik hälsa presenterade Åke Bergmark (2016) följande siffror:

För en ensamstående förälder med två små barn var socialbidragsnormen 4 270 kronor per månad 1985. Trettio år senare fick samma förälder 8 220 kronor, vilket motsvarade 4 029 kronor i fast penningvärde. Skulle normen i stället följt de disponibla inkomsternas utveckling hade summan för 2014 varit 15 150 kronor.

Sedan dess har normen urholkats ytterligare (Nelson & Sirén, 2025).

De senaste årens har även stora förändringar skett gällande ekonomisk ersättning vid sjukdom från Försäkringskassan genom hårdare bedömningar av arbetsförmågan vid 'psykisk ohälsa' som resulterat i fler avslag, större glapp mellan systemen, där människor hamnar utan ersättning.

Det är en utveckling där trygghetssystemet inte längre fungerar som skyddsnät, utan riskerar att bli en del av problemet.

En följd av de olika politiska besluten är att Sverige haft de snabbast växande klyftorna bland alla OECD länderna. Andelen av befolkningen som levde i relativ fattigdom 1995 var sju procent. 2013 utgjorde denna grupp 15 procent av befolkningen.

I Stadsmissionens fattigdomsrapport (2025) anges att 698 000 människor lever i social och materiell fattigdom i Sverige idag, nästan en dubbling sedan 2021. Sveriges Stadsmissioner har till och med lanserat begreppet 'matfattigdom' för att beskriva den situation som allt fler människor i Sverige befinner sig i.

Enligt Socialstyrelsens senaste mätning (2024) lever över 30 000 människor, varav nästan 10 000 barn i hemlöshet. Under 2025 genomförde Kronofogden totalt 3 330 vräkningar. Det är drygt nio procent fler än under 2024. Antalet hushåll med barn som vräks har fortsatt öka från redan höga nivåer. Under 2024 berördes 711 barn av vräkningar vilket är en ökning med nästan 25 procent på två år (Kronofogden, 2026).

Sverige har också en av Europas högsta nivåer av ofrivillig ensamhet (Folkhälso-myndigheten, 2024) som beskrivs som en av de starkaste riskfaktorerna som kan orsaka, förvärra och vidmakthålla psykiska problem. Ensamhet har även en stark koppling till suicid.

Fattigdom och psykisk (o)hälsa

Vi har alltså tillgång till en växande forskning som studerat förhållandet mellan socio-materiella faktorer och psykisk hälsa.

Ett liv under dåliga sociala omständigheter har omfattande följder för människors psykiska hälsa. I en aktuell genomgång av denna forskning kommer Kirkbride och hans kollegor (2024, s. 58) till följande slutsatser:

Det finns nu övertygande bevis för att risken att utveckla något psykiskt tillstånd ("mental health condition") är oupplösligt kopplad till våra levnads-omständigheter.

I sin genomgång tar de upp flera sociala faktorer som visat sig påverka den psykiska (o)hälsan. Här är några av dem där *människors ekonomiska situation* spelar en central roll.

Tidiga motgångar. Det finns starka belägg för att flera tidiga försvårande omständigheter i fosterstadiet och i samband med förlossningen inklusive stress hos modern, obstetriska komplikationer och undernäring kan ha djupgående effekter på den psykisk hälsan årtionden senare.

Motgångar i barndomen. Det är frågan om upplevelser som sannolikt kommer att kräva betydande anpassning av ett genomsnittligt barn och som utgör en avvikelse från den förväntade miljön. ACE studien, Adverse Childhood Experiences Study (1998) visar att barndomen är den starkaste prediktorn för vuxen hälsa och att trygghet, stabilitet och relationer är skyddsfaktorer och att prevention är mer effektivt än behandling. Hittills har forskningen fokuserats på motgångar som fysisk, sexuell och eller känslomässig misshandel, men har nu utvidgats till att omfatta interpersonella motgångar, till exempel mobbning som förekommer utanför hemmiljön.

Migration. Migranter utsätts för en komplex uppsättning sociala situationer som påverkar deras psykisk hälsa. Detta har lett till en oproportionerligt stor omfattning av psykiska problem. Det finns även starka belägg för att miljön efter migrationen är kopplad till psykiska problem bland migranter och deras barn.

Etnisk diskriminering. Förekomsten av etniska skillnader när det gäller olika psykiska problem är väldokumenterad särskilt i 'höginkomstländer'.

Ojämlighet på grund av kön. Förekomsten av flera psykiatriska problem skiljer sig åt beroende på biologiskt kön. Till exempel är depression och ångest ungefär

dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män, ett mönster som verkar omvänt vid icke-affektiva psykotiska störningar. Dessa skillnader torde främst vara socialt betingade. För det första, storleken på könsskillnader för psykiska problem varierar kraftigt mellan olika länder. För det andra finns det allt fler bevis för att könsrelaterade sociala riskfaktorer orsakar psykiska problem. Vissa riskfaktorer som våld i nära relationer är starkt könsbundna. Dessutom påverkar gender och etnicitet beslut om försörjningsstöd (Hussenius, 2022).

Livsmiljön. Den fysiska miljön spelar en stor roll för den psykiska hälsan eftersom att utsättas för skyddande eller skadliga miljöer är sällan slumpmässigt fördelad inom eller mellan befolkningsgrupper (Nyberg, 2020).

Arbetsmiljön i vid bemärkelse är också kopplad till den psykiska hälsan. På senare tid har begrepp som 'proletarisering' (Standing, 2017), 'förpappring', (Bornemark, 2018) och 'prekariat' (Standing, 2011) använts för att analysera förändringar i arbetslivet. Försäkringskassan pekar på en direkt koppling mellan kön, arbetsmiljö och 'psykisk ohälsa' i sin rapport (2023). Mot bakgrund av att kvinnor dominerar bland de sjukskrivna skriver Försäkringskassan:

Det är väl belagt inom forskning att det främst är *dålig arbetsmiljö* som orsakar stress-relaterad sjukfrånvaro och en viktig förklaring till hög sjukfrånvaro inom vård, skola och omsorg är en obalans mellan krav och resurser.

Här pekar Försäkringskassans rapport på en koppling som tidigare undersökts av Starrin och kolleger (Starrin & Janson, 2006; Starrin & Jönsson, 2006). Deras slutsats var att osäkra anställningsförhållanden ('prekariat'), dåligt betalt, meningslöst arbete där man saknar möjlighet att påverka arbetsförhållandena kan vara farligare för människors psykiska hälsa än arbetslöshet.

Ett samhällsproblem

Den ökade förekomsten av människor med psykiska problem i Sverige har inträffat samtidigt med försämringar i den svenska välfärden. Socio-ekonomiska levnadsvillkor är relaterade till förekomsten av psykiska problem. Men att må dåligt för att man utsätts för hotfulla och stressiga levnadsomständigheter är ingen sjukdom. Och är det ingen sjukdom, kan inte lösningen reduceras till en diagnos och en läkemedelsbehandling som individualiserar, medikaliserar och psykologiserar sociala problem.

Tillit har varit en av Sveriges starkaste historiska resurser. Men idag ser vi hur tilliten till myndigheter minskar, tilliten till att få stöd och hjälp minskar, och tilliten till att man inte ska behöva falla om man hamnar i en kris minskar.

När tilliten försvinner ökar polarisering och misstro samtidigt som solidaritet och samhällsgemenskaper minskar. När tilliten försvinner, försvinner också vår

förmåga att se varandra som medmänniskor och vi ser att olika psykiska problem då tycks öka.

Forskning (Wilkinsson & Pickett 2018) pekar på att förekomsten av psykiska problem ökar när samhällen blir mer ojämlika.

När vi vet att ekonomisk utsatthet är en stark prediktor för psykiska problem och att återhämtning försvåras vid fattigdom blir det problematiskt att fortsätta se den 'psykiska ohälsan' som ett individuellt misslyckande, snarare än som en konsekvens av samhällsutvecklingen. Att samhället skapar de villkor som människor sedan skuldbeläggs för.

Personcentrerad kollektiv återhämtning

Vi har pekat på en koppling mellan den växande 'psykiska ohälsan' och de växande klyftorna samt urholkningen av välfärden i Sverige. Men vad säger att ett återställande av den tidigare välfärden skulle få positiva konsekvenser för den psykiska hälsan. Skulle en förbättrad privatekonomi kunna bidra till en återhämtning för människor med psykiska problem? Flera studier pekar på det.

Davidson et al. (2001a; 2001b; 2004) genomförde en randomiserad kontrollerad studie. Forskarna delade en grupp personer med psykiska problem i tre olika insatsgrupper. Den ena fick en mindre summa pengar regelbundet under en period, den andra samma summa pengar och en 'vän' och den tredje en 'vän', men inga pengar. Bäst gick det för deltagarna i den första gruppen, som enbart fick pengarna. Nästbäst gick det för de i den andra gruppen som tog pengarna, men inte träffade sina respektive 'vänner'. Tack vare pengarna kunde de åter skapa tidigare relationer och skapa nya, som de själva valde ut.

I en svensk kväsiexperimentell studie (Topor et al., 2015; 2016a; 2016b; 2017) fick 100 personer med psykiska problem och dålig ekonomi 500 kronor i månaden utöver sina övriga inkomster under en nio månaders period. En jämförelsegrupp fick sammanlagt 450 kronor under samma period för att medverka i studien.

Efter sju månader noterades en statistisk säkerställd minskning av depression och ångest i insatsgruppen. Dessutom förbättrades deras självbild och de var mer nöjda med sitt sociala liv. Inga sådana förändringar kunde noteras i jämförelsegruppen.

En deltagare beskrev en koppling mellan möjligheten till att unna sig en guldkant i tillvaron och en ändrad självbild och ett bättre mående:

”Det var ett genombrott, nu var det jäklar upp till mig ... Fem hundra kanske inte verkar så mycket, men... Jag har tagit mig i kragen och ordnat med min ekonomi och verkligen hållit mig inom budget och fått lite livskvalitet på lång sikt. Nu har jag klippt sönder mina kreditkort och köpt lite nya kläder. Det var skönt att se att jag inte har förlorat min livslust. (Topor et al., 2017)

Det är allt för ofta inte människorna som är trasiga. Det är villkoren de lever under. Vi är fullt medvetna om att enbart generella åtgärder inte räcker till för alla de som vänder sig till psykiatrin.

Rimliga reaktioner på orimliga livsvillkor

Vi skrev tidigare att Sverige drabbats av en våg av 'psykisk ohälsa'. Vi misstror inte att människor mår dåligt. Däremot anser vi att det finns tillräckligt med forskning som lämnar ett betydande utrymme att ifrågasätta att det skulle röra sig om 'sjukdomar'; lidanden orsakade av biologiska förändringar inom individen, som därför bör behandlas individuellt främst med läkemedel.

I samband med att den amerikanska psykiatriska föreningen publicerade sin diagnosmanuals femte upplaga samlades en grupp engelska kliniska psykologer tillsammans med en grupp personer med egen erfarenhet av psykiatrisk behandling och sammanställde en vetenskaplig kritik av diagnosmanualen. De utvecklade även ett alternativt förhållningssätt, kallad Power-Threat-Meaning Framework (PTMF, på svenska Ramverket Makt-Hot-Mening) (Boyle & Johnstone, 2018; 2020).

Ramverkets utgångspunkt är att det som vanligtvis uppfattas som symptom på 'psykisk ohälsa' ofta utgör rimliga reaktioner på orimliga livsvillkor och livshändelser. I stället för att utgå från frågan "Vad är det för fel på dig?" i mötet med den som mår dåligt så blir utgångspunkten "Vad har hänt i ditt liv?". Följdfrågorna blir "Hur har det påverkat dig?" samt "Vad har du gjort för att överleva dessa hotfulla situationer?". Det betyder inte att lidandet är mindre allvarligt, men att det bör förstås i sitt sammanhang och bemötas på helt andra sätt än dem som den bio-medicinska psykiatrin förordar.

PTMF pekar mot att verklig förändring och möjlighet till återhämtning handlar primärt om att stärka människornas levnadsvillkor. Centrala aspekter är att återfå mening – att förstå sina erfarenheter i ett sammanhang, att ha både relationell och materiell trygghet, att få handlingsutrymme och makt över sitt liv och inte att bara vara "symptomfri". Att leva ett liv snarare än att bara överleva.

Utan samhällsreformer kommer dock orsakerna till de psykiska problemen att kvarstå. I detta sammanhang pekar PTMF ut fattigdomen som många problems urkälla, "The cause of the causes" (Boyle & Johnstone, 2020, s. 65), då den skapar en maktlöshet både på individuell och strukturell nivå och därmed en ökad risk att hamna i hotfulla situationer.

Fungerande insatser för att hjälpa människor med psykiska problem bör därför kombinera individuella insatser som placerar dem i sina livshistoriska och aktuella psykosociala sammanhang tillsammans med strukturella insatser.

Fokuserar vi på de ekonomiska levnadsvillkoren handlar det om att återställa välfärden antingen genom en uppgradering av ersättningsnivåerna och försörj-

ningsnormen eller genom en mer omfattande reform för generell välfärd. En sådan insats som diskuteras är 'medborgarlön' eller 'garanterad basinkomst'. I grunden handlar det om att alla medborgare villkorslöst garanteras en månatlig summa pengar. Denna summa utgör basen för en dräglig tillvaro (Standing, 2017). En rad försök med medborgarlön har gjorts och pågår på olika håll i världen och flera studier pekar på att basinkomsten kan ha positiva effekter på människors psykiska hälsa (Reeves et al., 2016; Standing, 2017; Wilson & Mc Naid, 2021).

Den typen av preventiva generella åtgärder skulle dessutom kunna frigöra tid för personalen inom socialtjänsten och psykiatri till mer kvalificerade insatser för de människor som även då skulle behöva individuella insatser.

'Psykisk ohälsa' är inte bara en vårdfråga. Det är en välfärdsfråga. En jämlikhetsfråga. En rättvisefråga. Om vi menar allvar med att minska den 'psykiska ohälsan' måste vi börja där den faktiskt uppstår: i fattigdomen, i otryggheten, i ensamheten, i de sönderfallande skyddsneten. För ett samhälle som vill att människor ska hålla ihop måste också hålla ihop människor.

Referenser

- Barnombudsmannen (2024). *Hur dåligt måste man må egentligen? Samhällsinsatser för att främja barns psykiska hälsa*. Stockholm: Barnombudsmannen. bo_arsbok_2024_wcag.pdf
- Bergmark, Å. (2016). *Ekonomiskt bistånd: försväringsvillkor och marginalisering – ett hinder för jämlik hälsa.* Kommissionen för jämlik hälsa. Underlagsrapport nr 1.
- Bornemark, J. (2018). *Det omätbara renässans – En uppgörelse med pedanternas världsherravälde*. Stockholm: Volante.
- Boyle, M. & Johnstone, L. (2018). The Power Threat Meaning Framework: An alternative nondiagnostic conceptual system. *Journal of Humanistic Psychology*, 1 –18. DOI: 10.1177/0022167818793289
- Boyle, M, & Johnstone, L. (2020). *A Straight-Talking Introduction to the Power Threat Meaning Framework: An alternative to Psychiatric diagnosis*. PCCS Books.
- Cohen, C.I. (1993). Poverty and the course of schizophrenia: implications for research and policy. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 951-958.
- Eaton, W, W, (2001). *The sociology of mental disorders*, 3rd ed, Westport: Praeger Publishers.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.
- Folkhälsomyndigheten (2019). *Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?* Solna: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2024). Ensamhet – förekomst, konsekvenser och åtgärder. En kartläggning. Ensamhet – förekomst, konsekvenser och åtgärder. En kartläggning
- Folkhälsomyndigheten (2025). Hur vanligt är depression? Hur vanligt är depression? - Din psykiska hälsa
- Frances, A. (2013). *Saving Normal*, New York: HarperCollins.
- Försäkringskassan (2023). Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv. Försäkringskassans lägesrapport – Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv. forsakringskassan.se
- Försäkringskassan (2024a). *Lägesrapport psykisk ohälsa 2024 – rekordmånga stressrelaterade sjukskrivningar*. Lägesrapport psykisk ohälsa 2024 – rekordmånga stressrelaterade sjukskrivningar - Försäkringskassan
- Försäkringskassan (2024b). *Försäkringskassans lägesrapport II Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv*. Försäkringskassans lägesrapport – Sjuk av stress: Kvinnor löper dubbel risk
- Grünwald, K. (1971). (red.) *Människohandtering på totala vårdinstitutioner. Från dehumanisering till normalisering*. Stockholm: Natur & Kultur.

- Huggard, L., Murphy, R., O'Connor, C. & Nearchou, F. (2023). The Social Determinants of Mental Illness: A Rapid Review of Systematic Reviews, *Issues in Mental Health Nursing*, 44, 302-312. DOI: 10.1080/01612840.2023.2186124
- Hussénius, K. (2022). Gender and ethnicity in social assistance assessments of single applicants with substance abuse problems. *European Journal of Social Work*, 25, 210–223.
- Inspektionen för Socialförsäkringen (2014). *Utvecklingen av socialförsäkringsförmåner sedan 1990-talet*. Stockholm: Rapport 2014:4.
- Kirkbride JB., Anglin DM., Colman I., Dykxhoorn J., Jones PB., Patalay P., Pitman A., Sonesson E., Steare T., Wright T. & Griffiths SL. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23, 58-90. doi: 10.1002/wps.21160. PMID: 38214615; PMCID: PMC10786006.
- Kronofogden (2026). *Statistik om vräkningar*. Statistik om vräkningar | Kronofogden
- Linder, A., Heckley, G., Gerdtham, U-G. (2022). Socioekonomisk ojämlikhet i psykisk ohälsa i Sverige – hur stora är skillnaderna och vad driver utvecklingen? 48-4-alghugg.pdf
- Läkemedelsverket (2025). Komparativ analys av förskrivning av antidepressiva läkemedel mellan de nordiska länderna. Komparativ analys av förskrivning av antidepressiva läkemedel mellan de nordiska länderna | Läkemedelsverket
- Mauri, D. (1983). *La Libertà è Terapeutica? – L'Esperienza Psichiatrica di Trieste*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore.
- Mills, C. (2015). The psychiatrization of poverty: Rethinking the mental health-poverty nexus. *Social and Personality Psychology Compass*, 9, 213-222. ISSN 1751-9004
- Nelson, K. & Sirén, S. (2025). *Grund- eller inkomsttrygghet? Svensk ekonomisk trygghetspolitik i historisk och internationell belysning*. SNS Förlag. grund-eller-inkomsttrygghet.pdf
- Nirje, B. (1985). The basis and logic of the normalization principle. *Australian and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 11, 65-68.
- Nyberg, M. (2020). *Kapitalets automatik. Mänskliga robotar & systematisk dumhet*. Stockholm: Verbal Förlag.
- Priebe, S. (2016). A social paradigm in psychiatry – themes and perspectives, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25, 521-527.
- Read, J., Johnstone, L. & Taitimu, M. (2013). Psychosis, poverty and ethnicity, in J. Read & J. Dillon (eds.) *Models of madness – Psychological, social and biological approaches to psychosis*, (2th ed.), London: Brunner-Routledge.
- Reeves, A., McKee, M., Mackenbach, J., Whitehead M, & Stuckler D. (2016). Introduction of a National Minimum Wage Reduced Depressive Symptoms in Low-Wage Workers: A Quasi-Natural Experiment in the UK. *Health Econ.*;26, 639–655. doi: 10.1002/hec.3336.
- Regeringskansliet (2024). *Psykisk hälsa och suicidprevention – Regeringens handlingsplan för genomförandet av den nationella strategin inom området psykisk hälsa och suicidprevention för perioden 2025–2026*. Socialdepartementet.
- Regeringens skrivelse (2024). *Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention*. Skr. 2024/2025:77.
- Robichaud, J-B. et al (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale - De l'exclusion à l'équité*, Paris: Gaetan Morin Editeur.
- RättspsyK (2023). Årsrapport 2022 Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, RättspsyK <https://rattsspsyk.registercentrum.se>, www.kvalitetsregister.se
- Scully, A.T. (2022). *Desperate remedies. Psychiatry and the mysteries of mental illness*. Dublin: Random Penguin House.
- Sjöström, B. (1992). *Kliniken tar över darskapen - Om den moderna svenska psykiatrins framväxt*, Uddevalla: Daidalos.
- Socialstyrelsen (2008). *Boende för personer med psykiska funktionshinder – En nationell uppföljning och utvärdering av boendeformer inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020). Statistik om boendeinsatser och anhörigstöd 2019. Statistik om boendeinsatser och anhörigstöd 2019
- Socialstyrelsen (2024). Nationell målbild: vårdcentralerna behöver ha kompetens och effektiva arbetssätt för att omhänderta psykisk ohälsa. Nationell målbild: vårdcentralerna behöver ha kompetens och effektiva arbetssätt för att omhänderta psykisk ohälsa - Socialstyrelsen
- SOU (1991). *På väg - exempel på förändringsarbeten inom verksamheter för psykiskt störda*, SOU 1991:47.

- SOU (1992a). *Psyiskt stördas situation i kommunerna - en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv*, SOU 1992:3.
- SOU (1992b). *Psykiatri och dess patienter - levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling*, SOU 1992:37.
- SOU (1992c). *Psykiatri och dess patienter - levnadsförhållanden, vårdens innehåll och utveckling*, SOU 1992:37.
- SOU (2006). *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*. SOU 2006:100.
- Standing, G. (2011). *The precariat – The new dangerous class*. London: Bloomsbury.
- Standing, G. (2017). *Basic income: And how we can make it happen*. Pelican Books.
- Starrin, B. & Janson, S. (2006). Unemployment, secure employment and insecure employment: differences in self-reported ill health, in T., Kieslbach, A.H., Winefield, C. Boyd, & S. Anderson (eds.) *Unemployment and health. International and interdisciplinary perspectives*. Sydney: Australian Academic Press.
- Starrin, B. & Jönsson L.R. (2006). The finance-shame model and the relation between unemployment and health, in T., Kieslbach, A.H., Winefield, C. Boyd, & S. Anderson (eds.) *Unemployment and health. International and interdisciplinary perspectives*. Sydney: Australian Academic Press.
- Statistiska Centralbyrån (2026). *Statistik om läkemedel*. Statistik om läkemedel
- Sveriges Kommuner och Regioner (2024). *Psykiatri i siffror Kartläggning av rättspsykiatri 2023*.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2025). *Psykiatri i siffror. Kartläggning av vuxenpsykiatri 2024*. Vuxenpsykiatri - Psykiatri i siffror
- Sveriges Stadsmissioner (2022). Fattigdomsrapport. Ett samhälle i förändring. Fattigdomsrapporten_2022_webb.pdf
- Topor, A., Ljungqvist, I., Bohman, L., Malmberg, A. & Quijote, J. (2015). *Pengar, vänner och psykiska problem - Det sociala livet, privatekonomin och psykisk hälsa - en insatsstudie i "Supported Socialization"*. Blekinge Kompetenscentrum: Rapport 2015:2.
- Topor, A., Ljungqvist, I. & Sandberg E-L. (2016a). Living in poverty with severe mental illness - Coping with double trouble, *Nordic Social Work Research*, 6, 201-210. DOI: 10.1080/2156857X.2015.1134629
- Topor, A., Ljungqvist, I., Strandberg, E-L. (2016b). The cost of friendship: severe mental illness, poverty and social isolation, *Psychosis*, 8, 336-345. doi.org/10.1080/17522439.2016.1167947
- Topor, A. & Ljungqvist, I. (2017). Money, Social Relationships and the Sense of Self: The Consequences of an Improved Financial Situation for Persons Suffering from Serious Mental Illness, *Community Mental Health Journal*, 53, 823–831.
- Wacquant, L. (2010). Crafting the neoliberal state: Workfare, prisonfare and social insecurity. *Sociological Forum*, 25, 197 – 220. DOI: 10.1111/j.1573-7861.2010.01173.x
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2018). *The inner level. How more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everyone's well-being*. London: Penguin Books Ltd.
- Wilson N. & McDaid S. (2021). The mental health effects of a Universal Basic Income: A synthesis of the evidence from previous pilots. *Social Science & Medicine*, 287, 1-7.
- World Health Organization (2025). *World mental health today: latest data*. content