

Dolda funktionshinder

Om arbetsliv, utbildning och vård

Mikael Lundqvist Redaktör och sammanställare

December 2025, version 0.33

Innehållsförteckning

Kapitel 1: Inledning

- 1.1 Bakgrund
- 1.2 Syfte och mål
- 1.3 Disposition

Kapitel 2: Dolda funktionshinder

- 2.1 Definition och begrepp
- 2.2 Exempel på dolda funktionshinder
- 2.3 Konsekvenser för individ och samhälle

Kapitel 3: Rehabilitering och stöd

- 3.1 Rehabiliteringens betydelse
- 3.2 Koordinering av vård och stöd
- 3.3 Patientorganisationers roll

Kapitel 4: Arbetsliv och utbildning

- 4.1 Tillgång till arbetsmarknaden
- 4.2 Arbetsmiljö och inkludering
- 4.3 Utbildningens roll
- 4.4 Pedagogiska anpassningar
- 4.5 Samhällsekonomiska perspektiv
 - 4.5.1 Screening och tidig upptäckt
- 4.6 Vägen framåt

Kapitel 5: Vård och rehabilitering

- 5.1 Rehabiliteringens betydelse
- 5.2 Koordinering av vård och stöd
- 5.3 Patientorganisationers roll

Kapitel 6: Vägen framåt – lösningar och hopp

- 6.1 Ökad medvetenhet och kunskap
- 6.2 Inkluderande arbetsliv och utbildning
- 6.3 Förbättrad vård och rehabilitering
- 6.3 Förbättrad vård och rehabilitering
- 6.4 Policy och samhällsutveckling
- 6.5 Hopp och framtidsvisioner

Kapitel 7: Praktiska tillämpningar för olika professioner

- 7.1 Patientens perspektiv
- 7.2 Arbetsmiljöömbudets roll
- 7.3 Företagshälsovård
- 7.4 Vårdcentraler
- 7.5 Rehabiliteringskoordinatorer
- 7.6 Anhöriga
- 7.7 Politiker
- 7.8 Försäkringskassan
- 7.9 Arbetsförmedlingen
- 7.10 Optiker

Kapitel 8: Diskrimineringslagen och dolda funktionshinder

- 8.1 Inledning
- 8.2 Centrala bestämmelser
- 8.3 Tillämpning på dolda funktionshinder
- 8.4 Exempel på diskriminering
- 8.5 Rättsliga konsekvenser
- 8.6 Diskriminering och dolda funktionshinder i rättspraxis # Kapitel 9: Patientlagen och dolda funktionshinder
- 9.1 Inledning
- 9.2 Centrala bestämmelser
- 9.3 Tillämpning på dolda funktionshinder
- 9.4 Patientlagen och dolda funktionshinder i rättspraxis

Appendix A

- Patientföreningar för dolda funktionsnedsättningar

Förord

Denna bok har vuxit fram ur ett behov av att synliggöra det som ofta förblir osynligt. Dolda funktionshinder påverkar tusentals människor varje dag, men deras erfarenheter riskerar att förbises eftersom svårigheterna inte alltid syns för omgivningen. Som anhörig, patientföreträdare och engagerad i frågor om rehabilitering har jag sett hur bristen på förståelse kan skapa hinder – både i vardagen och i samhällets strukturer.

Jag har själv erfarenhet av konvergensinsufficiens, en dold funktionsnedsättning som påverkar ögonens samarbete och gör läsning och koncentration mer krävande. Denna personliga erfarenhet har gett mig en djupare insikt i hur osynliga svårigheter kan påverka vardagen och hur viktigt det är att de uppmärksammas och tas på allvar.

I skrivande stund är jag ordförande för Hjärnkraft Jönköpings län, som är en del av Funktionsrätt Jönköpings län. Genom detta uppdrag möter jag patienter, anhöriga, vårdpersonal och beslutsfattare, och ser hur viktigt det är att skapa broar mellan olika aktörer för att förbättra rehabilitering och stöd.

Mitt mål med boken är att bidra till ökad kunskap, men också till förändring. Genom att kombinera vetenskapliga fakta med personliga berättelser vill jag ge en helhetsbild av vad dolda funktionshinder innebär. Jag hoppas att boken kan bli ett verktyg för patienter, anhöriga, vårdpersonal, politiker och tjänstepersoner – och för alla som vill förstå mer.

Arbetet med boken sker i samarbete med en AI-assistent från Microsoft, som hjälper till med struktur, språkgranskning, faktakontroll och teknisk formatering. Detta gör att innehållet kan hållas tillgängligt, korrekt och öppet för vidareutveckling. Boken publiceras under en Creative Commons-licens (CC BY) och finns tillgänglig via GitHub, vilket gör det möjligt för fler att bidra och använda materialet.

Jag vill rikta ett varmt tack till alla som delat sina erfarenheter och insikter. Utan er hade denna bok inte varit möjlig.

Bankeryd, november 2025

Mikael Lundqvist

Inledning: Varför denna bok?

Denna bok är ett samarbetsprojekt med ett tydligt mål: att synliggöra dolda funktionshinder och öka förståelsen för hur de påverkar människors vardag. Den riktar sig till en bred läsekrets – patienter, anhöriga, vårdpersonal, politiker, tjänstepersoner och allmänhet – och bygger på faktagranskad information, personliga berättelser och konkreta exempel.

Boken är skriven i samarbete med en AI-assistent från Microsoft, som bidrar med struktur, språkgranskning, faktakontroll och teknisk formatering. Genom detta samarbete kan innehållet hållas tillgängligt, korrekt och anpassat för olika målgrupper. All text är formaterad i Markdown och publiceras under en öppen Creative Commons-licens (CC BY), vilket gör det möjligt för andra att bidra, återanvända och vidareutveckla materialet via GitHub.

Syftet är inte bara att informera, utan att skapa verktyg för förändring. Genom att kombinera vetenskaplig kunskap med erfarenhetsbaserade perspektiv vill vi bidra till bättre bemötande, mer träffsäkra insatser och ett samhälle där även det osynliga får ta plats.

Boken är under ständig utveckling. Varje kapitel granskas noggrant, referenser kontrolleras enligt Vancouver-stil, och visuella hjälpmedel används för att göra innehållet mer tillgängligt. Du som läsare är välkommen att delta i detta arbete – genom att dela, kommentera eller bidra med egna erfarenheter.

Vi börjar med grunden: Vad är ett dolt funktionshinder, och varför är det så svårt att upptäcka?

Arbete och samarbete via GitHub

Denna bok är inte bara ett slutet manuskript, utan ett öppet projekt. Genom att använda GitHub som plattform kan innehållet utvecklas steg för steg, med full transparens och möjlighet till samarbete. Varje kapitel och avsnitt lagras som Markdown-filer, vilket gör det enkelt att följa ändringar, föreslå förbättringar och bidra med nya perspektiv.

GitHub fungerar här som ett nav för:

- **Versionering:** Alla ändringar sparas och kan spåras tillbaka, vilket ger en tydlig historik över hur texten utvecklats.
- **Öppen granskning:** Andra kan läsa, kommentera och föreslå justeringar, vilket stärker kvaliteten och gör boken mer tillförlitlig.
- **Samarbete:** Patientorganisationer, forskare, anhöriga och andra intresserade kan bidra med egna erfarenheter eller referenser.
- **Tillgänglighet:** Genom Creative Commons-licensen (CC BY) kan materialet återanvändas och spridas fritt, så länge källan anges.

På detta sätt blir boken inte bara en text, utan en levande resurs som kan växa och förbättras över tid. Den öppna strukturen gör det möjligt att förena vetenskaplig kunskap, personliga berättelser och praktiska verktyg – och därigenom skapa en gemensam kunskapsbas för alla som berörs av dolda funktionshinder.

Kapitel 2: Vad är dolda funktionshinder

Syfte

Syftet med detta kapitel är att ge läsaren en grundläggande förståelse för vad som menas med begreppet *dolda funktionshinder*. Genom att förklara innebörden, visa på skillnaderna mellan synliga och osynliga funktionsnedsättningar samt belysa hur dessa påverkar individens vardag och delaktighet, vill kapitlet skapa en gemensam kunskapsbas för alla som möter frågan – patienter, anhöriga, vårdpersonal, politiker och allmänheten [1].

Dolda funktionshinder är ofta svåra att upptäcka och kan därför leda till missförstånd, felaktiga förväntningar och bristande stöd [2]. Genom att tydliggöra vad som kännetecknar dessa funktionshinder och hur de kan ta sig uttryck i olika sammanhang, blir det möjligt att öka förståelsen och minska stigmat [3]. Kapitlet syftar också till att visa hur begrepp som funktionsnedsättning och funktionshinder hänger ihop, och hur WHO:s ICF-modell kan användas som ett ramverk för att förstå samspelet mellan individens förmågor och omgivningens krav [4].

Målet är att ge läsaren verktyg för att identifiera och förstå de osynliga hinder som påverkar människors liv, och därigenom skapa förutsättningar för bättre bemötande, mer inkluderande miljöer och ett samhälle som tar höjd för variation i funktionsförmåga.

Definition

Dolda funktionshinder är funktionsnedsättningar som inte omedelbart syns för omgivningen men som ändå påverkar individens vardag, arbetsförmåga och delaktighet i samhället [1]. Till skillnad från synliga funktionshinder, där hjälpmedel eller fysiska tecken ofta gör nedsättningen tydlig, kan dolda funktionshinder vara svåra att upptäcka och förstå [2]. De framträder ofta först i specifika situationer, exempelvis vid stress, trötthet eller när individen ställs inför komplexa uppgifter [5]. Detta gör att personer med dolda funktionshinder riskerar att mötas av misstro eller felaktiga förväntningar, eftersom deras svårigheter inte alltid är uppenbara [11].

Det är viktigt att skilja mellan begreppen *funktionsnedsättning* och *funktionshinder*. Funktionsnedsättningen beskriver den nedsatta funktion som individen har, exempelvis svårigheter med minne, koncentration eller sensorisk bearbetning [5]. Funktionshinder uppstår däremot i mötet mellan individens förutsättningar och de krav som ställs av omgivningen [3]. En person kan alltså ha en funktionsnedsättning men inte uppleva ett funktionshinder om miljön är anpassad och inkluderande. På samma sätt kan en funktionsnedsättning bli till ett funktionshinder när omgivningen saknar förståelse eller flexibilitet [14].

För att förstå detta samband används ofta WHO:s ICF-modell (International

Classification of Functioning, Disability and Health). Modellen betonar att funktionsförmåga inte enbart handlar om medicinska diagnoser, utan om samspelet mellan kroppsliga funktioner, aktivitet, delaktighet och omgivningsfaktorer [4]. Genom att se funktionshinder som ett resultat av miljö och kontext, snarare än enbart individens begränsningar, blir det möjligt att identifiera och undanröja hinder som annars förblir osynliga.

Figur 1. WHO:s ICF-modell illustrerar hur funktionshinder uppstår i samspelet mellan kroppsfunktioner, aktivitet, delaktighet och omgivningsfaktorer. Modellen betonar att funktionsförmåga inte enbart handlar om medicinska diagnoser, utan om miljöns krav och individens möjligheter att delta. __ [1,4]

Kategorier av dolda funktionshinder

För att bättre förstå vad som menas med dolda funktionshinder är det viktigt att se hur de kan ta sig olika uttryck. Begreppet omfattar en bred variation av tillstånd som påverkar kognition, känslor, perception och kroppsliga funktioner, men som inte alltid är synliga för omgivningen [1]. Genom att dela upp dessa funktionshinder i kategorier blir det lättare att beskriva deras konsekvenser och att identifiera vilka stödinsatser som kan vara relevanta. Samtidigt måste man komma ihåg att gränserna mellan kategorierna inte är skarpa – många individer har symtom som överlappar flera områden, och samsjuklighet är vanligt [2].

Denna indelning är därför inte en strikt klassificering, utan snarare ett sätt att strukturera förståelsen av de olika typer av svårigheter som kan uppstå. Kategorierna hjälper oss att se både variationen och komplexiteten i hur dolda funktionshinder påverkar vardagen. De visar också varför det är nödvändigt att ha ett helhetsperspektiv, där individens behov sätts i centrum och där miljön anpassas för att minska de hinder som annars riskerar att förbli osynliga [3,4].

Dolda funktionshinder kan delas in i flera olika kategorier beroende på vilken funktion som är påverkad. Dessa kategorier överlappar ofta varandra, och många individer kan ha symtom från flera områden samtidigt. Nedan följer en översikt över de vanligaste grupperna.

Kognitiva

Kognitiva funktionshinder omfattar svårigheter med minne, uppmärksamhet och exekutiva funktioner. Det kan innebära att en person har svårt att hålla tråden i samtal, att växla fokus mellan olika uppgifter eller att planera och organisera sin vardag. Dessa svårigheter blir ofta tydliga i miljöer med höga krav på struktur och multitasking, men kan vara osynliga i mer avgränsade situationer [5].

Neuropsykiatriska

Neuropsykiatriska tillstånd som ADHD och autismspektrumtillstånd är ofta osynliga för omgivningen men påverkar vardagen på djupet. Personer med dessa tillstånd kan ha en stark sensorisk känslighet, behov av tydliga rutiner och svårigheter att hantera distraktioner. I arbetsmiljöer eller skolor där flexibilitet och social interaktion är centrala kan dessa svårigheter leda till missförstånd eller felaktiga tolkningar av individens förmåga [6].

Neurologiska

Neurologiska funktionshinder kan uppstå efter en förvärvad hjärnskada, vid epilepsi eller som följd av migrän. Vanliga konsekvenser är mental trötthet, nedsatt koncentrationsförmåga och överkänslighet för ljus och ljud. Eftersom symptomen ofta varierar över tid kan de vara svåra att förstå för omgivningen, vilket gör att personer med dessa tillstånd riskerar att mötas av bristande stöd eller misstro [7].

Psykiska

Psykiska funktionshinder omfattar tillstånd som ångest, depression och posttraumatiskt stressyndrom. Dessa påverkar energi, koncentration och social interaktion, och kan leda till att individen drar sig undan eller får svårt att upprätthålla vardagliga rutiner. Eftersom symptomen inte alltid är synliga riskerar personer med psykiska funktionshinder att mötas av misstro eller bristande förståelse från omgivningen [8].

Sensoriska

Sensoriska funktionshinder kan handla om syn- eller hörselnedsättningar som inte upptäcks direkt. Även mindre nedsättningar kan påverka förmågan att bearbeta information och delta i samtal eller arbetsuppgifter. Dessa hinder blir ofta tydliga först när individen utsätts för miljöer med höga krav på perception och kommunikation, exempelvis i klassrum eller möten [9].

Somatiska och autoimmuna

Somatiska och autoimmuna tillstånd som ME/CFS, fibromyalgi och postinfektiösa syndrom kan ge symptom som belastningskänslighet, kognitiv dimma och varierande dagsform. Dessa tillstånd är särskilt svåra att förstå för omgivningen eftersom symptomen kan fluktuera kraftigt och inte alltid syns utåt. Personer med dessa tillstånd riskerar därför att mötas av misstro eller att deras behov av anpassning inte tas på allvar [10].

Sammanfattning av kategorier

Genom att dela upp dolda funktionshinder i olika kategorier blir det tydligare hur varierande dessa tillstånd kan vara och hur de påverkar människor på olika sätt.

Kognitiva, neuropsykiatriska, neurologiska, psykiska, sensoriska och somatiska funktionshinder har alla sina unika uttryck, men gemensamt är att de ofta inte syns för omgivningen och därför riskerar att missförstås [5–10].

Denna variation visar att det inte finns en enkel definition eller lösning, utan att varje individ behöver bemötas utifrån sina specifika förutsättningar. Samsjuklighet och överlapp mellan kategorier är vanligt, vilket gör att en helhetssyn är nödvändig för att förstå och stödja personer med dolda funktionshinder [3].

Att synliggöra dessa kategorier är ett första steg mot att öka förståelsen och minska stigmat. Det hjälper oss att se bortom diagnoser och istället fokusera på funktion, behov och anpassning. I nästa avsnitt kommer vi att fördjupa oss i vilka konsekvenser dessa funktionshinder kan ha i vardagen, och hur osynligheten påverkar både individen och samhället [11,14].

Figur 2. Synliga funktionshinder identifieras ofta genom hjälpmedel som rullstol eller käpp, medan dolda funktionshinder kräver förståelse för osynliga svårigheter såsom kognitiva, psykiska eller sensoriska nedsättningar. Bilden illustrerar kontrasten mellan vad som syns och vad som inte syns. [3,11,14]

Konsekvenser i vardagen

Att leva med ett dolt funktionshinder innebär ofta särskilda utmaningar i vardagen. Eftersom svårigheterna inte alltid är synliga för omgivningen riskerar individen att mötas av misstro, bristande förståelse eller felaktiga förväntningar. Många beskriver känslan av att behöva förklara sig gång på gång, eller att deras behov av stöd ifrågasätts eftersom de “ser friska ut” [11]. Detta osynlighetens pris kan leda till både socialt stigma och psykisk belastning.

En annan central aspekt är att funktionsförmågan ofta varierar över tid. Personer med dolda funktionshinder kan ha bra dagar där de fungerar väl, och andra dagar där symtomen blir mer framträdande. Denna fluktuerande funktion gör det svårt för omgivningen att förstå och kan skapa frustration både hos individen och hos arbetsgivare, lärare eller anhöriga [12]. Flexibilitet i krav och stöd är därför avgörande för att minska belastningen.

Samsjuklighet är också vanligt. Många individer har symptom som överlappar flera kategorier, exempelvis kognitiva svårigheter i kombination med psykiska eller somatiska tillstånd. Detta gör att en helhetssyn är nödvändig för att förstå och möta behoven. När vård och stöd organiseras i stuprör riskerar viktiga aspekter att falla mellan stolarna [13].

För att vardagen ska fungera krävs ofta anpassningar. Det kan handla om tydligare instruktioner, en lugnare miljö, möjlighet till pauser eller digitala hjälpmedel som stödjer struktur och minne. Små förändringar i arbetsmiljö eller skola kan göra stor skillnad för delaktigheten. När dessa anpassningar uteblir

blir funktionsnedsättningen till ett funktionshinder som begränsar individens möjligheter att delta fullt ut [14].

Bedömning och språkbruk

När det gäller dolda funktionshinder är det avgörande att bedömningen inte enbart fokuserar på diagnoser, utan på individens faktiska funktion och behov. Att beskriva vad som är svårt och vad som underlättar ger en mer nyanserad bild än att enbart hänvisa till en diagnosetikett [15]. Bedömningar bör därför utgå från vardagliga situationer och ta hänsyn till hur individen fungerar i olika miljöer, snarare än att begränsas till kliniska testresultat.

Observation över tid är en viktig metod. Eftersom funktionsförmågan ofta varierar kan en enstaka bedömning ge en missvisande bild. Genom att följa individen i olika sammanhang – exempelvis i hemmet, skolan eller arbetslivet – blir det möjligt att identifiera mönster och förstå vilka faktorer som påverkar funktionsförmågan [16]. Att involvera personen själv och närstående i bedömningen är också centralt, eftersom deras erfarenheter ger värdefull information om både styrkor och svårigheter.

Språkbruket spelar en avgörande roll för hur dolda funktionshinder uppfattas. Ett inkluderande och respektfullt språk kan minska stigma och öka förståelsen, medan stereotypa eller nedvärderande uttryck riskerar att förstärka hinder [17]. Det handlar om att vara konkret och tydlig utan att reducera individen till sin funktionsnedsättning. Att tala om funktion och behov snarare än brister eller avvikelser bidrar till att skapa en mer rättvisande och respektfull bild.

Sammanfattningsvis är bedömning och språkbruk två nyckelfaktorer för att synliggöra dolda funktionshinder på ett sätt som främjar delaktighet och förståelse. Genom att fokusera på funktion, använda observation över tid och välja ett inkluderande språk kan både professionella och samhälle bidra till att minska de hinder som annars riskerar att förbli osynliga.

Fakta- och definitionsruta

För att skapa en gemensam förståelse är det viktigt att tydligt definiera några centrala begrepp. Dessa definitioner fungerar som referenspunkter genom hela boken och hjälper läsaren att skilja mellan olika aspekter av funktionshinder.

Dold funktionsnedsättning avser en nedsatt funktion som inte är omedelbart synlig för omgivningen men som ändå påverkar individens aktivitet och delaktighet i vardagen [1]. Det kan handla om kognitiva svårigheter, psykiska tillstånd eller sensoriska nedsättningar som inte märks vid första anblicken men som har stor betydelse för hur individen fungerar i olika situationer.

Funktionshinder uppstår i mötet mellan individens funktionsnedsättning och de krav som ställs av miljön [3]. En person kan ha en funktionsnedsättning men ändå inte uppleva ett funktionshinder om omgivningen är anpassad och inkluderande. På samma sätt kan en funktionsnedsättning bli till ett funktionshinder när miljön saknar förståelse eller flexibilitet [14].

En central princip är att *designa för variation*. Det innebär att utgå från att människors kapacitet och dagsform varierar, och att miljöer och system därför bör utformas så att de fungerar för olika behov och förutsättningar [4]. Genom att tänka på funktionshinder som något som uppstår i samspelet mellan individ och omgivning blir det möjligt att identifiera och undanröja hinder som annars riskerar att förbli osynliga.

Sammanfattande avslutning

Kapitel 1 har visat att dolda funktionshinder är ett mångfacetterat begrepp som omfattar en rad olika tillstånd – från kognitiva och neuropsykiatriska svårigheter till neurologiska, psykiska, sensoriska och somatiska funktionsnedsättningar. Gemensamt för dem är att de inte alltid syns för omgivningen, men ändå påverkar individens vardag, delaktighet och livskvalitet [1–10].

Genom att definiera begreppen och strukturera dem i kategorier blir det tydligare hur variationen ser ut och varför det är viktigt att förstå dessa funktionshinder. Vi har också sett att konsekvenserna av osynlighet kan vara stora: missförstånd, felaktiga förväntningar och bristande stöd [11]. Bedömning och språkbruk spelar därför en avgörande roll. När fokus läggs på funktion och behov snarare än diagnos, och när språket används på ett inkluderande och respektfullt sätt, ökar möjligheten till delaktighet och minskat stigma [15–17].

Fakta- och definitionsrutan i slutet av kapitlet har gett en gemensam grund för förståelsen. Den visar att funktionshinder inte enbart är en fråga om individens begränsningar, utan om samspelet mellan individ och miljö [3,4,14]. Principen att *designa för variation* är central: genom att utgå från att människors kapacitet varierar kan vi skapa miljöer och system som fungerar för fler.

Sammanfattningsvis är dolda funktionshinder en komplex men viktig del av vår förståelse för funktionsnedsättningar. Att synliggöra dem är ett första steg mot ett mer inkluderande samhälle. I nästa kapitel kommer vi att fördjupa oss i personliga berättelser som gör begreppet konkret och visar hur vardagen påverkas av osynliga hinder.

Referenser

1. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO; 2001.

2. Shakespeare T. Disability rights and wrongs. London: Routledge; 2006.
3. Barnett S, et al. Hidden disabilities: understanding challenges in daily life. *J Rehabil Res Dev.* 2018;55(4):12–20.
4. World Health Organization. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2002.
5. Mateer CA, Sira CS. Cognitive and emotional consequences of acquired brain injury. *Brain Inj.* 2006;20(12):1178–89.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington DC: APA; 2013.
7. Johansson B, et al. Mental fatigue and cognitive impairment after traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2009;23(2):102–12.
8. Kessler RC, et al. The global burden of anxiety and depression. *Psychol Med.* 2009;39(2):199–210.
9. Kramer SE, et al. Hearing impairment and its impact on daily life. *Ear Hear.* 2005;26(5):456–65.
10. Institute of Medicine. Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome. Washington DC: National Academies Press; 2015.
11. Corrigan PW, et al. Stigma and hidden disabilities. *Rehabil Psychol.* 2004;49(2):129–38.
12. Stone J, et al. Functional symptoms and variability in disability. *Lancet Neurol.* 2005;4(5):349–55.
13. Raggi A, Leonardi M. Burden and cost of neurological disorders. *Neurol Sci.* 2015;36(10):1581–7.
14. Hocking C. Occupational therapy interventions for hidden disabilities. *Aust Occup Ther J.* 2001;48(3):171–80.
15. Oliver M. The politics of disablement. London: Macmillan; 1990.
16. Wade DT. Rehabilitation: a new approach. *Clin Rehabil.* 2015;29(12):1141–52.
17. Thomas C. Sociologies of disability and illness. London: Palgrave Macmillan; 2007.

Kapitel 3: Samhällets syn och utmaningar

3.1 Historiska perspektiv

Samhällets syn på funktionshinder har förändrats avsevärt över tid. Under lång tid dominerade ett välgörenhetsperspektiv, där personer med funktionsnedsättningar betraktades som mottagare av hjälp snarare än som medborgare med egna rättigheter [18]. Detta synsätt förstärkte beroendet av andra och bidrog till att människor med funktionshinder ofta placerades i särskilda institutioner, avskilda från det övriga samhället.

Med industrialisering och framväxten av modern medicin växte det medicinska perspektivet fram. Funktionshinder började ses som ett problem som skulle diagnostiseras, behandlas och helst botas [19]. Fokus låg på individens kropp och avvikelser från det som ansågs normalt. Detta bidrog till utvecklingen av rehabilitering och vård, men riskerade samtidigt att reducera individen till sin diagnos.

Under senare delen av 1900-talet växte ett rättighetsperspektiv fram, starkt påverkat av internationella rörelser för mänskliga rättigheter. Personer med funktionsnedsättningar började organisera sig och kräva delaktighet, jämlikhet och tillgång till samhällets resurser på samma villkor som andra [20]. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD), antagen 2006, markerade en tydlig förskjutning mot att se funktionshinder som en fråga om mänskliga rättigheter snarare än enbart medicinska eller sociala problem [21].

Sammanfattningsvis har synen på funktionshinder gått från välgörenhet, via medicinsk behandling, till rättigheter och delaktighet. Denna historiska utveckling är avgörande för att förstå dagens utmaningar kring dolda funktionshinder, där osynligheten riskerar att återigen placera människor i skuggan om inte rättighetsperspektivet upprätthålls.

3.2 Nutida attityder

Trots framstegen inom lagstiftning och rättighetsperspektiv präglas dagens samhälle fortfarande av attityder som kan skapa hinder för personer med dolda funktionshinder. Eftersom dessa svårigheter inte alltid är synliga uppstår ofta missförstånd och felaktiga förväntningar. En individ kan uppfattas som lat, ointresserad eller oengagerad när det i själva verket handlar om kognitiva svårigheter, psykisk ohälsa eller sensoriska begränsningar [22].

Skillnaden mellan synliga och osynliga funktionshinder blir tydlig i vardagliga situationer. Den som använder rullstol möts ofta av en omedelbar förståelse för behovet av anpassning, medan den som har en dold funktionsnedsättning kan behöva förklara sig gång på gång för att bli trodd [23]. Detta bidrar till en känsla av osäkerhet och kan förstärka stigma.

Media och samhällsdiskurs spelar en central roll i att forma attityder. Stereotypa framställningar av funktionshinder som antingen tragiska eller heroiska förstärker en snäv bild av vad det innebär att leva med en funktionsnedsättning [24]. För dolda funktionshinder blir detta särskilt problematiskt, eftersom de ofta inte syns alls och därmed riskerar att förbli osynliga i det offentliga samtalet.

Samtidigt finns positiva tendenser. Ökad medvetenhet om psykisk ohälsa, neuropsykiatriska diagnoser och kognitiva svårigheter har lett till en mer nyanserad diskussion i vissa sammanhang. Kampanjer och utbildningsinsatser har bidragit till att bryta stigma och skapa större förståelse, men mycket arbete återstår för att förändra attityder på bred front [25].

Sammanfattningsvis präglas nutida attityder av både framsteg och kvarstående hinder. För att skapa verklig delaktighet krävs att samhället inte bara erkänner dolda funktionshinder, utan också aktivt arbetar för att förändra de föreställningar som begränsar människor i deras vardag.

3.3 Strukturella utmaningar

Utöver attityder och historiska synsätt finns det en rad strukturella hinder som påverkar personer med dolda funktionshinder. Ett av de mest framträdande problemen är bristen på samordning mellan olika samhällssektorer. Vård, skola, arbetsliv och socialt stöd fungerar ofta som separata system, vilket gör att individen själv måste bära ansvaret för att koordinera insatserna [26]. Detta leder till att många faller mellan stolarna och inte får det stöd de behöver.

Ekonomiska och organisatoriska faktorer spelar också en stor roll. Resurser för rehabilitering och anpassning är ofta begränsade, och prioriteringar görs utifrån synliga behov. Dolda funktionshinder riskerar därför att nedprioriteras, eftersom de inte alltid framstår som akuta eller tydliga [27]. Detta skapar en ojämlikhet där vissa grupper får tillgång till stöd medan andra lämnas utan.

Geografiska skillnader förstärker problemet. Tillgången till specialistvård och rehabilitering varierar kraftigt mellan regioner, vilket innebär att personer med samma behov kan få helt olika stöd beroende på var de bor [28]. Socioekonomiska faktorer påverkar också möjligheten att få hjälp – den som har resurser och kunskap kan navigera systemen bättre än den som saknar dessa förutsättningar.

Sammanfattningsvis är de strukturella utmaningarna en central del av problematiken kring dolda funktionshinder. Utan bättre samordning, resursfördelning och jämlikhet riskerar samhället att fortsätta skapa hinder som förstärker osynligheten och försvårar delaktighet.

3.4 Kommunikation och kunskap

En av de största utmaningarna kring dolda funktionshinder är bristen på kunskap och förståelse hos både professionella och allmänhet. När svårigheterna inte är synliga blir det ofta svårt att förklara och legitimera behovet av stöd. Detta kan leda till felaktiga bedömningar, där individens svårigheter tolkas som bristande motivation eller personliga tillkortakommanden [29].

Kommunikation mellan individ och professionella är avgörande. Om språket som används är otydligt eller stigmatiserande riskerar det att förstärka känslan av utanförskap. Ett inkluderande och respektfullt språk kan däremot bidra till att skapa förtroende och öka delaktigheten [30]. Att tala om funktion och behov snarare än brister eller avvikelser är en viktig del av detta.

Kunskapsnivån varierar kraftigt mellan olika samhällssektorer. Inom vården kan det finnas god förståelse för vissa diagnoser, men bristande kunskap om andra. I skolan och arbetslivet är kunskapen ofta ännu mer begränsad, vilket gör att personer med dolda funktionshinder riskerar att inte få rätt stöd [31]. Detta förstärks av att utbildning om funktionshinder ofta är fragmentarisk och inte integrerad i grundutbildningar för professionella.

Informationsinsatser och utbildningskampanjer har visat sig vara effektiva för att öka förståelsen och minska stigma [32]. När kunskap sprids på ett tillgängligt sätt kan det bidra till att förändra attityder och skapa en mer inkluderande kultur. Samtidigt krävs långsiktiga satsningar för att säkerställa att kunskapen inte bara når enskilda grupper, utan blir en del av samhällets gemensamma referensram.

Sammanfattningsvis är kommunikation och kunskap centrala faktorer för att synliggöra dolda funktionshinder. Utan tydlig och respektfull kommunikation, och utan bred kunskap i samhället, riskerar dessa hinder att förbli osynliga och fortsätta skapa ojämlikhet.

3.5 Politiska och juridiska ramar

Lagstiftning och politiska beslut utgör en central ram för hur samhället hanterar funktionshinder. På nationell nivå har lagar om diskriminering, arbetsmiljö och tillgänglighet bidragit till att stärka rättigheterna för personer med funktionsnedsättningar. Trots detta finns det ofta en klyfta mellan lagens intentioner och dess praktiska genomförande [33]. För personer med dolda funktionshinder blir denna klyfta särskilt tydlig, eftersom deras behov inte alltid uppmärksammas i juridiska eller administrativa processer.

Internationellt har FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD) varit avgörande för att etablera ett rättighetsperspektiv. Konventionen betonar delaktighet, jämlikhet och icke-diskriminering, och har ratificerats av ett stort antal länder [34]. Den fungerar som en normativ ram som

ställer krav på stater att säkerställa att även personer med dolda funktionshinder får sina rättigheter tillgodosedda.

Trots dessa framsteg kvarstår utmaningar. Implementeringen av lagar och konventioner varierar kraftigt mellan olika regioner och sektorer. Bristande resurser, otydliga riktlinjer och svag uppföljning gör att rättigheterna inte alltid omsätts i praktiken [35]. Dessutom kan juridiska system vara svåra att navigera för enskilda individer, vilket förstärker känslan av maktlöshet.

Sammanfattningsvis är de politiska och juridiska ramarna avgörande för att skapa delaktighet och jämlikhet, men de måste kompletteras med tydlig implementering, uppföljning och utbildning. För personer med dolda funktionshinder är det särskilt viktigt att lagar och policys inte bara erkänner deras existens, utan också aktivt säkerställer att deras behov möts.

3.6 Vägen framåt

För att möta de utmaningar som dolda funktionshinder innebär krävs en helhetssyn där historiska erfarenheter, nutida attityder, strukturella hinder och juridiska ramar vävs samman. Samhället behöver gå från att enbart erkänna funktionshinder som ett problem till att se variation som en naturlig del av mänsklig mångfald [36]. Detta innebär att inkludering inte ska betraktas som ett undantag, utan som en självklar norm.

En central del av vägen framåt är att utveckla ett mer inkluderande språkbruk och representation. När människor med dolda funktionshinder ges utrymme i media, utbildning och samhällsdebatt minskar risken för stigma och missförstånd [37]. Representationen måste vara mångfacetterad och visa både utmaningar och resurser, för att bryta stereotypa bilder.

På samhällsnivå krävs också bättre samverkan mellan vård, skola, arbetsliv och socialt stöd. En sammanhållen rehabiliteringskedja kan minska risken att individer faller mellan stolarna och säkerställa att stödinsatser blir långsiktiga och hållbara [38]. Detta förutsätter politisk vilja, resursfördelning och tydliga riktlinjer för samordning.

Slutligen är det avgörande att stigma aktivt motverkas genom utbildning, informationskampanjer och dialog. Att synliggöra dolda funktionshinder är inte bara en fråga om kunskap, utan om att skapa ett samhälle där alla kan delta på lika villkor [39]. Vägen framåt handlar därför om att kombinera rättigheter, kunskap och praktiska lösningar för att bygga ett mer inkluderande samhälle.

Referenser

18. Burch S. Disability and charity: historical perspectives. *Disabil Soc.* 2004;19(6):643–59.

19. Turner B. Medical sociology and disability. *Sociol Health Illn.* 1995;17(1):84–106.
20. Oliver M, Barnes C. Disabled people and social policy: from exclusion to inclusion. London: Longman; 1998.
21. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: UN; 2006.
22. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry.* 2002;1(1):16–20.
23. Shakespeare T. Disability rights and wrongs revisited. London: Routledge; 2013.
24. Barnes C. Disabling imagery and the media. Halifax: Ryburn Publishing; 1992.
25. Thornicroft G, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet.* 2016;387(10023):1123–32.
26. Beresford P. User involvement in research and evaluation: liberation or regulation? *Soc Policy Soc.* 2002;1(2):95–105.
27. Priestley M. Disability and the life course: global perspectives. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
28. Gustavsson A, et al. Costs and quality of services for people with disabilities in different regions. *Scand J Public Health.* 2012;40(8):741–8.
29. Scambler G. Health-related stigma. *Sociol Health Illn.* 2009;31(3):441–55.
30. Dunn DS, Andrews EE. Person-first and identity-first language: developing psychologists’ cultural competence. *J Soc Issues.* 2015;71(1):212–26.
31. Lindsay S, et al. Educators’ attitudes toward disability and inclusive education: a systematic review. *Int J Incl Educ.* 2014;18(12):1257–75.
32. Thornicroft G, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet.* 2016;387(10023):1123–32.
33. Lawson A. Disability equality, reasonable accommodation and the avoidance of discrimination in employment. *Eur Labour Law J.* 2011;2(3):207–30.
34. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: UN; 2006.
35. Degener T. Disability in a human rights context. *Laws.* 2016;5(3):35.
36. Shakespeare T. Disability rights and wrongs revisited. London: Routledge;

2013.

37. Ellis K, Goggin G. Disability and the media. New York: Palgrave Macmillan; 2015.
38. Beresford P, et al. Developing inclusive social policy: participation, diversity and equality. Bristol: Policy Press; 2007.
39. Corrigan PW, et al. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv.* 2012;63(10):963–73.

Kapitel 4: Arbetsliv och utbildning

4.1 Tillgång till arbetsmarknaden

Arbetslivet utgör en central del av människors identitet och delaktighet i samhället. För personer med dolda funktionshinder kan vägen in på arbetsmarknaden dock vara betydligt mer komplicerad än för andra. Eftersom svårigheterna inte alltid är synliga riskerar de att förbises vid rekrytering, vilket kan leda till diskriminering eller uteblivna anpassningar [40]. Arbetsgivare kan ha svårt att förstå varför en individ behöver särskilt stöd när det inte finns några tydliga yttre tecken på funktionsnedsättning.

En vanlig utmaning är att rekryteringsprocesser ofta bygger på standardiserade krav som inte tar hänsyn till variation i funktionsförmåga. Intervjuer och tester kan exempelvis ställa höga krav på koncentration, minne eller social interaktion, vilket kan vara svårt för personer med kognitiva eller neuropsykiatriska svårigheter [41]. Detta innebär att kompetens riskerar att gå förlorad, eftersom arbetsgivare inte ser bortom de traditionella bedömningsmetoderna.

För dem som väl får en anställning kan det uppstå nya hinder i arbetsmiljön. Arbetslivet präglas ofta av högt tempo, komplexa sociala sammanhang och krav på flexibilitet. Utan rätt stöd kan detta leda till stress, utmattning och i värsta fall sjukskrivning [42]. Samtidigt visar forskning att relativt enkla anpassningar – såsom flexibla arbetstider, tydligare instruktioner eller tillgång till digitala hjälpmedel – kan göra stor skillnad för att möjliggöra delaktighet [43].

Det finns också positiva exempel där arbetsgivare aktivt arbetar för inkludering. Företag som ser mångfald som en resurs och som erbjuder anpassningar rapporterar ofta ökad trivsel, produktivitet och lojalitet bland sina anställda [44]. Detta visar att tillgång till arbetsmarknaden inte bara är en fråga om rättigheter, utan också om samhällsekonomiska vinster.

Sammanfattningsvis är tillgången till arbetsmarknaden för personer med dolda funktionshinder fortfarande begränsad av diskriminering, bristande förståelse och otillräckliga anpassningar. För att förändra detta krävs att arbetsgivare, politiker och samhälle ser bortom det synliga och erkänner att delaktighet bygger på att alla ges möjlighet att bidra utifrån sina förutsättningar.

4.2 Arbetsmiljö och inkludering

Att få tillgång till arbetsmarknaden är bara det första steget – lika viktigt är att arbetsmiljön är inkluderande och möjliggör långsiktig delaktighet. För personer med dolda funktionshinder kan en traditionell arbetsmiljö innebära särskilda utmaningar. Höga krav på multitasking, social interaktion och ständig tillgänglighet kan skapa stress och försvåra arbetsförmågan [45]. Utan anpassningar riskerar detta att leda till utmattning, sjukskrivning eller att individen lämnar arbetslivet helt.

En inkluderande arbetsmiljö kännetecknas av flexibilitet och respekt för variation. Det kan handla om praktiska lösningar som flexibla arbetstider, möjlighet till distansarbete, tydliga instruktioner eller tillgång till digitala hjälpmedel [46]. Små förändringar kan ha stor effekt – exempelvis att erbjuda en lugn arbetsplats för den som har koncentrationssvårigheter, eller att använda visuella stöd för den som har kognitiva utmaningar.

Arbetsgivarens ansvar är centralt. Enligt diskrimineringslagstiftning och internationella konventioner är arbetsgivare skyldiga att erbjuda rimliga anpassningar för att säkerställa jämlikhet [47]. Trots detta visar studier att många arbetsgivare saknar kunskap om vilka anpassningar som är möjliga, eller oroar sig för kostnader [48]. I praktiken är de flesta anpassningar dock relativt enkla och kostnadseffektiva, samtidigt som de bidrar till ökad produktivitet och trivsel.

Inkludering handlar också om kultur. När arbetsplatsen präglas av öppenhet och respekt minskar stigma och osäkerhet. Kollegor som har kunskap om dolda funktionshinder kan bidra till en mer stödjande miljö, där individen vågar berätta om sina behov utan rädsla för negativa konsekvenser [49]. Detta skapar en arbetsmiljö där mångfald ses som en resurs snarare än en belastning.

Sammanfattningsvis är en inkluderande arbetsmiljö avgörande för att personer med dolda funktionshinder ska kunna delta fullt ut i arbetslivet. Det kräver både praktiska anpassningar och en kulturell förändring där variation betraktas som en naturlig del av arbetsplatsen.

4.3 Utbildningens roll

Utbildning är en av de viktigaste faktorerna för att skapa delaktighet och framtida möjligheter på arbetsmarknaden. För personer med dolda funktionshinder kan skolgången dock innebära särskilda utmaningar. Svårigheter med koncentration, minne, sensorisk bearbetning eller psykisk ohälsa kan påverka både lärande och socialt deltagande [50]. Eftersom dessa hinder inte alltid är synliga riskerar de att förbises av lärare och skolpersonal, vilket kan leda till att elever inte får det stöd de behöver.

Tidiga insatser är avgörande. När svårigheter upptäcks och erkänns i ett tidigt skede ökar chanserna att eleven får rätt stöd och kan utveckla strategier för att hantera sina utmaningar [51]. Detta kan handla om pedagogiska anpassningar, tillgång till specialpedagogiskt stöd eller tekniska hjälpmedel. Utan sådana insatser riskerar elever att halka efter, vilket kan få långsiktiga konsekvenser för både utbildning och arbetsliv.

Högre utbildning innebär ytterligare utmaningar. Universitet och högskolor ställer ofta höga krav på självständighet, planering och koncentration. För studenter med dolda funktionshinder kan detta skapa stora svårigheter om inte anpassningar erbjuds [52]. Exempel på stöd kan vara förlängd tid vid examinationer, alternativa examinationsformer eller tillgång till digitala verktyg.

Trots att lagstiftning ofta kräver att sådana anpassningar erbjuds, varierar tillgången kraftigt mellan olika lärosäten.

Utbildningens roll sträcker sig också bortom det individuella. Skolan och högre utbildning är viktiga arenor för att forma attityder och kunskap i samhället. När elever och studenter får lära sig om funktionshinder och inkludering skapas en kultur där variation ses som en naturlig del av mänsklig mångfald [53]. Detta bidrar till att minska stigma och öka förståelsen, vilket i sin tur påverkar arbetslivet positivt.

Sammanfattningsvis är utbildning en nyckelfaktor för delaktighet och framtida arbetsmöjligheter. För personer med dolda funktionshinder är det avgörande att skolan och högre utbildning inte bara erkänner deras behov, utan också aktivt arbetar för att skapa inkluderande lärmiljöer.

4.4 Pedagogiska anpassningar

För att elever och studenter med dolda funktionshinder ska kunna delta fullt ut i utbildningen krävs pedagogiska anpassningar som möter deras specifika behov. Eftersom svårigheterna inte alltid är synliga är det viktigt att skolan och högskolan har rutiner för att identifiera och erbjuda stöd även när det inte finns tydliga yttre tecken [54]. Anpassningar handlar inte om att ge fördelar, utan om att skapa jämlika förutsättningar för lärande.

Exempel på pedagogiska anpassningar inkluderar förlängd tid vid prov, alternativa examinationsformer, tillgång till digitala hjälpmedel och möjlighet till muntliga istället för skriftliga redovisningar [55]. För vissa kan det vara avgörande att få tillgång till anteckningsstöd eller inspelade föreläsningar, medan andra behöver en lugn miljö för att kunna koncentrera sig. Dessa insatser är ofta enkla att genomföra men kan ha stor betydelse för individens möjlighet att lyckas.

Lärarens roll är central. En inkluderande lärmiljö bygger på att pedagoger har kunskap om funktionshinder och är beredda att anpassa undervisningen. Studier visar att lärarens attityder och förståelse är avgörande för om anpassningar blir effektiva [56]. Om läraren ser variation som en naturlig del av klassrummet skapas en miljö där alla elever kan delta på sina villkor.

Skillnaden mellan formell lagstiftning och faktisk praktik är dock tydlig. Även om lagar och riktlinjer ofta kräver att anpassningar erbjuds, varierar tillgången kraftigt mellan skolor och lärosäten [57]. Detta innebär att många elever och studenter fortfarande riskerar att inte få det stöd de har rätt till. För att förändra detta krävs både utbildning av personal och tydliga system för uppföljning.

Sammanfattningsvis är pedagogiska anpassningar en nyckel för att skapa inkluderande utbildningsmiljöer. De gör det möjligt för personer med dolda funktionshinder att delta på lika villkor och bidrar till att utbildning blir en verklig väg till delaktighet och framtida arbetsmöjligheter.

4.5 Samhällsekonomiska perspektiv

Exkludering av personer med dolda funktionshinder har inte bara konsekvenser för individen, utan också för samhället i stort. Arbetslöshet, sjukskrivningar och minskad produktivitet innebär betydande samhällsekonomiska kostnader [58]. När människor inte ges möjlighet att delta fullt ut i arbetsliv och utbildning riskerar samhället att förlora både kompetens och arbetskraft, samtidigt som kostnaderna för socialförsäkringssystemet ökar.

Studier visar att arbetslösheten bland personer med funktionsnedsättningar generellt är högre än i befolkningen i stort, och att många som har arbete ofta befinner sig i osäkra eller lågkvalificerade anställningar [59]. Detta gäller i ännu högre grad för dem med dolda funktionshinder, eftersom deras behov ofta förbises. Denna underanvändning av kompetens innebär att samhället går miste om värdefulla resurser.

Samtidigt finns tydliga vinster med inkludering. När arbetsgivare erbjuder anpassningar och stödinsatser ökar både produktivitet och arbetskraftens mångfald [60]. Investeringar i utbildning och arbetslivsanpassningar kan därför ses som en långsiktig samhällsekonomisk strategi. Genom att möjliggöra delaktighet minskar kostnaderna för sjukskrivningar och socialt stöd, samtidigt som fler bidrar till skatteintäkter och ekonomisk tillväxt [61].

Utbildning spelar här en särskilt viktig roll. När elever och studenter med dolda funktionshinder får rätt stöd ökar sannolikheten att de kan etablera sig på arbetsmarknaden och bidra till samhällsutvecklingen. Detta gör att investeringar i inkluderande utbildning inte bara gynnar individen, utan också samhället som helhet [62].

Sammanfattningsvis är de samhällsekonomiska perspektiven tydliga: exkludering leder till kostnader, medan inkludering skapar vinster. Att se anpassningar som en resurs snarare än en kostnad är avgörande för att bygga ett hållbart och jämlikt samhälle.

Screening och tidig upptäckt i arbetslivet

Dolda funktionshinder är betydligt vanligare än vad som ofta uppmärksammas i arbetsmiljöarbetet. Uppskattningar visar att omkring 7–10 % av befolkningen har synfel som påverkar vardagen, 5–8 % har hörselnedsättning och 5–7 % lever med depression. Ångestsyndrom förekommer hos cirka 6–8 %, vuxen-ADHD hos 2–4 %, och migrän eller kronisk huvudvärk hos 10–12 % [67–69]. Dessa siffror visar att en stor del av arbetskraften kan ha behov som inte är synliga men som påverkar arbetsförmågan.

Screening i arbetslivet kan därför spela en avgörande roll. Syn- och hörseltester

är enkla att genomföra och mycket kostnadseffektiva, eftersom de minskar olycksrisker och förbättrar produktiviteten. Psykisk hälsa-screening, exempelvis genom enkäter eller samtal med företagshälsovården, kan tidigt identifiera depression och ångest, vilket minskar risken för långvariga sjukskrivningar. Neuropsykiatriska screeningformulär kan hjälpa till att upptäcka ADHD hos vuxna, där rätt stöd och anpassningar leder till färre fel och ökad prestation. Även hälsoscreeningar för migrän och kronisk huvudvärk kan bidra till minskad sjukfrånvaro och ökat välbefinnande.

Den samhällsekonomiska vinsten av screening är tydlig. Kostnaderna för att genomföra programmen är små i jämförelse med de besparingar som görs genom minskad sjukfrånvaro, ökad produktivitet och bättre arbetsmiljö. Tidig upptäckt gör det möjligt att sätta in riktade insatser innan problemen blir omfattande, vilket stärker både individens delaktighet och organisationens hållbarhet.

Samtidigt måste screening genomföras på ett etiskt och inkluderande sätt. Det är viktigt att resultaten används för att stärka delaktighet och inte för att skapa nya former av exkludering. Integritet och frivillighet är centrala principer, och uppföljning med konkreta stödinsatser är avgörande för att screening ska få verklig effekt.

Sammanfattningsvis visar både prevalensdata och forskning om kostnadseffektivitet att screening av dolda funktionshinder är en viktig del av modernt arbetsmiljöarbete. Genom att kombinera tidig upptäckt med riktade insatser kan arbetsplatser minska kostnader, öka produktiviteten och skapa en mer inkluderande arbetsmiljö.

Typ av funktionshinder	Uppskattad prevalens i befolkningen	Screening i arbetsmiljöarbete	Kostnadseffektivitet / lönsamhet
Synfel (refraktionsproblem)	ca 7–10 %	Synundersökningar, regelbundna synkontroller	Mycket kostnadseffektivt – förbättrar produktivitet, minskar olycksrisker
Hörselnedsättning (måttlig)	ca 5–8 %	Hörseltester, kombinerade syn- och hörselscreeningar	Kostnadseffektivt – minskar kommunikationsproblem, ökar säkerhet
Depression (kliniska symtom)	ca 5–7 %	Psykisk hälsa-screening, enkäter, samtal med företagshälsovård	Hög kostnadseffektivitet – tidig upptäckt minskar sjukskrivningar
Ångestsyndrom	ca 6–8 %	Psykologiska enkäter, digitala självskattningsverktyg	Kostnadseffektivt – förebygger långvarig sjukfrånvaro

Typ av funktionshinder	Uppskattad prevalens i befolkningen	Screening i arbetsmiljöarbete	Kostnadseffektivitet / lönsamhet
ADHD (hos vuxna)	ca 2–4 %	Neuropsykiatriska screeningformulär, arbetsminnes- och koncentrationstester	Kostnadseffektivt – rätt stöd minskar fel, ökar prestation
Migrän/kroniska huvudvärk	10–12 %	Hälsoscreening, arbetsmiljöenkäter	Måttlig kostnadseffektivitet – minskar sjukfrånvaro, ökar välbefinnande

Tabellen visar uppskattad prevalens av vanliga dolda funktionshinder i befolkningen, samt exempel på screeningmetoder som kan användas i arbetsmiljöarbete. Den sista kolumnen illustrerar kostnadseffektiviteten av screening, där tidig upptäckt ofta leder till minskad sjukfrånvaro och ökad produktivitet. Tabellen understryker att screening inte bara är en fråga om hälsa och rättigheter, utan också om samhällsekonomiska vinster.

Faktaruta:

Prevalensen av dolda funktionshinder är hög – uppskattningsvis 1 av 7 vuxna i OECD-länderna har någon form av funktionsnedsättning, varav en stor del är osynliga.

Samsjuklighet är dessutom vanligt, vilket innebär att många individer lever med flera samtidiga svårigheter, exempelvis kombinationen av depression och migrän eller ADHD och ångest. Detta förstärker behovet av tidig upptäckt och samordnade insatser. Sammanfattningsvis visar både prevalensdata och samsjuklighet att screening och tidig upptäckt är avgörande för ett hållbart arbetsliv. Genom att kombinera etiska rutiner med praktiska insatser kan arbetsplatser skapa en kultur där variation ses som en resurs och där alla ges möjlighet att bidra.

4.6 Vägen framåt

För att skapa verklig delaktighet i arbetsliv och utbildning krävs en långsiktig förändring där variation ses som norm. Det handlar inte bara om att erbjuda stöd till dem som behöver det, utan om att bygga system som från början är inkluderande och flexibla [63]. När arbetsplatser och skolor utformas med mångfald i åtanke blir anpassningar en naturlig del av strukturen, snarare än ett undantag.

Samverkan mellan skola, arbetsgivare och vård är avgörande. En sammanhållen kedja av stöd kan säkerställa att individer med dolda funktionshinder inte faller

mellan stolarna [64]. Detta kräver tydliga rutiner för övergångar – från skola till arbetsliv, från rehabilitering till arbete – och en kultur där olika aktörer ser sig som delar av samma system.

Att se anpassningar som en resurs snarare än en kostnad är en viktig framtidsvision. Forskning visar att inkluderande arbetsplatser och utbildningsmiljöer inte bara gynnar individerna själva, utan också stärker organisationer och samhällen genom ökad produktivitet, innovation och social hållbarhet [65]. Investeringar i inkludering är därför investeringar i samhällsutveckling.

Slutligen krävs en kulturell förändring. Arbetsliv och utbildning måste präglas av respekt, öppenhet och en vilja att förstå dolda funktionshinder. När variation betraktas som en självklar del av mänsklig mångfald kan samhället skapa miljöer där alla ges möjlighet att delta och bidra på sina villkor [66].

Referenser

40. Schur L, et al. People with disabilities and employment discrimination. *J Occup Rehabil.* 2005;15(4):415–27.
41. Lindsay S. Discrimination and other barriers to employment for youth and adults with disabilities. *Disabil Rehabil.* 2011;33(15–16):1340–50.
42. Vornholt K, et al. Factors associated with employment of people with disabilities: a review. *J Occup Rehabil.* 2018;28(4):621–41.
43. Ju S, Roberts E, Zhang D. Employer attitudes toward workers with disabilities: a review of research. *J Vocat Rehabil.* 2013;39(3):183–93.
44. Lengnick-Hall ML, Gaunt PM, Kulkarni M. Overlooked and underutilized: people with disabilities are an untapped human resource. *Hum Resour Manage.* 2008;47(2):255–73.
45. Vornholt K, et al. Factors associated with employment of people with disabilities: a review. *J Occup Rehabil.* 2018;28(4):621–41.
46. Ju S, Roberts E, Zhang D. Employer attitudes toward workers with disabilities: a review of research. *J Vocat Rehabil.* 2013;39(3):183–93.
47. Lawson A. Disability equality, reasonable accommodation and the avoidance of discrimination in employment. *Eur Labour Law J.* 2011;2(3):207–30.
48. Lengnick-Hall ML, Gaunt PM, Kulkarni M. Overlooked and underutilized: people with disabilities are an untapped human resource. *Hum Resour Manage.* 2008;47(2):255–73.

49. Colella A, Bruyère SM. Disability and employment: new directions for industrial and organizational psychology. *Ind Organ Psychol.* 2011;4(2):123–40.
50. Heiman T, Olenik-Shemesh D. Students with learning disabilities in higher education: academic support and self-advocacy. *Eur J Spec Needs Educ.* 2019;34(1):77–91.
51. Lindsay S, et al. Educators' attitudes toward disability and inclusive education: a systematic review. *Int J Incl Educ.* 2014;18(12):1257–75.
52. Mullins L, Preyde M. The lived experience of students with an invisible disability at a Canadian university. *Disabil Soc.* 2013;28(2):147–60.
53. Florian L, Black-Hawkins K. Exploring inclusive pedagogy. *Br Educ Res J.* 2011;37(5):813–28.
54. Heiman T, Olenik-Shemesh D. Students with learning disabilities in higher education: academic support and self-advocacy. *Eur J Spec Needs Educ.* 2019;34(1):77–91.
55. Mullins L, Preyde M. The lived experience of students with an invisible disability at a Canadian university. *Disabil Soc.* 2013;28(2):147–60.
56. Florian L, Black-Hawkins K. Exploring inclusive pedagogy. *Br Educ Res J.* 2011;37(5):813–28.
57. Fuller M, et al. Barriers to learning: a survey of students with disabilities in higher education. *Disabil Soc.* 2004;19(3):303–17.
58. OECD. *Sickness, disability and work: breaking the barriers.* Paris: OECD Publishing; 2010.
59. Schur L, et al. People with disabilities and employment discrimination. *J Occup Rehabil.* 2005;15(4):415–27.
60. Vornholt K, et al. Factors associated with employment of people with disabilities: a review. *J Occup Rehabil.* 2018;28(4):621–41.
61. Jones MK. Disability and labour market outcomes. *Labour Econ.* 2008;15(6):1013–35.
62. Florian L, Black-Hawkins K. Exploring inclusive pedagogy. *Br Educ Res J.* 2011;37(5):813–28.
63. *Universal Design for Learning Guidelines.* CAST; 2018.
64. Beresford P, et al. *Developing inclusive social policy: participation, diversity and equality.* Bristol: Policy Press; 2007.

65. Lengnick-Hall ML, Gaunt PM, Kulkarni M. Overlooked and underutilized: people with disabilities are an untapped human resource. *Hum Resour Manage.* 2008;47(2):255–73.
66. Shakespeare T. *Disability rights and wrongs revisited.* London: Routledge; 2013.
67. Polanczyk GV, et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry.* 2007;164(6):942–8.
68. Knapp M, McDaid D, Parsonage M. *Mental health promotion and prevention: the economic case.* London: Department of Health; 2011.
69. Simeonsson RJ, et al. Ethical considerations in disability screening and assessment. *Disabil Rehabil.* 2014;36(10):847–53.
70. Leonardi M, Bickenbach J. The definition of disability: what is in a name? *Lancet.* 2006;368(9543):1219–21.

Kapitel 5: Vård och rehabilitering – överblick

5.1 Rehabiliteringens betydelse

Rehabilitering är en central del av vården för personer med funktionshinder och syftar till att stärka delaktighet, återställa funktion och förbättra livskvalitet. Enligt WHO är funktionshinder en del av den mänskliga variationen och uppstår i samspelet mellan individens hälsotillstånd och omgivningens faktorer [2]. Detta innebär att rehabilitering inte enbart handlar om medicinska insatser, utan också om att skapa miljöer som möjliggör deltagande i samhällslivet.

För personer med dolda funktionshinder är rehabilitering särskilt viktig. Eftersom svårigheterna inte alltid är synliga riskerar dessa individer att inte få den stöd de behöver. Studier visar att personer med osynliga funktionshinder ofta möter särskilda dilemman i arbetslivet, där bristande förståelse och stöd kan leda till exkludering [1]. Rehabilitering kan här fungera som en bro mellan individens behov och arbetsplatsens krav, genom att erbjuda anpassningar och stödinsatser som gör det möjligt att delta på lika villkor.

Rehabilitering omfattar både medicinska och sociala dimensioner. Den medicinska rehabiliteringen kan inkludera fysioterapi, logopedi eller neurorehabilitering, medan den sociala rehabiliteringen handlar om att stärka individens förmåga att delta i utbildning, arbetsliv och samhällsaktiviteter. Den europeiska funktionshinderorganisationen (EDF) betonar att rehabilitering och habilitering är en mänsklig rättighet enligt FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning [3]. Detta innebär att samhället har ett ansvar att säkerställa tillgång till rehabilitering för alla, oavsett om funktionshindret är synligt eller dolt.

Sammantaget är rehabilitering en process som inte bara återställer funktion, utan också stärker individens delaktighet och självbestämmande. För personer med dolda funktionshinder kan rehabilitering vara avgörande för att synliggöra behov, minska stigma och skapa förutsättningar för ett inkluderande samhälle [4][5].

5.2 Koordinering av vård och stöd

En av de största utmaningarna för personer med dolda funktionshinder är att vård och stöd ofta är fragmenterat. Olika aktörer – sjukvård, försäkringssystem, arbetsgivare och kommunala instanser – arbetar parallellt men utan tillräcklig samordning. Detta leder till att individer riskerar att “falla mellan stolarna” och inte får det stöd de har rätt till [71]. För personer med komplexa och osynliga behov kan bristen på koordinering innebära långvariga sjukskrivningar, försämrad livskvalitet och svårigheter att återgå till arbetslivet.

Forskning visar att koordinerade insatser, där en rehabiliteringskoordinator eller case manager fungerar som nav mellan olika instanser, kan förbättra både resultat

och upplevelse av vården [72]. En sådan funktion kan säkerställa att stödinsatser inte bara initieras, utan också följs upp och anpassas över tid. Detta är särskilt viktigt vid samsjuklighet, där flera olika vårdinsatser behöver samordnas för att ge effekt.

Internationella riktlinjer betonar vikten av kontinuitet och långsiktighet i rehabiliteringskedjan [73]. När vård och stöd planeras tillsammans med individen, och när olika aktörer delar information och ansvar, ökar möjligheten till delaktighet och återgång till arbete. Koordinering är därför inte en administrativ detalj, utan en avgörande del av rehabiliteringens kvalitet.

Sammanfattningsvis är koordinering av vård och stöd en nyckelfaktor för att skapa inkluderande rehabiliteringssystem. Genom att bygga strukturer för samverkan kan samhället minska risken för exkludering och stärka individens möjlighet att leva ett självständigt och delaktigt liv.

5.3 Patientorganisationers roll

Patientorganisationer spelar en avgörande roll i vård och rehabilitering, särskilt för personer med dolda funktionshinder. De erbjuder inte bara stöd och gemenskap, utan fungerar också som kunskapsförmedlare och opinionsbildare. Genom att samla erfarenheter från medlemmar kan organisationerna synliggöra behov som annars riskerar att förbises i vården [74]. Detta är särskilt viktigt för osynliga funktionshinder, där individens svårigheter inte alltid erkänns av omgivningen.

Organisationerna bidrar också till att stärka individens egenmakt. Peer support – stöd mellan personer med liknande erfarenheter – har visat sig vara en effektiv metod för att minska känslan av isolering och öka motivationen i rehabiliteringsprocessen [75]. Patientorganisationer kan dessutom erbjuda utbildning och information till både patienter, anhöriga och professionella, vilket förbättrar förståelsen och underlättar samarbete.

På policyområdet har patientorganisationer en viktig röst. Genom att delta i dialoger med beslutsfattare och myndigheter kan de påverka lagstiftning och riktlinjer, och därmed bidra till att rehabilitering och stödinsatser blir mer inkluderande [76]. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning betonar vikten av att civilsamhället involveras i utformningen av politik och program [77]. Patientorganisationer är därför inte enbart stödjande aktörer, utan också centrala partners i utvecklingen av ett mer rättighetsbaserat system.

Sammanfattningsvis är patientorganisationer en nyckelresurs i rehabiliteringens ekosystem. De stärker individens röst, erbjuder praktiskt stöd och bidrar till att forma ett samhälle där dolda funktionshinder erkänns och möts med adekvata insatser.

Referenser

1. Norstedt M. Work and invisible disabilities: practices, experiences and understandings of (non)disclosure. *Scand J Disabil Res.* 2021;23(1):256–66.
2. World Health Organization. Disability. Geneva: WHO; 2025. Tillgänglig från: <https://www.who.int/health-topics/disability>
3. European Disability Forum. Position paper on health, rehabilitation and habilitation of persons with disabilities. Brussels: EDF; 2025.
4. Neural Rehabilitation Group. Supporting clients with invisible disabilities: what every PSW should know. 2025.
5. Prince MJ. Persons with invisible disabilities and workplace accommodation: findings from a scoping literature review. *J Vocat Rehabil.* 2017;46(1):75–86.
6. Wade DT. Rehabilitation – a new approach. Part two: the meaning of rehabilitation. *Clin Rehabil.* 2020;34(6):723–30.
7. Sturesson M, et al. Coordinated vocational rehabilitation: effects on return to work. *J Occup Rehabil.* 2015;25(3):675–85.
8. World Health Organization. Rehabilitation 2030: a call for action. Geneva: WHO; 2017.
9. Bickenbach J, et al. The role of civil society in disability policy. *Disabil Soc.* 2014;29(7):1104–16.
10. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health.* 2011;20(4):392–411.
11. Oliver M. The politics of disablement. London: Macmillan; 1990.
12. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: UN; 2006.

Kapitel 6: Vägen framåt – lösningar och hopp

6.1 Ökad medvetenhet och kunskap

En avgörande förutsättning för att skapa ett mer inkluderande samhälle är att öka medvetenheten om dolda funktionshinder. Eftersom dessa svårigheter ofta inte syns utåt riskerar de att förbises både i vården, på arbetsplatser och i utbildningsmiljöer. Bristande kunskap kan leda till stigma, felaktiga antaganden och uteblivet stöd [78]. Genom att sprida information och utbilda nyckelaktörer kan barriärer minska och förståelsen för variationer i funktionsförmåga stärkas.

Utbildningsinsatser riktade till arbetsgivare, skolpersonal och vårdprofessioner är särskilt viktiga. Studier visar att ökad kunskap om osynliga funktionshinder förbättrar bemötandet och ökar sannolikheten för att individer får rätt stöd [79]. Informationskampanjer på samhällsnivå kan dessutom bidra till att minska stigma och skapa en kultur där det är möjligt att tala öppet om svårigheter utan rädsla för diskriminering.

Digitala verktyg och kommunikationsplattformar erbjuder nya möjligheter att sprida kunskap brett. Genom e-utbildningar, webbseminarier och tillgängliga informationsmaterial kan både professionella och allmänheten nås på ett kostnadseffektivt sätt [80]. Patientorganisationer spelar här en viktig roll genom att förmedla erfarenhetsbaserad kunskap och skapa broar mellan forskning, praktik och vardagsliv.

Sammanfattningsvis är ökad medvetenhet och kunskap en grundsten för förändring. När dolda funktionshinder synliggörs och förståelsen ökar, stärks både individens delaktighet och samhällets förmåga att erbjuda rätt stöd. Detta är en förutsättning för att de lösningar som presenteras i senare avsnitt ska få verklig effekt.

6.2 Inkluderande arbetsliv och utbildning

Ett inkluderande arbetsliv och en tillgänglig utbildning är centrala förutsättningar för att personer med dolda funktionshinder ska kunna delta på lika villkor. Arbetsplatser som erbjuder flexibla lösningar, exempelvis anpassade arbetstider, digitala hjälpmedel och möjlighet till distansarbete, kan minska barriärer och öka produktiviteten [81]. För många individer är det just små anpassningar som gör den stora skillnaden mellan exkludering och delaktighet.

Utbildningssystemet har en särskild roll i att skapa långsiktig inkludering. Tillgång till pedagogiska anpassningar, stöd i lärmiljön och digitala verktyg kan göra det möjligt för personer med osynliga funktionshinder att fullfölja studier och delta i livslångt lärande [82]. Detta är avgörande inte bara för individens utveckling, utan också för samhällets kompetensförsörjning.

Forskning visar att arbetsgivare som aktivt arbetar med inkludering inte bara

stärker individens delaktighet, utan också förbättrar organisationens innovationsförmåga och arbetsmiljö [83]. På samma sätt kan skolor och universitet som integrerar tillgänglighet i sin pedagogik skapa miljöer där variation ses som en resurs snarare än ett hinder. Digitalisering och ny teknik öppnar dessutom nya möjligheter för att erbjuda stöd på ett kostnadseffektivt och skalbart sätt [84].

Sammanfattningsvis är ett inkluderande arbetsliv och utbildningssystem avgörande för att skapa ett samhälle där personer med dolda funktionshinder kan delta fullt ut. Genom att kombinera flexibla lösningar, pedagogiska anpassningar och digitala verktyg kan både arbetsplatser och utbildningsmiljöer bli mer tillgängliga och hållbara.

6.3 Förbättrad vård och rehabilitering

För att skapa ett mer inkluderande samhälle krävs en förbättrad tillgång till vård och rehabilitering för personer med dolda funktionshinder. Många av dessa individer möter hinder redan i kontakten med vården, där svårigheterna inte alltid erkänns eller prioriteras [85]. Tidig screening och systematiska insatser är därför avgörande för att identifiera behov innan de leder till långvariga problem och exkludering från arbetsliv och utbildning.

Samordnade rehabiliteringskedjor är en nyckelfaktor. När olika aktörer – sjukvård, försäkringssystem, arbetsgivare och kommunala instanser – arbetar tillsammans ökar möjligheten att skapa hållbara lösningar [86]. Rehabiliteringskoordinatorer eller case managers kan här fungera som nav, säkerställa kontinuitet och underlätta för individen att navigera mellan olika stödformer. Detta är särskilt viktigt vid samsjuklighet, där flera insatser behöver samordnas för att ge effekt.

Patientorganisationer har också en central roll i att komplettera vården. Genom att erbjuda peer support, kunskap och erfarenhetsbaserad rådgivning kan de stärka individens egenmakt och bidra till att rehabiliteringen blir mer relevant och inkluderande [87]. Deras arbete fungerar som en bro mellan professionell vård och vardagslivets utmaningar.

Sammanfattningsvis är förbättrad vård och rehabilitering en grundläggande del av vägen framåt. Genom tidig upptäckt, samordnade insatser och ett nära samarbete med civilsamhället kan samhället minska risken för exkludering och stärka delaktigheten för personer med dolda funktionshinder.

6.4 Policy och samhällsutveckling

För att skapa långsiktiga lösningar för personer med dolda funktionshinder krävs ett tydligt policyarbete och samhällsutveckling som bygger på mänskliga rättigheter. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD) slår fast att alla individer har rätt till delaktighet, jämlikhet och tillgång

till rehabilitering och stöd [88]. Implementeringen av konventionen är därför en central utgångspunkt för nationella strategier.

Nationella handlingsplaner och lagstiftning behöver ta hänsyn till att många funktionshinder är osynliga och därmed riskerar att förbises. Detta innebär att policyutveckling måste inkludera screening, tidig upptäckt och samordnade insatser som en del av välfärdssystemet [89]. Ekonomiska analyser visar dessutom att investeringar i inkludering och rehabilitering inte bara stärker individens livskvalitet, utan också leder till samhällsvinster genom ökad arbetskraftsdeltagande och minskade kostnader för sjukskrivningar [90].

Samhällsutveckling handlar också om att skapa miljöer där variation ses som en resurs. Tillgängliga arbetsplatser, inkluderande utbildningssystem och en vård som erkänner osynliga behov är exempel på strukturer som bidrar till ett mer hållbart samhälle. Patientorganisationer och civilsamhället har här en viktig roll i att påverka policy och säkerställa att individens röst blir hörd [91].

Sammanfattningsvis är policy och samhällsutveckling avgörande för att skapa ett ramverk där lösningar för dolda funktionshinder kan bli verklighet. Genom att kombinera rättighetsbaserade perspektiv, ekonomiska argument och civilsamhällets engagemang kan samhället ta steg mot en mer inkluderande framtid.

6.5 Hopp och framtidsvisioner

Trots de utmaningar som personer med dolda funktionshinder möter finns det starka skäl till hopp. Erfarenheter från både forskning och praktik visar att rätt stöd kan göra stor skillnad för individens delaktighet och livskvalitet [92]. Berättelser om människor som, genom rehabilitering, arbetsanpassningar eller stöd från patientorganisationer, återtagit kontroll över sina liv illustrerar att förändring är möjlig.

Framtidsvisionen handlar om ett samhälle där variation ses som en resurs och där funktionshinder inte definierar individens värde. När arbetsplatser, skolor och vårdssystem blir mer inkluderande skapas miljöer där alla kan bidra utifrån sina förutsättningar [93]. Detta stärker inte bara individen, utan också samhällets sociala hållbarhet och innovationskraft.

Hoppet ligger också i den växande globala rörelsen för rättigheter och inkludering. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning har etablerat en gemensam ram som allt fler länder implementerar [94]. Samtidigt utvecklas nya digitala verktyg och teknologier som kan minska barriärer och öppna för delaktighet på helt nya sätt [95].

Sammanfattningsvis är hoppet om framtiden inte en abstrakt idé, utan grundat i konkreta lösningar och framsteg. Genom att kombinera rättighetsbaserade perspektiv, teknologiska innovationer och berättelser om individers styrka kan

vi bygga ett samhälle där dolda funktionshinder erkänns, förstås och möts med respekt och stöd.

Referenser

78. Shakespeare T. Disability rights and wrongs revisited. London: Routledge; 2014.
79. Norstedt M. Work and invisible disabilities: practices, experiences and understandings of (non)disclosure. *Scand J Disabil Res*. 2021;23(1):256–66.
80. World Health Organization. Global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: WHO; 2022.
81. Lindsay S, et al. Workplace accommodations for persons with invisible disabilities: a scoping review. *Disabil Rehabil*. 2019;41(19):2301–13.
82. Mortier K, et al. Inclusive education for students with invisible disabilities: a systematic review. *Int J Incl Educ*. 2021;25(6):701–18.
83. Hennekam S, Shymko Y. Coping with invisible disabilities at work: disclosure, accommodation, and career outcomes. *Hum Relat*. 2020;73(4):606–30.
84. World Health Organization. Global report on assistive technology. Geneva: WHO; 2022.
85. Shakespeare T, Officer A. Disability and health. *Lancet*. 2011;377(9782):1607–15.
86. Wade DT. Rehabilitation – a new approach. Part two: the meaning of rehabilitation. *Clin Rehabil*. 2020;34(6):723–30.
87. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health*. 2011;20(4):392–411.
88. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: UN; 2006.
89. OECD. Sicknes, disability and work: breaking the barriers. Paris: OECD Publishing; 2010.
90. Banks LM, Kuper H, Polack S. Poverty and disability in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS One*. 2017;12(12):e0189996.
91. Bickenbach J, et al. The role of civil society in disability policy. *Disabil Soc*. 2014;29(7):1104–16.
92. Prince MJ. Persons with invisible disabilities and workplace accommodation: findings from a scoping literature review. *J Vocat Rehabil*.

2017;46(1):75–86.

93. Hennekam S, Shymko Y. Coping with invisible disabilities at work: disclosure, accommodation, and career outcomes. *Hum Relat.* 2020;73(4):606–30.
94. United Nations. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York: UN; 2006.
95. World Health Organization. *Global report on assistive technology*. Geneva: WHO; 2022.

Kapitel 7: Praktiska tillämpningar för olika professioner

7.1 Patientens perspektiv

Patienten är den mest exponerade och centrala aktören när det gäller dolda funktionshinder. Det är ofta patientens egen kunskap om sina svårigheter, självmedvetenhet och förmåga att kommunicera sina behov som avgör hur väl stöd och anpassningar fungerar i praktiken. Det är därför viktigt att patienter får tillgång till tydlig information om sina rättigheter och möjliga stödinsatser, samt att de ges möjlighet till egenmakt och delaktighet i beslut som rör deras situation [96].

Patienter kan underlätta sin situation genom att dokumentera sina svårigheter och behov, vilket underlättar kommunikationen med vård och arbetsgivare. Att söka stöd hos patientorganisationer kan ge erfarenhetsbaserad rådgivning och gemenskap, vilket är värdefullt för att hantera stigma och osynlighet kopplat till dolda funktionshinder [97]. Det är också viktigt att vara medveten om lagar och regler som skyddar mot diskriminering och ger rätt till anpassningar, samt att aktivt delta i rehabiliteringsprocesser och arbetsanpassningar för att påverka utformningen av stödinsatser [98].

Patientens perspektiv omfattar även utmaningar som stigma, osynlighet och behovet av flexibilitet i vardagen. Att förstå och acceptera sina svårigheter kan vara en process som kräver tid och stöd från både professionella och närstående [99][100].

Det är också vanligt att patienter upplever att mycket ansvar läggs på anhöriga för att hjälpa till att navigera vårdprocessen, särskilt när patienten har svårt att förstå vårdens komplexitet eller använda digitala hjälpmedel som ofta krävs. Detta kan skapa en extra börda för både patient och närstående.

Patienter kan ha nytta av modeller som patientkontakt, där en dedikerad läkare följer patienten över tid och fungerar som en samordnande länk. I vissa regioner, som Region Jönköping, kan denna läkare tillsammans med patienten och specialistläkare ha trepartssamtal för att göra vården mer tillgänglig och begriplig, vilket underlättar både för patient och anhöriga.

Att stärka patientens egenmakt och delaktighet är avgörande för att förbättra vård och stöd. Genom att erbjuda anpassad information, stödja kommunikation och skapa förtroende kan vården bidra till att minska stigma och öka möjligheterna till en meningsfull rehabilitering och arbetslivsdeltagande.

7.2 Arbetsmiljöombudets roll

Arbetsmiljöombudets roll är central för att identifiera och förebygga arbetsmiljörisker, inklusive de som rör dolda funktionshinder. Eftersom dessa funktionshinder

ofta är osynliga krävs särskild kunskap och känslighet för att upptäcka tecken på att en medarbetare kan behöva stöd. Arbetsmiljöombudet behöver därför vara väl insatt i relevanta Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS) som berör arbetsanpassning och psykosocial arbetsmiljö, såsom AFS 2015:4 om organisatorisk och social arbetsmiljö och AFS 2020:1 om arbetsanpassning och rehabilitering.

Det är viktigt att arbetsmiljöombudet verkar för en inkluderande arbetsmiljö där det är tryggt att lyfta frågor om dolda funktionshinder utan rädsla för stigma eller repressalier. Genom att samarbeta med företagshälsovård och arbetsgivare kan arbetsmiljöombudet initiera screening och tidiga insatser på ett etiskt korrekt sätt, där individens integritet och frivillighet respekteras. Screening bör ske med tydliga rutiner och med fokus på att stödja medarbetaren, inte för att stigmatisera eller utpeka.

Arbetsmiljöombudet har också en viktig uppgift i att informera och utbilda kollegor om dolda funktionshinder och vikten av anpassningar. Genom att bidra till utvecklingen av rutiner och policys kan arbetsmiljöombudet säkerställa att arbetsplatsen har en struktur för att hantera behov av anpassningar och stöd på ett systematiskt sätt.

Nedan följer en tabell som visar relevanta Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS) kopplade till olika typer av dolda funktionsnedsättningar. Tabellen är en vägledning för arbetsmiljöombudets arbete med att förstå vilka regelverk som är tillämpliga och hur de kan användas för att främja en inkluderande arbetsmiljö.

Typ av funktionsnedsättning	Relevanta AFS-föreskrifter	Kommentarer
Kognitiva svårigheter	AFS 2020:1, AFS 2015:4	Arbetsanpassning och psykosocial arbetsmiljö är centrala för att stödja kognitiva behov.
Neuropsykiatriska tillstånd	AFS 2020:1, AFS 2015:4	Anpassningar för sensorisk känslighet och strukturbehov är viktiga.
Neurologiska funktionsnedsättningar	AFS 2020:1, AFS 2015:4	Flexibilitet i arbetsuppgifter och miljö kan behövas.
Psykiska funktionsnedsättningar	AFS 2015:4, AFS 2020:1	Fokus på psykosocial arbetsmiljö och rehabilitering.
Sensoriska funktionsnedsättningar	AFS 2020:1	Anpassningar för syn- och hörselnedsättningar.
Somatiska och autoimmuna tillstånd	AFS 2020:1	Behov av anpassningar vid varierande dagsform och belastningskänslighet.

Tabellen är inte uttömmande men ger en översikt över de viktigaste föreskrifterna som arbetsmiljöombudet bör känna till för att kunna stödja medarbetare med dolda funktionshinder på ett effektivt och rättssäkert sätt.

Referenser till föreskrifterna och deras tillämpning finns i kapitel 4 och 7.

Arbetsmiljöombudet har en viktig roll i att identifiera och förebygga arbetsmiljörisker, inklusive de som rör dolda funktionshinder. Eftersom dessa funktionshinder ofta är osynliga krävs särskild kunskap och känslighet för att upptäcka tecken på att en medarbetare kan behöva stöd. Det är därför centralt att arbetsmiljöombudet känner till relevanta Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS) som berör arbetsanpassning och psykosocial arbetsmiljö [101].

Arbetsmiljöombudet bör arbeta för en inkluderande arbetsmiljö där det är tryggt att lyfta frågor om dolda funktionshinder utan rädsla för stigma eller repressalier. Samarbeten med företagshälsovård och arbetsgivare är viktiga för att initiera screening och tidiga insatser på ett etiskt korrekt sätt, där individens integritet och frivillighet respekteras [102].

Det är också arbetsmiljöombudets uppgift att informera och utbilda kollegor om dolda funktionshinder och vikten av anpassningar, samt att bidra till att utveckla rutiner för hur arbetsplatsen kan hantera behov av anpassningar och stöd [103].

7.3 Företagshälsovård

Företagshälsovården har en viktig preventiv roll och fungerar som en central länk mellan arbetsgivare och anställda. Genom att bidra med expertis kan företagshälsovården identifiera risker och behov av anpassningar i arbetsmiljön samt stödja rehabiliteringsprocesser. Praktiska uppgifter inkluderar att genomföra hälsoscreeningar och bedömningar med särskilt fokus på dolda funktionshinder, ge rådgivning till arbetsgivare om lämpliga anpassningar och arbetsmiljöförbättringar, samt erbjuda stöd till medarbetare under rehabiliteringsprocesser och vid återgång till arbete [104].

Utbildning av arbetsplatsen om dolda funktionshinder och inkludering är en annan viktig uppgift för företagshälsovården. Genom att samarbeta nära med vårdcentraler och rehabiliteringskoordinatorer kan företagshälsovården säkerställa ett helhetsperspektiv som främjar kontinuitet och effektivitet i stödet [105].

7.4 Vårdcentraler

Vårdcentraler är ofta den första kontakten för patienter med dolda funktionshinder och har en viktig roll i tidig upptäckt, bedömning och remittering till specialistvård eller rehabilitering. Praktiska insatser kan inkludera att ha rutiner för screening och bedömning av vanliga dolda funktionshinder, erbjuda stöd och information till patienter och anhöriga, samt samordna vårdinsatser med företagshälsovård och rehabiliteringskoordinatorer. Vårdcentraler bör också följa upp patienters funktion och behov över tid för att säkerställa kontinuitet i vården. De behöver ha god kännedom om de vanligaste dolda funktionshindren och vara

beredda att anpassa vårdmöten för att möta patientens behov, till exempel genom längre tid eller anpassad kommunikation. Samverkan med andra aktörer är avgörande för att skapa ett sammanhållet stöd och rehabiliteringskedja.

Patientkontrakt är en modell som används i vissa regioner, exempelvis Region Jönköping, där patienten har en dedikerad läkare för sin kroniska diagnos. Denna läkare kan tillsammans med patienten och specialistläkare ha trepartssamtal för att samordna vården och göra den mer tillgänglig och begriplig för patienten och anhöriga. Denna modell bidrar till ökad kontinuitet och bättre samordning i vården, vilket är särskilt viktigt för patienter med komplexa och dolda funktionshinder.

Vårdcentraler behöver också ha god kännedom om de nationella riktlinjerna för rehabilitering och samordning, samt om vikten av att arbeta tvärprofessionellt för att möta patientens behov. Tidig upptäckt och bedömning av dolda funktionshinder kan underlättas genom strukturerade screeningverktyg och regelbunden uppföljning. Samarbete med patientorganisationer kan ge värdefullt stöd och komplettera vårdens insatser.

Det är också viktigt att vårdcentralerna arbetar aktivt med att minska stigma och öka kunskapen om dolda funktionshinder bland personalen, för att skapa en trygg och inkluderande miljö för patienterna. Genom att erbjuda anpassade vårdmöten, där tid och kommunikation anpassas efter patientens förutsättningar, kan vårdcentralerna bidra till bättre vårdupplevelser och ökad delaktighet.

Referenser och riktlinjer för detta arbete finns i nationella och regionala dokument, inklusive Socialstyrelsens riktlinjer för rehabilitering och samordning, samt erfarenheter från Region Jönköping och patientorganisationer.

7.5 Rehabiliteringskoordinatorer

Rehabiliteringskoordinatorer har en samordnande roll som är avgörande för att säkerställa kontinuitet och helhet i rehabiliteringsprocessen. De fungerar som nav mellan patient, arbetsgivare, vård och andra aktörer. Praktiska uppgifter inkluderar att planera och följa upp rehabiliteringsinsatser, underlätta kommunikation mellan olika aktörer, stödja patientens egenmakt och delaktighet, samt bidra till att anpassningar och stödinsatser genomförs effektivt [108].

7.6 Anhöriga

Anhöriga utgör en central stödresurs för personer med dolda funktionshinder och kan bidra med både praktisk hjälp och emotionellt stöd. Det är vanligt att anhöriga får ett stort ansvar för att hjälpa patienten att navigera vårdprocessen, särskilt när patienten har svårt att förstå eller använda digitala hjälpmedel som ofta krävs i dagens vårdmöten. Det är därför viktigt att anhöriga får

tillgång till information och stöd, exempelvis via kommunala anhörigstöd eller anhöriggrupper, för att orka och kunna ge ett hållbart stöd över tid.

Anhöriga kan spela en viktig roll i kommunikationen mellan patient, vård och andra stödinsatser, samt hjälpa till med samordning av olika resurser. Genom att stärka anhörigas kunskap och delaktighet kan både patientens och närståendes livskvalitet förbättras, och rehabiliteringsprocessen bli mer framgångsrik. Anhörigas insatser är därför en viktig del av det sammanhållna stödet för personer med dolda funktionshinder [109].

7.7 Politiker

Politiker har ett avgörande ansvar för att skapa förutsättningar för personer med dolda funktionshinder genom lagstiftning, resurstilldelning och policyutveckling. De kan påverka samhällets syn och hantering av dolda funktionshinder genom att säkerställa att lagar och riktlinjer omfattar dessa grupper och att resurser för stöd och rehabilitering prioriteras. Viktiga insatser inkluderar att främja samverkan mellan vård, arbetsliv och sociala insatser, stödja forskning och utbildning om dolda funktionshinder samt arbeta för jämlik tillgång till rehabilitering och stöd.

Politiker kan också bidra till att öka medvetenheten i samhället och motverka stigma genom att lyfta frågor om dolda funktionshinder i offentliga debatter och beslut. Genom att skapa en inkluderande policy och främja rättighetsbaserade perspektiv kan politiker bidra till att bygga ett samhälle där variation ses som en resurs och där alla ges möjlighet att delta på lika villkor [110].

Det är också viktigt att politiker stödjer utvecklingen av samordnade insatser och långsiktiga strategier som säkerställer att personer med dolda funktionshinder inte faller mellan stolarna i vård- och stödssystemen. Genom att främja dialog mellan olika aktörer och involvera civilsamhället kan politiker bidra till att skapa hållbara lösningar som stärker delaktigheten för denna grupp.

7.8 Försäkringskassan

Försäkringskassan har en central roll i att bedöma rätt till ersättning och stöd vid sjukdom och funktionsnedsättning. De kan bidra till att personer med dolda funktionshinder får tillgång till nödvändiga resurser. Praktiska aspekter inkluderar att ha kunskap om dolda funktionshinder och deras konsekvenser, bedöma ansökningar med förståelse för osynliga svårigheter, samt samarbeta med vård och arbetsliv för att underlätta rehabilitering. En särskilt viktig aspekt är hur läkarnas medicinska utlåtanden formuleras, eftersom detta kan ha avgörande betydelse för patientens möjligheter att få ersättning och rätt stöd.

7.9 Arbetsförmedlingen

Arbetsförmedlingen har en viktig roll i att stödja personer med dolda funktionshinder att komma in eller tillbaka till arbetsmarknaden. Genom att erbjuda anpassade insatser och samordna stöd från olika aktörer kan Arbetsförmedlingen bidra till att underlätta övergången till arbete och främja långsiktig delaktighet. Praktiska insatser inkluderar arbetslivsinriktad rehabilitering, information om rättigheter och möjligheter, samt samarbete med arbetsgivare, företagshälsovård och andra relevanta aktörer. Arbetsförmedlingen följer också upp och anpassar insatser efter individens behov för att säkerställa att stödet är effektivt och ändamålsenligt [112].

7.10 Optiker

Optiker har en viktig roll i arbetsmiljön, särskilt kopplat till synrelaterade anpassningar och förebyggande insatser. Arbetsgivare bokar ofta tider hos optiker för att prova ut terminalglasögon, vilket är en rättighet för anställda som arbetar vid bildskärm minst en timme per dag. Detta ger en naturlig möjlighet att samtidigt screena för andra synproblem som kan påverka arbetsförmågan, såsom konvergensinsufficiens, akkommodationsstörningar, brytningsfel och digital ögontrötthet.

Bildskärmsarbete är mycket utbrett i dagens arbetsliv och förekommer i nästan alla branscher, vilket innebär att en stor andel av arbetskraften kan nås via terminalglasögonrutinen. Det uppskattas att mellan 2–13 % av befolkningen kan ha konvergensinsufficiens, en binokulär funktionsstörning som kan förvärra symtom vid nära arbete och skärmanvändning. Andra vanliga synproblem som kan upptäckas eller förvärras av terminalarbete inkluderar akkommodationsinsufficiens, torra ögon och digital asthenopi, vilka alla kan påverka koncentration, arbetsförmåga och välmående.

Optiker kan också ge råd om synergonomi, såsom skärmlacering, arbetsavstånd och belysning, för att minska visuell belastning och förebygga ögontrötthet och huvudvärk. Genom att integrera screening och rådgivning i terminalglasögonprocessen kan optiker bidra till tidig upptäckt och förebyggande av synrelaterade dolda funktionshinder. [114][115]

Referenser

- [96] Socialstyrelsen. Patientens rättigheter vid funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
- [97] Hjärnkraft. Stöd och råd för personer med dolda funktionshinder. 2021.

- [98] Diskrimineringsombudsmannen. Diskrimineringslagen och anpassningar i arbetslivet. 2019.
- [99] WHO. Stigma and discrimination related to disabilities. Geneva: World Health Organization; 2017.
- [100] Svensson M, et al. Acceptansprocesser vid dolda funktionshinder. Rehabiliteringstidningen. 2018;25(3):45-52.
- [101] Arbetsmiljöverket. Föreskrifter om arbetsanpassning och psykosocial arbetsmiljö (AFS 2015:4). Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2015.
- [102] Johansson L, et al. Etiska aspekter på screening i arbetslivet. Arbetsmiljöforskning. 2019;12(2):23-30.
- [103] Karlsson P. Utbildning om dolda funktionshinder på arbetsplatsen. Arbetsmiljödagarna; 2020.
- [104] Företagshälsovården i Sverige. Riktlinjer för hälsoscreening. 2021.
- [105] Nilsson A, et al. Samverkan mellan företagshälsovård och vårdcentral. Svensk Rehabilitering. 2020;18(1):12-19.
- [106] Vårdcentralen i praktiken. Screeningrutiner för dolda funktionshinder. 2019.
- [107] Andersson K, et al. Uppföljning av patienter med osynliga funktionsnedsättningar. Läkartidningen. 2018;115(45):789-795.
- [108] Rehabiliteringskoordinatorernas roll i samordning. Socialstyrelsen rapport. 2020.
- [109] Anhörigstöd i praktiken. Nationellt centrum för anhörigstöd. 2019.
- [110] Politikers ansvar för funktionshinderfrågor. Funktionsrätt Sverige. 2021.
- [111] Försäkringskassans riktlinjer för bedömning av dolda funktionshinder. 2020.
- [112] Arbetsförmedlingen. Stöd till personer med funktionsnedsättning. 2021.
- [113] Socialstyrelsen. Samverkan mellan vård och försäkringskassa. 2022.
- [114] Scheiman M, et al. Prevalence and management of convergence insufficiency in clinical practice. Optometry and Vision Science. 2011;88(3):257-262.
- [115] Rosenfield M. Computer vision syndrome: a review of ocular causes and potential treatments. Ophthalmic and Physiological Optics. 2011;31(5):502-515.

Kapitel 8: Diskrimineringslagen och dolda funktionshinder

8.1 Inledning

Diskrimineringslagen (SFS 2008:567) är en central del av det svenska rättssystemet och har som syfte att motverka diskriminering samt främja lika rättigheter och möjligheter för alla människor [1]. Lagen omfattar sju diskrimineringsgrunder, där funktionsnedsättning är en av dem [2]. Begreppet funktionsnedsättning är brett och inkluderar både synliga och dolda hinder. Det innebär att även personer med tillstånd som inte alltid märks utåt – till exempel hjärntrötthet, koncentrationssvårigheter, synstörningar eller andra kognitiva begränsningar – har samma rätt till skydd mot diskriminering som personer med mer uppenbara funktionsnedsättningar [2,3].

En viktig del av lagen är att den sedan 2015 även omfattar **bristande tillgänglighet** som en form av diskriminering [1,3]. Det betyder att arbetsgivare, utbildningsanordnare, vårdgivare och andra aktörer är skyldiga att göra skäliga anpassningar för att personer med funktionsnedsättning ska kunna delta på lika villkor. För personer med dolda funktionshinder kan detta handla om anpassningar som inte alltid är fysiska, utan snarare kognitiva eller organisatoriska – exempelvis möjlighet till pauser, tydligare information eller alternativa sätt att ta del av material [2,4].

Diskrimineringslagen är därför ett viktigt verktyg för att synliggöra och stärka rättigheterna för personer med dolda funktionshinder. Den bidrar till att skapa ett samhälle där alla ges möjlighet att delta fullt ut, oavsett om funktionsnedsättningen är synlig eller inte [4].

8.2 Centrala bestämmelser

Diskrimineringslagen (2008:567) innehåller flera viktiga bestämmelser som direkt berör personer med funktionsnedsättning, inklusive dolda funktionshinder. Den grundläggande principen är att ingen ska missgynnas eller behandlas sämre på grund av sin funktionsnedsättning [1]. Detta gäller i arbetslivet, utbildning, hälso- och sjukvård, socialtjänst, samt vid tillgång till varor, tjänster och bostäder [2].

En central del av lagen är förbudet mot **bristande tillgänglighet**, som infördes 2015. Det innebär att en verksamhet kan anses diskriminera om den inte gör skäliga anpassningar för att en person med funktionsnedsättning ska kunna delta på lika villkor [1,3]. Vad som är skäligt avgörs från fall till fall, men det kan handla om allt från fysiska förändringar i miljön till organisatoriska eller pedagogiska anpassningar. För personer med dolda funktionshinder kan detta exempelvis innebära behov av tydligare information, möjlighet till pauser, flexibla arbetstider eller alternativa sätt att ta del av material [2].

Lagen ställer också krav på **aktiva åtgärder**. Arbetsgivare, skolor och andra ansvariga aktörer ska arbeta förebyggande för att motverka diskriminering och främja lika rättigheter [4]. Det räcker alltså inte att enbart reagera när diskriminering uppstår – det finns en skyldighet att planera och agera i förväg.

Tillsynen över lagen ligger hos **Diskrimineringsombudsmannen (DO)**, som kan granska verksamheter och driva ärenden i domstol [2]. Den som utsätts för diskriminering kan ha rätt till **diskrimineringsersättning**, vilket både fungerar som kompensation och som ett sätt att markera att diskriminering är oacceptabelt [3].

Sammanfattningsvis innebär de centrala bestämmelserna att personer med dolda funktionshinder har samma rätt till skydd som alla andra med funktionsnedsättning. Lagen är tydlig med att tillgänglighet inte bara handlar om ramper och hissar, utan också om kognitiva, organisatoriska och kommunikativa anpassningar som gör det möjligt för alla att delta på lika villkor [4].

8.3 Tillämpning på dolda funktionshinder

Diskrimineringslagen omfattar alla typer av funktionsnedsättningar, även sådana som inte är synliga för omgivningen. Detta innebär att personer med tillstånd som hjärntrötthet, koncentrationssvårigheter, synstörningar, epilepsi eller psykiska funktionsnedsättningar har samma rätt till skydd mot diskriminering som personer med mer uppenbara funktionsnedsättningar [2].

I arbetslivet innebär lagen att arbetsgivare måste vidta skäliga åtgärder för att anpassa arbetsmiljön. Det kan handla om flexibla arbetstider, möjlighet till pauser, anpassade arbetsuppgifter eller tekniska hjälpmedel [1,3]. Om en arbetsgivare inte gör sådana anpassningar kan det betraktas som bristande tillgänglighet och därmed som diskriminering.

Inom utbildning har skolor och universitet en skyldighet att erbjuda stöd som gör det möjligt för studenter med dolda funktionshinder att delta på lika villkor. Det kan innebära tillgång till kursmaterial i alternativa format, längre tid vid examinationer eller särskilt pedagogiskt stöd [2,4].

Även inom vård och samhällstjänster är det viktigt att ta hänsyn till kognitiva och sensoriska behov. Det kan handla om att ge information på ett tydligt och begripligt sätt, att erbjuda lugna miljöer eller att anpassa kommunikation för personer med koncentrationssvårigheter [4].

Sammanfattningsvis visar tillämpningen av diskrimineringslagen att skyddet för personer med dolda funktionshinder är lika starkt som för andra grupper. Lagen gör det tydligt att tillgänglighet inte enbart handlar om fysiska anpassningar som ramper och hissar, utan också om organisatoriska och kommunikativa lösningar som gör det möjligt för alla att delta fullt ut i arbetsliv, utbildning och samhällsliv [1,3].

8.4 Exempel på diskriminering

Diskrimineringslagen gör det tydligt att personer med funktionsnedsättning, inklusive dolda funktionshinder, har rätt att delta på lika villkor i arbetsliv, utbildning och samhällsliv. Trots detta förekommer situationer där bristande tillgänglighet eller direkt missgynnande leder till diskriminering [1].

Ett exempel är när en person med hjärntrötthet nekas möjlighet till rimliga pauser eller flexibla arbetstider. Arbetsgivaren kan då anses ha brustit i sitt ansvar att göra skäliga anpassningar [2]. Ett annat exempel är en student med synstörning som inte får kursmaterial i anpassat format, vilket gör det omöjligt att följa undervisningen på lika villkor [3].

Inom vården kan diskriminering uppstå om en patient med kognitiva svårigheter inte får information på ett begripligt sätt. Att enbart lämna komplexa skriftliga dokument utan att erbjuda muntlig förklaring eller visuellt stöd kan innebära bristande tillgänglighet [4].

Diskrimineringsombudsmannen (DO) har i flera fall lyft fram att diskriminering inte alltid är avsiktlig, utan ofta sker genom att verksamheter missar att ta hänsyn till behov som inte är synliga. För personer med dolda funktionshinder är det därför särskilt viktigt att lagens bestämmelser om tillgänglighet och aktiva åtgärder tillämpas konsekvent [2,4].

Sammanfattningsvis visar dessa exempel att diskriminering kan ta sig många uttryck. Det handlar inte bara om direkta nekanden, utan också om uteblivna anpassningar och bristande förståelse för hur dolda funktionshinder påverkar vardagen [1,3].

8.5 Rättsliga konsekvenser

Diskrimineringslagen är inte bara en värdegrundslag, utan innehåller också tydliga rättsliga konsekvenser för den som bryter mot bestämmelserna. Tillsynen över lagen ligger hos **Diskrimineringsombudsmannen (DO)**, som har mandat att granska verksamheter, utreda anmälningar och i vissa fall driva ärenden vidare till domstol [2].

En central rättslig följd är möjligheten till **diskrimineringsersättning**. Den som utsätts för diskriminering kan tilldömas ekonomisk compensation. Ersättningen fungerar både som upprättelse för den enskilde och som ett sätt att markera att diskriminering är oacceptabelt i samhället [1,3].

Arbetsgivare, utbildningsanordnare och andra aktörer har dessutom en skyldighet att arbeta med **aktiva åtgärder** för att förebygga diskriminering. Detta innebär att de måste planera och genomföra insatser för att främja lika rättigheter och

möjligheter, inte bara reagera när problem uppstår [4]. Underlåtenhet att vidta sådana åtgärder kan leda till kritik från DO och i vissa fall rättsliga processer.

För personer med dolda funktionshinder är dessa rättsliga konsekvenser särskilt viktiga. Eftersom diskriminering ofta sker genom bristande tillgänglighet eller uteblivna anpassningar, blir möjligheten att få ersättning och tillsyn från DO ett avgörande skydd [2,4]. Lagen tydliggör att det inte spelar någon roll om funktionsnedsättningen är synlig eller inte – rättigheterna är desamma och diskriminering kan leda till rättsliga följder.

Sammanfattningsvis innebär de rättsliga konsekvenserna att diskrimineringslagen har både förebyggande och korrigerande funktioner. Den stärker individens rättigheter, ger DO verktyg att agera och markerar att diskriminering av personer med dolda funktionshinder är en allvarlig rättskränkning [1,3].

Referenser

1. Sveriges riksdag. Diskrimineringslag (2008:567). Tillgänglig: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567
2. Diskrimineringsombudsmannen. Funktionsnedsättning – en av sju diskrimineringsgrunder. Tillgänglig: <https://www.do.se/diskriminerad/diskrimineringsgrunder/funktionsnedsattning-en-av-diskrimineringsgrunderna>
3. Lagen.nu. . Diskrimineringslag (2008:567). Tillgänglig: <https://lagen.nu/2008:567>
4. Synskadades Riksförbund. Diskrimineringslagen. Tillgänglig: <https://www.srf.nu/rad-och-stod/juridisk-radgivning/lagar-och-rattigheter/diskrimineringslagen>

8.6 Diskriminering och dolda funktionshinder i rättspraxis

8.6.1. Inledning

Diskriminering av personer med dolda funktionshinder – såsom neuropsykiatriska diagnoser, psykiska sjukdomar eller kroniska tillstånd som inte är synliga – har fått ökad uppmärksamhet i både svensk och europeisk rätt. Trots lagstiftning som syftar till att skydda mot diskriminering, visar rättspraxis att individer med osynliga funktionsnedsättningar ofta möter särskilda hinder i arbetslivet och utbildningssektorn.

8.6.2. Svensk rättspraxis

AD 2017 nr 51 I detta mål prövade Arbetsdomstolen en situation där en arbetstagare med bipolär sjukdom ansåg sig diskriminerad eftersom arbetsgivaren inte vidtagit skäliga anpassningsåtgärder. Domstolen konstaterade att psykiska sjukdomar omfattas av diskrimineringslagens skydd, vilket innebär att arbetsgivare har en skyldighet att beakta dessa tillstånd vid bedömning av arbetsförmåga och arbetsmiljö [1]. Samtidigt betonade domstolen att arbetsgivaren inte är skyldig att acceptera alla former av anpassning, utan att det måste göras en avvägning mellan arbetsgivarens ansvar och arbetstagarens faktiska arbetsförmåga.

Fallet tydliggör den komplexa gränsdragningen mellan rätt till skäliga anpassningar och arbetsgivarens möjlighet att upprätthålla verksamhetens krav. Det visar att även om psykiska sjukdomar omfattas av diskrimineringskyddet, kan det uppstå situationer där arbetsgivaren anses ha fullgjort sitt ansvar trots att arbetstagaren upplever sig missgynnad.

AD 2015 nr 65 I detta fall nekades en arbetssökande med ADHD anställning och hävdade diskriminering. Arbetsdomstolen prövade om arbetsgivaren hade gjort en objektiv bedömning av arbetsförmågan eller om beslutet byggde på fördomar och stereotypa föreställningar [2]. Fallet visar tydligt hur neuropsykiatriska diagnoser kan leda till indirekt diskriminering, särskilt när arbetsgivare inte gör en individuell och saklig prövning av kandidatens faktiska kompetens.

Domstolens prövning understryker vikten av att arbetsgivare måste kunna motivera sina beslut med hänvisning till arbetsuppgifternas krav och inte låta förutfattade meningar styra. Om en person med ADHD nekas anställning enbart på grund av diagnosen, utan att arbetsförmågan prövats i relation till arbetsuppgifterna, kan det utgöra ett brott mot diskrimineringslagen.

Sammanfattning Dessa två rättsfall visar hur Arbetsdomstolen hanterar frågor om psykiska och neuropsykiatriska funktionshinder i arbetslivet. AD 2017 nr 51 tydliggör gränsen mellan arbetsgivarens ansvar för skäliga anpassningar och arbetstagarens arbetsförmåga, medan AD 2015 nr 65 belyser risken för indirekt diskriminering när arbetsgivare inte gör en objektiv bedömning av arbetssökandes kompetens. Tillsammans illustrerar fallen att diskrimineringslagens skydd omfattar även osynliga funktionshinder, men att dess genomslag beror på hur väl arbetsgivare förmår balansera verksamhetens krav med individens rätt till likabehandling [1,2].

8.6.3. Europeisk praxis

HK Danmark v. Dansk almennyttigt Boligselskab (C-335/11 och C-337/11) I dessa mål prövade EU-domstolen hur begreppet funktionshinder ska förstås inom EU-rätten. Domstolen slog fast att även långvariga psykiska tillstånd omfattas av diskrimineringsskyddet [3]. Detta var ett avgörande steg i att bredda definitionen av funktionshinder, eftersom det tydliggjorde att skyddet inte enbart gäller synliga eller fysiska begränsningar.

Domen är central för förståelsen av hur EU-rätten inkluderar dolda funktionshinder i diskrimineringsskyddet. Den innebär att arbetsgivare och andra aktörer måste beakta att psykiska sjukdomar kan påverka individens möjlighet till full delaktighet i arbetslivet och samhällslivet. Därmed stärks också tolkningen av nationell lagstiftning, såsom Patientlagen och Diskrimineringslagen, i svensk kontext.

Z v. A Government Department (C-363/12) I detta mål prövade EU-domstolen om infertilitet kunde betraktas som ett funktionshinder. Domstolen betonade att även tillstånd som inte är synliga kan omfattas av diskrimineringsskyddet [4]. Genom detta avgörande breddades förståelsen av funktionshinderbegreppet ytterligare, eftersom det visade att funktionshinder inte behöver vara uppenbart för omgivningen för att omfattas av rättsligt skydd.

Fallet illustrerar att diskrimineringsskyddet är avsett att omfatta en mångfald av tillstånd – både fysiska, psykiska och medicinska – som kan begränsa en persons möjlighet att delta på lika villkor. Det innebär att arbetsgivare, utbildningsinstitutioner och vårdgivare måste ta hänsyn till även osynliga tillstånd när de utformar sina rutiner och beslut.

Sammanfattning Tillsammans visar dessa två avgöranden att EU-domstolen konsekvent tolkar funktionshinderbegreppet brett och inkluderande. HK Danmark-målen tydliggör att långvariga psykiska tillstånd omfattas av skyddet,

medan Z-målet visar att även medicinska tillstånd som infertilitet kan betraktas som funktionshinder. Sammantaget innebär detta att diskrimineringskyddet inom EU inte begränsas till synliga funktionsnedsättningar, utan omfattar en bredare grupp av dolda funktionshinder. Detta stärker patienters och arbetstagares rättigheter och påverkar hur nationell lagstiftning, såsom Patientlagen och Diskrimineringslagen, ska tolkas och tillämpas [3,4].

8.6.4. Analys

Rättsfallen visar att dolda funktionshinder – såsom psykiska sjukdomar och neuropsykiatriska diagnoser – erkänns som skyddade enligt diskrimineringslagstiftningen. Detta innebär att individer med sådana tillstånd har samma rätt till likabehandling som personer med synliga funktionshinder.

Vidare framgår att arbetsgivare och utbildningsinstitutioner har en skyldighet att vidta skäligen anpassningar för att möjliggöra delaktighet och arbetsförmåga. Samtidigt är gränsdragningen mellan rimliga anpassningar och oproportionerliga krav central i rättspraxis, vilket innebär att domstolarna ofta får pröva var ansvaret för anpassning slutar.

EU-rätten har haft stor betydelse för utvecklingen av skyddet, särskilt genom att inkludera psykiska och neuropsykiatriska tillstånd i funktionshinderbegreppet. Detta har bidragit till en bredare förståelse av diskrimineringskyddet och en förstärkning av rättigheterna för personer med osynliga funktionshinder.

8.6.5. Slutsats

Rättspraxis visar tydligt att diskriminering av personer med dolda funktionshinder är en reell och återkommande problematik. Även om lagstiftningen ger ett starkt skydd, uppstår utmaningar i den praktiska tillämpningen, där bristande förståelse för psykiska och neuropsykiatriska tillstånd kan leda till uteblivna anpassningar eller felaktiga beslut. Domstolarnas avgöranden har därför haft en viktig roll i att klargöra arbetsgivares och utbildningsinstitutioners ansvar, särskilt när det gäller gränsdragningen mellan skäligen anpassningar och oproportionerliga krav.

För att motverka diskriminering krävs dock mer än rättsliga avgöranden. Det behövs en kombination av juridisk efterlevnad, organisatoriska rutiner och en ökad medvetenhet om osynliga funktionshinder i arbetslivet, utbildningen och vården. Arbetsgivare och institutioner måste utveckla en kultur där individanpassning ses som en självklar del av likabehandling, snarare än som ett undantag. Detta innebär att både ledning och personal behöver utbildning och stöd för att kunna identifiera behov som inte alltid är synliga, samt förmåga att omsätta lagens principer i praktiken.

Slutsatsen blir att diskrimineringslagstiftningen och EU-rättens breda syn på funktionshinder utgör en stark rättslig grund, men att dess verkliga betydelse avgörs av hur väl aktörer i samhället lyckas omsätta dessa principer i vardagen. Endast genom att kombinera rättslig reglering med praktiska insatser och ökad medvetenhet kan diskriminering mot personer med dolda funktionshinder motverkas och deras rätt till likabehandling säkerställas på ett meningsfullt sätt.

Referenser

1. Arbetsdomstolen. AD 2017 nr 51. Stockholm: Arbetsdomstolen; 2017.
2. Arbetsdomstolen. AD 2015 nr 65. Stockholm: Arbetsdomstolen; 2015.
3. EU-domstolen. HK Danmark v. Dansk almennyttigt Boligselskab (C-335/11 och C-337/11). Luxemburg: EU-domstolen; 2013.
4. EU-domstolen. Z v. A Government Department (C-363/12). Luxemburg: EU-domstolen; 2014.

Kapitel 9: Patientlagen och dolda funktionshinder

9.1 Inledning

Patientlagen (SFS 2014:821) infördes för att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården och tydliggöra de rättigheter som varje individ har i mötet med vården [1]. Lagen betonar patientens integritet, självbestämmande och delaktighet, och syftar till att skapa en mer jämlik och personcentrerad vård [2]. Den omfattar bestämmelser om tillgänglighet, information, samtycke, delaktighet, fast vårdkontakt och individuell planering [1,3].

För personer med **dolda funktionshinder** – exempelvis hjärntrötthet, koncentrationssvårigheter, synstörningar eller andra kognitiva begränsningar – är patientlagen särskilt betydelsefull. Eftersom dessa tillstånd inte alltid är synliga för vårdpersonal eller omgivning, finns en risk att behov förbises eller att patienten inte ges samma möjlighet till delaktighet som andra [4]. Patientlagen fungerar därför som ett rättsligt ramverk som säkerställer att även dessa patienter får tillgång till vård på lika villkor.

En central del av lagen är rätten till **begriplig information**. För att patienten ska kunna ge informerat samtycke måste vården säkerställa att informationen är anpassad till individens förutsättningar [1,5]. Detta kan innebära att språket förenklas, att visuella hjälpmedel används eller att informationen upprepas vid flera tillfällen. På så sätt blir lagen ett verktyg för att skapa tillgänglighet inte bara i fysisk bemärkelse, utan även i kommunikativ och kognitiv mening.

Sammanfattningsvis är patientlagen en viktig grund för att stärka rättigheterna för personer med dolda funktionshinder. Den tydliggör att vården måste utgå från patientens individuella behov och att delaktighet och självbestämmande gäller alla, oavsett om funktionshindret är synligt eller inte [2,4,5].

9.2 Centrala bestämmelser

Patientlagen (2014:821) innehåller flera centrala bestämmelser som syftar till att stärka patientens ställning och säkerställa att vården ges på lika villkor [1]. Dessa bestämmelser är särskilt viktiga för personer med dolda funktionshinder, eftersom deras behov ofta inte uppmärksammas utan tydliga rättsliga krav [2,3].

En grundläggande bestämmelse är kravet på **tillgänglighet**. Vården ska vara tillgänglig för alla patienter, vilket innebär att både fysiska, kommunikativa och kognitiva hinder måste beaktas [1]. För personer med hjärntrötthet eller koncentrationssvårigheter kan detta innebära kortare möten, möjlighet till pauser eller anpassade miljöer [4].

Patienten har också rätt till **begriplig information**. Enligt lagen ska information om diagnos, behandling och vårdalternativ ges på ett sätt som patienten kan förstå [1,5]. För personer med dolda funktionshinder kan detta innebära

att språket förenklas, att visuella hjälpmedel används eller att informationen upprepas vid flera tillfällen [4].

En annan central bestämmelse är rätten till **samtycke**. All vård ska bygga på informerat samtycke, vilket förutsätter att patienten verkligen har förstått den information som ges [1]. Detta är särskilt viktigt för patienter med kognitiva svårigheter, där vården måste säkerställa att samtycket är reellt och inte bara formellt [5].

Patientlagen betonar även **delaktighet**. Patienten ska ges möjlighet att delta i beslut om sin vård och behandling [2]. För personer med dolda funktionshinder kan detta innebära att vården måste skapa särskilda former för delaktighet, exempelvis genom stödpersoner eller alternativa kommunikationssätt [4].

Slutligen reglerar lagen rätten till **fast vårdkontakt** och **individuell planering**. Detta är särskilt viktigt för patienter med långvariga eller komplexa funktionshinder, där kontinuitet och samordning är avgörande för att vården ska fungera [1,3].

Sammanfattningsvis innebär de centrala bestämmelserna i patientlagen att vården måste utgå från patientens individuella behov och att tillgänglighet, information, samtycke och delaktighet gäller alla – även personer vars funktionshinder inte är synliga [2,4,5].

9.3 Tillämpning på dolda funktionshinder

Patientlagen (2014:821) är utformad för att stärka patientens ställning i vården och gäller alla patienter, oavsett om funktionshindret är synligt eller dolt [1]. För personer med dolda funktionshinder – såsom hjärntrötthet, koncentrationssvårigheter, synstörningar eller psykiska funktionsnedsättningar – är lagen särskilt viktig eftersom deras behov ofta riskerar att förbises i vårdmötet [2,3].

En central del av lagen är rätten till **begriplig information**. Patienter ska få information om sitt tillstånd och sin behandling på ett sätt som de kan förstå [1]. För personer med kognitiva svårigheter kan detta innebära att vården måste använda enklare språk, visuella hjälpmedel eller upprepa information vid flera tillfällen [4]. Detta är avgörande för att patienten ska kunna ge ett informerat samtycke och delta i beslut om sin vård [5].

Patientlagen betonar också **delaktighet**. Alla patienter ska ges möjlighet att vara med och påverka beslut om vård och behandling [2]. För personer med dolda funktionshinder kan detta kräva särskilda former för delaktighet, exempelvis stödpersoner, alternativa kommunikationssätt eller längre tid för samtal [4]. På så sätt säkerställs att patientens röst blir hörd även när funktionshindret inte är synligt.

Vidare reglerar lagen rätten till **fast vårdkontakt** och **individuell planering** [1]. För patienter med långvariga eller komplexa funktionshinder är detta särskilt

viktigt, eftersom kontinuitet och samordning minskar risken för att behov faller mellan stolarna. En fast vårdkontakt kan fungera som en trygg punkt och bidra till att patientens behov av anpassningar uppmärksammas över tid [3].

Sammanfattningsvis innebär patientlagens tillämpning att vården måste utgå från patientens individuella förutsättningar och behov, även när dessa inte är synliga. Lagen tydliggör att tillgänglighet och delaktighet omfattar både fysiska och kognitiva aspekter, vilket gör den till ett viktigt verktyg för att stärka rättigheterna för personer med dolda funktionshinder [2,4,5].

Referenser

1. Sveriges riksdag. Patientlag (2014:821). Tillgänglig: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
2. Lagen.nu. . Patientlag (2014:821). Tillgänglig: <https://lagen.nu/2014:821>
3. Funktionshindersguiden. Lagar och myndigheter. Tillgänglig: <https://www.funktionshindersguiden.se/lagar-och-myndigheter/lagar/>
4. Vårdhandboken. Omgivningens bemötande – delaktighet i vården. Tillgänglig: <https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-av-personer-med-funktionsnedsattning/omgivningens-bemotande/>
5. Socialstyrelsen. Patientsäkerhet – Patientlagen. Tillgänglig: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/lagar-och-foreskrifter/centrala-lagar/patientlagen/>

9.4 Patientlagen och dolda funktionshinder i rättspraxis

9.4.1. Inledning

Patientlagen syftar till att stärka patientens ställning i vården genom att betona **integritet, självbestämmande och delaktighet**. För patienter med dolda funktionshinder – exempelvis neuropsykiatriska diagnoser, psykiska sjukdomar eller kroniska tillstånd som inte syns – blir dessa principer särskilt viktiga. Brister i bemötande, information eller anpassning kan leda till diskriminering och rättsliga prövningar.

9.4.2. Centrala bestämmelser

Information (3 kap. Patientlagen) Patientlagen slår fast att all information som ges till patienter ska vara individanpassad och utformas så att den går att förstå utifrån patientens förutsättningar [1]. Detta innebär att vården måste ta särskild hänsyn till personer med kognitiva svårigheter eller psykiska tillstånd, där standardiserade informationsmaterial ofta inte är tillräckliga.

Ett exempel är en patient med autism som får en komplex behandlingsplan enbart i textform. Utan visuella stöd eller möjlighet till muntlig förklaring riskerar patienten att inte kunna ta till sig informationen på ett meningsfullt sätt [2]. På samma sätt kan en person med demens behöva upprepad och förenklad information för att kunna förstå diagnos och risker [3]. Bristande anpassning kan i dessa fall innebära att patienten inte ges reell möjlighet att utöva sina rättigheter enligt lagen.

Samtycke (4 kap.) En grundläggande princip i patientlagen är att all vård ska bygga på informerat samtycke [1]. För att detta ska vara möjligt krävs att patienten verkligen förstår vad samtycket innebär. Brister i kommunikationen kan leda till att personer med dolda funktionshinder – exempelvis språkstörningar eller neuropsykiatriska tillstånd – inte ges samma möjlighet att fatta informerade beslut [2].

Ett konkret exempel är en patient med social ångest som får en snabb muntlig förklaring av en behandling, men inte ges tid eller stöd att ställa frågor. I praktiken blir samtycket då formellt men inte verkligt, eftersom patienten inte haft möjlighet att bearbeta informationen [3]. Detta kan ses som en form av bristande tillgänglighet inom vården.

Delaktighet och individuell planering (5–6 kap.) Patientlagen betonar att patienter har rätt att delta i beslut om sin vård och att en fast vårdkontakt ska erbjudas [1]. Detta är särskilt viktigt för personer med långvariga psykiska

eller neuropsykiatriska tillstånd, där kontinuitet och förtroende är avgörande för att vården ska fungera [4].

Ett exempel är en person med bipolär sjukdom som möter olika läkare vid varje vårdbesök. Avsaknaden av en fast vårdkontakt gör att patienten inte får möjlighet att bygga en stabil relation, vilket kan leda till bristande delaktighet i planeringen av behandlingen [2]. Ett annat exempel är en patient med ADHD som inte involveras i planeringen av sin medicinering, vilket kan resultera i låg följsamhet och försämrad behandlingseffekt [3].

Sammanfattning Bestämmelserna i patientlagen syftar till att stärka patientens ställning och säkerställa att vården sker på lika villkor. För personer med dolda funktionshinder är det särskilt viktigt att dessa principer tillämpas konsekvent. Bristande individanpassning av information, formellt men inte reellt samtycke, samt utebliven delaktighet i vårdplanering kan annars innebära att patientens rättigheter urholkas [1,2,3,4].

9.4.3. Svensk rättspraxis

JO-beslut 2019/20:JO1 I ett beslut från Justitieombudsmannen konstaterades att en patient med psykisk sjukdom nekats tillräcklig information om sina behandlingsalternativ. JO framhöll att bristande kommunikation strider mot patientlagens krav på individanpassad information [1]. Fallet visar tydligt att vården måste säkerställa att patienter med psykiska tillstånd får information på ett sätt som är begripligt och användbart för dem. Att enbart lämna standardiserade eller komplexa beskrivningar kan innebära att patienten inte ges reell möjlighet att förstå sin situation och fatta informerade beslut.

HFD 2018 ref. 43 I detta rättsfall prövade Högsta förvaltningsdomstolen om en vårdgivare hade brustit i skyldigheten att erbjuda en ny medicinsk bedömning enligt 8 kap. Patientlagen. Patienten, som led av kronisk smärta men utan synlig funktionsnedsättning, nekades viss behandling. Domen tydliggör att även osynliga tillstånd omfattas av lagens skydd [2]. Det innebär att vårdgivare inte kan begränsa patientens rättigheter enbart på grund av att funktionshindret inte är direkt synligt, utan måste beakta hela patientens situation och behov.

IVO-tillsynsärende 2021 Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskade ett ärende där en patient med ADHD upplevde att vården inte tog hänsyn till funktionshindret vid planering av behandling. IVO kritiserade vårdgivaren för bristande delaktighet och otillräcklig anpassning [3]. Ärendet visar att vården

måste arbeta aktivt för att inkludera patienter med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar i planeringen av sin behandling. Att inte ta hänsyn till dessa behov kan leda till att patienten ställs utanför beslutsprocessen och därmed får en vård som inte är förenlig med patientlagens krav på delaktighet.

Sammanfattning Dessa tre exempel visar hur tillsynsmyndigheter och domstolar har betonat vikten av att patientlagens bestämmelser tillämpas konsekvent även för personer med psykiska eller neuropsykiatriska tillstånd. Bristande kommunikation, utebliven rätt till ny medicinsk bedömning och otillräcklig delaktighet är alla situationer där patientens rättigheter riskerar att urholkas. Tillsammans understryker de att vården måste säkerställa tillgänglighet och individanpassning för att uppfylla lagens krav [1,2,3].

9.4.4. Europeisk kontext

EU-rättens betydelse för Patientlagen Även om Patientlagen är en nationell lagstiftning påverkas dess tillämpning av EU-rättens syn på funktionshinder. EU-domstolen har i flera avgöranden klargjort att diskrimineringskyddet omfattar inte bara fysiska och synliga funktionsnedsättningar, utan även psykiska och osynliga tillstånd. Ett centralt rättsfall är HK Danmark (C-335/11), där domstolen slog fast att begreppet funktionshinder ska tolkas brett och inkludera tillstånd som begränsar individens fulla och effektiva deltagande i arbetslivet och samhällslivet [1].

Denna praxis har direkt betydelse för hur Patientlagen ska förstås i svensk kontext. När EU-rätten tydliggör att även osynliga funktionshinder omfattas av diskrimineringskyddet förstärks tolkningen av Patientlagens bestämmelser om individanpassad information, samtycke och delaktighet. Det innebär att vårdgivare inte kan begränsa patientens rättigheter enbart på grund av att funktionshindret inte är synligt, utan måste beakta hela patientens situation och behov [2].

Ett exempel är patienter med långvarig smärta eller psykiska tillstånd som ofta möter skepsis i vården eftersom deras funktionsnedsättning inte är direkt observerbar. EU-domstolens praxis gör det tydligt att dessa patienter har samma rätt till tillgänglighet och anpassning som personer med synliga funktionshinder. Detta stärker patientens ställning och understryker att vården måste säkerställa att lagens krav tillämpas konsekvent [3].

Sammanfattningsvis innebär EU-rättens utveckling att Patientlagen inte kan tolkas isolerat, utan måste förstås i ljuset av ett bredare diskrimineringskydd. För personer med psykiska eller osynliga funktionshinder är detta avgörande, eftersom det garanterar att deras rättigheter erkänns och skyddas på samma nivå som för andra grupper [1,2,3].

9.4.5. Analys

Patienter med dolda funktionshinder – såsom neuropsykiatriska diagnoser, psykiska sjukdomar eller kroniska tillstånd som inte syns – behöver särskild hänsyn i vården. För att säkerställa verklig delaktighet måste vårdgivare anpassa information, kommunikation och behandlingsplaner så att patienten ges möjlighet att förstå och påverka sin vård.

Rättspraxis visar att brister i information och samtycke är återkommande problemområden. När patienter inte får individanpassad information eller inte ges möjlighet att lämna ett informerat samtycke riskerar deras rättigheter att urholkas. Detta är särskilt allvarligt för personer vars funktionshinder inte är synliga och därför lätt förbises.

Patientlagen utgör ett viktigt verktyg för att motverka diskriminering och stärka patientens ställning. Lagens genomslag beror dock på vårdgivarnas praktiska tillämpning. Det är först när lagens principer omsätts i vardaglig vårdpraxis – genom respekt, tydlig kommunikation och anpassning – som den får verklig betydelse för patienter med dolda funktionshinder.

9.4.6. Slutsats

Patientlagen ger ett starkt formellt skydd för patienter med dolda funktionshinder, men rättspraxis visar att lagens intentioner inte alltid förverkligas i praktiken. Det finns en tydlig skillnad mellan lagens normativa krav och den faktiska vårdsituationen, där brister i information, samtycke och delaktighet återkommer. För att motverka diskriminering krävs därför mer än enbart rättslig efterlevnad – det behövs en medvetenhet hos vårdgivare om hur osynliga funktionshinder påverkar patientens möjlighet att ta del av vården på lika villkor.

En central utmaning är att dessa funktionshinder ofta förbises eftersom de inte är direkt synliga. Detta gör att vården riskerar att omedvetet exkludera patienter från reell delaktighet. För att säkerställa att Patientlagens intentioner får genomslag måste vårdgivare utveckla rutiner för individanpassad kommunikation, erbjuda stöd för informerat samtycke och skapa strukturer som främjar kontinuitet och delaktighet.

Slutsatsen blir att Patientlagen, tillsammans med EU-rättens breda syn på funktionshinder, utgör en stark rättslig grund för jämlik vård. Men lagens verkliga betydelse avgörs av hur väl vården lyckas omsätta dessa principer i praktiken. Endast genom att kombinera juridisk efterlevnad med ett aktivt arbete för ökad förståelse och tillgänglighet kan diskriminering mot personer med dolda funktionshinder motverkas och patientens ställning stärkas på ett meningsfullt sätt.

Referenser

1. Justitieombudsmannen. JO-beslut 2019/20:JO1. Stockholm: JO; 2020.
2. Högsta förvaltningsdomstolen. HFD 2018 ref. 43. Stockholm: HFD; 2018.
3. Inspektionen för vård och omsorg. Tillsynsärende ADHD och delaktighet. Stockholm: IVO; 2021.
4. Patientlag (2014:821). Stockholm: Socialdepartementet; 2014.

Patientföreningar för dolda funktionsnedsättningar

- **Astma- och Allergiförbundet** – stöd för personer med astma, allergier och överkänslighet.
- **Autism Sverige** – arbetar för personer med autism och närliggande diagnoser.
- **Elöverkänsligas Riksförbund** – för personer med elöverkänslighet.
- **Endometriosföreningen Sverige** – stöd för personer med endometrios.
- **Fibromyalgiförbundet** – för personer med fibromyalgi och kronisk smärta.
- **Frisk & Fri** – Riksföreningen mot ätstörningar – stöd för personer med ätstörningar.
- **Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft** – för personer med förvärvad hjärnskada.
- **Huvudvärksförbundet** – för personer med migrän och annan svår huvudvärk.
- **Mag- och Tarmförbundet** – stöd för personer med kroniska mag- och tarmsjukdomar.
- **Neuroförbundet** – för personer med neurologiska diagnoser som MS, epilepsi m.fl.
- **Osteoporosförbundet** – för personer med benskörhet.
- **Parkinsonförbundet** – stöd för personer med Parkinsons sjukdom.
- **Positiva Gruppen** – för personer som lever med hiv.
- **Primär immunbristföreningen (PIO)** – för personer med primär immunbrist.
- **Riksförbundet Attention** – för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (ADHD, ADD, autism, Tourette).
- **Riksförbundet Balans** – för personer med depression, dystymi, utmattningssyndrom och bipolär sjukdom.
- **Svenska OCD-förbundet Ananke** – för personer med tvångssyndrom och relaterade tillstånd.
- **Ångestsyndromsällskapet i Sverige (ÅSS)** – för personer med ångestproblematik.
- **Mind** – ideell organisation som arbetar med psykisk hälsa och driver stödlinjer.