

# Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Lägesrapport 2025

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se).

Artikelnummer: 2025-4-9527

Publicerad: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), april 2025

## Förord

I den här årliga lägesrapporten redogör Socialstyrelsen för tillståndet och utvecklingen inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. Målet är att rapporten ska vara ett relevant underlag för beslutsfattare. Den primära målgruppen är regering och riksdag, men rapporten kan även vara av intresse för andra aktörer som till exempel politiker och tjänstemän inom kommuner och regioner.

Rapporten har skrivits av Karin Flyckt, Gudrun Bergman-Jonasdottir, Hans Schwarz, Charlotte Fagerstedt och Linn Mattisson har bidragit med analysunderlag. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

Björn Eriksson

Generaldirektör

# Innehåll

<b>Förord .....</b>	<b>3</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>7</b>
Minskningen av stöd inom LSS har avstannat men utmaningar kvarstår	7
Behov av mer fokus på kvalitet inom SoL.....	9
Många är nöjda, men inte alla .....	9
Personalens kompetens varierar .....	9
Arbete kvarstår för en jämlik hälso- och sjukvård.....	10
...och en jämlik munhälsa .....	11
Varierande tillgång till stöd vid psykisk ohälsa.....	11
Brister i krisberedskap förstärker utsattheten .....	12
Fortsatt svår ekonomisk situation .....	12
<b>Inledning .....</b>	<b>14</b>
Rapportens syfte och upplägg .....	14
Beskrivning av insatser och stöd till målgruppen .....	16
<b>Utveckling över tid – individuella stöd enligt LSS och SoL .....</b>	<b>21</b>
Sammanfattande iakttagelser.....	21
Minskningen inom LSS har avstannat.....	21
Boendestöd enligt SoL fortsätter att öka .....	29
<b>Tillgång till stöd enligt LSS och SoL .....</b>	<b>32</b>
Sammanfattande iakttagelser.....	32
Begränsningar i lokala riktlinjer har ökat över tid .....	32
Äldre med LSS får även SoL-insatser.....	34
LSS-insatser vanligare i utsatta områden.....	36
<b>Kostnadsutveckling .....</b>	<b>38</b>
Sammanfattande iakttagelser.....	38
Kommunernas kostnader ökar .....	39
Regionernas kostnader för området ökar.....	44
<b>Handläggning och myndighetsutövning.....</b>	<b>46</b>
Sammanfattande iakttagelser.....	46
Viss ökning av uppsökande verksamhet inom socialpsykiatri.....	46
Markant ökad användning av ICF .....	47
Utredningstiderna minskar över tid.....	47
Verkställighet är fortfarande en utmaning .....	48

Samverkansöverenskommelser ökar men inte tillräckligt .....	51
<b>Digitalisering och välfärdsteknik .....</b>	<b>53</b>
Sammanfattande iakttagelser .....	53
Minskningen inom välfärdsteknik har avstannat .....	53
Välfärdsteknik kan främja delaktighet .....	56
<b>Kunskap och kompetens.....</b>	<b>59</b>
Sammanfattande iakttagelser .....	59
Relativt hög kompetens hos personal i LSS-verksamheter .....	59
...men lokala skillnader finns .....	61
<b>Självbestämmande, delaktighet och kvalitet .....</b>	<b>64</b>
Sammanfattande iakttagelser .....	64
Många upplever högt självbestämmande .....	64
Antalet genomförandeplaner ökar .....	65
Få förändringar i tillgodosedda hjälpbehov över tid .....	68
<b>Trygghet och säker socialtjänst.....</b>	<b>70</b>
Sammanfattande iakttagelser .....	70
Lägre trygghet bland kvinnor .....	70
Våldsutsatthet kan vara en orsak till otrygghet .....	73
Relativt få oseriösa aktörer inom LSS.....	75
<b>Krisberedskap.....</b>	<b>76</b>
Sammanfattande iakttagelser .....	76
Färre kommuner har evakueringsplaner .....	76
Fortsatt hög förekomst av beredskapsplaner för höga temperaturer ...	78
Fortfarande låg förekomst av kontinuitetsplaner .....	79
Var tredje kommun ställer krav på krisberedskap vid upphandling .....	80
Brister i krisberedskap förstärker utsattheten .....	81
<b>Hälso- och sjukvård på lika villkor.....</b>	<b>83</b>
Sammanfattande iakttagelser .....	83
FN lyfter vikten av jämlik vård för personer med funktionsnedsättning.	84
Ovanligare med PCI vid akut hjärtinfarkt .....	84
Högre förekomst av obesitas .....	86
Vanligt med demens inom LSS.....	90
Vanligt med riskfylld läkemedelsanvändning .....	92
Förbättringsarbete behöver fokusera på mer än individen .....	94
<b>Tandvård på lika villkor .....</b>	<b>98</b>

Sammanfattande iakttagelser.....	98
Tandvårdsbesöken minskar i takt med ökad ålder.....	99
Munhälsan är sämre än i övriga befolkningen.....	101
Viktigt att ge stöd för god tandhälsa .....	102
<b>Stöd och insatser vid psykisk ohälsa .....</b>	<b>104</b>
Sammanfattande iakttagelser.....	104
De flesta habiliteringsverksamheter uppmärksammar psykisk ohälsa	105
Skillnader i vilka grupper psykiatrin erbjuder insatser .....	106
Tillgången till vård vid psykisk sjukdom behöver förbättras.....	109
Allt fler kommuner erbjuder personligt ombud.....	111
<b>Ekonomiska villkor för enskilda .....</b>	<b>114</b>
Sammanfattande iakttagelser.....	114
Högre ekonomisk utsatthet.....	115
Skillnader i vad som ingår i maxtaxan .....	115
Långvarigt ekonomiskt bistånd blir allt vanligare.....	118
Flera orsaker till ekonomisk utsatthet .....	121
<b>En funktionshinderpolitisk diskussion .....</b>	<b>123</b>
Individuella stöd – ett viktigt komplement.....	123
Arbete kvarstår även inom tandvård .....	128
Allvarligt att krisberedskapen är fortsatt låg .....	128
Tuffare ekonomisk situation.....	129
<b>Referenser.....</b>	<b>131</b>
<b>Bilaga 1. Kompletterande underlag till kapitel om kostnader</b>	<b>134</b>
<b>Bilaga 2: Definitioner av kommungrupper enligt SKR:s definition</b>	<b>138</b>
<b>2023.....</b>	<b>138</b>
<b>Bilaga 3. Metodbeskrivning för analyser av jämlik vård .....</b>	<b>139</b>
Hjärtinfarkt och PCI.....	139
Obesitas .....	139
Demens.....	140
Insatser efter 64 år bland personer med LSS-insats.....	140

# Sammanfattning

## Minskningen av stöd inom LSS har avstannat men utmaningar kvarstår

I årets lägesrapport har Socialstyrelsen fortsatt att analysera tillgången till insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS samt enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att flera aspekter indikerar en bekymmersam utveckling, som vi befarar kan inverka negativt på personernas livskvalitet och hälsa. Den slutsatsen är till viss del reviderad, men flera utmaningar återstår.

Den fleråriga minskningen av beslut om LSS-insatser har avstannat. Mellan 2022 och 2023 ses i stället en ökning, från 74 till 75 personer per 10 000 invånare. Det är dock för tidigt att avgöra om detta är trendbrott eller en tillfällig ökning. Daglig verksamhet står dock för i princip hela ökningen inom LSS och utvecklingen är inte helt enkel att tolka. Vi har tidigare konstaterat att en hög andel av de nya besluten rör yngre personer, men förklaringarna är troligen flera. För personer som har nedsatt arbetsförmåga innebär daglig verksamhet möjlighet till meningsfull sysselsättning. För personer med viss arbetsförmåga så kan daglig verksamhet snarare verka kontraproduktivt. Ökningarna inom daglig verksamhet sker parallellt med att personer med lönebidrag har minskat från år till år. Socialstyrelsen kan därför inte utesluta att en viss del av ökningarna inom daglig verksamhet förklaras av indragningar inom andra sektorer, exempelvis lönebidrag. Det kan både handla ett ökat inflöde till daglig verksamhet och ett mindre utflöde, det vill säga övergång till arbete eller studier. Ökningen inom daglig verksamhet kan också handla om ökade behov. Allt fler personer få diagnosen autism och det är troligt att åtminstone vissa av dessa har behov av daglig verksamhet.

Socialstyrelsen kommer att fortsätta analysera utvecklingen inom daglig verksamhet. Vi kommer även att föra dialoger med andra berörda aktörer, inom och utanför vår sektor. Dialogerna syftar till att utröna om vi som sektorsansvarig myndighet behöver agera ytterligare för att öka förutsättningarna för att personer med funktionsnedsättning som har arbetsförmåga inte förblir inom daglig verksamhet, utan får möjlighet att pröva lönearbete på den reguljära arbetsmarknaden.

Att övriga insatser enligt LSS inte längre ökar behöver inte vara ett problem, eftersom det kan bero på att behoven har slutat öka. Socialstyrelsens granskning av lokala riktlinjer samt dialoger med verksamheter och

intresseorganisationer pekar dock på att tillgången till stöd, framför allt enligt LSS, fortfarande är en utmaning.

Årets analyser visar även att

- tillgången till stöd i socioekonomiskt utsatta områden är högre än i andra områden.
- insatser enligt LSS fortsätter att minska i den yngsta åldersgruppen. Att barn med funktionsnedsättning och deras familjer får ett stöd i vardagen som möter deras individuella behov är viktigt. Det handlar dels om barnens rätt till utveckling och möjlighet till delaktighet i samhället, men det handlar också om att föräldrar ska få det stöd de behöver för att kunna fungera i sin föräldraroll.
- insatser som syftar direkt eller indirekt till att bryta isolering fortsätter att minska, till exempel kontaktperson och ledsagarservice. Minskad tillgång till stöd innebär med andra ord ökad risk för isolering och ofrivillig ensamhet.

Även insatser enligt SoL ökar. Ökningen förklaras framför allt av ökning av insatsen boendestöd. År 2023 var antalet personer med insatsen cirka 38 per 10 000 invånare. Insatsen ges ofta till personer med psykisk funktionsnedsättning, men analyser visar att personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism också får insatsen. Det är troligt att de två senare grupperna förklarar en stor del av ökningen.

Utvecklingen av antalet insatser speglas till viss del även i kostnadsutvecklingen. År 2023 uppgick kommunernas totala kostnader för stöd till personer med funktionsnedsättning till 88,7 miljarder kronor. Den del av kostnaderna som rör insatser enligt SoL var relativt oförändrad mellan 2020 och 2021. Den tidigare kostnadsökningen för stöd enligt LSS har i sin tur mattats av och det är framför allt kostnader för boende för vuxna som ökar. Funktionsnedsättningsområdets andel av socialtjänstens kostnader nästan oförändrad, vilket indikerar en likartad kostnadsutveckling som inom socialtjänstens övriga verksamhetsområden.

Sammantaget konstaterar Socialstyrelsen att kommunerna tillgodoser en stor del av behoven hos många personer med funktionsnedsättning. Myndigheten bedömer dock även i år att det finns behov som inte tillgodoses. Socialstyrelsens slutsats kvarstår om att svårigheterna att beviljas insatser riskerar att väsentligt försämra enskildas möjligheter till delaktighet och goda levnadsvillkor.



## Behov av mer fokus på kvalitet inom SoL

Analysen i årets lägesrapport visar att personer med insatser enligt SoL i många fall är mer utsatta än personer med insatser enligt LSS. Den ekonomiska utsattheten är högre – 21 procent har ekonomiskt bistånd någon under året och 13 procent har ett långvarigt bistånd. Tillgången till vård och tandvård är i många fall sämre än för personer med LSS-insatser och för övrig befolkning. I gruppen ingår framför allt personer med psykisk funktionsnedsättning. Många personer med insatser enligt LSS får även insatser enligt SoL, till exempel boendestöd. Att dessa insatser håller lika hög kvalitet som inom LSS är viktigt, det gäller bland annat tillgången till stöd men även att insatser baseras på bästa tillgängliga kunskap. Personer med funktionsnedsättning är en av flera grupper som berörs av omställningen till ny socialtjänstlag. Resultaten i denna lägesrapport understryker vikten av att detta perspektiv fortsätter att integreras i det arbetet.

## Många är nöjda, men inte alla

De flesta personer med funktionsnedsättning är nöjda med stödet från socialtjänsten, men inte alla. Det finns tydliga skillnader mellan olika boendeformer och personer i boende enligt SoL gör genomgående något lägre skattningar än personer i boende för vuxna enligt LSS.

Även om många brukare upplever att de kan utöva sitt självbestämmande, får den hjälp de behöver och känner sig trygga, så gäller inte det alla. En väsentlig andel brukare uppger att de inte får bestämma över sådant som är viktigt för dem. Inflytande och självbestämmande är viktiga förutsättningar för att stödet till personerna ska uppfylla sitt syfte. Det är därför angeläget att verksamheternas arbete för att stärka detta fortsätter.

Socialstyrelsen och IVO tidigare konstaterat att personalen inom verksamheter enligt LSS behöver mer kunskap om hur de förebygger och hanterar utmanande beteenden. Den slutsatsen kvarstår. Hög grad av självbestämmande och förekomsten av begränsningsåtgärder är två ytterligheter. De senaste årens kartläggningar och tillsynsresultat visar sammantaget att båda ytterligheterna förekommer, om än inte i samma verksamheter.

## Personalens kompetens varierar

Allt fler kommuner och verksamheter har kompetensutvecklingsplaner för medarbetare inom funktionshinderområdet. Allt fler erbjuder dessutom fortbildning inom alternativ, kompletterande kommunikation (AKK).

Myndighetens öppna jämförelser visar att majoriteten av personalen i LSS-boenden för vuxna och daglig verksamhet enligt LSS har den utbildning som rekommenderas, till exempel undersköterska. Det är en relativt hög andel. Samtidigt finns det stora skillnader mellan verksamheter och i vissa saknar majoriteten de rekommenderade utbildningarna. Skillnaderna är störst inom daglig verksamhet: i 12 procent av verksamheterna har ingen bland den tillsvidareanställda personalen adekvat grundutbildning på gymnasienivå. För att ge ett gott stöd till personer med funktionsnedsättning behövs dessutom ytterligare kompetens, utöver grundutbildning. Det handlar till exempel om tydliggörande pedagogik, lågaffektivt bemötande och kommunikationssätt. Kontinuerlig fortbildning är därför en förutsättning för att stödet ska vara av god kvalitet.

## Arbete kvarstår för en jämlik hälso- och sjukvård

Analyserna i årets rapport visar en nyanserad bild av tillgången till vård för personer med funktionsnedsättning. Resultaten tyder på att vissa hälso- och sjukvårdsområden har kommit längre när det gäller att erbjuda hälso- och sjukvård på lika villkor. Två sådana exempel är vård vid obesitas samt vid demens, där en hög prevalens åtföljs av en relativt hög tillgång till behandlingar. I andra fall återstår en hel del att göra. Det handlar till exempel om vården vid akut hjärtinfarkt, där tillgången till PCI är lägre bland personer med funktionsnedsättning än bland övriga hjärtinfarktpatienter.

Det är också vanligt med riskfylld läkemedelsanvändning inom LSS. I åldersgruppen 40 år eller äldre hade 10–34 procent tio eller fler läkemedel, så kallad polyfarmaci. Det är också vanligt att antipsykotika förskrivs för andra ändamål än psykos och bipolaritet, till exempel beteendesymtom som utagerande beteende. Likaså är behandlingstider längre än de rekommenderade vanligt förekommande. Allt detta ställer sammantaget höga krav på kvalitet, både när det gäller förskrivning och uppföljning.

Dagens sjukvårdssystem, policyer och lagar exkluderar förvisso inte personer med funktionsnedsättning, men de särskilda anpassningar som många gånger behövs görs inte alltid. Det handlar till exempel om digital tillgänglighet, fysiska anpassningar och alternativa kommunikationsmetoder. Socialstyrelsen kan också konstatera att medvetenheten och kunskapen om funktionsnedsättningar och deras konsekvenser behöver öka inom hälso- och sjukvården. För att vården ska bli mer jämlik för personer med funktionsnedsättning behövs åtgärder fokusera på mer än bara individerna. Några exempel är fortbildning av läkare samt ökade förutsättningar för personer med funktionsnedsättning att använda digitala tjänster.

## ...och en jämlik munhälsa

Även munhälsan är ojämlik. Socialstyrelsens analyser visar att personer med funktionsnedsättning med stöd från socialtjänsten fortfarande besöker tandvården mer sällan än den övriga befolkningen, trots en sämre munhälsa. Det gäller framför allt personer med insatser enligt SoL och som har en psykisk funktionsnedsättning.

Personer med insatser enligt LSS besöker i sin tur tandvården i högre utsträckning än befolkningen i övrigt, oavsett åtgärd. Detta förändras dock över tid, och besöken minskar i takt med stigande ålder. I den här gruppen ingår framför allt personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism.

Munhälsan försämras med stigande ålder, både hos personer med insatser enligt SoL och LSS. De subventionerade avgiftssystemen som finns för vissa personer med funktionsnedsättning underlättar till viss del. Det handlar till exempel om att få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. De befintliga tandvårdsstöden anses dock administrativt svåra att få till och bedöms inte utfärdas för målgruppen i den utsträckningen som de borde.

Resultaten kan också tyda på att det subventionerade avgiftssystemet inte är tillräckligt, men det kan också handla om andra faktorer såsom:

- Tandvårdens rutiner och arbetssätt är inte anpassade till målgruppen. Kallelser och bokningar förmedlas på sedvanligt sätt och det kan svårt att vara proaktiv i omhändertagandet då information saknas om patienternas funktionsnedsättning inför besöket.
- Bristande bemötande och kommunikation som gör att patienterna inte kan ta till sig information på samma villkor som övriga tandvårdsbesökare.
- Bristande samverkan mellan tandvårdspersonal och personal som ger stöd till personer med LSS, personer med insatser enligt SoL och inom socialpsykiatri.

## Varierande tillgång till stöd vid psykisk ohälsa

Stödet som personer med funktionsnedsättning får vid samtidig psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom skiljer sig från övriga befolkningen. Långt ifrån alla verksamheter inom psykiatri erbjuder insatser till personer med funktionsnedsättning. Andelen är högst när det gäller insatser till personer med intellektuell funktionsnedsättning, cirka 90 procent. Andelen som erbjuder insatser till personer med andra funktionsnedsättningar är väsentligt lägre. Till exempel erbjuder endast var tredje verksamhet inom psykiatri insatser till personer med hörsel- eller synnedsättning.

Alternativa kommunikationssätt är många gånger centralt för att säkra delaktighet hos personer med funktionsnedsättning. Endast 40 procent av verksamheterna inom psykiatrin uppger att de använder alternativa kommunikationssätt.

Konsekvensen av att psykiatrin inte alltid erbjuder insatser till personer med funktionsnedsättning blir att de behöver få stöd från habiliteringen eller från primärvården. Kunskapen om psykiatrisk sjukdom är dock lägre inom habiliteringen och dessutom har inte alla vuxna personer med funktionsnedsättning tillgång till vuxenhabiliteringens insatser. Kunskapen om funktionsnedsättningar och deras konsekvenser är i sin tur bristfällig inom primärvården.

## Brister i krisberedskap förstärker utsattheten

Krisberedskapen är till stor del fortfarande låg i verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. Andelen kommuner som har evakueringsplaner i kommunala boenden för personer med funktionsnedsättning fortsätter att minska. År 2024 varierade andelen mellan 30–40 procent, beroende på boendetyper. Även andelen boenden med kontinuitetsplaner är låg, 20 procent. Ett undantag är förekomsten av boenden med beredskapsplaner för höga temperaturer, där andelen ligger på samma höga nivå som tidigare (80 procent).

Frågor om krisberedskap och beredskapsplanering har hög aktualitet i Sverige. Den minskande krisberedskapen inom funktionshinderområdet blir därför extra påtaglig. Omkring 100 000 personer med funktionsnedsättning har insatser enligt LSS eller SoL, varav cirka 40 000 bor i olika boendeformer. Att säkra tryggheten för dessa personer i händelse av allvarlig kris försvåras väsentligt av bristande krisberedskap och frånvaron av (eller ofullständiga) beredskapsplaner.

Evakueringsbehov kan även uppstå i ordinära boenden. Det senare gäller till exempel personer med hemtjänst enligt SoL eller personlig assistans enligt LSS. Socialstyrelsen ser därför allvarligt på att många kommuner fortfarande saknar evakueringsplaner för dessa grupper.

## Fortsatt svår ekonomisk situation

Den ekonomiska situationen är fortfarande bekymmersam för personer med funktionsnedsättning. Förekomsten av långvarigt ekonomiskt bistånd är högre bland såväl personer med insatser enligt LSS som SoL jämfört med den övriga befolkningen, 2,4 respektive och 13 procent jämfört med mindre än 1 procent i den totala befolkningen. Socialstyrelsens analyser visar

dessutom att förekomsten av långvarigt ekonomiskt bistånd har ökat bland personer med insatser enligt SoL.

Socialtjänstens ekonomiska bistånd är välfärdssystemens yttersta skyddsnät och har i första hand till uppgift att träda in tillfälligtvis vid försörjningsproblem som inte kan tillgodoses på annat sätt. Det är i grunden bra att personer med funktionsnedsättning vid behov också kan ta del av ekonomiskt bistånd. Det tyder på att välfärdssystemet fungerar. Ett långvarigt ekonomiskt bistånd är däremot problematiskt ur flera aspekter. Det huvudsakliga syftet med ekonomiskt bistånd är att vara ett tillfälligt stöd, inte ett långsiktigt. Nivån på ekonomiskt bistånd är dessutom så pass låg att ett långvarigt ekonomiskt bistånd innebär att personerna i fråga befinner sig i relativ fattigdom.

Olika subventioner bidrar till att hålla den enskildes kostnader nere, men Socialstyrelsens analyser visar att för delar av gruppen blir den ekonomiska situationen ändå ohållbar och de blir nödgade att uppbära långvarigt ekonomiskt bistånd. Den ekonomiska situationen för gruppen ska även ses i ljuset av den pågående inflationen och att priser och avgifter generellt har ökat.

# Inledning

## Rapportens syfte och upplägg

I den här årliga lägesrapporten redogör Socialstyrelsen för tillståndet och utvecklingen inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. Målet är att rapporten ska vara ett relevant underlag för beslutsfattare. Den primära målgruppen är regering och riksdag, men rapporten kan även vara av intresse för andra aktörer som till exempel politiker och tjänstemän inom kommuner och regioner.

Rapporten innefattar insatser till personer med funktionsnedsättning enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Rapporten omfattar även insatser till personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL. I denna rapport avgränsas insatserna enligt SoL till personer som är 0–64 år. Undantaget är vissa analyser av stödinsatser till personer med tidigt förvärvade funktionsnedsättning efter 65 års ålder. Även viss hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ingår.

I rapporten ingår olika områden som kompetensutveckling, självbestämmande utveckling av insatser över tid samt kostnadsutveckling. Även fördjupningar kring vissa målgrupper, livsområden och insatser ingår. Dessa fördjupningar varierar från år till år. I årets lägesrapport uppmärksammas särskilt tillgången till stöd enligt LSS och SoL, jämlik vård, tandvård och ekonomiska villkor.

I rapporten belyser Socialstyrelsen genomgående vissa perspektiv, som exempelvis barnperspektivet samt skillnader mellan flickor och pojkar och mellan kvinnor och män.

## Datakällor och underlag

Rapporten fokuserar på väsentliga förändringar och är därför inte heltäckande för området. Den redogör för tillståndet och utvecklingen på nationell nivå och bara till viss del för regionala skillnader. Alla områden lyfts inte heller varje år, utan med viss periodicitet. Inrapportering till nationella register och publicering av officiell statistik sker med viss fördröjning, varför statistiken i denna rapport avser 2023, eller senast tillgängliga år. Innehållet i rapporten utgår till stor del från befintligt material som har vägts samman i övergripande analyser. Dessa analyser och slutsatser bygger på

- aktuella utredningar och rapporter med relevans för utvecklingen inom funktionshinderområdet, både från Socialstyrelsen och andra aktörer

- Socialstyrelsens register över insatser enligt SoL till äldre och personer med funktionsnedsättning
- Socialstyrelsens öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning.
- Socialstyrelsens register över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.
- statistik från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Kolada (kommun- och regiondatabasen).

Socialstyrelsen gör även vissa analyser specifikt för denna lägesrapport. De specifika analyserna i årets rapport har framför allt handlat om jämlik vård, ekonomiska villkor och tandvård. De bygger på data från följande register: LSS-registret, SoL-registret, patientregistret, dödsorsaksregistret, tandvårdsregistret samt registret över ekonomiskt bistånd.

## Rapporten bidrar till arbetet med Agenda 2030 och funktionshinderskonventionen

Socialstyrelsens ambition är att de globala målen och Agenda 2030 ska genomsyra denna lägesrapport. Innehållet i rapporten har bäring framför allt på följande mål:

- Mål 5: Att uppnå jämställdhet, och alla kvinnors och flickors egenmakt.
- Mål 10.2: Möjliggöra och verka för att alla människor, oavsett ålder, kön, funktionsnedsättning, ras, etnicitet, ursprung, religion eller ekonomisk eller annan ställning, blir inkluderade i det sociala, ekonomiska och politiska livet.

Rapporten bidrar även till ökad kunskap om genomförandet av konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, genom att sätta resultaten i relation till relevanta artiklar i konventionen.

## Definitioner

Denna rapport handlar om insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Med funktionsnedsättning menar Socialstyrelsen en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Denna nedsättning kan uppstå till följd av sjukdom, annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara bestående eller av övergående natur. Begreppet funktionshinder används när myndigheten vill beskriva de begränsningar som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen, men också när myndigheten avser politikområdet.

I rapporten använder Socialstyrelsen även begreppen

- *psykisk funktionsnedsättning*: nedsättning av psykisk funktionsförmåga

- *socialpsykiatri* för att beskriva kommunens insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning
- *boende för vuxna enligt LSS* för att beskriva bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS
- *boende för barn enligt LSS* för att beskriva bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 LSS
- *boende enligt SoL* för att beskriva bostad med särskild service enligt 5 kap. 7 § SoL
- *personkrets 1, personkrets 2 och personkrets 3* för att beskriva de tre grupperna i personkretsen för LSS.

Alla personer med funktionsnedsättning har inte insatser. Vissa behöver inget stöd, tack vare hjälpmedel, läkemedel eller en tillgänglig omgivning. Andra har avstått från att ansöka om insatser av andra orsaker, medan vissa har ansökt men fått avslag.

De olika målgrupperna illustreras genom bild 1. Den är inte en proportionerlig bild av hur de olika grupperna förhåller sig till varandra, utan en illustration av den uppdelning som beskrivs ovan. Denna lägesrapport avser i huvudsak den minsta gruppen, personer med funktionsnedsättning som får stöd. Det går inte att avgöra med exakthet hur många personer som ingår i de olika grupperna. Men en grov uppskattning är att drygt en miljon invånare i åldern 0–64 år har en funktionsnedsättning, medan cirka 100 000 personer har stöd från socialtjänsten.

**Bild 1. Förekomst av funktionsnedsättning, behov av stöd samt beviljade insatser och stöd – schematisk bild.**



## Beskrivning av insatser och stöd till målgruppen

### Socialtjänstlagen

Kommunernas ansvar för vård och omsorg om personer med funktionsnedsättning regleras bland annat i SoL. Enligt 5 kap. 7 § SoL ska socialnämnden verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra



skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialnämnden ska enligt samma paragraf medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd. Vidare ska kommunen inrätta bostäder med särskild service för dem som behöver sådan bostad (5 kap. 7 § tredje stycket SoL). Socialnämnden bör genom hemtjänst, dagverksamheter eller annan liknande social tjänst underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra (3 kap. 6 § SoL). Personer med funktionsnedsättning kan ansöka om insatser enligt SoL, och vissa av dem har dessutom rätt till insatser enligt LSS.<sup>1</sup>

## Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Verksamhet enligt LSS ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet för de personer som ingår i lagens personkrets. Målet ska vara att den enskilde får möjlighet att leva som andra (5 § LSS). För att ha rätt till insatser enligt LSS måste personen tillhöra någon av de tre grupperna i LSS personkrets som definieras i 1 § 1–3 LSS:

- Grupp 1: omfattar personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.
- Grupp 2: omfattar personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.
- Grupp 3: omfattar personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Lagen innehåller bestämmelser om tio olika insatser, med olika syften och innehåll. Insatserna ska vara varaktiga och samordnade. De ska anpassas till mottagarens individuella behov och utformas så att de är lätt tillgängliga för de personer som behöver dem och stärker deras förmåga att leva ett självständigt liv (7 § LSS). Nedan följer en mer detaljerad beskrivning av de tio insatserna.

**Rådgivning och annat personligt stöd enligt 9 § 1 LSS** syftar till att tillförsäkra människor med stora funktionsnedsättningar och deras närstående tillgång till kvalificerat expertstöd från till exempel kurator, psykolog, sjukgymnast eller logoped.<sup>2</sup> I denna rapport benämns insatsen som ”råd och stöd enligt LSS”.

---

<sup>1</sup> Jfr 1 och 7 §§ LSS.

<sup>2</sup> Proposition 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade s. 59f.

**Personlig assistans enligt 9 § 2 LSS** är ett personligt utformat stöd som ges av ett begränsat antal personer åt den som på grund av stora och varaktiga funktionsnedsättningar behöver hjälp med 1) andning, 2) personlig hygien, 3) måltider, 4) av- och påklädning, 5) kommunikation med andra, 6) stöd som den enskilde behöver på grund av en psykisk funktionsnedsättning för att förebygga att han eller hon fysiskt skadar sig själv, någon annan eller egendom, eller 7) stöd som den enskilde behöver löpande under större delen av dygnet på grund av ett medicinskt tillstånd som innebär att det finns fara för den enskildes liv eller att det annars finns en överhängande och allvarlig risk för hans eller hennes fysiska hälsa. (grundläggande behov) (9 a § LSS). Om personen behöver personlig assistans som i genomsnitt omfattar mer än 20 timmar i veckan för grundläggande behov kan han eller hon ha rätt till assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken.<sup>3</sup> I de fall personen ansöker om assistansersättning är det Försäkringskassan som utreder, beslutar och betalar ut ersättningen. Det stöd som tillhandahålls genom assistansersättning motsvarar det stöd som tillhandahålls genom personlig assistans enligt LSS.<sup>4</sup>

**Ledsagarservice enligt 9 § 3 LSS** syftar till att underlätta för personer med omfattande funktionsnedsättningar att komma ut och delta i samhällslivet, till exempel att besöka vänner, delta i fritidsaktiviteter eller kulturlivet.<sup>5</sup>

**Kontaktperson enligt 9 § 4 LSS** syftar till att vara ett personligt stöd, för att bryta isolering och för att underlätta ett självständigt liv.<sup>6</sup>

**Avlösarservice enligt 9 § 5 LSS** syftar till att göra det möjligt för anhöriga att få avkoppling eller utträta sysslor utanför hemmet. Avlösarservice i hemmet kan erbjudas både som regelbunden insats och som en lösning vid akuta behov under hela dygnet.<sup>7</sup>

**Korttidsvistelse enligt 9 § 6 LSS** ges utanför det egna hemmet, bland annat för att en person med funktionsnedsättning ska få miljöombyte och rekreation eller för att ge närstående avlastning. Vistelsen kan arrangeras i olika former, till exempel i korttidshem, hos stödfamilj eller som lägervistelse.<sup>8</sup>

**Korttidstillsyn enligt 9 § 7 LSS** är en form av tillsyn utanför det egna hemmet för skolungdom över 12 år med funktionsnedsättning. Insatsen ges före och efter skoldagens slut, under lovdagar, studiedagar och längre lov.<sup>9</sup>

---

<sup>3</sup> 51 kap. 3 § SFB.

<sup>4</sup> 51 kap. 2 § första stycket SFB och prop. 2009/10:176 Personlig assistans och andra insatser – åtgärder för ökad kvalitet och trygghet, s. 78.

<sup>5</sup> Se prop. 1992/93:159 s. 74.

<sup>6</sup> Se prop. 1992/93:159 s. 75 och 178.

<sup>7</sup> Se prop. 1992/93:159 s. 77 och 178.

<sup>8</sup> Se prop. 1992/93:159 s. 77.

<sup>9</sup> Se prop. 1992/93:159 s. 78 och 178.

**Boende för barn enligt 9 § 8 LSS** ges som boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn eller ungdomar. Insatsen ges till barn eller ungdomar som av olika skäl behöver bo utanför föräldrahemmet.

**Boende för vuxna enligt 9 § 9 LSS** ges som bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna. Insatsen ges i form av bostäder till personer i vuxen ålder som har behov av stöd, service eller omvårdnad som kan utformas på olika sätt. Gruppboende och serviceboende är de vanligaste formerna. En gruppboende är ett bostadsalternativ för personer med ett omfattande tillsyns- och omvårdnadsbehov där stöd kan ges alla tider på dygnet av en fast, kollektiv bemanning.<sup>10</sup> I en gruppboende bör i regel bara tre till fem personer bo, enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS. En serviceboende består av ett antal lägenheter där de boende har tillgång till gemensam service och fast anställd personal. I annan särskilt anpassad bostad för vuxna ingår inte stöd av personal och inte omvårdnad.<sup>11</sup>

**Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS** innebär sysselsättning för en person med funktionsnedsättning som är i yrkesverksam ålder, som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig. Rätten till daglig verksamhet gäller endast personer som tillhör grupp 1 och 2 i LSS personkrets.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Se prop. 1992/93:159 s. 86 och 179 f.

<sup>11</sup> Se 9 e § LSS och prop. 1992/93:159 s. 86 f och s. 180.

<sup>12</sup> Se 9 § 10 och 7 § första stycket LSS.

## Habilitering och hjälpmedel

Med habilitering menar Socialstyrelsen insatser till personer med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, så att de utifrån sina behov och förutsättningar utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga. Insatserna kan vara arbetslivsinriktade, medicinska, pedagogiska, psykologiska, sociala och tekniska och kan kombineras utifrån individens behov och förutsättningar.

Med hjälpmedel avser Socialstyrelsen en individuellt utprovad produkt som syftar till att personen ska bibehålla eller öka sin aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera för en funktionsnedsättning. Exempel på hjälpmedel för det dagliga livet är rullatorer, griptänger, hörapparater, förstoringssystem och appar för påminnelser. Hjälpmedel förskrivs eller köps på konsumentmarknaden efter rådgivning av behörig hälso- och sjukvårdspersonal. De flesta hjälpmedel för det dagliga livet är medicintekniska produkter. Regionen ska enligt 8 kap. 7 § HSL erbjuda

1. habilitering och rehabilitering
2. hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning
3. tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade.

Detta gäller de som är bosatta inom regionen eller som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas där.<sup>13</sup>

## Patientlagen

Enligt patientlagen (2014:821) ska patienten få information om de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning.<sup>14</sup>

Informationen ska vara anpassad till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.<sup>15</sup> Den som ger informationen ska dessutom så långt som det är möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i informationen och betydelsen av den.<sup>16</sup>

När det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga ska patienten ha möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska också få det valda hjälpmedlet, om det framstår som befogat med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet.<sup>17</sup>

---

<sup>13</sup> 8 kap. 1 och 7 §§ HSL.

<sup>14</sup> 3 kap. 1 § 3 patientlagen.

<sup>15</sup> 3 kap. 6 § patientlagen.

<sup>16</sup> 3 kap. 7 § patientlagen.

<sup>17</sup> 7 kap. 2 § patientlagen.

# Utveckling över tid – individuella stöd enligt LSS och SoL

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av insatser enligt LSS och SoL över tid. Syftet med dessa insatser är bland annat att tillgodose behoven av stöd i det dagliga livet för personer med funktionsnedsättning, exempelvis när det gäller omvårdnad och dagliga aktiviteter. Insatserna är också viktiga för att stärka individernas möjlighet till delaktighet och jämlika livsvillkor. Där så varit möjligt anges utvecklingen i antalet beslut per 10 000 invånare.

## Sammanfattande iakttagelser

- Utvecklingen inom LSS och SoL är svårtolkad och går i flera riktningar. Vi vet inte hur många som har behov av insatserna och det är därför svårt att bedöma i vilken utsträckning behoven är tillgodosedda.
- Den fleråriga minskningen av beslut om LSS har avstannat och mellan 2022 och 2023 ses en mindre ökning, från 74 till 75 personer per 10 000 invånare. Det är dock för tidigt att avgöra om detta är trendbrott eller en tillfällig ökning.
- Daglig verksamhet är i princip den enda insatsen inom LSS som ökar. Vi ser även att den grupp som fortsätter att öka är personkrets 1, som innefattar personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism. En förklaring till dessa ökningsgrupper kan vara att allt fler personer har autismdiagnos. En annan kan vara att minskningar inom till exempel lönebidrag ökar behovet av daglig verksamhet.
- Även insatser enligt SoL ökar. Ökningen förklaras framför allt av insatsen boendestöd. År 2023 var antalet personer med insatsen cirka 38 per 10 000 invånare. Motsvarande antal 2019 var 32. Insatsen ges ofta till personer med psykisk funktionsnedsättning, men analyser visar att personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism också får insatsen. Det är troligt att de två senare grupperna förklarar en stor del av ökningen.
- Antalet personer med kommunalt beslutad personlig assistans fortsätter att minska. Det genomsnittliga antalet timmar person fortsätter däremot att öka. År 2023 låg medelvärdet på 266 timmar per månad. Det motsvarar en fördubbling mot 2014. Insatsen beviljas med andra ord till allt färre personer, men som har allt större behov av stöd.

## Minskningen inom LSS har avstannat

Den tidigare minskningen inom LSS har avstannat och mellan 2022 och 2023 ses i stället en ökning (1). År 2023 hade 77 550 personer en eller flera

verkställda insatser enligt LSS, vilket motsvarar 75 per 10 000 personer. Motsvarande andel 2022 var 74. Det motsvarar en faktisk ökning med nästan 1 500 personer mellan 2022 och 2023. Huruvida detta är ett trendbrott eller inte går ännu inte att avgöra.

En person kan ha flera insatser och här ser utvecklingen något annorlunda ut. År 2010 fick personer med LSS i genomsnitt 1,71 insatser per person. År 2023 var motsvarande siffra något lägre, 1,5 insatser per person. (1)

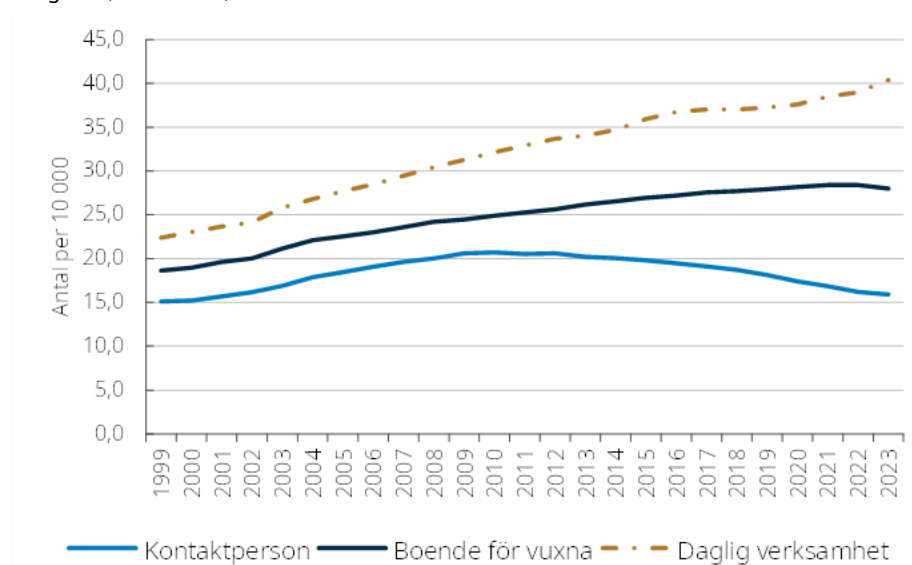
## Daglig verksamhet står för den största ökningen

När statistiken delas upp på olika insatser framkommer en mer nyanserad bild. Figur 1 och 2 visar att det framför allt är insatsen daglig verksamhet enligt LSS som står för ökningen, från 22 till 39 insatser per 10 000 invånare. Utvecklingen inom boende för vuxna enligt LSS har i sin tur planat ut och sedan 2021 ser vi en minskning av antalet insatser. Även insatsen kontaktperson fortsätter att minska i antal – en utveckling som har pågått sedan 2012.

Ökningen inom daglig verksamhet har troligen flera förklaringar. En bidragande förklaring kan vara att allt fler personer får diagnosen autism och att behoven därmed ökat (2). Socialstyrelsen kan inte utesluta att en viss del av ökningen handlar om svårigheter inom andra sektorer, som till exempel lönebidrag och inom Samhall (3). Vi har tidigare konstaterat att förändringar inom dessa verksamheter påverkar inflödet i daglig verksamhet (4). Analyserna i förra årets lägesrapport visade att en stor del av de nya besluten avsåg personer i ålder 20–30 år (4). Det är därför också troligt att allt fler går direkt från anpassad skola till daglig verksamhet enligt LSS. Vi kan inte heller utesluta att övergångarna från daglig verksamhet till exempelvis lönearbete begränsas i allt större utsträckning. Det skulle också kunna bidra till ökningen.

### Figur 1. Utveckling av vissa insatser enligt LSS över tid

Andel personer per 10 000 med kontaktperson, daglig verksamhet samt boende för vuxna enligt LSS, 1999-2023, riket.



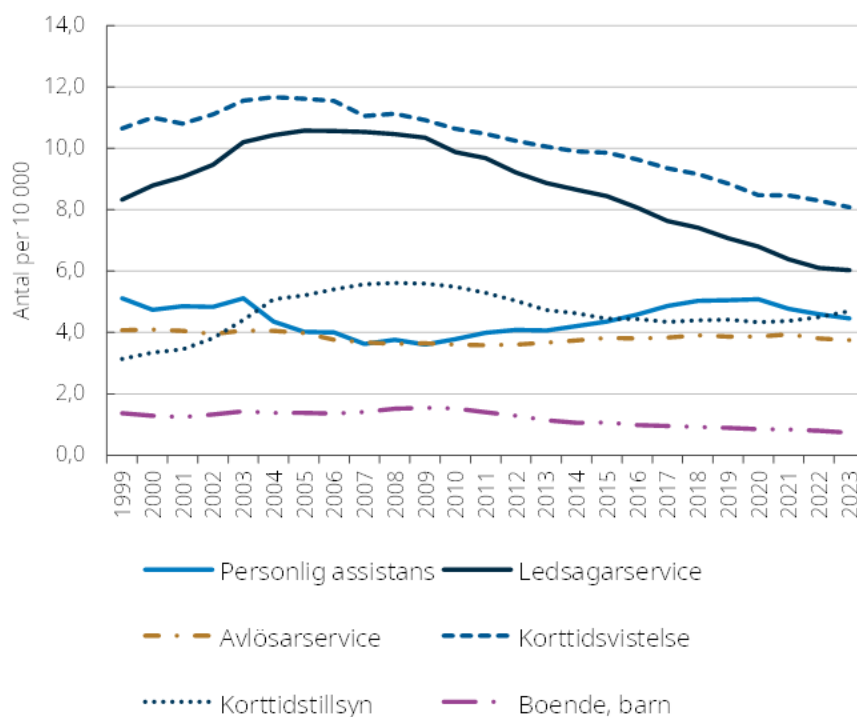
Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Insatsen kontaktperson ökade fram till 2009, men har därefter minskat (figur 2). År 2023 låg andelen beslut på nästan samma nivå som 1999. Det kan finnas flera förklaringar till detta, exempelvis att begränsningar i lokala riktlinjer har ökat och svårigheter att rekrytera kontaktpersoner. Även insatserna ledsagarservice och korttidsvistelse har minskat över tid.

Minskningen av personlig assistans enligt LSS fortsätter för fjärde året i rad (figur 2). Minskningen ska ses i skenet av att även den statliga assistansersättningen minskar.

**Figur 2. Utveckling av vissa insatser enligt LSS över tid**

Antal personer per 10 000 invånare med beslut om personlig assistans, ledsagarservice, avlösarservice, korttidsvistelse, korttidstillsyn samt boende för barn enligt LSS, 1999-2023, riket.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Försäkringskassan har analyserat avslagen vid ansökan av assistansersättning (5). Av rapporten framgår att under 2002–2022 har andelen som fått avslag ökat från 27 procent till 77 procent. Utvecklingen av andelen avslag kan delvis förklaras av förändringar i tillämpningen av vad som ingår i grundläggande behov till följd av domar från Högsta förvaltningsdomstolen och lagändringar. Försäkringskassan bedömer att sju av tio som fick avslag år 2018 förvisso omfattades av LSS personkrets, men fick avslag för att hjälp med grundläggande behov inte översteg 20 timmar per vecka. Mellan 2018 och 2022 har andelen som fick avslag av den här orsaken ökat, från 69 procent till 75 procent. Det innebär att majoriteten av de som får avslag tillhör den målgrupp som har rätt till insatser enligt LSS, däremot uppfyller de inte kriterierna för att beviljas statlig assistansersättning. (5)

## Största ökningen i åldersgruppen 23–64 år

När statistiken delas upp i olika åldersgrupper framkommer ytterligare skillnader inom LSS. Den största delen av ökningen har skett i åldersgruppen 23–64 år. Mellan 2022 och 2023 ökade antalet i denna grupp från 88 till 92 personer per 10 000 invånare (figur 3). Ökningen handlar framför allt om att antalet beslut om daglig verksamhet ökat.



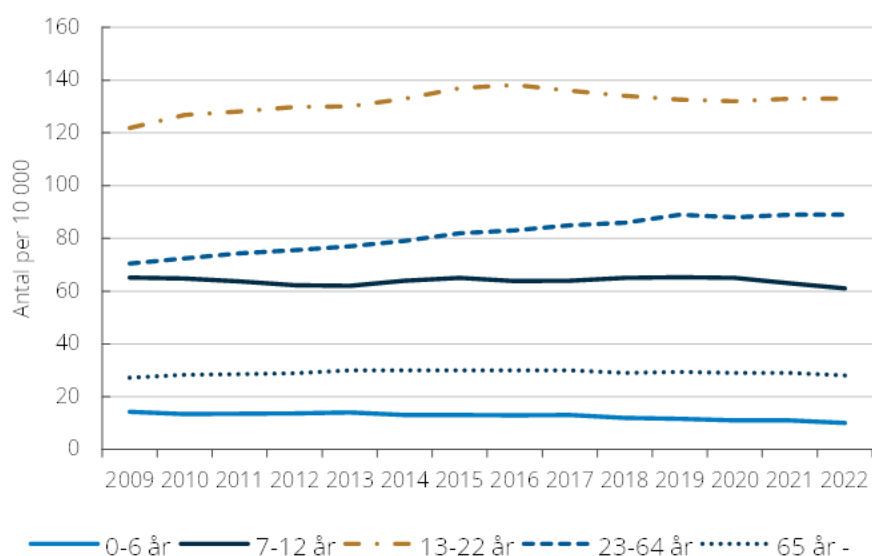
Även i flera av de övriga åldersgrupperna har det skett en mindre ökning. I åldersgruppen 7–12 år har andelen med insatser enligt LSS minskat under flera år. Minskningen har nu avstannat och mellan 2022 och 2023 syns i stället en liten ökning, från 61 till 61,7 per 10 000 invånare.

Mellan 2022 och 2023 ökade andelen med LSS-insatser något i åldersgruppen 13–22 år, från 133 till 133,6 per 10 000 invånare. Den tidigare konstaterade minskningen har därmed avstannat. Även här kan ökningen inom daglig verksamhet vara en bidragande förklaring.

I den yngsta åldersgruppen, 0–7 år, fortsätter dock insatser enligt LSS att minska. Mellan 2022 och 2023 minskade andelen från 10 till 9,7 per 10 000 invånare. Att andelen har minskat i den yngsta åldersgruppen kan bero på att antalet avslag på ansökningar har ökat. Socialstyrelsen kan inte utesluta att kommunernas bedömningar av vad som ingår i föräldraansvaret påverkar utvecklingen.

### Figur 3. Utveckling inom LSS uppdelat på åldersgrupper

Antal personer per 10 000 invånare med beslut om personlig assistans, ledsagarservice, avlösarservice, korttidsvistelse, korttidstillsyn samt boende för barn enligt LSS, uppdelat på ålder, 1999-2023, riket.



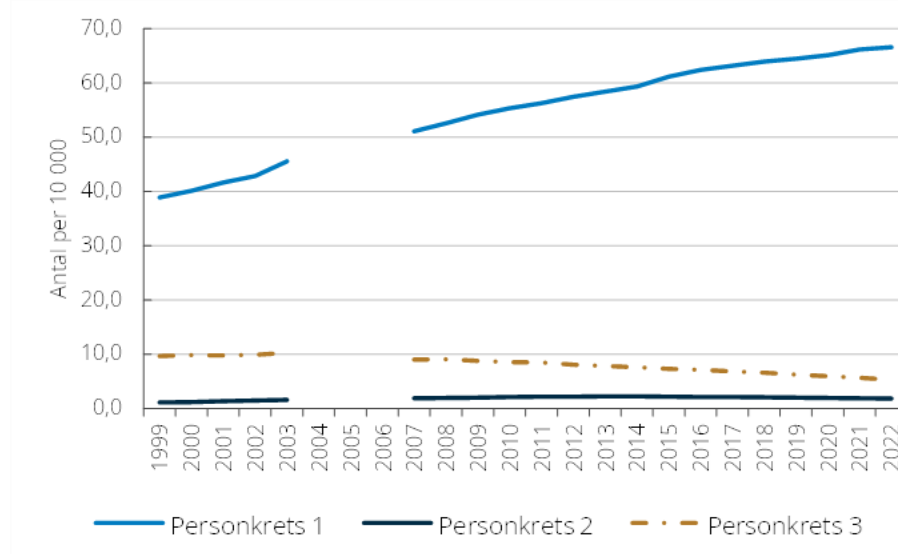
Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

## Personkrets 1 står för ökningen inom LSS

En uppdelning av statistiken på personkretstillhörighet visar vilka grupper som ökar alternativt minskar. Figur 4 visar att det alltjämt är personkrets 1 som står för ökningen. Mellan 2022 och 2023 ökade andelen med insatser i denna grupp från 66,5 till 68 per 10 000 invånare. Över tid är ökningen ännu mer markant - år 1999 var andelen 40 per 10 000 invånare. I denna grupp ingår personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism.

**Figur 4. Utveckling inom LSS, uppdelat på personkretsens grupper**

Antal personer per 10 000 invånare med insatser enligt LSS, uppdelat på personkretsens 3 grupper, 2009-2022, riket.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Förändringarna i de övriga grupperna är väsentligt mindre. År 2023 återfanns 1,8 personer per 10 000 invånare i personkrets 2, vilket är samma nivå som år 2022. Över tid ses dock en mindre ökning – år 1999 var antalet 1,1 per 10 000 invånare. Inom personkrets 3 ser vi dock en fortsatt minskning. Mellan 2022 och 2023 minskade antalet personer i denna grupp från 5,3 till 5,1 personer per 10 000 invånare. Minskningen är större över tid – år 1999 var motsvarande antal 9,7. I den ingår bland annat personer med olika fysiska och psykiska funktionsnedsättningar. Den troligaste förklaringen till den kontinuerliga minskningen är det minskande antalet beslut om ledsagarservice, bland annat bland personer som är blinda eller har grav synnedsättning (6). Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att lokala riktlinjer många gånger begränsar vilka som kan få insatsen ledsagarservice. Dessa riktlinjer har ökat tid. (4, 7)

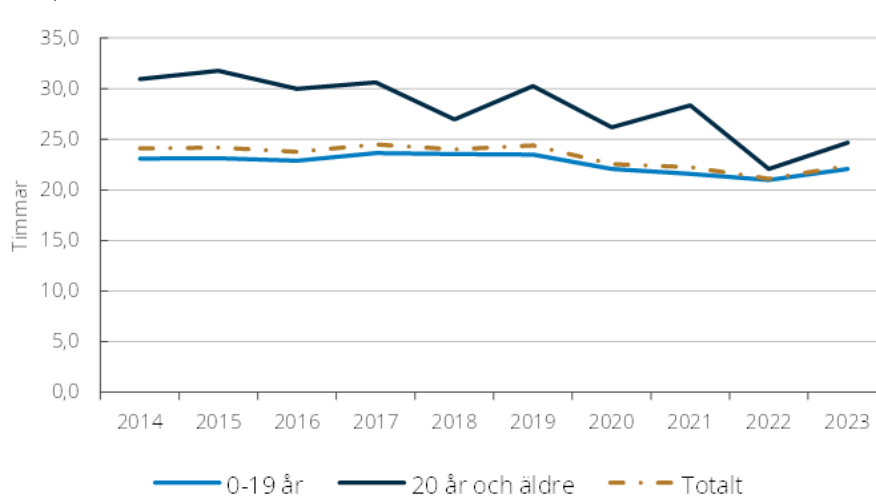
## Antal timmar och dygn varierar

Även omfattningen i själva insatserna har förändrats över tid. Ett exempel är insatsen avlösarservice, där medelvärdet för antal timmar per månad var 24 timmar fram till 2018 (figur 5). Från och med 2019 ses däremot en minskning och 2023 var medelvärdet cirka 22 timmar per månad.

Det genomsnittliga antalet timmar är fortfarande högre bland personer som är 20 år eller äldre, jämfört med personer som är under 20 år. Skillnaden har dock minskat över tid.

### Figur 5. Antal timmar inom avlösarservice över tid

Genomsnittligt antal timmar inom avlösarservice enligt LSS, per person och månad, uppdelat på ålder, 2014-2023.

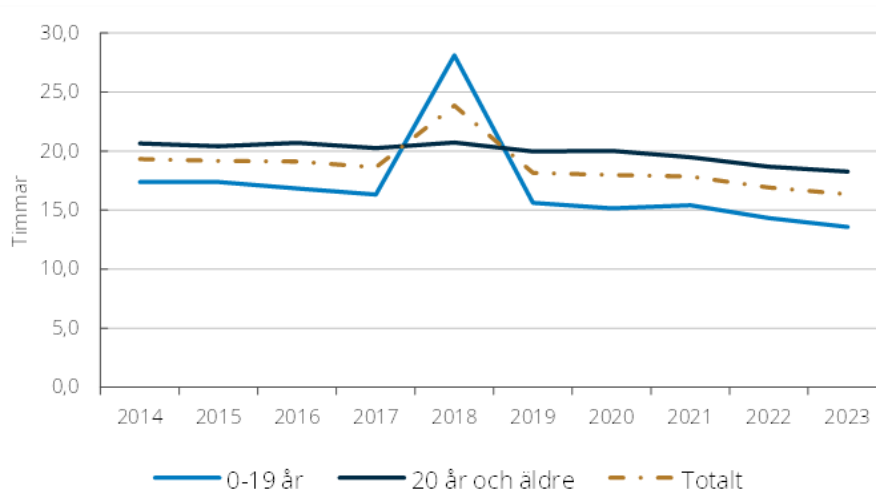


Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Även inom ledsagarservice ses en minskning. År 2014 var det genomsnittliga antalet timmar per person i månaden drygt 19, motsvarande antal 2023 var drygt 16 timmar (figur 6). Det genomsnittliga antalet timmar är något högre bland vuxna jämfört med de yngre. År 2018 ses en avvikelse då det genomsnittliga antalet timmar uppgick till 28. Detta förklaras av att ett mindre antal personer hade ett högt antal beviljade timmar alternativt att vissa kommuner rapporterat in ett felaktigt antal.

### Figur 6. Antal timmar inom ledsagarservice över tid

Genomsnittligt antal timmar inom ledsagarservice enligt LSS, per person och månad, uppdelat på ålder, 2014-2023.



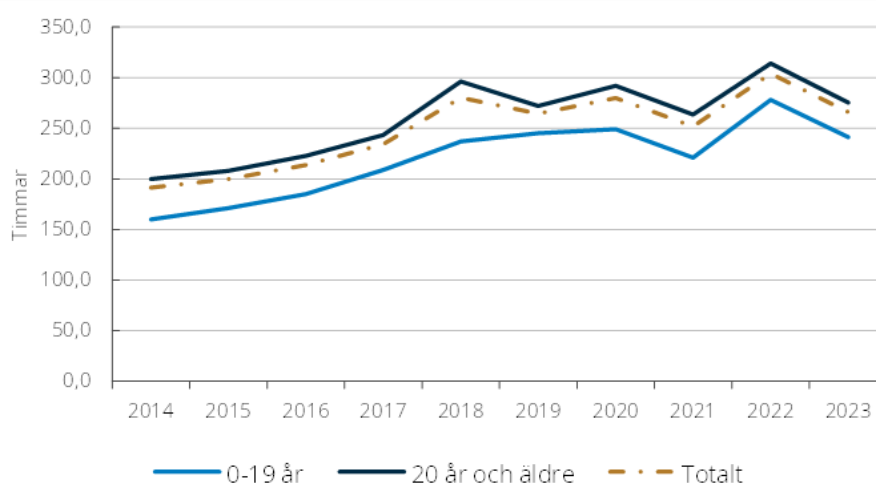
Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Inom kommunalt beslutad personlig assistans ser utvecklingen annorlunda ut. Sedan 2014 har det genomsnittliga antalet timmar person i månaden ökat

stadigt och 2023 låg medelvärdet på 266 timmar per månad (figur 7). Det är 50 procent mer än genomsnittligt antal timmar 2014. Ökningen skulle kunna förklaras av att personlig assistans i allt högre utsträckning beviljas för ökade omvårdnadsbehov och stöd vid egenvård. För rätt till personlig assistans enligt LSS krävs att den enskilde har behov av hjälp med de grundläggande behoven.<sup>18</sup> De som har beviljats personlig assistans enligt LSS kan även beviljas timmar för andra personliga behov.<sup>19</sup>

### Figur 7. Antal timmar inom personlig assistans över tid

Genomsnittligt antal timmar inom kommunalt beslutad personlig assistans enligt LSS, per person och månad, uppdelat på ålder, 2014-2023.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Utvecklingen är relativt jämn när det gäller insatsen korttidsvistelse. Sedan 2014 ses dock en genomsnittlig minskning från 5 till 4,5 dygn per månad (figur 8).

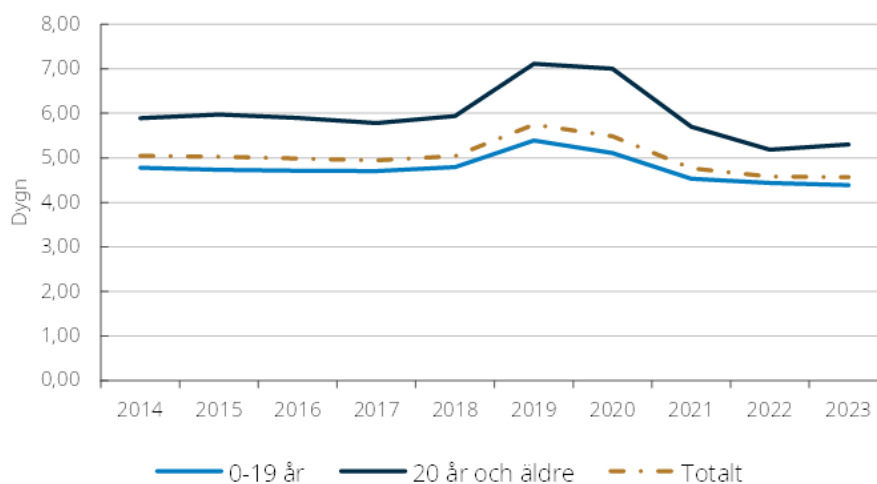
En tillfällig ökning mellan 2018 och 2020 kan förklaras av att ett begränsat antal personer beviljades ett högt antal dygn per månad.

<sup>18</sup> Se 9 a § LSS. Vid behov av hjälp med de grundläggande behoven i genomsnitt mer än 20 timmar i veckan kan den enskilde söka assistansersättning enligt 51 kap. 3 § SFB.

<sup>19</sup> Se 9 a § fjärde stycket LSS.

**Figur 8. Antal dygn inom korttidsvistelse över tid**

Genomsnittligt antal dygn inom korttidsvistelse enligt LSS, per person och månad, uppdelat på ålder, 2014-2023.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

## Boendestöd enligt SoL fortsätter att öka

År 2023 hade 61 000 personer med funktionsnedsättning<sup>20</sup> en eller flera insatser enligt SoL, vilket motsvarar 73 insatser per 10 000 invånare. Antalet personer med dessa insatser har ökat över tid, år 2014 var motsvarande antal 65. Men även om antalet ökar är det fortfarande färre personer med funktionsnedsättning som har insatser enligt SoL än enligt LSS.

Ökningen inom SoL förklaras framför allt av att insatsen boendestöd fortsätter att öka. År 2023 var antalet personer med insatsen cirka 38 per 10 000 invånare (figur 9). Motsvarande antal 2022 var 21. Det finns antagligen flera anledningar till att boendestöd fortsätter att öka. Insatsen ges ofta till personer med psykisk funktionsnedsättning, och ökningen av insatsen kan vara en konsekvens av ökade behov bland personer med psykisk funktionsnedsättning. Socialstyrelsens tidigare analyser tyder dock på att en del av ökningen kan förklaras av att allt fler personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism beviljas insatsen (7). I de fallen kan det handla om att kommunen bedömt att boendestöd tillgodoser personernas behov bäst. En mindre andel av nya beslut om boendestöd beviljas till personer som har haft annat stöd tidigare. Det talar för att relativt få har ”bytt insatser” från exempelvis LSS.

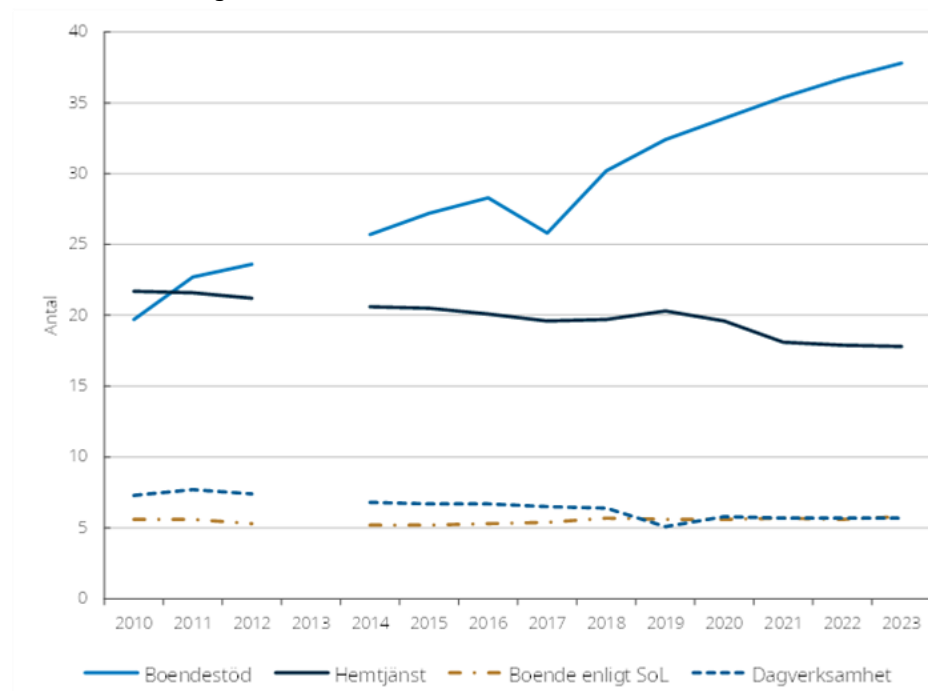
I dialoger med Socialstyrelsens råd för funktionshinderfrågor har det framkommit att boendestöd kan beviljas som ett första steg, innan bostad

<sup>20</sup> Avser personer i åldern 0–64 år.

med särskild service kan bli aktuellt. Ökningen av insatsen kan också vara en konsekvens av att flera kommunala riktlinjer innehåller begränsningar kring vilka som kan beviljas exempelvis insatserna bostad för vuxna eller personlig assistans enligt LSS. Uppgifterna har inte kunnat bekräftas i våra register men de ger ändå en nyanserad bild över utvecklingen.

### Figur 9. Utveckling av insatser enligt SoL över tid

Antal personer per 10 000 invånare med insatser enligt SoL till personer med funktionsnedsättning, 0-64 år, 2007-2022.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt socialtjänstlagen.

Även inom insatsen hemtjänst enligt SoL ses en ökning, om än inte lika tydlig som inom boendestöd. Mellan 2014 och 2022 ökade antalet personer med hemtjänst från 16,5 till 17,8 per 10 000 invånare.

Även insatsen boende enligt SoL har ökat något under mätperioden, från cirka 4 till knappt 6 insatser per 10 000 invånare. Majoriteten av personerna som har dessa insatser är mellan 55 och 64 år. Det handlar troligen både om personer med psykisk funktionsnedsättning, och personer som i tidig ålder drabbats av exempelvis stroke, som i sin tur leder till en funktionsnedsättning.

Antalet personer med insatsen dagverksamhet är relativt jämn över tid, omkring 5,5 per 10 000 invånare. Eftersom insatsen även kan ges utan beslut, i form av en så kallad serviceinsats<sup>21</sup> kan resultaten i figur 9 vara en underskattning. Resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet.

<sup>21</sup> Jfr 3 kap. 1 § SoL.

Av figur 9 framgår vidare att det finns variationer mellan år. En delförklaring är att insatser enligt SoL kan beviljas för behov av mindre varaktig karaktär. Den tydligaste variationen ses mellan 2016 och 2018, då det totala antalet insatser till gruppen minskade från 72,4 till 54,6 per 10 000 invånare. Även mellan 2021 och 2022 sker en markant förändring, då det totala antalet insatser enligt SoL ökade från 57 till 73 per 10 000 invånare.

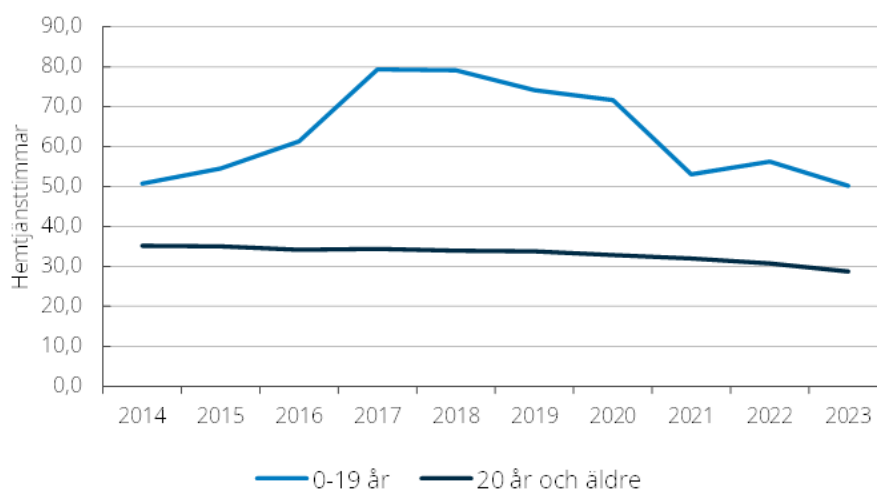
## Antalet hemtjänsttimmar per person minskar

Det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar har minskat bland personer som är 20 år eller äldre. År 2014 var låg det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar per person på 35 (figur 10). År 2023 hade antalet sjunkit till 29. Det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar bland de yngre är högre. År 2023 låg antalet på cirka 50 timmar per person, vilket är samma nivå som 2014. Även om det genomsnittliga antalet timmar i denna åldersgrupp är jämn över tid så ses vissa variationer mellan åren. Mellan 2016 och 2020 skedde en kraftig ökning av det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar. Det är dock en mycket liten grupp personer som är 19 år och yngre och som får hemtjänst.

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att ett mindre antal personer beviljades hemtjänst enligt SoL i samband med indragen statlig assistansersättning. Det kan bland annat handla om att hemtjänst beviljades i väntan på att utredning om kommunalt beslutad personlig assistans skulle bli klar. Relativt få personer under 18 år har hemtjänst enligt SoL, varför uppgifterna i figur 10 ska tolkas med viss försiktighet.

### Figur 10. Antal timmar inom hemtjänst över tid

Genomsnittligt antal timmar inom hemtjänst enligt SoL, per person och månad, uppdelat på ålder, 2014-2023.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt socialtjänstlagen

## Tillgång till stöd enligt LSS och SoL

I det här kapitlet fördjupar Socialstyrelsen analyserna och resonemangen om tillgång till insatser enligt LSS och SoL. Resonemangen är en fortsättning på förra årets analyser av tillgång till stöd på lika villkor (4). I kapitlet lyfter vi frågor om lokala riktlinjer och tillgång till insatser i socioekonomiskt utsatta områden. Vi belyser även vilka insatser som ges till personer med funktionsnedsättning som blir äldre.

### Sammanfattande iakttagelser

- Antalet kommuner med riktlinjer för LSS har ökat mellan 2006 och 2022, även förekomsten av begränsningar i riktlinjerna har ökat. Följande förändringar har till exempel skett inom ledsagarservice:
  - Begränsningar med hänsyn till ålder (från 10 till 50 procent)
  - En beviljad insats begränsar rätten till andra insatser enligt LSS (från 30 till 60 procent)
  - Insatsen får endast ges inom ett visst geografiskt område (från 30 till 65 procent).

Sedan 2006 har dock andelen kommuner med tidsbegränsningar för olika insatser minskat. Minskningen har skett inom samtliga insatser enligt LSS.

- Äldre personer med medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättning får stöd både från LSS-verksamheter och från äldreomsorgen. Det är därför angeläget att personal inom LSS-verksamheter har kompetens och får fortbildning i åldrande, framför allt i relation till olika funktionsnedsättningar. Det är också angeläget att personal inom äldreomsorgen har motsvarande kompetens och får liknande fortbildning.
- Antalet personer med insatser enligt LSS är högre i socioekonomiskt utsatta områden, det visar Socialstyrelsens analyser av områdestyper. Detta indikerar att tillgången till insatser enligt LSS inte påverkas av socioekonomisk utsatthet på gruppnivå.

### Begränsningar i lokala riktlinjer har ökat över tid

Socialstyrelsen har tidigare analyserat av tillgången till framför allt insatser enligt LSS (7). Analyserna grundade sig bland annat på en granskning av kommunernas lokala riktlinjer för stöd till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen konstaterade bland annat:



- Det är vanligt med lokala riktlinjer för insatser enligt LSS och SoL (29 procent). Riktlinjerna innehåller ofta beskrivningar av insatser och citat från lagstiftning. Det är relativt ovanligt att riktlinjerna inom SoL innehåller begränsningar, 15 procent av kommunerna.
- Begränsningar i lokala riktlinjer är relativt vanligare inom LSS, omkring 30 procent. Det handlar då framför allt om begränsningar av omfattning i tid och geografi, men även åldersbegränsningar inom vissa insatser.
- Vissa kommunala riktlinjer innehåller begränsningar kring bedömning av tillhörighet till personkrets 1 (intellektuell funktionsnedsättning och autism), men det är inte särskilt vanligt. (8)

Ett forskarteam på Marie Cederschiölds högskola har också granskat kommunernas lokala riktlinjer, med fokus på begränsningar när det gäller stöd enligt LSS. År 2024 publicerade de nya analyser av data som samlades in och publicerades 2022 (9). De nya resultaten kompletterar och nyanserar bilden som Socialstyrelsen har presenterat. Forskarna konstaterar bland annat att andelen kommuner med lokala riktlinjer för LSS har ökat. År 2006 var andelen 45 procent, år 2002 var motsvarande andel drygt 60 procent. Forskarna konstaterar att det fanns begränsande skrivningar i nästan alla granskade riktlinjer år 2022, 94 procent jämfört med 90 procent år 2006. (9)

Avgränsningar som rör avlösarservice har både minskat och ökat. Ett exempel på ökning handlar om att en beviljad insats utesluter rätt till andra insatser enligt LSS. Andelen kommuner med denna begränsning har ökat från 1 procent till 14. Andelen kommuner som begränsar omfattningen av avlösarservice har dock minskat sedan 2006, från 15 till 11 procent. (8)

Inom ledsagarservice har tre begränsningar ökat markant mellan 2006 och 2022:

- Tillgång till insatsen begränsas med hänsyn till ålder (från 10 till 50 procent)
- En beviljad insats begränsar rätten till andra insatser enligt LSS (från 30 till 60 procent)
- Insatsen får endast ges inom ett visst geografiskt område (från 30 till 65 procent). (9)

Andelen kommuner vars riktlinjer innehåller tidsbegränsningar har minskat sedan 2006. Minskningen ses inom samtliga insatser enligt LSS, men den är tydligast för kommunalt beslutad personlig assistans. År 2006 hade närmare 25 procent av kommunerna riktlinjer som innehöll tidsbegränsningar för denna insats. (9) År 2022 hade andelen minskat till 5 procent. En förklaring

till denna minskning kan vara att kommuner i allt högre utsträckning förlitar sig på Försäkringskassans vägledning för statlig assistansersättning<sup>22</sup>.

Ett annat exempel är ledsagarservice, där andelen Samma utveckling ser vi när det gäller tidsbegränsning. År 2006 angav 25 procent av kommunerna att avlösarservice alltid ska tidsbegränsas. År 2022 hade andelen minskat till cirka 17 procent. (9)

Förekomsten av begränsningar i lokala riktlinjer skiljer sig åt mellan Socialstyrelsens och forskarnas granskning. En förklaring är troligen en skillnad i definitioner av begränsningar. En annan skillnad är svarsfrekvens. I Socialstyrelsens granskning ingick 240 kommuner, i forskarnas var antalet 160.

Lokala riktlinjer kan underlätta vid handläggning av ansökningar, men när de innehåller begränsningar kan de även få en negativ effekt. Kommunala skillnader i hur ofta en insats kan ges, till vilka och var skapar ojämlika förutsättningar att få insatser även i de fall behoven är desamma. Detta bidrar sannolikt ytterligare till svårigheter att tillgodose de individuella behoven hos personer med funktionsnedsättning.

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att begränsningar i lokala riktlinjer är så omfattande att de försvårar individuella bedömningar (7). Ett otillräckligt individperspektiv kan i sin tur leda till att insatserna inte uppfyller sitt syfte. Forskningsresultaten som har redovisats i detta kapitel bidrar med ytterligare kunskap till förekomsten och utvecklingen av begränsningar i lokala riktlinjer.

## Äldre med LSS får även SoL-insatser

Den genomsnittliga livslängden för personer med funktionsnedsättning ökar, bland annat till följd av förbättrad vård och förbättrade livsvillkor. När dessa personer blir äldre kan många behöva stöd och omvårdnad både när det gäller sin ursprungliga funktionsnedsättning och åldersrelaterade sådana. Kunskapen om hur insatserna förändras efter 65-årsdagen är dock begränsad. Socialstyrelsen har därför analyserat vilka insatser som personer med insatser enligt LSS får efter att de har fyllt 65 år.

Undersökningsgruppen utgjordes av personer som fyllde 64 år 2012 och som hade en eller flera insatser enligt LSS. Analyserna följer gruppen och omfattningen av insatser fram till 2023, det vill säga fram till det år de fyllde 76 år. Figur 11 visar att vid 64 års ålder hade majoriteten av gruppen boende

---

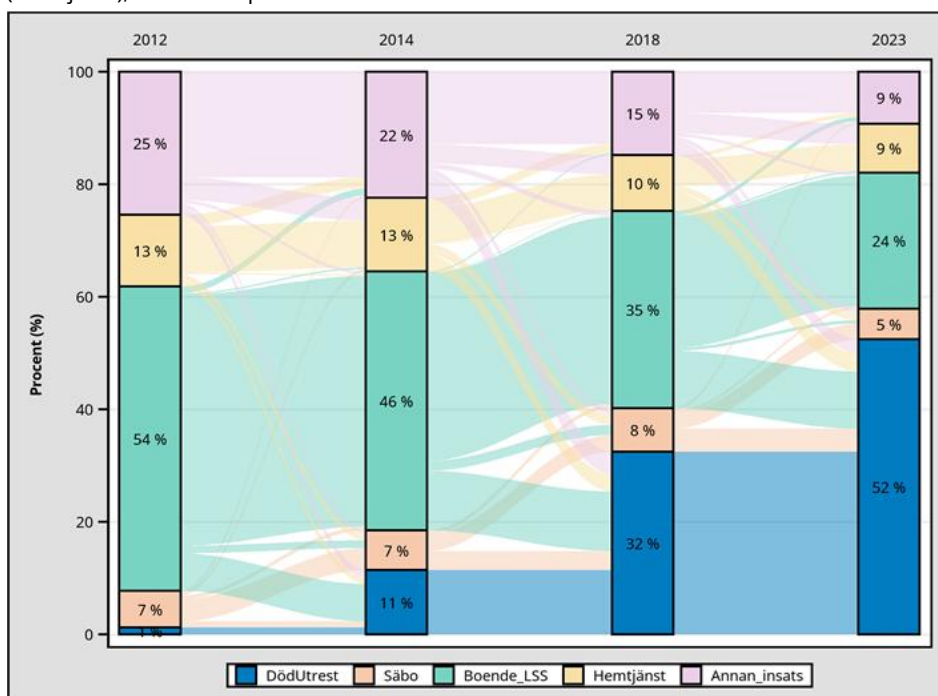
<sup>22</sup> Försäkringskassans vägledning för assistansersättning är avsedd att vara ett stöd i det dagliga arbetet hos myndigheten och underlättar tillämpningen av socialförsäkringsbalken, förordningen (1993:1091) om assistansersättning och tillhörande författningar.

för vuxna enligt LSS (54 procent) och 25 procent hade annat stöd. En mindre andel hade även stöd enligt SoL: 13 procent hemtjänst och 7 procent boende.

Socialstyrelsens analyser visar att en viss andel av undersökningsgruppen fortsätter att bo i särskilda boendeformer enligt SoL och LSS. Det framgår inte av analyserna om boende enligt SoL avser äldreboende eller bostad med särskild service för vuxna. En viss andel har hemtjänst.

### Figur 11. Insatser till personer med funktionsnedsättning efter 65 års ålder

Insatser till personer med insatser enligt LSS över tid vid 64 års ålder och framåt, 2012-2023, fördelning av olika insatser angiven i procent. Figuren visar ett flödesdiagram över tid där grupperna är varandra uteslutande enligt följande ordning: om personen har dött eller landet (DödUtrest), annars om personen bor på särskilt boende (Säbo), annars om personen har ett särskilt anpassat boende enligt LSS (Boende\_LSS), annars om personen har hemtjänst (Hemtjänst), annars om personen har en annan insats.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS, register över insatser enligt SoL samt dödsorsaksregistret.

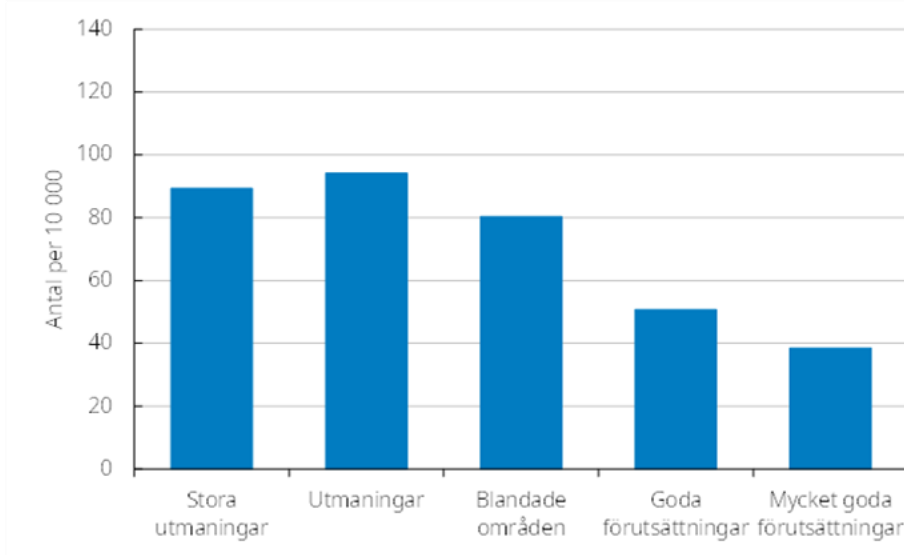
Analyserna bekräftar vikten av att personal inom LSS-verksamheter har kompetens och får fortbildning i åldrande, framför allt i relation till olika funktionsnedsättningar. Det är också angeläget att personal inom äldreomsorgen har motsvarande kompetens och får liknande fortbildning. Personal inom äldreomsorgen utgör med andra en viktig målgrupp för kommunikation inom funktionshinderområdet och frågor som vanligen rör personer med funktionsnedsättning som är yngre än 65 år.

## LSS-insatser vanligare i utsatta områden

I årets lägesrapport har Socialstyrelsen valt att analysera tillgången till stöd enligt LSS uppdelat på det socioekonomiska indexet områdestyper. Analyserna visar att antalet personer med insatser enligt LSS är högst i socioekonomiskt utsatta områden (figur 12 och 13), det vill säga områden med utmaningar eller stora utmaningar<sup>23</sup>. I dessa områden är antalet personer med insatser enligt LSS omkring dubbelt så stor i jämförelse med områden som har goda eller mycket goda förutsättningar. Detta gäller för såväl kvinnor som för män.

### Figur 12. Antal kvinnor med insatser enligt LSS i olika socioekonomiska områdestyper

Antal kvinnor per 10 000 invånare med insatser enligt LSS uppdelat på socioekonomiska områden, 2023.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS, uppgifter om områdestyp från SCB.

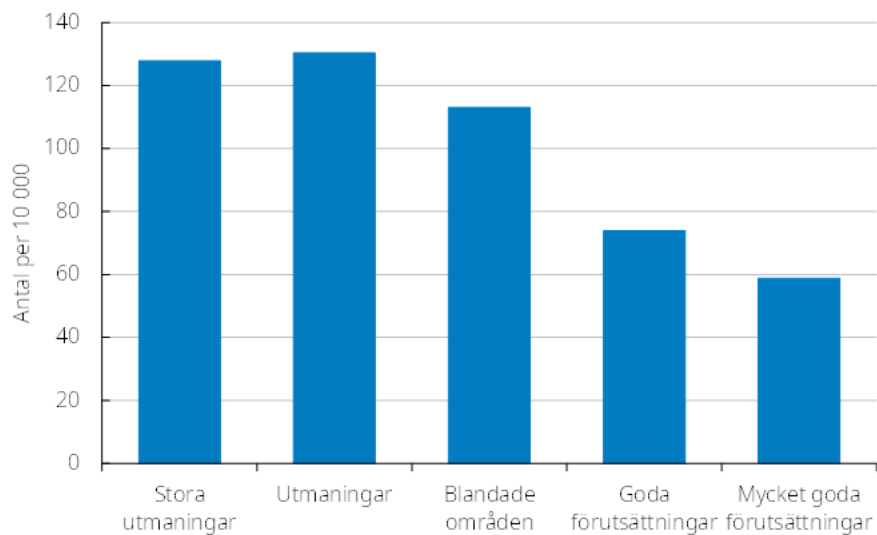
Analyser av områdestyper är ett sätt att följa utsatthet. Det finns även andra, exempelvis genom självskattningar och befolkningsundersökningar. Detta är första gången som Socialstyrelsen analyserar socioekonomisk utsatthet bland personer med insatser enligt LSS, med hjälp av områdestyper. Resultaten indikerar att socioekonomisk utsatthet påverkar tillgången till insatser i positiv riktning på gruppnivå. Det kan dock finnas andra

<sup>23</sup> Indelningen av områdestyper baseras på ett socioekonomiskt index. Det socioekonomiska indexet är ett sammanvägt index som baseras på tre indikatorer. Indikatorerna är: andel personer med låg ekonomisk standard (V1), andel personer med förgymnasial utbildning (V2) och andel personer som har haft ekonomiskt bistånd i minst tio månader och/eller har varit arbetslösa längre än sex månader (V3).

förklaringsmodeller, vi vet inte heller hur behoven ser ut i de olika områdena. Socialstyrelsen avser därför att fortsätta följa detta mått över tid.

**Figur 13. Antal män med insatser enligt LSS i olika socioekonomiska områdestyper**

Antal män per 10 000 invånare med insatser enligt LSS uppdelat på socioekonomiska områden, 2023.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS, uppgifter om områdestyp från SCB.

## Kostnadsutveckling

I det här kapitlet beskriver Socialstyrelsen kostnadsutvecklingen för insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Som kostnadsmått används kommunernas kostnader för det egna åtagandet.<sup>24</sup>

För att kostnaderna ska vara jämförbara mellan åren är de fastprisberäknade till 2023 års priser. Beräkningarna utgår från SCB:s konsumentprisindex för kommunala äldreomsorg och stöd till personer med funktionsnedsättning.<sup>25</sup> En översiktlig tabell med kostnader i löpande priser presenteras i bilaga 1.

## Sammanfattande iakttagelser

- År 2023 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning som omfattas av SoL/HSL (0–64 år) och LSS/SFB<sup>26</sup> till 88,7 miljarder kronor. Jämfört med 2022 ökade kostnaderna med 1,1 procent.
- Kostnadsökningen förklaras framför allt av ökade kostnader för personer som omfattas av LSS/SFB. Dessa kostnader utgör ca 80 procent av de totala kostnaderna. Kostnader för insatser enligt SoL/HSL har varit på en mer stabil nivå.
- De största kostnadsposterna är boende för vuxna och personlig assistans enligt LSS, som utgör 44 procent respektive 15 procent av totala kostnader för funktionsnedsättningsområdet.
- Sett över en 10-årsperiod har kostnaderna för insatser enligt LSS/SFB minskat med i genomsnitt 2,2 procent årligen, men kostnadsutvecklingen har varit omväxlande under perioden.
- Insatser enligt SoL/HSL har i genomsnitt ökat med 0,9 procent per år och även där har kostnadsutvecklingen varit omväxlande.
- Den totala kostnaden för insatser enligt LSS/SFB har ökat i samtliga tre huvudkommungrupper. Kostnaderna ökade mest i *Större städer och kommuner nära större stad* (6,2 procent), men skillnaden i ökningstakten är liten.
- Regionernas kostnader för området motsvarade 9,6 miljarder kronor 2023. Kostnaderna har ökat under en längre tid och utvecklingen har varit relativt stabil sedan 2020.

---

<sup>24</sup> Det egna åtagandet innefattar den verksamhet som kommuner har definierat som sin, och som riktar sig till den egna befolkningen. Den definieras som bruttokostnad exklusive interna intäkter och försäljning till andra kommuner och regioner.

<sup>25</sup> Beställt från SCB. För regionernas kostnader används ett liknande framtagar index för regionernas totala verksamhet.

<sup>26</sup> Kostnader för SFB avser dels kommunens kostnadsansvar för de 20 första timmarna i varje beslut om assistansersättning, dels kostnader som utförare av assistans enligt assistansersättning. Den senare kostnaden får kommunerna ersättning för från Försäkringskassan.

## Kommunernas kostnader ökar

År 2023 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning till 88,7 miljarder kronor (tabell 1).

Kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning utgjorde 2023 29 procent av socialtjänstens totala kostnader. Detta kan jämföras med 51,6 procent för äldreomsorg och 19,3 procent för individ- och familjeomsorg<sup>27</sup>. Under åren 2019 - 2023 har kostnaderna för stöd till personer med funktionsnedsättning ökat, som andel av socialtjänstens kostnader.

Under samma period har även kostnaderna för funktionshinderområdet, som andel av kommunernas totala kostnader ökat något. Kostnaderna som en andel av BNP har i sin tur legat på en stabil nivå kring 1,5 procent.

**Tabell 1. Funktionsnedsättningsområdets kostnader i förhållande till övriga kostnader i kommunen och BNP 2019–2023**

Kostnader för kommunernas insatser till personer med funktionsnedsättning angivet som andel av övriga kostnader i socialtjänsten\*, kommunen samt BNP, andel angivet i procent.

	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, miljarder kronor</b>	84,7	85,8	87,8	87,9	88,7
<i>Årlig förändring av kostnader (%)</i>	0,7 %	1,7 %	2,7 %	0,3 %	1,1
Andel av socialtjänstens kostnader (%)	28,8	28,7	28,9	28,9	29,0
Andel av kommunernas kostnader (%)	10,7	10,9	11,0	11,0	11,2
Andel av BNP (%)	1,5	1,5	1,6	1,5	1,5

Not: Totala kostnader i första raden presenteras i fasta priser. Andelar i övriga rader i tabellen baseras på löpande priser.

\* Socialtjänsten definieras här som insatser till personer med funktionsnedsättning, äldreomsorgen samt individ- och familjeomsorgen.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2019–2023 och Prisindex 2023, Statistiska centralbyrån

## Kommunernas fortsatta kostnadsökning drivs av insatser enligt LSS och SFB

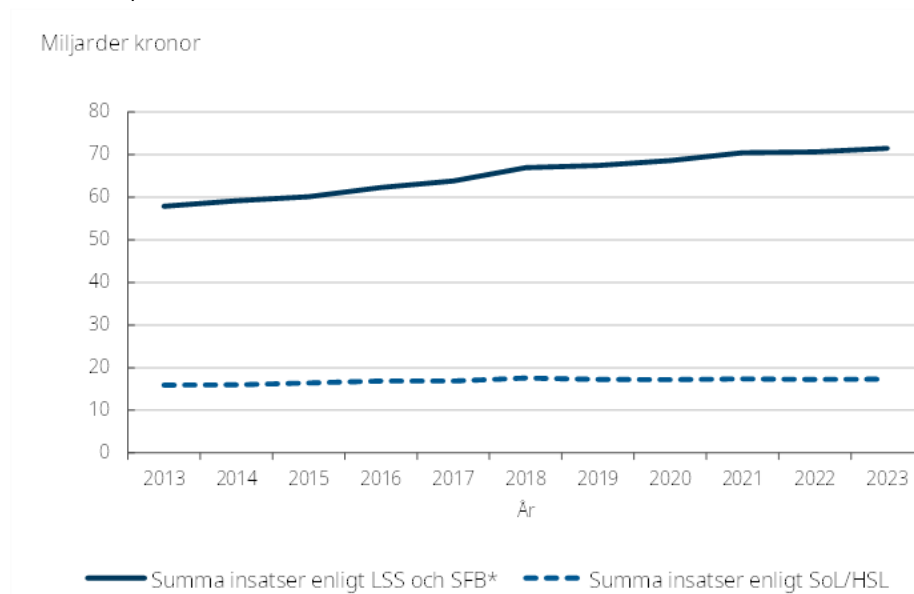
Sett över en 10-årsperiod har kostnaderna för insatser enligt LSS ökat relativt stadigt (figur 14). År 2018 ökade kostnaderna för LSS mer än vanligt men återgick därefter till en långsammare ökningstakt. Som framgår av figur x har kostnaderna för personer som omfattas av SoL legat på en relativt jämn nivå, men en svag ökning över tid kan anas.

<sup>27</sup> Referensårets lägesrapporter.

Av figur 14 framgår också att kostnaderna är betydligt högre för insatser enligt LSS/SFB än för SoL/HSL. En bidragande förklaring är att kostnaderna för LSS/SFB har ökat i högre takt än kostnader för SoL/HSL. År 2023 utgjorde kostnaderna för insatser enligt LSS/ SFB cirka 80 procent av de totala kostnaderna för området.

#### Figur 14. Kostnadsutveckling inom funktionsnedsättningsområdet över tid

Kommunernaskostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning enligt LSS/SFB och SoL/HSL\*. Kostnad angiven i miljarder kronor, 2013–2023. Priserna är fastprisberäknade till 2023 års priser.



\*Exklusive ersättning från Försäkringskassan.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2013–2023 och Prisindex 2023, Statistiska centralbyrån

Tabell 2 visar kostnadsutvecklingen mellan 2022 och 2023, samt sedan 2013. Under tidsperioden ökade kostnaderna för LSS/SFB med 23,4 procent. Mellan 2022 och 2023 ökade kostnaderna med 1,1 procent.

Under perioden 2013–2023 har den genomsnittliga ökningstakten för funktionshinderområdet varit 2,1 procent. Kostnadsökningen inom boende för vuxna enligt LSS är den största bidragande orsaken till ökningen.

Även kostnader för SoL/HSL har ökat, men i lägre takt. Mellan 2022 och 2023 ökade kostnaderna i genomsnitt med 0,9 procent per år, vilket har lett till en total kostnadsökning med 8,7 procent. År 2022–2023 ökade kostnaderna med 0,4 procent.



## Tabell 2. I siffror: Kostnadsutveckling inom funktionsnedsättningsområdet över tid

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning enligt LSS/SFB och SoL/HSL år 2023 och kostnadsutveckling över tid. Priserna är fastprisberäknade till 2023 års priser.

	Kostnad 2023, mdkr	Procentuell förändring 2022–2023 (1 år sedan)	Procentuell förändring 2013–2023 (10 år sedan)	Genomsnittlig ökningstakt 2013–2023
LSS/SFB	71,4	1,1%	23,4%	2,1
SoL/HSL	17,3	0,4%	8,7%	0,9
<b>Totalt</b>	<b>88,7</b>	<b>1,0%</b>	<b>20,2%</b>	<b>1,9</b>

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2013–2023 och Prisindex 2023, Statistiska centralbyrån

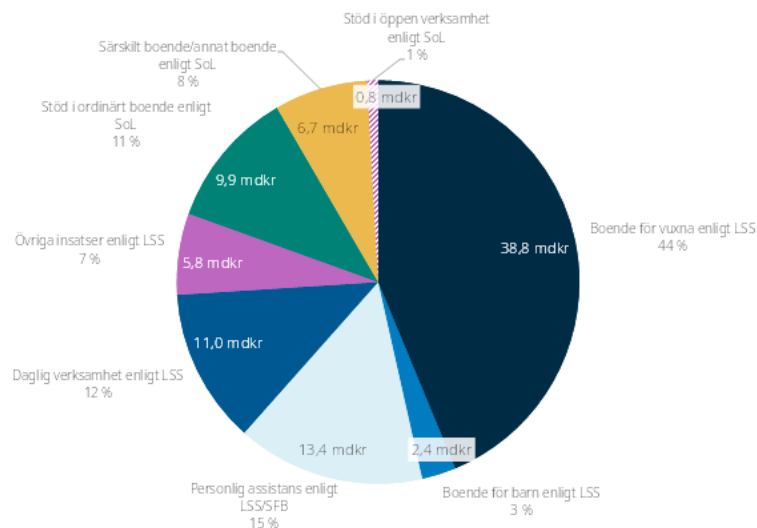
## Boende för vuxna enligt LSS har haft störst kostnadsökning

Kostnaderna varierar mellan olika insatser. Den största kostnadsposten utgörs av boende för vuxna enligt LSS: 38,8 miljarder kronor (år 2023), figur 15. De två näst största kostnadsposterna utgörs av personlig assistans enligt LSS/SFB och daglig verksamhet enligt LSS. Dessa kostnader uppgick till 13,4 respektive 11,0 miljarder kronor (år 2023). Den fjärde största posten 2023 var stöd i ordinärt boende enligt SoL, som bland annat omfattar hemtjänst och boendestöd. Sett till ökningstakten under denna period har kostnaderna för boende för vuxna enligt LSS stått för den största kostnadsökningen.<sup>28</sup> Resterande poster har haft en långsammare ökningstakt. I vissa fall har kostnaderna även minskat.

<sup>28</sup> En mer utförlig tabell med kostnaderna och ökningstakt 2019–2023 finns i bilaga 1 tabell X1 och X2 (i löpande respektive fasta priser).

### Figur 15. Kommunernas kostnader för stöd till personer med funktionsnedsättning uppdelat på olika insatser

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning. Kostnadsområde och procent av totala kostnader 2023 angivet i dataetikett; kostnaden i miljarder kronor 2023 angiven i dataområdet.



Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2023, Statistiska centralbyrån

## Kostnader för personlig assistans fortsätter minska

Kommunernas kostnader för personlig assistans består huvudsakligen av två delar:

- Kostnader för kommunalt beslutad personlig assistans
- Kostnader för personlig assistans som kommunen utför som anordnare av statlig assistansersättning enligt SFB.
- Kostnader för de första 20 timmarna per vecka för beslut om statlig assistansersättning enligt SFB<sup>29</sup>.

År 2023 uppgick kommunernas kostnader för personlig assistans inom kommunens verksamhet till 13,4 miljarder kronor (exklusive ersättning från Försäkringskassan). Mellan 2019 och 2023 har dessa kostnader minskat med 5,4 procent, motsvarande 800 miljoner kronor (tabell 3).

Sedan 2019 har kommunernas kostnader för de första 20 timmarna av statlig assistansersättning enligt SFB minskat med 12,8 procent. Minskningen förklaras av att allt färre personer beviljas statlig assistansersättning.

Kommunerna kan även vara utförare av assistans till personer med beslut om statlig assistansersättning. I sådana fall får kommunerna ersättning från

<sup>29</sup> Se 51 kap. 22 § SFB.§

Försäkringskassan. Under perioden 2019–2023 har denna kostnadspost minskat från 6,7 miljarder kronor till 5,0 miljarder kronor, motsvarande en minskning på 25 procent. Även här förklaras minskningen av att allt färre beviljas statlig assistans. Det är också troligt att allt färre personer väljer kommunen som utförare.

**Tabell 3. Kommunernas kostnadsutveckling för personlig assistans**

Kommunernas kostnader för personlig assistans. Kostnaderna är angivna i miljarder kronor och fastprisberäknade till 2023 års priser.

	2019	2020	2021	2022	2023	Förändring 2019–2023		
							Mdkr	%
<b>Kostnader för personlig assistans</b>	14,2	14,3	14,2	13,7	13,4	-0,8	-5,4	
<b>Varav kommunens ersättning till Försäkringskassan för personlig assistent enligt SFB</b>	5,1	5,0	5,0	4,7	4,5	-0,7	-12,8	
<b>Personlig assistans som kommunen utför som anordnare av statlig assistansersättning</b>	6,7	6,1	5,9	5,4	5,0	-1,7	-25,0	
<b>Kommunernas totala verksamhetsåtagande</b>	20,8	20,4	20,1	19,1	18,4	-2,4	-11,7	

\* Denna kostnad ersätts av Försäkringskassan.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag och finanser 2019–2023 och Prisindex 2023, Statistiska centralbyrån

## Små skillnader i kostnadsutveckling mellan kommungrupper

Under perioden 2019–2023 ökade den totala kostnaden för insatser enligt LSS/SFB i samtliga tre huvudkommungrupper (tabell 4).<sup>30</sup> Kostnaderna ökade mest i *Större städer och kommuner nära större stad* (6,2 procent), men skillnaderna i ökningstakt är små.

Sett i relation till invånare per kommungrupp är kostnaderna 2023 cirka 1 600 kronor högre (27 procent) i den kommungrupp med högst kostnad, *mindre städer och landsbygd*, jämfört med den kommungrupp med lägst kostnad per invånare; *större städer och kommuner nära större stad*. Socialstyrelsen har i årets analyser inte kunnat fastställa orsakerna bakom de skillnaderna mellan de olika huvudkommungrupperna.

<sup>30</sup> Se bilaga 2 för definition av kommungrupp

**Tabell 4. Kostnader för insatser enligt LSS/SFB uppdelat per kommungrupp**

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning 2019–2023. Kostnaderna angivna i miljarder kronor. Kostnaderna är fastprisberäknade till 2023 års priser. Se bilaga 2 för definition av kommungrupp.

	2019	2020	2021	2022	2023	Förändring 2019–2023	
						Mdkr	%
Storstäder och storstadsnära kommuner	22,3	22,7	23,4	23,4	23,6	1,3	5,7
Större städer och kommuner nära större stad	28,7	29,1	29,9	30,0	30,4	1,8	6,2
Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner	16,5	16,9	17,1	17,3	17,5	1,0	5,9
<b>Totalt</b>	<b>67,4</b>	<b>68,6</b>	<b>70,4</b>	<b>70,6</b>	<b>71,4</b>	<b>4,0</b>	<b>5,9</b>

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2019–2023 och Prisindex 2023, Statistiska centralbyrån

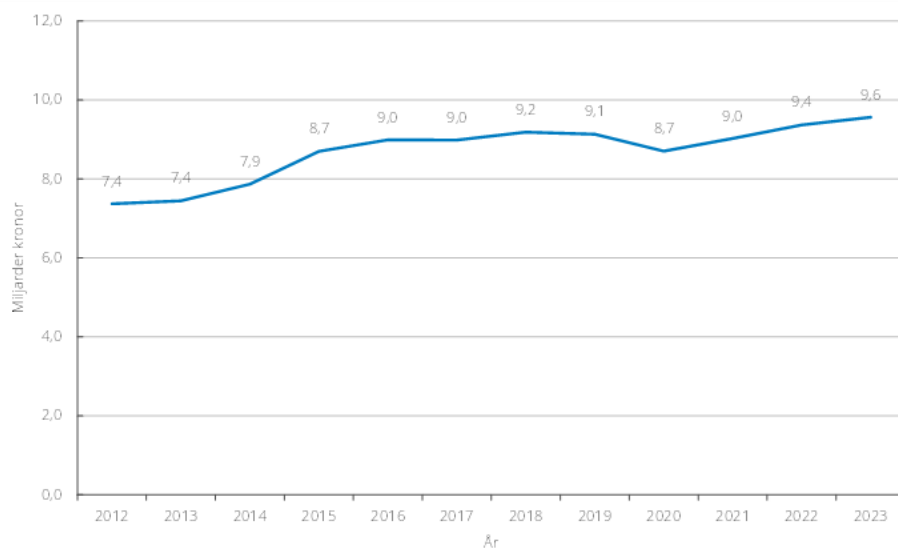
## Regionernas kostnader för området ökar

Fram tills detta avsnitt har vi enbart berört *kommunernas* kostnader. I detta avsnitt redovisas även *regionernas* kostnader för funktionsnedsättnings- och hjälpmedelsverksamhet. De totala kostnaderna sammanfattas i figur 16. Sett över en tidsperiod 2012–2023 (längsta tidsserie med jämförbara insamlade data) har kostnaderna ökat från 7,4 miljarder kronor 2012 till 9,6 miljarder kronor 2023, beräknat i fasta priser. Kostnaderna har ökat relativt stabilt sedan 2020.

I regionernas kostnader ingår övergripande kostnader för insatser för personer med funktionsnedsättning samt kostnader av verksamheter vid hjälpmedelscentraler, hörselcentraler, syncentraler och inkontinenshjälpmedelsfunktioner. Även bidrag till funktionsnedsättningsorganisationer ingår i dessa kostnader, liksom tolkservice till döva och dövblinda.

### Figur 16. Regionernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning

Regionernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning 2012–2023. Kostnaderna är angivna i miljarder kronor och fastprisberäknade till 2023 års priser.



Källa: Regionernas räkenskapsammandrag 2012–2023 och Prisindex 2023, Statistiska centralbyrån. Rikstotal i tabellen är exklusive Gotland.

# Handläggning och myndighetsutövning

I det här kapitlet fokuserar Socialstyrelsen på myndighetsutövningen inom socialtjänsten, bland annat utredningstider, verkställighet av beslut och uppföljning av beslutade insatser. Även strukturerad information och Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) tas upp.

## Sammanfattande iakttagelser

- Andelen kommuner som bedriver uppsökande verksamhet för målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning har ökat något, efter att ha minskat under flera år. År 2024 uppgav 27 procent av kommunerna att de bedriver uppsökande verksamhet för målgruppen.
- ICF är en viktig del i handläggning och i strukturerad dokumentation, särskilt i ärenden som rör personer med funktionsnedsättning.<sup>31</sup> Mellan åren 2015 och 2024 ökade andelen kommuner där handläggare använder ICF i dokumentationen, från 14 procent till 73 procent. Under samma period ökade andelen kommuner där utförarpersonal<sup>32</sup> använder ICF i dokumentationen, från 12 procent till 63 procent.
- Utredningstiderna inom LSS, det vill säga tiden mellan ansökan och beslut, varierar från år till år. Trenden tycks dock vara att utredningarna går allt snabbare. År 2024 var medianvärdet för alla kommuner i landet 34 dagar, motsvarande antal året innan var 33. Över tid ses dock en tydlig minskning, år 2018 var medianvärdet för utredningar 38 dagar.
- År 2024 hade verkställigheten dröjt mer än tre månader för drygt 5 400 beslut enligt LSS och för drygt 1 200 beslut enligt SoL. En väsentlig andel rör särskilda boendeformer som till exempel gruppboendestad. Många kommuner bygger nya boenden men samtidigt uppger ett flertal att behoven inte kommer att kunna tillgodoses inom de närmsta åren.

## Viss ökning av uppsökande verksamhet inom socialpsykiatri

Sedan 2021 har andelen kommuner som bedriver uppsökande verksamhet för målgruppen personer med funktionsnedsättning ökat, efter att tidigare ha minskat under flera år (10-12). Med uppsökande verksamhet menas att kommunen har ett utåtriktat och aktivt arbete för att identifiera personer med psykisk funktionsnedsättning som har behov av socialtjänstens insatser. I

---

<sup>31</sup> ICF är en förkortning av *International Classification of Functioning, Disability and Health*, svensk översättning *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*.

<sup>32</sup> Kommunal utförarverksamhet inom funktionshinder (SoL och/eller LSS)

den uppsökande verksamheten ingår att erbjuda personerna stöd. År 2024 uppgav 27 procent av kommunerna att de bedriver uppsökande verksamhet för målgruppen (22). Motsvarande andel 2017 var 36 (tabell 5). En jämförelse mellan länen visar att andelen kommuner som bedriver uppsökande verksamhet skiljer sig åt i landet.

**Tabell 5. Uppsökande verksamhet inom socialpsykiatrin över tid**

Andel kommuner som bedriver uppsökande verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning, andel angiven i procent, 2017–2024.

År	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Andel	36	30	31	32	24	25	24	27

Källa: Enkät Öppna jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, Socialstyrelsen 2017–2024 (Socialstyrelsen, 2017–2024).

## Markant ökad användning av ICF

### ICF

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) erbjuder en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa (13). Klassifikationen används som stöd vid bedömning av behov, arbetsbedömningar, rehabilitering och habilitering. Arbetssättet Individens behov i centrum (IBIC) bygger till stor del på ICF. Användandet av IBIC underlättar med andra ord ett individ- och helhetsperspektiv.

Användningen av ICF har ökat kontinuerligt inom funktionshinderområdet. Mellan 2015 och 2024 har andelen kommuner där handläggare använder ICF i dokumentationen ökat från 14 procent till 73 procent. Under samma period ökade andelen kommuner där utförarpersonal<sup>33</sup> använder ICF i dokumentationen, från 12 procent till 63 procent. (12)

## Utredningstiderna minskar över tid

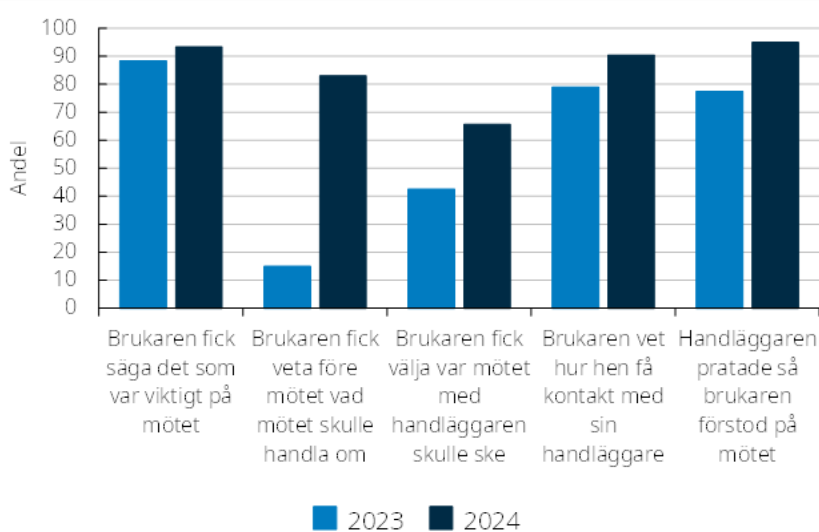
Utredningstiderna inom LSS, det vill säga tiden mellan ansökan och beslut, har ökat något under det senaste året (14). År 2024 var medianvärdet för alla kommuner i landet 34 dagar, vilket är en ökning med 1 dag jämfört med året innan (15). Sett ur ett längre tidsperspektiv så har medianvärdet för utredningstider minskat. År 2019 var medianvärdet 38 dagar.

<sup>33</sup> Kommunal utförarverksamhet inom funktionshinder (SoL och/eller LSS)

Delaktighet och inflytande är två viktiga aspekter vid handläggning och utredning. I SKR:s brukarundersökning uppgav omkring 90 procent av brukarna att de fick säga det som var viktigt på mötet med handläggaren (figur 16). Många svarade även ja när det gäller att få kontakt med sin handläggare, 90 procent. I de flesta fall pratade handläggaren så brukaren förstod, även här 90 procent. Väsentligt färre fick veta var mötet med handläggaren skulle ske, cirka 65 procent.

**Figur 16. Upplevd delaktighet vid möte med handläggare**

Andel brukare med insatser enligt LSS och SoL som upplever olika aspekter av delaktighet vid möte med handläggare, andel angiven i procent, 2024.



Källa: [www.kolada.se](http://www.kolada.se)

Skillnaderna är små mellan kvinnor och män. Något fler kvinnor uppgav att de fick säga det som var viktigt och att de vet hur de ska få kontakt med handläggaren. (14)

## Verkställighet är fortfarande en utmaning

Socialnämnden eller motsvarande i en kommun har en skyldighet att rapportera till IVO om en beviljad insats om vård eller omsorg till en individ inte har verkställts inom tre månader. Antalet ej verkställda beslut för insatser enligt LSS eller SoL ökade kraftigt under covid-19-pandemin men har sedan dess minskat (figur 17). Antalet ej verkställda beslut minskar, men har fortfarande inte kommit ner till nivåerna innan pandemin. År 2024 hade verkställigheten dröjt mer än tre månader för drygt 5 400 beslut enligt LSS och drygt 1 200 beslut enligt SoL.

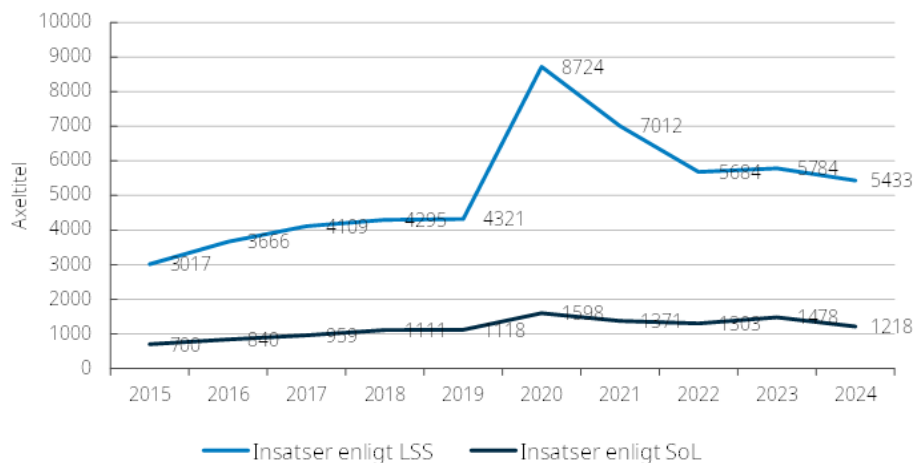


De vanligaste LSS-besluten som inte verkställs i tid är daglig verksamhet, kontaktperson och boende för vuxna (16). De utgjorde 28, 23 respektive 9 procent av samtliga ej verkställda beslut enligt LSS.

De vanligaste besluten enligt SoL som inte verkställs i tid är kontaktperson (27 procent), boendestöd (29 procent) och bostad för vuxna (21 procent). (16)

### Figur 17. Ej verkställda beslut över tid

Antal ej verkställda beslut om stöd till personer med funktionsnedsättning enligt SoL och LSS, 2015–2024, riket.



Källa: [www.ivo.se](http://www.ivo.se).

Orsakerna bakom långa verkställighetstider varierar. Det kan till exempel handla om brist på boenden. I Boverkets senaste bostadsmarknadsenkät<sup>34</sup> uppger 137 kommuner att de har underskott på någon form av bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning (17). Vanligast är underskott på gruppboendestäder.

Antalet kommuner som uppger att det inte finns tillräckligt med bostäder för personer med funktionsnedsättning har varierat mellan 140–160 kommuner de senaste tio åren.

Omkring 40 procent av kommunerna bedömer att behovet av särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning kommer att vara täckt om två år. På fem års sikt bedömer drygt 30 procent av kommunerna att de kan uppfylla behovet av denna boendeform. Flera kommuner uppger att svårigheter med planeringen av boendena:

- 28 procent av kommunerna uppger att de inte kan göra bedömningen av framtida behov på två års sikt

<sup>34</sup> I bostadsmarknadsenkäten svarar kommunerna på frågor om anpassat boende för vuxna. Det omfattar gruppboendestäder, serviceboendestäder och annan särskilt anpassad bostad. [Personer med funktionsnedsättning - Boverket](#)

- 50 procent av kommunerna uppger att de inte kan göra bedömningen av framtida behov på fem års sikt.

Kommunerna uppger flera anledningar till svårigheterna, till exempel försenade byggstarter och inflyttningar. En annan anledning uppges även vara osäkerhet om skolungdomar med funktionsnedsättning som studerar på annan ort kommer att flytta tillbaka.

Samtidigt genomför kommunerna flera insatser för att öka beståndet av särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning, till exempel:

- Få fram ny mark och planera för nybyggnad
- Årliga boendeplaner för att bättre kunna planera för behovet av boende för vuxna enligt LSS eller SoL.
- Långsiktiga planering för bostadsförsörjningen som inkluderar denna målgrupp.

En del kommuner har även uppgivit att en insats är att ”skapa förutsättningar för brukare med mindre omfattande behov att få tillgång till den ordinarie bostadsmarknaden”. Det framgår inte om det handlar om personer som flyttar från ett befintligt boende eller om det handlar om personer som exempelvis är på väg att flytta hemifrån.

Totalt uppger 94 kommuner att de kommer att påbörja sammanlagt 1 190 bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning under åren 2024–2025. Det är knappt 150 bostäder mer än vad kommunerna uppgav i 2023 års enkät. Enligt Boverket brukar kommunernas förväntningar på antalet påbörjade bostäder vara högre än vad som faktiskt påbörjas. Detta tillsammans med att ett väsentligt antal kommuner har svårt att planera för framtida behov gör att Socialstyrelsen befarar att antalet ej verkställda beslut för boende enligt LSS kommer fortsätta vara högt under en överskådlig framtid. (17)

## Samverkansöverenskommelser ökar men inte tillräckligt

### Om samverkan

Personer med funktionsnedsättning får ofta stöd från flera aktörer samtidigt. Det är därför viktigt att samordning och samverkan mellan aktörer som ger stöd till personer med funktionsnedsättning fungerar. Socialtjänstens ansvar för samverkan regleras i både SoL och LSS. Bestämmelser om samverkan finns också i de lagar som gäller för hälso- och sjukvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och skolan. Även om aktörernas uppdrag och juridiska ansvar skiljer sig åt handlar det ytterst om att tillsammans tillgodose den aktuella personens behov och ha ett helhetsperspektiv.

Allt fler kommuner har samverkansöverenskommelser<sup>35</sup> med stöd av 6 § LSS, mellan sina LSS-verksamheter och Försäkringskassan respektive Arbetsförmedlingen (tabell 6). År 2024 låg andelen på 16 respektive 18 procent (12). Vidare har omkring var tredje kommun samverkansöverenskommelser med barn- eller vuxenhabiliteringen. Motsvarande andelar för barn- respektive vuxenpsykiatri ligger på samma nivå.

**Tabell 6. Förekomst av skriftliga överenskommelser om samverkan i enskilda ärenden**

Andel kommuner med skriftlig överenskommelse om samverkan i enskilda ärenden mellan LSS och andra verksamheter, uppdelat på aktörer, andel angivet i procent, 2022–2024, riket.

Aktuell överenskommelse om samverkan mellan LSS och...	2022	2023	2024
Arbetsförmedlingen	13	17	18
Försäkringskassan	13	14	16
Barn- och ungdomspsykiatri	29	33	36
Barn- och ungdomshabilitering	29	32	36
Vuxenpsykiatri	28	30	33
Vuxenhabilitering	23	26	29

Källa: Öppna jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 och 2023 (Socialstyrelsen, 2018–2024).

<sup>35</sup> Avser andelen kommuner som uppfyller indikatorerna om aktuella, skriftliga och på ledningsnivå beslutade överenskommelser om extern samverkan.

Även om andelen samverkansöverenskommelser ökar så är andelen fortfarande låg inom samtliga undersökta områden. Drygt 80 procent av kommunerna saknar till exempel samverkansöverenskommelser med Arbetsförmedlingen. Överenskommelser om samverkan i enskilda ärenden kan vara en förutsättning för att övergången från daglig verksamhet till exempelvis lönebidragsanställningar fungerar.

Omkring två tredjedelar av kommuner saknar samverkansöverenskommelser mellan LSS-verksamheter och habiliteringen respektive psykiatrin. En fungerande samverkan med dessa verksamheter är i sin tur många gånger en förutsättning för att de enskildas behov ska kunna tillgodoses. Kommunerna har dessutom en skyldighet enligt 5 kap. 8 a SoL att ingå en överenskommelse med regionen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning.

Utvecklingen ska dock tolkas med försiktighet då det inte är klarlagt om samverkansöverenskommelserna har ersatts av andra verktyg, såsom samordnad individuell plan (SIP). Några av kommunerna har till exempel uppgett att de samverkar med de olika aktörerna, men att det inte finns en skriftlig överenskommelse. Några av kommunerna uppger att de har överenskommelser genom samordningsförbundet eller andra länsövergripande överenskommelser. Några uppger även att arbete pågår med att ta fram överenskommelser. Socialstyrelsen bedömer likväl att de låga andelarna är bekymmersamma. Försämrade förutsättningar för samverkan kan inte bara bidra till försämrad kvalitet i stöd utan även försämrad hälsa och livskvalitet.

# Digitalisering och välfärdsteknik

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för utvecklingen av välfärdsteknik och e-hälsa inom socialtjänstens stöd till personer med funktionsnedsättning. Vi tar även upp digitalt stöd som syftar till att motverka isolering och användningen av digitala tjänster.

## Sammanfattande iakttagelser

- Kommunernas välfärdsteknik inom funktionshinderområdet ökar. Den största ökningen ses inom digitalt stöd för inköp samt träning och aktiviteter. Allt teknik ökar dock inte, en del har i stället minskat. Minskningen gäller framför allt användningen av välfärdsteknik som är kopplad till omvårdnad och tillsyn, såsom digital tillsyn och passiva larm.
- Digitala stöd för dagliga aktiviteter eller träning finns i 39 procent av kommunerna för personer i ordinärt boende. Andelen är högre i stöd- och serviceboenden, 53 procent.
- Digitala stöd och välfärdsteknik är många gånger förutsättningar för sociala aktiviteter och för att bryta isolering. Omkring 70 procent av kommunerna erbjuder stöd för att bryta det digitala utanförskapet.
- Personer i daglig verksamhet och i boenden enligt LSS eller SoL använder digitala tjänster i lägre utsträckning än övrig befolkning. I och med att många personer med funktionsnedsättning kan ha svårt att använda tjänsterna är det inte bara risk för försämrad delaktighet i samhället utan också ökat beroendet av stöd.

## Minskningen inom välfärdsteknik har avstannat

### **Om välfärdsteknik**

Välfärdsteknik är digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning. Välfärdsteknik kan användas av personen själv, en närstående, personal eller någon annan i personens närhet. Välfärdsteknik kan både ges som bistånd enligt SoL eller förskrivas som hjälpmedel enligt HSL.

## Digitala stöd för personalen ökar

När mobil utförarpersonal besöker enskilda i hemmet kan de behöva dokumentera besöket i kommunens digitala verksamhetssystem eller i något annat system som behandlar personuppgifter. Det finns olika lösningar för

att dokumentera mobilt, till exempel smarta mobiler, surfplattor och bärbara datorer.

Personalens möjlighet att dokumentera mobilt har ökat stadigt sedan 2021<sup>36</sup> (18). Inom LSS-verksamheter har andelen kommuner som använder denna teknik ökat från 29 till 53 procent. Även inom verksamheter enligt SoL har det skett en ökning, från 33 till 56 procent.

## Stöd för digitala inköp ökar i ordinärt boende

Den vanligaste typen av välfärdsteknik i ordinärt boende är fortfarande videostöd vid samordnad individuell plan (SIP). Tekniken finns i över 70 procent av kommunerna (tabell 7). En annan vanlig teknik är passiva larm, som finns i 66 procent av kommunerna.

De flesta välfärdstekniker har ökat med någon eller några procentenheter mellan 2023 och 2024. Tidigare års konstaterade minskning har med andra ord avstannat, även om det ännu inte går att tala om ett trendbrott. En jämförelse mellan 2022 och 2024 visar dock på en varierande utveckling. Flera tekniker har minskat över denna treårs-period, till exempel nattillsyn med digital teknik och passivt larm. (18)

En låg andel personer med funktionsnedsättning använder nattillsyn. Gruppen utgör 3 procent av samtliga användare. en mindre andel av antalet brukare som använder tekniken i ordinärt boende, 3 procent. Det motsvarar 139 personer. Det innebär att antalet personer med funktionsnedsättning som har digital nattillsyn är väldigt lågt per kommun, och många kommuner saknar användare helt. Totalt är det 31 kommuner som har någon brukare med denna teknik inom funktionsnedsättningsområdet. (18)

Stöd för digitala inköp är en av de tekniker som uppvisar en tydlig ökning. Andelen kommuner som erbjuder detta har ökat från 24 procent 2022 till 31 procent 2024. Även digitalt stöd för träning eller aktivering visar på en relativt stor ökning. Mellan 2022 och 2024 ökade den andelen med sju procentenheter, från 22 till 42 procent. (18)

---

<sup>36</sup> Det vill säga inom socialtjänstens alla verksamhetsområden.

**Tabell 7. Utveckling av välfärdsteknik för personer med funktionsnedsättning i ordinärt boende**

Andel kommuner som erbjuder välfärdsteknik tillgängliga i till personer med funktionsnedsättning, ordinärt boende, uppdelat på typ av välfärdsteknik 2022–2024\* \*\*

Typ av välfärdsteknik	2022 (n=285)	2023 (n=288)	2024 (n=263)
Nattillsyn med digital teknik	43	27	31
Passivt larm/sensor, till exempel dörrlarm, fallarm och rörelselarm	72	64	66
Brandlarm kopplat till trygghetslarmet	19	18	22
Videostöd vid samordnad individuell planering	76	77	79
Digitalt stöd för träning eller aktivering	33	34	42
Stöd för digitala inköp (online dagligvaror)	24	32	31
Digital teknik för kommunikation** mellan enskilda och närstående	-	-	39

\*Andel utifrån hur många kommuner som har angett att de har tekniken, antingen i pilotverksamhet eller att de erbjuder den till alla i målgruppen. \*\*Antal kommuner som svarade var 285 (2022), 288 (2023), 263 (2024). \*\*\*Frågan ställdes inte 2022 års och 2023 års enkät.

Källa: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023 (Socialstyrelsen, 2023).

## Passiva larm vanligt i stöd- och serviceboenden

Utvecklingen av välfärdsteknik i stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning uppvisar delvis samma mönster som inom ordinärt boende (18). Minskningarna som konstaterades i 2023 års uppföljning har med andra ord inte fortsatt. I stället har nivåerna återhämtat sig något. Den teknik som ökat mest är, precis som inom ordinärt boende, digitalt stöd för dagliga aktiviteter. Andelen kommuner som erbjuder detta har ökat från 39 procent 2023 till 52 procent 2024 (tabell 8). Även digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering står för en tydlig ökning, från 34 procent 2023 till 42 procent 2024.

**Tabell 8. Utveckling av digital teknik i stöd- och serviceboende för personer med funktionsnedsättning**

Andel kommuner som erbjuder välfärdsteknik tillgängliga i till personer med funktionsnedsättning, ordinärt boende, uppdelat på typ av välfärdsteknik 2022–2024\* \*\*

Typ av välfärdsteknik	2022	2023	2024
Natttillsyn med digital teknik	29	22	23
Passivt larm/sensor, till exempel dörrlarm, fallarm och rörelselarm	78	76	82
Digitalt stöd för träning eller aktivering	38	44	65
Stöd för digitala inköp (online dagligvaror)	-	25	29
Digital teknik för kommunikation mellan enskilda och närstående**	-	-	50

\*Andel utifrån hur många kommuner som har angett att de har tekniken, antingen i pilotverksamhet eller att de erbjuder den till alla i målgruppen. \*\*Antal kommuner som besvarade enkäten var 295(2022), 287 (2023), 260 (2024). Frågan ställdes inte 2022 års och 2023 års enkät.

Källa: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023 (Socialstyrelsen, 2023).

## Välfärdsteknik kan främja delaktighet

Välfärdsteknik och digitalisering kan, rätt använt, bidra till ökad självständighet och delaktighet för personer med funktionsnedsättning. Redovisningen i avsnittet ovan handlar framför allt om sådan välfärdsteknik som är en del av omvårdnads- eller tillsynsinsatser. Ett av målen i LSS är att skapa förutsättningar att leva som andra och den välfärdsteknik som redogörs för här täcker inte det. Därför är välfärdsteknik som exempelvis stödjer sociala aktiviteter viktigt.

## En majoritet av kommunerna erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap

Internettillgången fortsätter att öka på kommunalt drivna stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning. År 2023 angav 60 procent av kommunerna att det finns internetuppkoppling i de boendes rum eller lägenheter på samtliga boenden (18). I 11 procent av kommunerna saknas sådan uppkoppling.

En majoritet av kommunerna, 71 procent, erbjuder stöd till enskilda personer med funktionsnedsättning i syfte att minska digitalt utanförskap. Tabell 8 visar att det vanligast stödet som erbjuds är utbildning för att höja digital kompetens, digitala handledare samt stödmaterial till digitala tjänster.



Totalt 29 procent av kommunerna erbjuder utlåning av digital teknik och 27 procent prova på-rum eller visningsmiljöer för digital teknik. (19)

Socialstyrelsen ser det som önskvärt att fler kommuner erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap. Denna typ av stöd skapar förutsättningar för ökad delaktighet och jämlika livsvillkor för personer med funktionsnedsättning som får stöd från socialtjänsten. Stöden skapar även förutsättningar för en jämlik digital omställning.

## Digitala hinder försvårar delaktighet

Personer med funktionsnedsättning använder digitala tjänster i lägre utsträckning än den övriga befolkningen, det visar en rapport som Begripsam och Post- och telestyrelsen (PTS) har låtit ta fram (20). Rapporten visar på stora hinder i den digitala vardagen för många personer med daglig verksamhet och boende enligt LSS eller SoL. I resten av avsnittet benämns gruppen ibland som personer med funktionsnedsättning.

En väsentlig andel av dessa grupper tycker det är svårt att använda internet, omkring 50 procent av personerna i daglig verksamhet och 70 procent i boenden enligt LSS (tabell 9). Motsvarande andel i övrig befolkning 16 procent. Det handlar bland annat om svårigheter att förstå innehåll, använda tjänster och söka information. Det är vanligt att gruppen brukar be om hjälp att göra saker på internet, omkring 40 procent jämfört med 25 procent i den övriga befolkningen.

Användningen av sociala medier är dock vanligare bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övriga befolkningen, uppemot 80 procent bland personer med daglig verksamhet och mellan 50 och 70 procent bland personer i olika boendeformer.

Användningen av digitala tjänster som rör ekonomi är väsentligt lägre bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning. Ett exempel är Swish, som används av 40 procent i daglig verksamhet och 30 procent i boenden. (20)

### Tabell 9. Digitala aktiviteter som rör ekonomi bland personer med funktionsnedsättning

Andel personer med funktionsnedsättning som uppger att de använder digitala tjänster kopplat till ekonomi, uppdelat på olika typer av digitala tjänster samt daglig verksamhet och boende enligt LSS och SoL, andel angiven i procent, 2023.

	Daglig verksamhet	Boenden enligt LSS eller SoL	Övrig befolkning
Mobilt BankID	44	41	94
FrejaeID	8	11	4
Swish	40	32	90
Betala räkningar	41	32	91
Handel	40	27	81

Källa: Hur använder personer med funktionsnedsättning internet 2023 – specialrapport för grupperna i daglig verksamhet, anpassat boende och anpassad skola (Begripsam och PTS, 2024).

Att inte kunna identifiera sig digitalt och att inte kunna genomföra ekonomiska transaktioner digitalt riskerar att medföra stora inskränkningar på flera livsområden, menar författarna till rapporten. Dessa svårigheter har även bekräftats av Socialstyrelsens råd för funktionshindersfrågor.

Digitala hinder riskerar att påverka delaktigheten i samhällslivet negativt. Beroende av stöd riskerar dessutom att öka, både av anhöriga och av personal. Att få hjälp med BankID är även förknippat med vissa risker, eftersom de personer som hjälper till får full tillgång till personens konton.

(20)

# Kunskap och kompetens

## Sammanfattande iakttagelser

- Andelen tillsvidareanställd personal med adekvat utbildning är 84 procent inom bostad med särskild service och 91 procent inom daglig verksamhet. Det är i stort sett samma nivå som 2023.
- Andelen personal med adekvat utbildning varierar mellan olika enheter. Variationen är störst inom daglig verksamhet. I 12 procent av verksamheterna har ingen tillsvidareanställd adekvat grundutbildning på gymnasienivå. I 30 har av verksamheterna har all tillsvidareanställd personal sådan utbildning.
- Andelen enheter som erbjuder kompetensutveckling i alternativ och kompletterande kommunikation, AKK, har ökat sedan 2023. Inom bostad med särskild service har 61 procent av enheterna erbjudit personalen kompetensutveckling inom AKK. Inom daglig verksamhet har 67 procent av enheterna gjort det. Det är en ökning med 6 respektive 5 procentenheter.
- 65 procent av personalen som varit anställd mer än ett år inom boende för vuxna enligt LSS har en kompetensutvecklingsplan och 41 procent av personalen erbjuds handledning. Inom daglig verksamhet har 77 procent av personalen en kompetensutvecklingsplan och 37 procent erbjuds kontinuerlig handledning. Inom boende för vuxna enligt LSS minskar andelen enheter som får kontinuerlig handledning.

## Relativt hög kompetens hos personal i LSS-verksamheter

### **Rekommendationer om personalens kompetens**

I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning beskrivs de kunskaper som rekommenderas för personal som arbetar i verksamheter för personer med funktionsnedsättning.

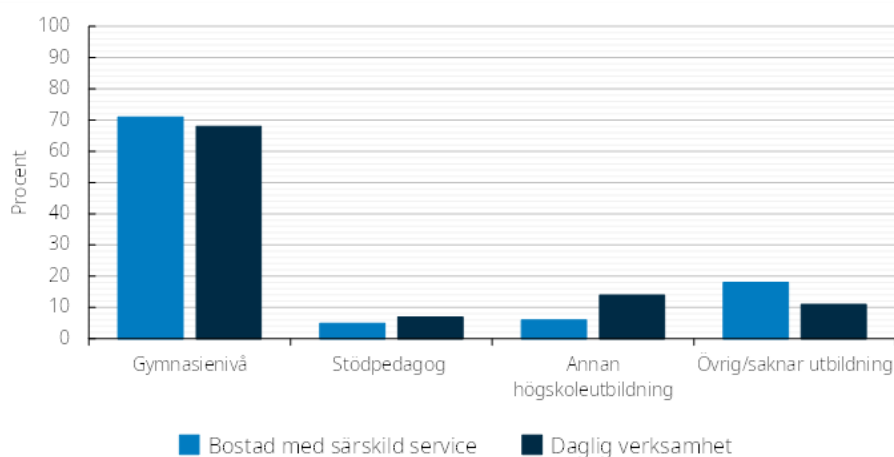
Personalens kompetens i LSS-boenden varierar. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att 84 procent av personalen inom bostad med särskild service respektive 91 procent inom daglig verksamhet har adekvat

utbildning, på gymnasie- eller högskolenivå inklusive stödpedagog<sup>37</sup> (figur 18). Det motsvarar en ökning på två procentenheter sedan föregående år.

Motsvarande andel är lägre bland visstidsanställda: 44 procent inom boende för vuxna enligt LSS och 54 procent inom daglig verksamhet.

### Figur 18. Personalens utbildningsnivå inom bostad med särskild service och daglig verksamhet, 2024

Utbildningsnivå\* för tillsvidare- och visstidsanställd personal i bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS (exklusive timanställda), för personal med flera utbildningar ska enheterna ha angett den högsta utbildningen, 2024.



Not: Med **annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning** som är relevant för verksamheten avses personal som har annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som verksamheten bedömt vara relevant utifrån behovet av kompetens i verksamheten.

Med **övrig utbildning/saknar utbildning** avses personal utan adekvat utbildning på gymnasienivå, utbildning till stödpedagog på yrkeshögskola eller annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som är relevant för verksamheten.

Källa: Enkät Enhetsundersökning LSS 2023 (Socialstyrelsen, 2023).

Omkring 5 procent av personalen i boende för vuxna och 7 procent inom daglig verksamhet enligt LSS är utbildade stödpedagoger (figur 18). En stödpedagog<sup>38</sup> arbetar ofta med att stödja och handleda övrig personal i arbetet med social dokumentation, metoder eller alternativa kommunikationssätt. Det kan finnas enheter som har tillgång till stödpedagog utan att det syns i resultatet då en stödpedagog kan ha sin anställning på en enhet men dela sin arbetstid mellan flera enheter. Efterfrågan på stödpedagoger ökar. Enligt tidigare uppgifter från SKR sökte 59 procent av landets kommuner sökt personal med utbildning till stödpedagog under 2023 (4). Av dessa uppgav över hälften av kommunerna

<sup>37</sup> Med **adekvat utbildning på gymnasienivå** avses här de utbildningar som rekommenderas i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning.

<sup>38</sup> Utbildning till **stödpedagog** ges inom yrkeshögskolan. Det är en utbildning som är direkt inriktad på arbete inom LSS-verksamhet. Behörighetskrav för att bli stödpedagog är godkänd gymnasieexamen samt ett års yrkeserfarenhet inom funktionshinderområdet.

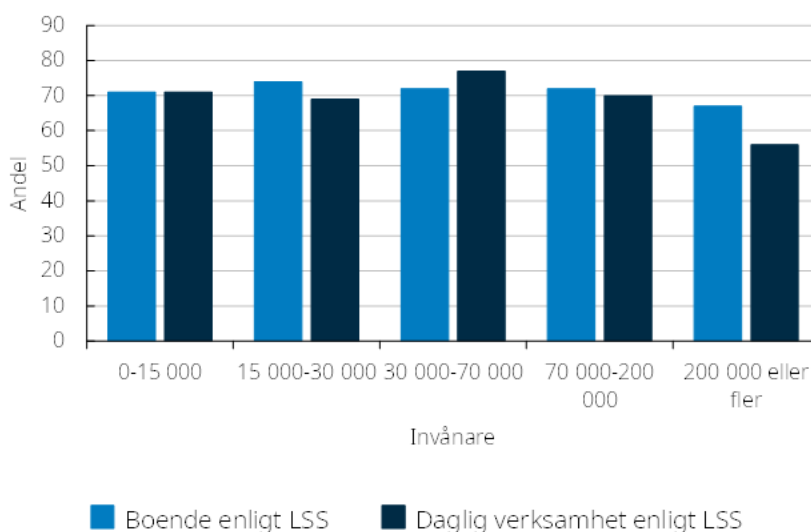
att det rådde brist på sökande. På sikt (3 år) bedömer 37 procent av landets kommuner att antalet stödpedagoger kommer att öka.

## ...men lokala skillnader finns

Det finns vissa lokala skillnader i personalens kompetens. Figur 19 visar andelen kommuner där samtliga tillsvidareanställda har adekvat grundutbildning på gymnasienivå. Andelen ligger på omkring 70 procent inom de flesta av kommungrupperna. Undantaget är kommungruppen med 200 000 invånare eller fler, där andelen är något lägre. Andelen är framför allt lägre inom daglig verksamhet, där omkring 55 procent av personalen har adekvat grundutbildning på gymnasienivå.

### Figur 19. Lokala skillnader i personalens kompetens

Utbildningsnivå\* för tillsvidare- och visstidsanställd personal i bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS (exklusive timanställda), uppdelat på kommungrupp, 2024.



Källa: Öppna jämförelser - enhetsundersökningen inom LSS, Socialstyrelsen;2024.

Det finns även skillnader på enhetsnivå. Skillnaderna är störst inom daglig verksamhet. I 12 procent av verksamheterna har ingen tillsvidareanställd adekvat grundutbildning på gymnasienivå och i 30 procent av verksamheterna har max hälften motsvarande utbildning (tabell 9). I 30 procent av verksamheterna har samtliga tillsvidareanställda motsvarande utbildning.

Variationerna inom boende för vuxna enligt LSS är mindre, men de finns. I 4 procent av boendena har ingen tillsvidareanställd adekvat grundutbildning på gymnasienivå. Även om andelen är låg så handlar det om 134 enheter och påverkar därmed ett väsentligt antal brukare. I omkring 20 procent har max hälften av den tillsvidareanställda personalen motsvarande utbildning. I en lika hög andel av enheterna har all personal motsvarande utbildning.

**Tabell 9. Skillnader i kompetens mellan enheter**

Skillnader i förekomsten av tillsvidareanställda med adekvat grundutbildning på gymnasienivå inom daglig verksamhet och boende för vuxna enligt LSS, andel angiven i procent, riket, 2024.

	Daglig verksamhet	Boende för vuxna enligt LSS
Ingen tillsvidareanställd har adekvat grundutbildning på gymnasienivå	12	4
Max en fjärdedel av tillsvidareanställda ha adekvat grundutbildning på gymnasienivå	15	7
Max hälften av tillsvidareanställda har adekvat grundutbildning på gymnasienivå	30	19
Samtliga tillsvidareanställda har adekvat grundutbildning på gymnasienivå	30	20

Källa: Öppna jämförelser inom LSS – enhetsundersökningen (Socialstyrelsen 2024).

## Hälften av LSS-boendena får kontinuerlig handledning

Majoriteten av personalen som varit anställd mer än ett år inom bostad med särskild service har en kompetensutvecklingsplan (65 procent) och 55 procent erbjuds handledning (tabell 10 och 11). Inom daglig verksamhet har 77 procent av personalen en kompetensutvecklingsplan och 37 procent erbjuds handledning. Andelen är något högre i verksamheterna som bedrivs i enskild regi än i kommunal regi:

- Boende för vuxna enligt LSS: Enskilda verksamheter 69 procent, offentliga verksamheter 64 procent.
- Daglig verksamhet: enskilda verksamheter 84 procent, offentliga verksamheter 77 procent. (21)

Det är vanligare att personalen inom daglig verksamhet erbjuds utbildning i alternativ kompletterande kommunikation (AKK), 62 procent, jämfört med bostad med särskild service, 42 procent. I jämförelse mellan verksamheter i privat och kommunal regi så finns stora skillnader:

- Inom bostad med särskild service, i enskild regi har 71 procent erbjudits utbildning i AKK, jämfört med 52 procent i kommunal regi.
- Inom daglig verksamhet är det 71 procent inom enskild regi och 61 procent inom kommunal regi som erbjudits utbildning i AKK. (21)

### Tabell 10. Kompetensutvecklingsplaner och kontinuerlig handledning över tid inom boende för vuxna enligt LSS

Andel enheter (boende för vuxna enligt LSS) där all personal har individuell och samlad kompetensutvecklingsplan samt får kontinuerlig handledning, andel angiven i procent, 2018, 2022, 2024, riket.

Indikatorer	2018	2022	2024
En aktuell och samlad plan för personalens kompetensutveckling finns vid enheten	57	57	74
Samtlig personal har en aktuell individuell kompetensutvecklingsplan	65	67	67
Personalen har erbjudits kontinuerlig handledning	50	45	41
Personalen har erbjudits kompetensutveckling inom alternativ och kompletterande kommunikation, AKK	45	39	61

Källa: Enkät Enhetsundersökning LSS 2018, 2019, 2022, 2023 (Socialstyrelsen 2018, 2019, 2022 och 2023).

### Tabell 11. Kompetensutvecklingsplaner och kontinuerlig handledning över tid inom daglig verksamhet enligt LSS

Andel enheter (daglig verksamhet enligt LSS) där all personal har individuell och samlad kompetensutvecklingsplan samt får kontinuerlig handledning, andel angiven i procent, 2018, 2022 och 2024, riket.

Indikatorer	2018	2022	2024
En aktuell och samlad plan för personalens kompetensutveckling finns vid enheten	50	60	77
Samtlig personal har en aktuell individuell kompetensutvecklingsplan	71	76	81
Personalen har erbjudits kontinuerlig handledning	36	32	35
Personalen har erbjudits kompetensutveckling inom alternativ och kompletterande kommunikation, AKK	53	53	67

Källa: Enkät Enhetsundersökning LSS 2018, 2019, 2022, 2023 (Socialstyrelsen 2018, 2019, 2022 och 2023).

## Självbestämmande, delaktighet och kvalitet

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för frågor som rör självbestämmande och inflytande för personer med funktionsnedsättning. Vi berör även frågor som rör trivsel och tillgodosedda hjälpbehov.

Utgångspunkten för kapitlet är följande lagtexter:

- Socialnämndens insatser ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (3 kap. 5 § SoL).
- När det gäller insatser enligt LSS ska individen i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över insatser som ges (6 § LSS). Den enskildes delaktighet kan genomföras på olika sätt och i olika former.

## Sammanfattande iakttagelser

- De flesta brukare uppger att de får bestämma över sådant som är viktigt för dem. Den högsta andelen finns inom boendestöd enligt SoL och den lägsta inom boende enligt SoL, 75 procent.
- Andelen brukare med genomförandeplaner ökar. I knappt 85 procent av enheterna inom bostad med särskild service och 67 procent av de dagliga verksamheterna enligt LSS uppger att samtliga personer på enheten har en aktuell genomförandeplan. Förekomsten av dokumenterad delaktighet och individuella mål i planerna är dock lägre.
- Andelen brukare med tillgodosedda hjälpbehov har inte förändrats nämnvärt under de senaste åren. Den högsta andelen av brukarna som uppgett att de får den hjälp de vill ha återfinns inom sysselsättning enligt LSS och boendestöd enligt SoL, omkring 85 procent.
- Även andelen brukare som uppger att personalen pratar så brukaren förstår varierar mellan områdena. Mellan 69 och 87 procent av de som svarat på undersökningen inom de olika områdena uppger att personalen pratar så att brukaren förstår. Andelen är högst inom boendestöd SoL och lägst inom servicebostad enligt LSS.

## Många upplever högt självbestämmande

Inflytande kan till exempel handla om att kunna påverka beslut på olika nivåer och är viktigt både för självkänslan och för den personliga integriteten. I SKR:s brukarundersökning under 2024<sup>39</sup> har majoriteten av

---

<sup>39</sup> I SKR:s nationella brukarundersökningar inom funktionshinderområdet finns frågor som belyser enskildas möjlighet till inflytande och självbestämmande i verksamheter och i kontakt med myndigheten. Brukarundersökningarna riktar sig till vuxna personer med funktionsnedsättning inom

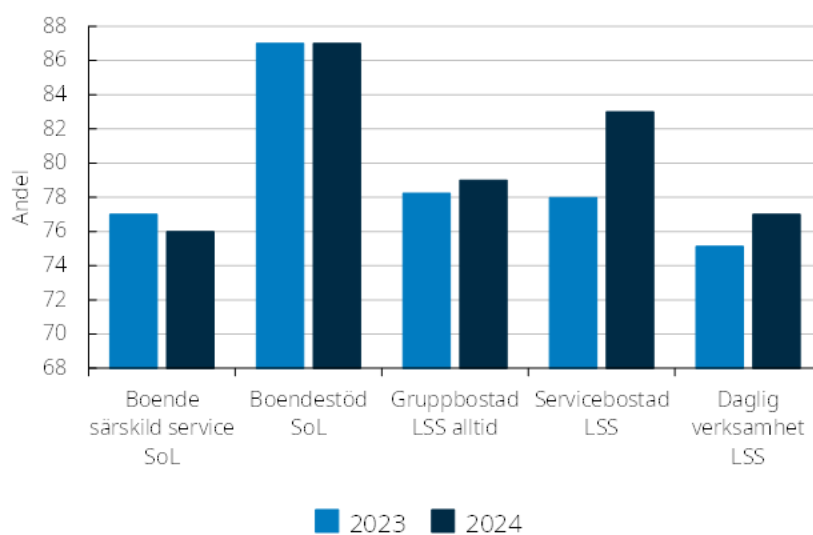


brukarna svarat ”ja” på frågan om de får bestämma över saker som är viktiga för dem, i hemmet och i sysselsättningen (figur 20). Högst inflytande skattas inom boendestöd enligt SoL, 87 procent. Lägst inflytande skattas inom boende enligt SoL, 75 procent. Andelen är på ungefär samma nivåer som 2023.

Det finns vissa könsskillnader inom ovanstående områden. Störst är skillnaden inom boende med särskild service enligt SoL där 79 procent av männen och 72 procent av kvinnorna uppger att de får bestämma om saker som är viktiga.

### Figur 20. Upplevt självbestämmande över tid i vissa insatser inom LSS och SoL

Upplevt självbestämmande bland personer med vissa insatser enligt LSS och SoL, uppdelat på insatser, andel angiven i procent, 2022-2024.



Källa: [www.kolada.se](http://www.kolada.se)

## Antalet genomförandeplaner ökar

I Socialstyrelsens öppna jämförelser finns också frågor som belyser enskildas möjlighet till inflytande och självbestämmande. Knappt 85 procent av enheterna inom bostad med särskild service och 68 procent av de dagliga verksamheterna enligt LSS uppger att samtliga personer på enheten har en aktuell genomförandeplan (tabell 12). Andel enheter där samtliga personer på enheten har en aktuell genomförandeplan som även innehåller dokumentation om delaktighet eller individuella mål är något lägre. Inom boende för vuxna enligt LSS har andelen varit relativt oförändrad över tid, se tabell 12. Inom daglig verksamhet enligt LSS har andelen varierat. En

boenden, boendestöd och daglig verksamhet/sysselsättning enligt (LSS) och (SoL), personlig assistans samt till vuxna personer med funktionsnedsättning, som söker eller har stöd enligt SoL eller LSS (undersökningen om myndighetskontakt).

genomförandeplan syftar till att beskriva hur en insats ska genomföras. Av genomförandeplanen bör det bland annat framgå om den enskilde har deltagit i planeringen och i så fall vilken hänsyn som har tagits till hans eller hennes synpunkter och önskemål. Det bör även framgå vilket eller vilka mål som gäller för insatsen och för varje aktivitet.<sup>40 41</sup>

Enskildas inflytande i verksamheten kan även främjas genom regelbundna möten där de enskilda deltar för att diskutera gemensamma frågor som exempelvis gemensamma aktiviteter eller den gemensamma boendemiljön. För bostad med särskild service uppger 47 procent av enheterna att de har gemensamma möten minst en gång i månaden. Motsvarande andel inom daglig verksamhet är 62 procent, se tabell 12.

Att genomföra en undersökning om enskildas uppfattning om verksamhetens kvalitet ger verksamheten bättre underlag för att skapa god kvalitet och kan också bidra till att enskilda blir mer delaktiga och får inflytande över det stöd som ges. Uppföljning av enskildas uppfattning om verksamheten kan vara ett led i det systematiska kvalitetsarbetet. Utföraren har ett ansvar att skapa förutsättningar för delaktighet<sup>42</sup> och behöver vara lyhörd för den enskildes åsikter. Andelen enheter inom bostad med särskild service och daglig verksamhet som har genomfört en undersökning om enskildas uppfattning om verksamhetens kvalitet, och använt resultaten för att utveckla verksamheten ökar. Det är 68 procent av enheterna som har gjort det inom bostad med särskild service och 72 procent av enheterna inom daglig verksamhet vilket är en ökning med 4 respektive 5 procentenheter sedan 2019 (21).

---

<sup>40</sup> Inför 2023 har indikatorn om krav på krisberedskap vid upphandling reviderats, från att visa andelen kommuner som har en rutin om att inkludera krav på krisberedskap vid upphandling, till att visa andelen kommuner som har inkluderat krav på krisberedskap vid upphandling av tjänster för verksamheter för särskilt sårbara grupper. Detta gör att resultaten inte går att jämföra över tid.

<sup>41</sup> Se allmänna råd till 11 kap. 5 § SoL eller 21 a § LSS som återfinns i 6 kap. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS

<sup>42</sup> se 6 § LSS.

**Tabell 12. Indikatorer för delaktighet och inflytande inom boende för vuxna och daglig verksamhet enligt LSS**

Indikatorer som belyser delaktighet och inflytande inom boende för vuxna och daglig verksamhet enligt LSS, andel enheter, andel angiven i procent, 2022, 2023 och 2024, riket.

Indikatorer	Bostad med särskild service för vuxna			Daglig verksamhet		
	2019	2022	2023	2019	2022	2023
Samtliga personer på enheten har en aktuell genomförandeplan	81	84	84	63	67	68
Samtliga personer på enheten har en aktuell genomförandeplan som innehåller dokumentation om delaktighet	69	73	73	57	61	60
Samtliga personer på enheten har en aktuell genomförandeplan som innehåller individuellt utformade mål	73	76	78	61	65	63
Gemensamma möten genomförs minst en gång i månaden	38	46	47	59	61	62

Källa: Enkät Öppna Jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, 2019, 2020, 2021, 2023 (Socialstyrelsen, 2019, 2020, 2021, 2023).

Uppgifterna i tabell 12 avser andel enheter där samtliga brukare har exempelvis en genomförandeplan. Uppgifter på individnivå visar på högre andelar. Totalt har 93 procent av deltagare i dagliga verksamheterna en aktuell genomförandeplan. För 90 procent finns det även en dokumenterad delaktighet i framtagandet av genomförandeplanen. Vidare har 92 procent individuella mål i sina genomförandeplanen.

Andelarna inom boende för vuxna enligt LSS ligger på samma nivå som för daglig verksamhet. Undantaget är andelen personer med genomförandeplan som är något högre, 95 procent.

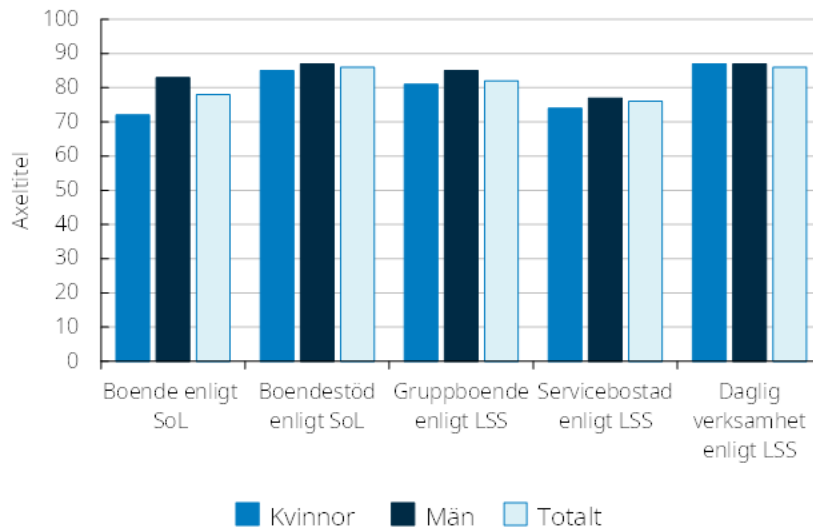
Mer än var tredje kommun har genomfört en undersökning om enskildas uppfattning av verksamhetens kvalitet avseende myndighetsutövningen inom socialpsykiatri och LSS och använt resultaten för att utveckla verksamheten (12, 22).

## Få förändringar i tillgodosedda hjälpbehov över tid

Andelen brukare med tillgodosedda hjälpbehov har inte förändrats nämnvärt under de senaste åren. Den högsta andelen återfinns inom daglig verksamhet enligt LSS och boendestöd enligt SoL, knappt 90 procent (figur 21). Lägst andel finns inom boende med särskild service enligt SoL och serviceboende enligt LSS, 77 procent. Resultatet har legat på ungefär samma nivåer de senaste tre åren för samtliga områden. Det finns skillnader mellan könen där män i högre grad uppger att de får den hjälp de vill ha.

### Figur 21. Tillgodosedda hjälpbehov i vissa verksamheter enligt LSS och SoL

Personer med funktionsnedsättnings upplevelse av tillgodosedda hjälpbehov inom vissa insatser enligt LSS och SoL, uppdelat på insatser och kön, andel angiven i procent, 2024, riket.



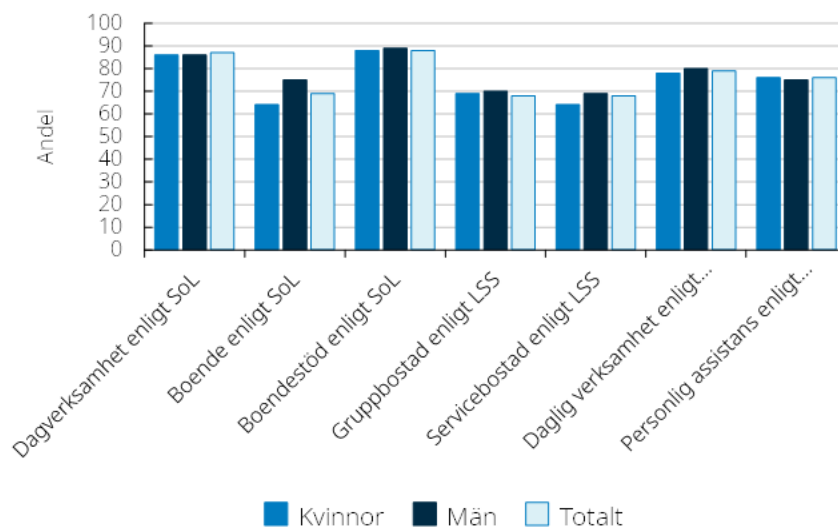
Källa: [www.kolada.se](http://www.kolada.se)

Även andelen brukare som uppger att personalen pratar så brukaren förstår varierar mellan områdena. Mellan 69 och 87 procent av de som svarat på undersökningen inom de olika områdena uppger att personalen pratar så att brukaren förstår (figur 22). Andelen är högst inom boendestöd SoL och lägst inom servicebostad enligt LSS.

Förändringarna mellan 2023 och 2024 är små. Det handlar om en ökning eller minskning med någon procentenhet. Den tydligaste förändring har skett inom personlig assistans, där andelen har minskat från 81 procent till 76 procent. Det framgår inte om svårigheterna beror på otillräcklig användning av AKK eller om det handlar svårigheter antingen för brukaren eller för personalen att förstå eller tala svenska.

### Figur 22. Personalen pratar så brukaren förstår

Andel personer med funktionsnedsättning som uppger att personalen pratar så att personen förstår inom vissa insatser enligt LSS och SoL, uppdelat på insatser och kön, andel angiven i procent, 2024, riket.



Källa: [www.kolada.se](http://www.kolada.se)

# Trygghet och säker socialtjänst

## Sammanfattande iakttagelser

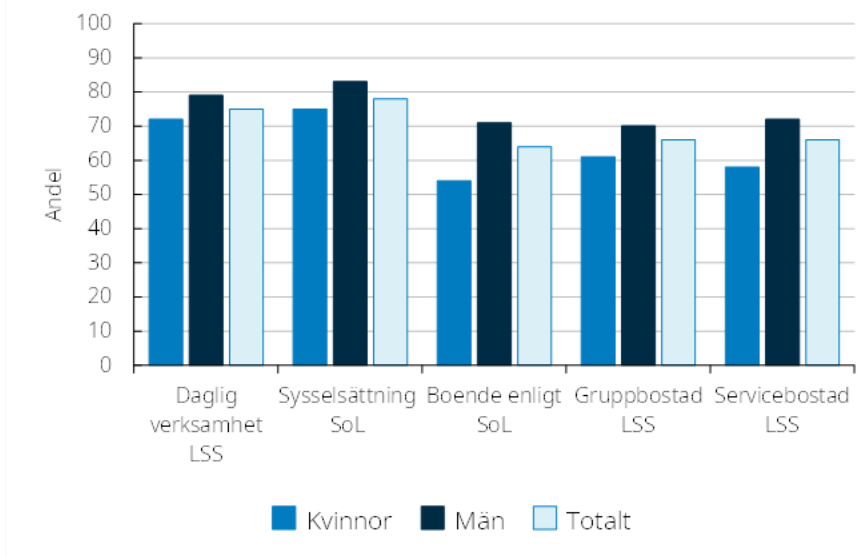
- Majoriteten av personer med insatser enligt SoL och LSS känner sig trygga med personalen, 70–90 procent. Andelen är högst inom boendestöd enligt SoL (90 procent) och lägst inom boende enligt SoL (70 procent).
- Kvinnor upplever i högre grad rädsla än män, inom ramen för olika insatser. Till exempel uppger omkring 60 procent av kvinnor i gruppboende för vuxna enligt LSS att de aldrig är rädda för någonting. Motsvarande andel för män är omkring 70 procent.
- Orsakerna till otrygghet och rädsla kan vara flera, till exempel utsatthet för våld och övergrepp. Långt ifrån alla verksamheter inom LSS har rutiner om detta, till exempel har 67 procent av boenden för vuxna enligt LSS rutiner vid indikation på våld eller övergrepp.
- Kopplingar till gängkriminalitet kan vara en aspekt av otrygghet och rädsla. Under 2024 har det kommit flera signaler om att gängkriminella har börjat uppsöka personer i LSS-verksamheter. Unga med funktionsnedsättningar lever ofta med flera riskfaktorer för normbrytande beteende och tidig rekrytering till kriminalitet.
- En annan aspekt av trygghet och säkerhet är förekomsten av oseriösa aktörer. Under 2024 återkallade IVO tillstånden för ett mindre antal verksamheter inom LSS. Ett tillstånd återkallades inom boenden för vuxna enligt LSS, vilket motsvarar 0,3 procent av samtliga boenden i enskild regi. Detta indikerar att oseriösa aktörer är relativt ovanligt inom LSS.

## Lägre trygghet bland kvinnor

Andelen brukare som uppger att de aldrig är rädda i sitt boende eller i sin sysselsättning skiljer sig åt mellan olika insatser (14). Andelen är högst för personer som har sysselsättning enligt SoL, knappt 80 procent och lägst inom boende enligt SoL, 64 procent (figur 23). Resultatet har legat på ungefär samma nivå de senaste tre åren inom nästan alla områden. Inom sysselsättning enligt SoL har det skett en minskning med 2 procentenheter mellan 2023 och 2024. Inom boende enligt SoL har andelen dock ökat med 3 procentenheter under samma period.

### Figur 23. Andel brukare som aldrig är rädda i sitt boende eller daglig verksamhet, över tid

Andel personer med funktionsnedsättning som uppger att de aldrig är rädda i sitt boende eller dagliga verksamhet enligt LSS och SoL, uppdelat på verksamheter, andel angiven i procent, 2022-2024, riket.

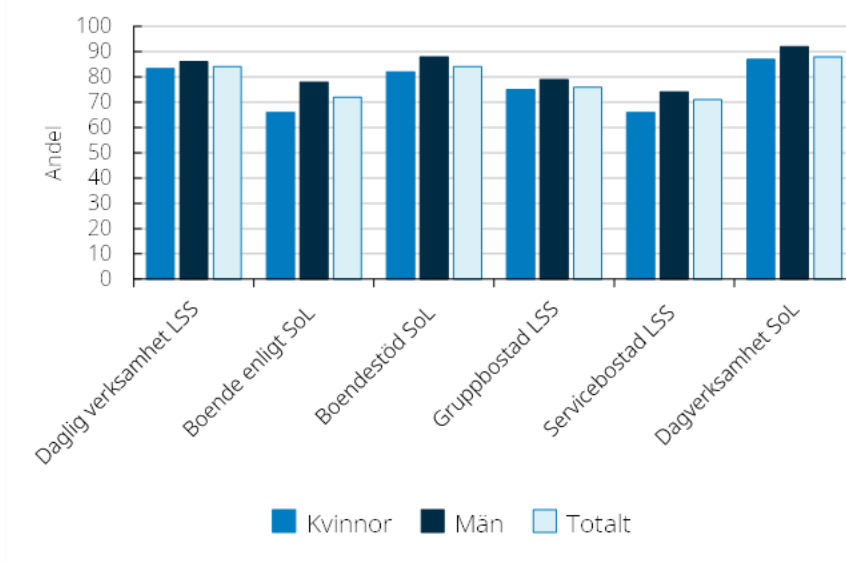


Källa: [www.kolada.se](http://www.kolada.se)

Andel brukare som känner sig trygga med all personal har inte förändrats över de senaste tre åren. Högst är andelen inom sysselsättning enligt SoL, 89 procent, och lägst inom boende enligt SoL och serviceboende enligt LSS, 71 procent (figur 24). Även om flertalet personer med funktionsnedsättning ger ett högt betyg till trygghet och trivsel, så innebär resultaten att många brukare inte känner sig trygga med personalen eller är rädda för något hemma.

**Figur 24. Andel brukare som känner sig trygga med all personal, över tid**

Andel personer med funktionsnedsättning som uppger att de känner sig trygga med all personal i sitt boende eller dagliga verksamhet enligt LSS och SoL, uppdelat på verksamheter, andel angiven i procent, 2022-2024, riket.



Källa: www.kolada.se

## Kvinnor oftare rädda än män

Det finns skillnader mellan kvinnor och män vad gäller upplevd trygghet och trivsel (14). Skillnaderna återfinns inom alla undersökta insatser.

Kvinnor upplever genomgående mer rädsla än männen. Skillnaden är tydligast i boende enligt SoL, där 52 procent av kvinnorna uppger att de aldrig är rädda för något (tabell 13). Motsvarande andel bland männen är 71 procent.

**Tabell 13. Förekomst av rädsla bland personer med funktionsnedsättning**

Andel personer som med insatser enligt SoL och LSS och som inte är rädda för något inom ramen för deras insatser, uppdelat på kvinnor och män, andel angiven i procent, riket.

	Andel som aldrig är rädda för något inom LSS och SoL (procent)	
	Kvinnor	Män
Daglig verksamhet enligt LSS	71	79
Boende enligt SoL	52	71
Boendestöd enligt SoL	86	91
Gruppboendestöd enligt LSS	62	72
Serviceboendestöd enligt LSS	59	73
Dagverksamhet enligt SoL	78	81

Källa: www.kolada.se



Det finns även skillnader när det gäller trygghet med personalen, men den är mindre än när det gäller rädsla. Det är dock fler män än kvinnor som uppger att de är trygga med all personal (tabell 13). Skillnaden är störst inom boendestöd enligt SoL, där 80 procent av kvinnorna uppger att de är trygga med all personal. Motsvarande andel bland männen är 88 procent.

## Våldsutsatthet kan vara en orsak till otrygghet

Rädsla och otrygghet bland personer med funktionsnedsättning kan ha flera orsaker. En är utsatthet för våld. Statistik visar att personer med funktionsnedsättning ofta har en hög utsatthet för våld:

- Personer med funktionsnedsättning i åldern 16 år och äldre uppger i högre utsträckning än övrig befolkning i samma ålderskategori att de har blivit utsatta för hot eller våld under de senaste 12 månaderna.
- Kvinnor med funktionsnedsättning uppger i högre utsträckning än övriga kvinnor att de varit utsatta för fysiskt våld i barndomen, 58 respektive 38 procent<sup>43</sup>.
- Mer än dubbelt så många personer med funktionsnedsättning i åldrarna 13–19 år uppger att de har blivit utsatta för misshandel jämfört med andelen personer i samma ålder i övrig befolkning.
- En högre andel kvinnor med funktionsnedsättning (26 procent) uppger att de blivit utsatta för fysiskt våld någon gång i vuxen ålder jämfört med kvinnor i övrig befolkning (17 procent)<sup>44</sup>.
- Fler kvinnor med funktionsnedsättning (43 procent) än kvinnor utan funktionsnedsättning (27 procent) uppger att de har blivit utsatta för sexuellt våld<sup>45</sup>. (23)

Även om statistiken inte ringar in personer med funktionsnedsättning som också har insatser, så visar den ändå att våldsutsattheten är stor. Forskning visar att funktionsnedsättningens omfattning påverkar utsattheten för våld. En bidragande orsak är den beroendeställning som funktionsnedsättningen kan medföra. (23, 24) Socialstyrelsen kan därför inte utesluta att risken för våldsutsatthet är högre bland personer med insatser enligt LSS och SoL än vad som anges i ovan punktlista.

Utsattheten för våld i kombination med förekomst av rädsla och otrygghet visar på vikten av att verksamheterna arbetar systematiskt för att tidigt

---

<sup>43</sup> Samma mönster ses mellan män med och utan funktionsnedsättning. Skillnaden är dock inte statistiskt säkerställd.

<sup>44</sup> Samma mönster ses mellan män med och utan funktionsnedsättning. Skillnaden är dock inte statistiskt säkerställd.

<sup>45</sup> Samma mönster ses mellan män med och utan funktionsnedsättning. Skillnaden är dock inte statistiskt säkerställd.

identifiera våldsutsatthet. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att allt fler boenden för vuxna enligt LSS har rutiner vid indikation på våld eller övergrepp, 67 procent (21). Andelen har ökat med 6 procentenheter under den senaste treårs-perioden. Samtidigt så har Myndigheten för delaktighet (MFD) konstaterat att det är få stödmaterial som innehåller delarna att förebyggande, att upptäcka och att utreda våld och samtidigt är anpassade för personer med funktionsnedsättning (24). MFD pekar också på vikten av att befintligt stödmaterial sprids och att det implementeras.

Gängkriminalitet kan vara en annan orsak till otrygghet och rädsla inom verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning. Flera källor har under det senaste året uppgett att kriminella söker upp och utnyttjar personer med funktionsnedsättning i exempelvis boenden enligt LSS (25, 26)

Samtidigt saknas det fortfarande kunskap om hur vanligt detta är. De forskningsstudier som gjorts har framför allt fokuserat på förekomsten av olika funktionsnedsättningar bland lagöverträdare. I en holländsk studie jämfördes lagöverträdare med och utan intellektuell funktionsnedsättning(27). Studien visade att lagöverträdare med intellektuell funktionsnedsättning uppvisat ökad känslighet för grupstryck och sämre sociala relationsfärdigheter. Studier som denna fokuserar som sagt bara på lagöverträdare och är därmed inte tillämpliga på andra grupper av personer med funktionsnedsättning. Studierna kan ändå ge viss förståelse för sårbarheten hos gruppen.

En kunskapssammanställning från Myndigheten för delaktighet ger ytterligare kunskap (28). Myndigheten konstaterar att personer med intellektuell eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning oftare lever med flera riskfaktorer som kan göra dem sårbara för ett normbrytande beteende och tidig rekrytering till kriminalitet. Exempel på riskfaktorer är att barn och unga med funktionsnedsättning skattar sin psykiska hälsa som sämre, har oftare testat alkohol och cigaretter och är utsatta för våld av vuxna i högre utsträckning. Att förstå konsekvenserna av sitt agerande kan dessutom vara en större utmaning för barn med neuropsykiatriska eller intellektuella funktionsnedsättningar, vilket gör dem mer sårbara för manipulation av kriminella grupper. (28) Kunskapssammanställningen bygger i stor utsträckning på kvalitativa data från exempelvis intervjuer och fokusgrupper. Den säger därmed inte så mycket om omfattningen av kriminalitet bland barn och unga med funktionsnedsättning. Kunskapssammanställningen ger likväl värdefull kunskap i ämnet.

Ökad kunskap om kriminalitet bland personer med funktionsnedsättning med insatser enligt LSS ökar också förutsättningarna för verksamheter att arbeta förebyggande. Socialstyrelsen avser därför att följa utvecklingen och vidare utreda förutsättningarna att analysera området.

## Relativt få oseriösa aktörer inom LSS

En annan aspekt av säker och trygg socialtjänst är oseriösa aktörer och välfärdsbrottslighet. Den ökande välfärdsbrottsligheten är en samhällsutmaning som även får konsekvenser för individer som är i behov av stöd. I sin årsrapport konstaterar IVO att oseriösa aktörer är ett växande problem (29). Myndigheten uppger även att aktörerna agerar alltmer systematiskt för att till exempel avtala om att bedriva verksamhet med offentlig finansiering inom kommun. Dessa verksamheter bedrivs utan att ägare, ledning eller utförare har lämplighet, förmåga eller avsikt att leverera en säker och god vård och omsorg.(29)

IVO:s tillsyn visar att det förekommer verksamheter som bedrivs olovligt utan nödvändiga tillstånd (29). Under 2024 återkallade myndigheten tillstånden eller beslutat om tillfälligt förbud för ett mindre antal verksamheter inom LSS:

- personlig assistans: 11 verksamheter
- boende för barn och unga enligt LSS: 5 verksamheter
- avlösarservice enligt LSS: 1 verksamhet
- boende för vuxna enligt LSS: 1 verksamhet
- ledsagarservice: 1 verksamhet. (29)

Det saknas statistik över hur vanligt detta är inom funktionshinderområdet och Socialstyrelsen kan därför inte uttala sig specifikt om verksamheter enligt LSS. Uppgifterna om återkallade tillstånd kan sättas i relation verksamheternas omfattning. Under 2024 fanns det cirka 310 boenden för vuxna enligt LSS i enskild regi<sup>46</sup>, varav tillståndet för 1 verksamhet återkallades av IVO.

Det framgår inte vad IVO avser med verksamhet, det vill säga om det innefattar en eller flera enheter. Det kan även finnas ett mörkertal som inte upptäckts av myndigheter. Uppgifterna från IVO pekar ändå på att välfärdsbrottslighet och oseriösa aktörer är relativt ovanligt inom LSS. När det förekommer så får det dock negativa konsekvenser både för samhället i stort och för enskilda individer som riskerar att inte det stöd som de har rätt till.

Vidare har IVO konstaterat att det förekommer brister i verksamhetens rutiner för att kontrollera registerutdrag av personal (29). Även detta kan få allvarliga konsekvenser för enskilda individer.

---

<sup>46</sup> Uppgifterna om antalet enheter i enskild regi kommer från Socialstyrelsens öppna jämförelser inom daglig verksamhet och boende för vuxna enligt LSS.

## Krisberedskap

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för krisberedskap inom funktionshindersonrådet, med fokus på evakueringsplaner, kontinuitetsplaner och beredskapsplaner för höga temperaturer olika boendeformer enligt LSS och SoL. Vi lyfter även mer övergripande aspekter av funktionshinderperspektivet i socialtjänstens krisberedskap.

## Sammanfattande iakttagelser

- Andelen kommuner med evakueringsplaner för boenden för personer med funktionsnedsättning fortsätter att minska. År 2024 hade 30–40 procent av kommunerna sådana planer för boenden för personer med funktionsnedsättning.
- År 2024 hade omkring 20 procent av kommunerna kontinuitetsplaner för boenden för personer med funktionsnedsättning. Andelen är anmärkningsvärt låg och ligger på ungefär samma nivå som vid tidigare mätningar.
- Andelen kommuner med beredskapsplaner för höga temperaturer har legat relativt konstant under de senaste åren. Sedan föregående år har andelen ökat något när det gäller boenden för barn enligt LSS och SoL. I boenden för vuxna enligt LSS ses dock en minskning, även om andelen är fortsatt relativt hög, 82 procent.
- Kommunerna saknar ofta rutiner inom krisberedskapen för att identifiera behoven hos personer med funktionsnedsättning som bor hemma utan kommunala insatser.

## Färre kommuner har evakueringsplaner

### Om evakueringsplaner

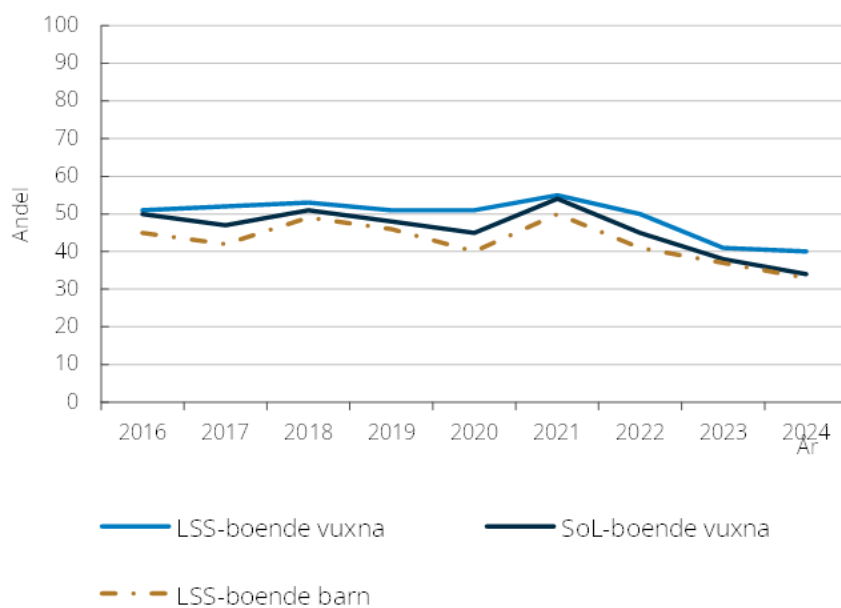
Kommuner behöver säkerställa att alla personer kan få den hjälp och det stöd som de är i behov av vid en allvarlig händelse eller kris (jämför 15 § 2 LSS och 2 kap. 1 § SoL). Olika situationer såsom elavbrott och dricksvattensstörningar kan leda till ett behov av att evakuera personer i olika boendeformer. En evakueringsplan ska dock i första hand innebära att man kan bo kvar och att personal kan komma till boendet. Krisberedskapen för verksamheter som kommunen bedriver i egen regi behöver också säkerställa evakueringslokal för särskilt sårbara grupper i olika boendeformer. (30)

Andelen kommuner, socialförvaltningar i Göteborg och stadsdelar i Stockholm med aktuella evakueringsplaner för särskilt sårbara grupper minskar (figur 25). Med evakueringsplan avses här en beskrivning av konkreta insatser för att till exempel trygga el och vatten, integriteten för den enskilde i evakueringslokalen, transporter och behov av samverkan med andra aktörer för att kunna genomföra evakueringar, liksom vilken roll och vilket ansvar olika aktörer har vid en evakuering.

Det finns stora variationer mellan olika verksamheter. Resultatet för 2024 visar att 20 procent av kommunerna har evakueringsplaner för samtliga hem för vård eller boende för vuxna (HVB). Motsvarande andel för särskilda boendeformer för äldre var 44 procent. Bland socialtjänstens boenden för personer med funktionsnedsättning varierar andelen mellan 30 och 40 procent. Den högsta andelen återfinns inom boende för vuxna enligt LSS, se figur 25.

### Figur 25. Förekomst av evakueringsplaner för särskilt sårbara grupper inom boende för personer med funktionsnedsättning

Andel kommuner som uppgett att de har aktuella evakueringsplaner för samtliga av sina boenden (i egen regi), uppdelat på boendeform, 2016-2024



Not: Andel avser andel av de kommuner som har sådana boenden.

Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser av kommunernas krisberedskap 2021–2023 (Socialstyrelsen, 2016–2024).

## Fortsatt hög förekomst av beredskapsplaner för höga temperaturer

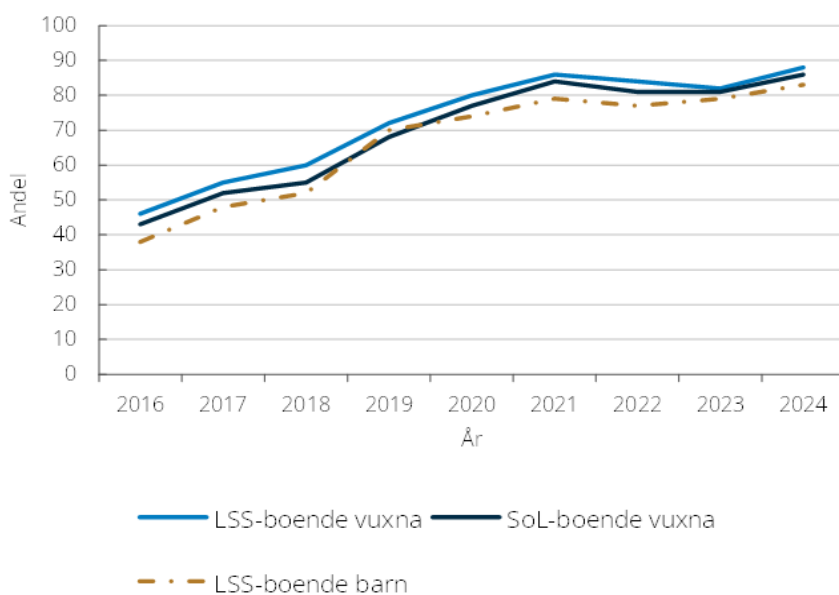
### Om beredskapsplaner

En beredskapsplan för olika typer av boenden behöver bland annat säkerställa att verksamheterna blir larmade vid prognos om höga temperaturer. För särskilt sårbara personer, till exempel personer med funktionsnedsättning, ökar risken för bland annat uttorkning och värmeslag. För de som redan finns i socialtjänstens verksamheter kan det därför vid en krissituation krävas nya eller mer omfattande insatser. (30)

Värmeböljor med höga temperaturer kan påverka människors hälsa. Brukare inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården är många gånger extra sårbara på grund av sitt hälsotillstånd eller sin ålder. Andelen kommuner som uppger att de har beredskapsplaner för höga temperaturer för boendeformer som bedrivs i egen regi för socialtjänstens boenden för personer med funktionsnedsättning har legat på ungefär samma nivå de senaste tre åren. Cirka fyra av fem kommuner har sådana planer (figur 26).

### Figur 26. Förekomst av beredskapsplaner för höga temperaturer i boenden för personer med funktionsnedsättning

Andel kommuner (och stadsdelar i Stockholm och Göteborg) som uppgett att de har aktuella beredskapsplaner för höga temperaturer för samtliga av sina boenden (i egen regi), uppdelat på boendeform, andel angiven i procent, 2016-2024, riket.



Not: Andel avser andel av de kommuner som har sådana boenden.

Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser av kommunernas krisberedskap 2021-2023 (Socialstyrelsen, 2016-2024).

## Fortfarande låg förekomst av kontinuitetsplaner

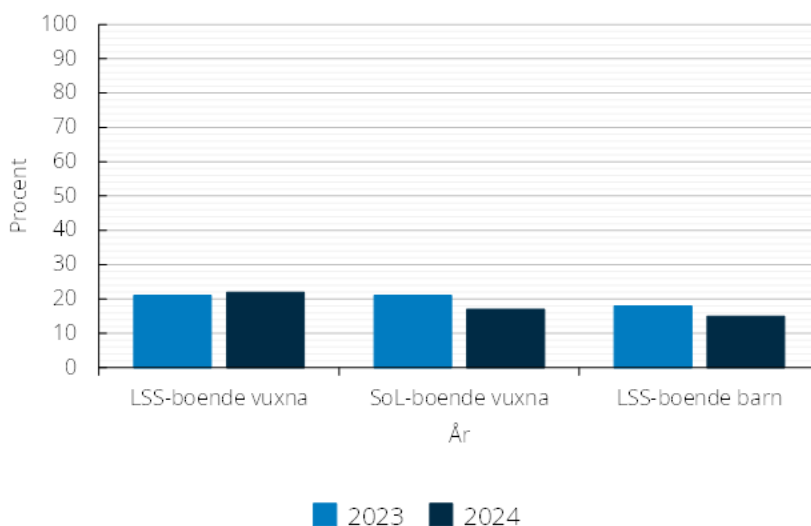
### Kontinuitetsplan

En kontinuitetsplan innehåller information som hjälper personalen att veta vad den ska göra vid en störning i en kritisk aktivitet eller resurs. Syftet är att kunna upprätthålla verksamheten på en tolerabel nivå och att kunna återställa resursen så fort som möjligt.

År 2024 hade omkring 20 procent av kommunerna kontinuitetsplaner för boenden för personer med funktionsnedsättning (figur 27). Den lägsta andelen ses för boende för barn enligt LSS, 17 procent och den högsta för boenden för vuxna enligt LSS och SoL, 21 procent. Andelen är anmärkningsvärt låg. Erfarenheter från pandemin visade att det vid en kris krävs snabba beslut, något som underlättas av en kontinuitetsplan (22). Erfarenheterna visade också att personer med funktionsnedsättning i till exempel LSS-boende, var en sårbar grupp som drabbade särskilt hårt vid pandemins utbrott (31).

### Figur 27. Förekomst av kontinuitetsplaner i boenden för personer med funktionsnedsättning

Andel kommuner (och stadsdelar i Stockholm och socialförvaltningar i Göteborg) som uppgett att de har aktuella kontinuitetsplaner för samtliga av sina boenden (i egen regi), uppdelat på boendeform, andel angiven i procent, 2023-2024



Not: Andel avser andel av de kommuner som har sådana boenden.

Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser av kommunernas krisberedskap 2021–2023 (Socialstyrelsen, 2023–2024).

Andelen kommuner med kontinuitetsplaner för dessa boenden har minskat kraftigt över tid. År 2021 hade mellan 40 och 50 procent av kommunerna en

sådan plan för sina boenden inom funktionshinderområdet. Den kraftiga ökningen som sågs under pandemin har med andra ord suddats ut.<sup>47</sup> Socialstyrelsen kan dock inte utesluta att minskningen beror på att kontinuitetsplanerna inte har uppdaterats. Detta resonemang stöds av resultaten i figur 26, att en relativt hög andel kommuner har ofullständiga kontinuitetsplaner.

Socialtjänsten har en viktig roll vid en kris genom att se till att de ordinarie verksamheterna fortsatt fungerar med god kvalitet, men också genom att ha beredskap för att det kan uppkomma nya målgrupper, eller nya behov hos individer som redan har kontakt med socialtjänsten. Socialstyrelsen finner det därför bekymmersamt att kontinuitetsplanerna för dessa boenden inte är fler.

## Var tredje kommun ställer krav på krisberedskap vid upphandling

### **Krav på krisberedskap vid upphandling**

För att stärka samhällets samlade förmåga att hantera kriser och dess konsekvenser bör socialtjänsten säkra att krisberedskap även finns för de insatser som socialtjänsten upphandlar. Oavsett om verksamheten bedrivs i kommunal eller enskild regi är det ansvarig nämnd som ska försäkra sig om att verksamheten uppfyller kraven på god kvalitet. (30)

Andelen kommuner som har krav på krisberedskap vid upphandling av boenden för personer med funktionsnedsättning varierar, mellan 34 och 39 procent (figur 28).<sup>48</sup> Andelen är högst inom LSS-boende för vuxna.

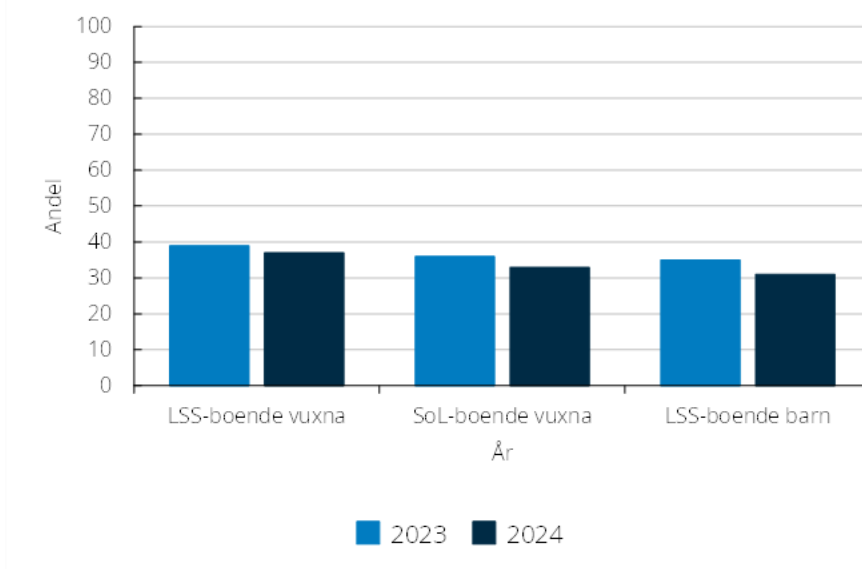
<sup>47</sup> Mellan 2019 och 2021 ökade andelen kommuner som har aktuella kontinuitetsplaner för boenden inom funktionshinderområdet med uppemot 15 procentenheter.

<sup>48</sup> Inför 2023 har indikatorn om krav på krisberedskap vid upphandling reviderats, från att visa andelen kommuner som har en rutin om att inkludera krav på krisberedskap vid upphandling, till att visa andelen kommuner som har inkluderat krav på krisberedskap vid upphandling av tjänster för verksamheter för särskilt sårbara grupper. Detta gör att resultaten inte går att jämföra över tid.



### Figur 28. Andel kommuner som ställer krav på krisberedskap vid upphandling av boenden för personer med funktionsnedsättning

Andel kommuner (och stadsdelar i Stockholm och socialförvaltningar i Göteborg) som uppgett att de ställer krav på krisberedskap vid upphandling av boenden för personer med funktionsnedsättning, uppdelat på boendeform, andel angiven i procent, 2023-2024



Not: Andel avser andel av de kommuner som har upphandlat sådana boenden.

Källa: Öppna jämförelser av socialtjänstens krisberedskap 2024 (Socialstyrelsen, 2024).

## Brister i krisberedskap förstärker utsattheten

I en rapport från Myndigheten för delaktighet framkommer ytterligare kunskap om kommunernas krisberedskap inom funktionshinderområdet (32). Denna kunskap är ett viktigt komplement till Socialstyrelsens öppna jämförelser av socialtjänstens krisberedskap.

Många personer med funktionsnedsättning känner oro för att inte kunna larma vid akuta nödsituationer, som sjukdom, brand eller terrorattentat(32). Det finns också rädsla för att missa viktig information vid olyckor, strömavbrott eller naturkatastrofer. En annan oro är att bli övergiven eller inte få den hjälp man behöver i tid<sup>49</sup>. Många undrar hur de ska få tillgång till sina livsviktiga läkemedel och hjälpmedel under en kris. Flera beskriver en paradoxal situation där de uppmanas att förbereda sig genom att ha tillräckligt med läkemedel hemma, samtidigt som sjukvården ofta begränsar mängden läkemedel som kan skrivas ut vilket hindrar dem från att bygga upp ett lager. (32)

<sup>49</sup> Rivkraft, 1750 personer besvarade enkäten.

Kommunerna saknar ofta rutiner inom krisberedskapen för att identifiera behoven hos personer med funktionsnedsättning som bor hemma utan kommunala insatser<sup>50</sup>. Flera av kommunerna hänvisar till lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder vid extraordinära händelser (LEH). De uppfattar att lagen skyddar alla invånare och anser därför inte att det krävs några särskilda åtgärder för personer med funktionsnedsättning. (32)

När samhället drabbas av kris eller krig behöver alla kommuninvånare nås av relevant information så snabbt som möjligt. De flesta kommuner saknar dock rutiner eller arbetsätt för att säkerställa detta. Vidare saknar beredskapsansvariga ofta kunskap om funktionshinderfrågor och vilka behov personer med funktionsnedsättning har. När behoven hos personer med funktionsnedsättning uppmärksammas handlar det ofta om fysiska funktionsnedsättningar, som begränsad rörlighet eller nedsatt syn och hörsel. MFD menar att det är lika viktigt att ta hänsyn till personer som lever med minnessjukdom, ångestsjukdom eller som av andra skäl har svårt att ta till sig och tillämpa information och instruktioner (32).

Kunskap om krisberedskap är i sin tur begränsad hos de som ansvarar för funktionshinderfrågor. MFD menar att samarbete mellan dessa grupper i kommunen är ovanligt, och de har otillräcklig insikt i varandras expertområden. (32)

MFD ger ett antal förslag på vad kommunerna behöver bli bättre på:

- Säkerställa att krisberedskapen är anpassad för personer med olika slags funktionsnedsättningar och att det finns en systematisk planering för detta på ledningsnivå.
- Aktivt involvera funktionshindersorganisationer för att identifiera och möta behov och förutsättningar.
- Säkerställa tillgängligheten hos kommunala trygghetspunkter där invånare kan få värme, ladda mobilen, hämta dricksvatten och ibland mat. Eftersom kommuner sällan gör behovsanalyser av trygghetspunkterna, kan de sakna rätt anpassningar för personer med funktionsnedsättning. (32)

---

<sup>50</sup> Resultaten om kommunerna baseras på en intervjustudie där totalt 56 personer deltog som gemensamt representerade 20 kommuner och fyra länsstyrelser.

# Hälso- och sjukvård på lika villkor

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för förutsättningarna för att personer med funktionsnedsättning ska ha tillgång till hälso- och sjukvård på lika villkor som övriga befolkningen. Socialstyrelsen redogör även för behandling och utfall vid några relativt vanliga sjukdomar samt för kvalitet i läkemedelsförskrivning.

## Sammanfattande iakttagelser

- Andelen som fick PCI är lägre bland personer med funktionsnedsättning som fått akut hjärtinfarkt jämfört med motsvarande patientgrupp i övriga befolkningen. Den största skillnaden återfinns i personkrets 1, LSS där 46 procent fick PCI vid akut hjärtinfarkt, vilket motsvarar 13 procents lägre sannolikhet jämfört med motsvarande patientgrupp i övrig befolkning.
- Obesitas är vanligare bland personer med insatser enligt LSS än i övrig befolkning. Även läkemedelsanvändningen mot obesitas är hög. Samtidigt är överdödligheten högre än i den övriga befolkningen. Analyserna visar att såväl behandling som överdödlighet är högst bland personer med insatser enligt SoL. Det pekar på vikten av att inkludera personer med insatser enligt SoL i nationella satsningar som rör levnadsvanor och hälsa.
- Demens är nästan tre gånger vanligare bland personer med insatser enligt LSS, jämfört med den övriga befolkningen. Även behandlingar mot demens är vanligare. Detta understryker vikten av att även personal som arbetar i verksamheter enligt LSS har kompetens i bemötande och omvårdnad vid demens. Likaså vikten av att personalen får fortbildning i ämnet.
- Det är vanligt med riskfylld läkemedelsanvändning inom LSS. I åldersgruppen 40 år eller äldre hade 10–34 procent tio eller fler läkemedel, så kallad polyfarmaci<sup>51</sup>. Det är också vanligt att antipsykotika förskrivs för andra ändamål än psykos och bipolaritet, till exempel beteendesyntom som utagerande beteende. Likaså är behandlingstider längre än de rekommenderade vanligt förekommande. Sammantaget ställer detta höga krav på kvalitet, både när det gäller förskrivning och uppföljning.
- För att vården ska bli mer jämlik för personer med funktionsnedsättning behövs åtgärder fokusera på mer än bara individerna. Några exempel är fortbildning av läkare samt ökade förutsättningar för personer med funktionsnedsättning att använda digitala tjänster.

---

<sup>51</sup> Polyfarmaci: Användning av många läkemedel samtidigt. Definieras ofta som samtidig användning av fem eller fler läkemedel. Ibland även benämnt *multimedcinering*.

## FN lyfter vikten av jämlik vård för personer med funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättning har ofta ett stort behov av hälso- och sjukvård, både sådan som riktar sig till hela befolkningen och sådan som är kopplad till deras funktionsnedsättningar. Detta fastslog FN under hösten 2021 (33). Enligt FN skattar en högre andel personer med funktionsnedsättning skattar sin hälsa som dålig, jämfört med övrig befolkning: 42 procent respektive 6 procent.<sup>52</sup>

För att personer med funktionsnedsättning ska kunna uppnå bästa möjliga hälsa, menar FN att bland annat följande aspekter behöver tas i beaktning:

- Identifiera och undanröja hinder för tillgänglighet till sjukvårdsbyggnader.
- Stärka förutsättningarna för att personer med funktionsnedsättning ska ha råd med hälso- och sjukvård.
- Utbilda hälso- och sjukvårdspersoner i bemötande och inkludering.
- Stärka personer med funktionsnedsättning i att ta kontroll över beslut som rör deras hälso- och sjukvård, till exempel genom informerade beslut.

Statistik från SCB visar att vårdbehoven hos personer med funktionsnedsättning är inte alltid tillgodosedda. I undersökningen om levnadsförhållanden (ULF) framkommer dessutom skillnader mellan personer med funktionsnedsättning och den övriga befolkningen (34). En relativt hög andel personer med funktionsnedsättning anger att de har vårdbehov som ej tillgodosetts, 11,1 procent. Motsvarande andel i den övriga befolkningen är 5 procent.

En mindre del av den ej tillgodosedda behoven beror på ekonomi: 0,3 procent bland personer med funktionsnedsättning jämfört med 0,1 procent i den övriga befolkningen (34). Detta tyder på att det finns andra orsaker till ojämlik vård än den enskildes ekonomi.

## Ovanligare med PCI vid akut hjärtinfarkt

Vid förträngningar i hjärtats kärl finns en ökad risk för att drabbas av akut hjärtinfarkt. En viktig behandlingsinsats som skyndsamt ska utföras vid akut hjärtinfarkt är så kallad ballongvidgning (PCI) i syfte att öppna ett tilltäppt kärl (34).

---

<sup>52</sup> Uppgifterna baserar sig på 43 länder.

Tabell 14 visar i vilken utsträckning ballongvidgning utfördes 0–6 dagar efter hjärtinfarkt bland personer med insatser enligt LSS och SoL (undersökningsgruppen) under år 2023. Andelen som fick PCI vid akut hjärtinfarkt var lägre i undersökningsgruppen, jämfört med motsvarande patientgrupp i övriga befolkningen. Den största skillnaden återfinns i personkrets 1, LSS där 46 procent fick PCI vid akut hjärtinfarkt, vilket motsvarar 13 procents lägre sannolikhet jämfört med motsvarande patientgrupp i övrig befolkning.

**Tabell 14. Förekomst av PCI vid akut hjärtinfarkt**

Antal personer som fått hjärtinfarkt, antal och andel som fått PCI samt sannolikhet att få PCI bland personer med insatser med LSS och SoL i jämförelse med övriga hjärtinfarktpatienter, andel angiven i procent, sannolikhet angiven som riskkvot.

	Antal som får hjärtinfarkt	Antal som får PCI	Andel som får PCI	Risk att få PCI
<b>LSS, personkrets 1</b>	367	169	46,0	0.71 (0.61–0.83)
<b>LSS, totalt</b>	709	327	46,1	0.73 (0.65–0.81)
<b>SOL</b>	2787	1461	52,4	0.80 (0.76–0.84)
<b>Befolkningen</b>	20 0032	117 217	58,6	1

Källa: Socialstyrelsen register över insatser enligt LSS, insatser enligt SoL samt Patientregistret.

Vårdätgården förekommer med andra ord i lägre utsträckning bland personer med funktionsnedsättning än i befolkningen. Den relativa risken att erhålla ballongvidgning var 0,71–0,8 bland personer med funktionsnedsättning. Det innebär uppemot 29 procents lägre sannolikhet att behandlingen utfördes inom gruppen.

## Högre överdödlighet vid akut hjärtinfarkt

I tabell 15 redovisas den relativa risken för död inom sex dagar efter akut hjärtinfarkt. Personer med LSS-insatser löper 2 gånger högre risk att dö vid hjärtinfarkt jämfört med samma patientgrupp i övriga befolkningen. Dödligheten är något lägre för personer med insatser enligt SoL, men den är fortfarande dubbelt så hög jämfört med övriga befolkningen. Analyserna tar inte hänsyn till individuella faktorer såsom individuella skillnader i hälsa och inte heller hjärtinfarktens svårighetsgrad. Det är dessutom relativt få personer med insatser enligt LSS eller SoL som dör inom sex dagar efter akut hjärtinfarkt, varför uppgifterna bör tolkas med viss försiktighet. Analyserna är likväl intressanta och bidrar med ytterligare kunskap kring tillgången till vård för personer med funktionsnedsättning.

**Tabell 15. Överdödlighet vid akut hjärtinfarkt**

Överdödlighet vid akut hjärtinfarkt bland personer med insatser enligt LSS eller SoL jämfört med övriga hjärtinfarktpatienter, andel angiven i procent, risk för dödlighet angiven som riskkvot.

	Antal som får hjärtinfarkt*	Antal som dör	Andel som dör	Risk att dö
Personer med insatser enligt LSS	312	6	1,9	2.76 (2.02–3.77)
Personer med insatser enligt SoL	1409	26	1,8	2.11 (1.72–2.59)
Befolkningen	11 4293	1510	1,3	

\* Exklusive de som dör inom sex dagar eller som inte fått PCI

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS, insatser enligt SoL, patientregistret, dödsorsaksregistret.

## Högre förekomst av obesitas

Personer med vissa funktionsnedsättningar har en sårbarhet för obesitas. Forskning visar att personer med intellektuell funktionsnedsättning såväl som personer med autism löper en högre risk för sjukdomstillståndet jämfört med övriga befolkning. I en svensk forskningsstudie konstaterades skillnader i samtliga åldersgrupper (35). I åldersgruppen 19–49 år hade 17 procent av kvinnorna och 9 procent av männen med intellektuell funktionsnedsättning obesitas, jämfört 6, 5 och 2,5 i den övriga befolkningen. Andelen med obesitas var även högre bland personer med autism: 15 procent (kvinnor) och 7,5 procent (män).

Socialstyrelsen har mot bakgrund av den höga förekomsten valt att analysera två aspekter:

- Tillgång till läkemedelsbehandling mot obesitas.
- Överdödlighet på grund av obesitas.

Undersökningsgrupper är personer med funktionsnedsättning som har insatser enligt LSS eller SoL.

## Hög tillgång till läkemedel vid obesitas

Läkemedel kan användas för att behandla obesitas, som tillägg till levnadsvanebehandling (36). Behandlingen syftar till att främja hälsa genom viktnedgång. Den kan vara aktuell för personer med obesitas och

- BMI över 35
- följsjukdomar eller andra samtidiga sjukdomar

- ökade hälsorisker av andra skäl, där viktnedgång är nödvändig.

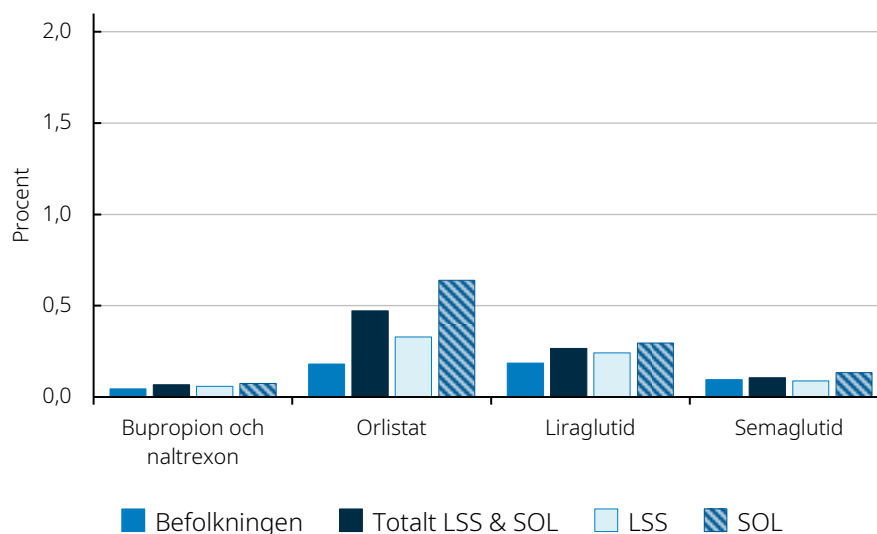
Behandlingen kan också vara aktuell för personer som inte kan gå igenom obesitaskirurgi eller som ökar i vikt efter kirurgi. Fyra läkemedel är godkända för behandling av obesitas hos vuxna:

- Orlistat
- de aptitreglerande läkemedlen Liraglutid, Naltrexon/Bupropion
- (kombinationstablett) Semaglutid.

Socialstyrelsens analyser visar att personer med funktionsnedsättning förskrivs de rekommenderade läkemedlen i högre utsträckning än övrig befolkning (figur 29 och 30). Det gäller framför allt personer med insatser enligt SoL, där andelen som förskrivits dessa läkemedel var genomgående högre. Den största skillnaden är förskrivning av Orlistat bland kvinnor, där det var fyra gånger så vanligt med förskrivning jämfört med övrig befolkning.

### Figur 29. Läkemedelsbehandling mot obesitas bland män

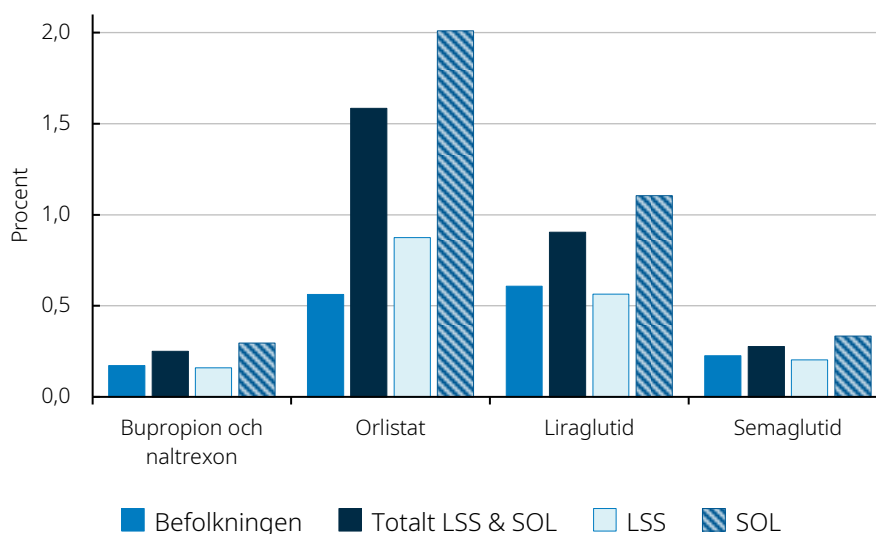
Läkemedelsbehandling mot obesitas bland män med insatser enligt LSS eller SoL jämfört med övrig befolkning, uppdelat på läkemedelstyp.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS, insatser enligt SoL samt Läkemedelsregistret.

### Figur 30. Läkemedelsbehandling mot obesitas bland kvinnor

Läkemedelsbehandling mot obesitas bland kvinnor med insatser enligt LSS eller SoL jämfört med övrig befolkning, uppdelat på läkemedelstyp.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS, insatser enligt SoL samt Läkemedelsregistret.

Läkemedelsbehandling mot obesitas är en av flera rekommendationer i Socialstyrelsens riktlinjer (36). En annan av rekommendationerna handlar om att personer med obesitas behöver erbjudas behandling för att upprätthålla beteenden som främjar god hälsa. Hälso- och sjukvården bör erbjuda kombinerad levnadsvanebehandling utifrån ett helhetsperspektiv på patientens behov.

Det är dessutom viktigt att anpassa levnadsvanebehandling utifrån individuella behov och förutsättningar. Personer med behov av särskilt stöd, till exempel på grund av en funktionsnedsättning, kan behöva särskilt anpassad kombinerad levnadsvanebehandling. Det kan till exempel gälla personer med obesitas och intellektuell funktionsnedsättning. Behandlaren kan bland annat anpassa sin kommunikation med hjälp av visuellt stöd eller sociala berättelser. (36)

Socialstyrelsen har inte kunnat analysera förekomsten av behandling och stöd som gäller levnadsvanor, eftersom uppgifter saknas i våra register. De satsningar som pågår inom området är dock viktiga, till exempel

- kunskapsstöd om fysisk aktivitet från Folkhälsomyndigheten (37)
- Socialstyrelsens pågående uppdrag om *Förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR) i kommunen*<sup>53</sup>.

<sup>53</sup> Deluppdrag i Uppdrag att fördela medel, stödja ökad förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR) samt att främja ökad följsamhet till förskrivna FaR 2023 – 2024, diarienummer. 5.7-17204/2023 – Förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR) i kommunen.



- Socialstyrelsen pågående uppdrag om att *möjliggöra hälsosamma levnadsvanor med fokus på fysisk aktivitet för personer med funktionsnedsättning som får stöd enligt LSS eller SoL*<sup>54</sup>.

Även om de resultaten inte kommer att kunna kopplas direkt till personer med obesitas, så kommer de ändå att ge viktig kunskap om förutsättningar.

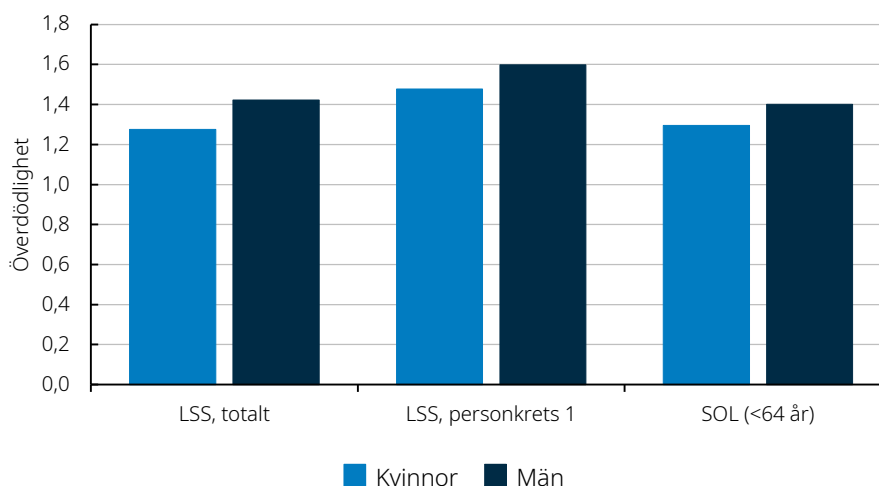
Socialstyrelsens analyser visar att förekomsten av behandling mot obesitas är högre bland personer med insatser enligt SoL än personer med insatser enligt LSS. Det tyder på ett stort behov av stöd och insatser även till denna grupp. Flera av de nationella satsningar som pågår riktar sig till personer med insatser enligt LSS. Dessa resultat pekar dock på vikten av att även inkludera personer med insatser enligt SoL. En stor andel i denna grupp utgörs av personer med psykisk funktionsnedsättning.

## Högre överdödlighet vid obesitas

Dödligheten bland personer med insatser enligt LSS och SoL är högre bland de i övriga befolkningen med obesitas. Överdödligheten mäter hur mycket större dödligheten är och i figur 31 kan vi se att dödligheten är 30 till 60 procent högre till följd av obesitas. Störst överdödlighet är det bland personer som tillhör grupp 1 i LSS personkrets, personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism. Överdödligheten är något högre bland männen än bland kvinnorna.

### Figur 31. Överdödlighet vid obesitas

Överdödlighet bland personer med insatser enligt LSS och SoL, relativ risk jämfört med övriga befolkningen.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS, insatser enligt SoL samt dödsorsaksregistret.

<sup>54</sup> 9819/2025.

Även dessa resultat visar på vikten av att personer med funktionsnedsättning får adekvat behandling för obesitas samt stöd för levnadsvanebehandling. Den något högre överdödligheten bland personer med insatser enligt SoL bekräftar resonemanget att nationella satsningar även bör inkludera denna grupp.

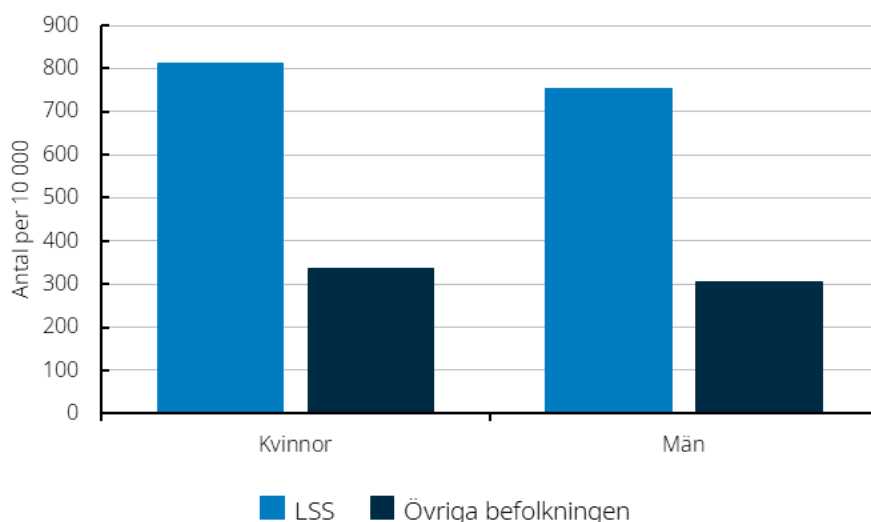
## Vanligt med demens inom LSS

Demens är relativt vanligt förekommande bland personer med intellektuell funktionsnedsättning (38). Ett exempel är personer med Downs syndrom. Hos dessa personer finns en väl dokumenterad risk att tidigt utveckla demens med ett sjukdomsförlopp som är ungefär tre gånger hastigare jämfört med normalbefolkningen. Från första demenstecken till dödsfall, är förloppet cirka 5 år (38). Demenssymptom vid Downs syndrom ses sällan före 40 års ålder men är vanliga efter 45 år. Vid 60 års ålder har upp emot hälften av alla personer med Downs syndrom tydliga tecken på demenssjukdom. De vanligaste dödsorsakerna vid Downs syndrom är Alzheimers sjukdom. (38)

Socialstyrelsens analyser bekräftar den relativt höga förekomsten av demens hos personer med vissa funktionsnedsättningar. Figur 32 visar att demens är mer än två gånger så vanligt bland personer med insatser enligt LSS jämfört med övriga befolkningen. Förekomsten är något vanligare bland kvinnor än, det gäller både inom LSS och i den övriga befolkningen.

### Figur 32. Förekomst av demens

Antal personer med insatser enligt LSS som också har en demensdiagnos, siffrorna är åldersstandardiserade, antal per 10 000 i befolkningen, uppdelat på kön.



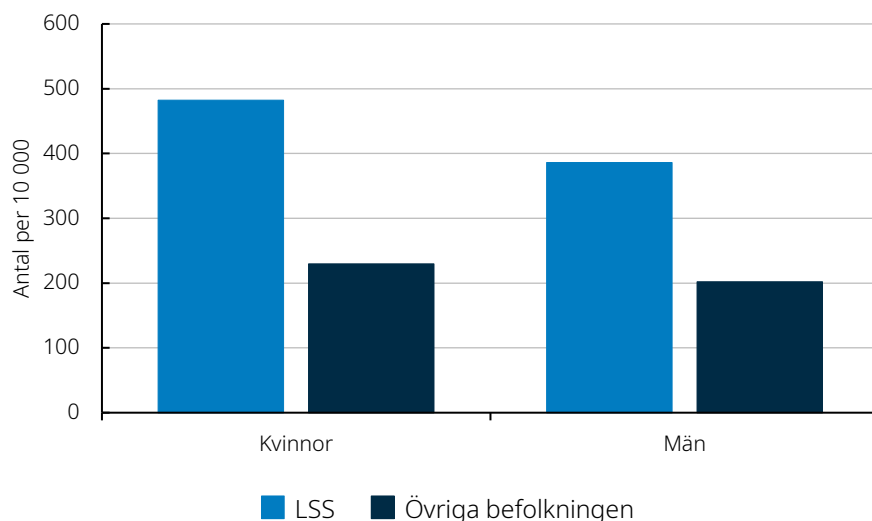
Källa: Patientregistret, Registret över insatser enligt LSS.

Andelen personer med läkemedel mot demens är vanligare bland personer med insatser enligt LSS än i den övriga befolkningen (figur 33 och 34).

Största skillnaden återfinns bland kvinnor, där dessa läkemedel är närmare 2,5 gånger vanligare inom LSS jämfört med övriga befolkningen.

### Figur 33. Förskrivning av demensläkemedel

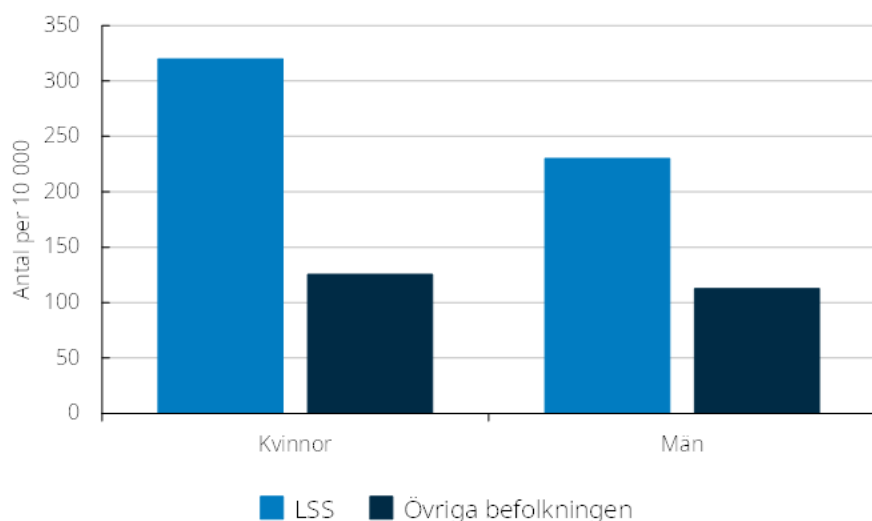
Förekomst av läkemedel mot demens bland personer med insatser enligt LSS jämfört med övrig befolkning, uppdelat på kön, antal per 10 000.



Källa: Registret över insatser enligt LSS, Läkemedelsregistret.

### Figur 34. Förskrivning av demensläkemedlet Memantin

Förekomst av läkemedlet Memantin bland personer med insatser enligt LSS jämfört med övrig befolkning, uppdelat på kön, antal per 10 000.



Källa: Registret över insatser enligt LSS, Läkemedelsregistret.

Resultaten av Socialstyrelsens analyser bekräftar som sagt tidigare forskning. Analyserna understryker vikten av att även personal som arbetar i verksamheter enligt LSS får kunskap om hur beteendemässiga och psykiska symtom kan förebyggas, i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer (39). Sådan utbildning och träning kan innebära att personalen exempelvis

ges möjlighet att reflektera över och praktisk träna olika metoder att bemöta personer med demenssjukdom eller att bedöma eventuell smärta hos dessa personer.

Även bistånds- och LSS-handläggarens behöver ha en grundläggande förståelse och kunskap om vad demenssjukdom är och vilka konsekvenser det har för den drabbade personen (39). En demenssjukdom medför ofta en försämrad förmåga till abstrakt tänkande och en nedsatt beslutsförmåga, vilket kan påverka möjligheten att formulera behov eller ta ställning till erbjudna stödinsatser. Bistånds- och LSS-handläggare behöver därför alltid ta hänsyn till personers självbestämmande, samtidigt som de också behöver ta hänsyn till om en person har en nedsatt kognitiv förmåga. (39)

I den nyligen reviderade nationella demensstrategin konstateras att det framtida utvecklingsarbetet även behöver lyfta fram vissa grupper. En sådan grupp är just personer med intellektuell funktionsnedsättning. Det kommer troligen att bidra till bättre förutsättningar för vård och stöd vid demens bland personer med intellektuell funktionsnedsättning.

## Vanligt med riskfylld läkemedelsanvändning

Läkemedelsanvändning bland personer med insatser enligt LSS är omfattande (52). Socialstyrelsens analyser visar att 10–34 procent i åldersgruppen 40 år eller äldre hade tio eller fler läkemedel, så kallad polyfarmaci<sup>55</sup> (52).

De vanligaste läkemedlen i den studerade gruppen som helhet var antidepressiva, anti epileptika, neuroleptika<sup>56</sup>, sömnmedel samt medel vid förstoppning. I nära hälften av de mätningar som gjordes i olika åldersgrupper i respektive personkrets<sup>57</sup>, var användningen 10 gånger högre eller mer jämfört med motsvarande åldersgrupp hos personer som inte får insatser enligt LSS.

Det sågs inte några tydliga skillnader mellan män och kvinnor, förutom en högre användning av antidepressiva medel hos kvinnor och en något högre användning av neuroleptika hos män. Däremot sågs en högre förekomst i de

---

<sup>55</sup> Polyfarmaci: Användning av många läkemedel samtidigt. Definieras ofta som samtidig användning av fem eller fler läkemedel. Ibland även benämnt *multimedcinering*. I dessa analyser har Socialstyrelsen valt att utgå från 10 läkemedel.

<sup>56</sup> ATC-gruppen neuroleptika (ATC-kod N05A) omfattar antipsykotiska läkemedel och litium (ATC-kod N05AN)

<sup>57</sup> LSS omfattar tre personkretsar, som omfattar följande grupper: 1. personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd. 2. personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom. 3. personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

olika åldersgrupperna av de fem vanligaste läkemedelsgrupperna hos personer på LSS-boende. Tydligast var denna skillnad för användningen av neuroleptika.

Läkemedel som användes av personer under 18 år förskrevs till övervägande del av specialister inom barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykiatri och barn- och ungdomsneurologi med habilitering. Från 18 år och uppåt sågs dock en med åldern stigande andel av förskrivningarna från specialister i allmänmedicin.

En analys med hjälp av indikatorer för olämplig/riskfylld läkemedelsbehandling visade att det kan finnas risker med läkemedelsbehandlingen i denna grupp, för framför allt allvarliga läkemedelsinteraktioner (främst med det antiepileptiska läkemedlet karbamazepin) och läkemedelsbiverkningar på kort (exempelvis trötthet och kognitiv påverkan) och lång (bland annat metabola biverkningar såsom viktuppgång) sikt.

Inte heller i dessa analyser sågs några betydande skillnader mellan män och kvinnor. Däremot var det, med få undantag, en högre förekomst av de utvalda måtten på olämplig/riskfylld läkemedelsanvändning, hos personer som bor på LSS-boende. Tydligast var detta för psykofarmaka med metabola effekter. (52)

## Vanligt att antipsykotika förskrivs för annat än psykos och bipolaritet

Fördjupade analyser av ändamålen för behandlingen och behandlingstider visade att antipsykotika i personkrets 1 och 2 oftast förskrevs för behandling av andra tillstånd än psykosjukdom eller bipolär sjukdom / mani – främst ångest och beteendesymtom (52).

Vidare visade analyserna att minst tre av fyra personer med antipsykotika i personkrets 1 behandlades mer än tre månader och minst varannan mer än sex månader. Detta ska ses mot bakgrund av att den rekommenderade maximala behandlingstiden med antipsykotika (risperidon) vid beteendesymtom är sex veckor.

Ett övergripande mönster var att personer under 18 år hade en mindre omfattande användning av läkemedel och en lägre förekomst av olämplig/riskfylld läkemedelsanvändning, jämfört med personer 18 år och äldre. Däremot tyder resultaten på att en större andel av de antipsykotiska läkemedel som användes av personer under 18 år var förskrivna mot ångest och beteendesymtom. (52)

## Omfattande läkemedelsanvändningen ställer krav på läkemedelsbehandlingar

Den utbredda användningen av läkemedel hos personer med insatser enligt LSS är inte förvånande i sig, med tanke på den rapporterade höga förekomsten av såväl psykiatriska som kroppsliga sjukdomar och tillstånd i denna grupp (52). Det finns dock risker med en sådan omfattande läkemedelsanvändning. Den fordrar en noggrannhet i både ordination, uppföljning och omprövning av läkemedelsbehandlingar:

- Ett strukturerat arbetssätt vid ordination för att tillse att indikationen (behandlingsorsaken) är korrekt och att val av läkemedel, dosering och behandlingstid är anpassat till individens förutsättningar, inklusive eventuell samsjuklighet och annan läkemedelsbehandling, och sker i enlighet med rekommendationer för aktuell indikation och den tänkta läkemedelsbehandlingen. Det är också viktigt att den förväntade nyttan med läkemedelsbehandlingen vägs mot dess risker och ställs i relation till andra möjliga behandlingar.
- Rutiner för uppföljning av läkemedelsbehandling, för att tillse att målet med behandlingen uppnåtts och att nyttan med behandlingen överväger eventuella uppkomna, och framtida risker för, oönskade effekter av den.
- Rutiner för regelbunden omprövning av behandlingen, främst för att bedöma – utifrån en nytta/riskvärdering och rekommenderad behandlingstid – om den ska fortsätta eller avslutas. (52)

## Förbättringsarbete behöver fokusera på mer än individen

Analyserna i detta kapitel visar att det återstår arbete innan hälso- och sjukvården är jämlik för personer med funktionsnedsättning. Detta stämmer väl överens med tidigare forskning och studier. Personer med intellektuell funktionsnedsättning, autism eller psykisk funktionsnedsättning har många gånger en lägre så kallad hälsolitteracitet än övrig befolkning. Med hälsolitteracitet avses förmågan att få tag på, förstå, värdera och använda information för att bibehålla och främja hälsa. För att uppnå en mer jämlik hälso- och sjukvård för dessa grupper behöver hälso- och sjukvården bland annat

- ta fram information i anpassade format i högre utsträckning
- vid behov använda olika former av kommunikationsstöd
- stärka dialogen med personal och företrädare.

Ytterligare utmaningar handlar om digitala hinder. I en kartläggning som PTS har låtit genomföra tydliggörs de hinder som personer med funktionsnedsättning möter i vårdsammanhang (20).

## Svårigheter kopplade till digitala vårdtjänster

Andelen som använder digitala vårdtjänster är lägre bland personer med funktionsnedsättning jämfört med den övriga befolkningen (20). Ett exempel är tidsbokningen, där andelen användare ligger mellan 24 och 30 procent bland personer med funktionsnedsättning (tabell 16). Motsvarande andel i övriga befolkningen är 68 procent. Skillnaderna är mindre när det gäller tidsbokningen inom tandvården, vilket delvis förklaras av en låg andel även i den övriga befolkningen.

Skillnaderna är mindre för vårdmöten via nätet. Andelen som deltar i vårdmöten via nätet är lägst bland personer i boende enligt LSS eller SoL. I kartläggningen framkommer svårigheter som att personerna inte får hjälp att koppla upp sig.

**Tabell 16. Digitala aktiviteter kopplade till e-hälsa**

Andel personer med funktionsnedsättning som använder digitala vårdtjänster jämfört med övrig befolkning, personer med funktionsnedsättning är uppdelat på insatserna daglig verksamhet samt boende enligt LSS och SoL, uppdelat på olika typer av vårdtjänster, andel angiven i procent, 2023.

	Daglig verksamhet	Boenden enligt LSS och SoL	Övrig befolkning
Boka tid inom vården	30	24	68
Boka tid inom tandvården	22	19	31
Vårdmöten via nätet	21	8	22
1177.se info på nätet	37	35	70
1177.se e-tjänster	44	41	81

Källa: Hur personer med funktionsnedsättning använder internet 2023 – specialrapport för grupperna i daglig verksamhet, anpassat boende och anpassad skola (Begripsam och PTS, 2024).

Omkring 20 procent bland personer i daglig verksamhet eller boende enligt LSS eller SoL tycker att 1177.se är svårt att använda. Motsvarande andel i övrig befolkning är 9 procent. Avsaknad av bildstöd är ett exempel på svårighet. Ett annat exempel är svårigheter att navigera. Andelen som upplever svårigheter med de delar av 1177.se där man loggar in är betydligt lägre:

- Daglig verksamhet: 28 procent
- Boende enligt LSS eller SoL: 26 procent
- Övrig befolkning: 12 procent.

I rapporten lyfts vissa svårigheter kopplade till 1177.se. En sådan är att gode man inte kan agera ombud på 1177.se.

## Behov av fortbildning inom primärvården

Hälso- och sjukvården, såväl primärvården som den specialiserade, möter ofta personer med funktionsnedsättning. Kompetens om funktionsnedsättningar och deras konsekvenser behöver därför öka. I en tidigare kartläggning uppgav 95 procent av distriktsläkarna<sup>58</sup> att de kommer i kontakt med patienter i målgruppen (patienter med omfattande och varaktig funktionsnedsättning). 46 procent uppger att de har ett tydligt basansvar för målgruppen. (40)

Drygt 10 procent av vårdcentralerna uppgav att de har tillräckligt med resurser för att kunna erbjuda anpassade och förberedda läkarbesök (till exempel längre tid, hembesök, tid att förbereda sig) och 29 procent erbjuder det delvis. (40)

Endast 12 procent av distriktsläkarna uppger att de har tillräcklig grundläggande kompetens gällande målgruppens sammanhållna medicinska behov ur ett helhetsperspektiv. Omkring en tredjedel, 37 procent, uppger att de har delvis grundläggande kompetens. Vidare uppger 9 procent uppger att de inte fått någon särskild fortbildning på området. (40)

Av tabell 17 framgår att distriktsläkarna uppger sig ha behov av olika fortbildningar, bland annat om olika funktionsnedsättningar och kognitiva och intellektuella förmågor.

### Tabell 17. Behov av fortbildning bland distriktsläkare

Andel distriktsläkare som uppgett att de har behov av fortbildning i frågor som rör funktionsnedsättningar, uppdelat på typ av fortbildningsområde, andel angiven i procent, 2023, n=911.

Område	Andel
Om olika funktionsnedsättningarna (ex autism, intellektuell funktionsnedsättning, CP, flerfunktionsnedsättning)	72,0
Kognitiva och intellektuella funktioner	62,6
Bakomliggande medicinska syndrom	48,9
Juridiken på området	64,8
Intyg	54,9
Tolka beteendemässiga symtom	60,4
Grundläggande habiliteringsmedicin (jfr rehabiliteringsmedicin)	67,0
Oro och utmanande beteenden	54,9
Annat? Ange gärna vad.	14,8

Källa: Gränssnitt och samordning vid övergång till vuxensjukvård för barn- och ungdomshabiliteringens målgrupp (Nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin, 2023). Remissversion.

<sup>58</sup> Som deltog i kartläggningen (n=911).



Vissa regioner har utvecklat särskilda mottagningar och arbetsätt för att säkra tillgången till hälso- och sjukvård för personer med medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar. Socialstyrelsen ser positivt på denna utveckling, eftersom sådana mottagningar kan utgöra ett viktigt komplement till den övriga primärvården.

# Tandvård på lika villkor

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för tandvård och tandhälsa bland personer med insatser enligt LSS och SoL (0–64 år).

## Sammanfattande iakttagelser

- Personer med insatser enligt LSS har en sämre munhälsa än den övriga befolkningen. Det gäller framför allt åldersgruppen 45 år och äldre. Samtidigt besöker personer med insatser enligt LSS tandvården i högre utsträckning än befolkningen i övrigt, oavsett åtgärd. Detta förändras dock över tid, och besöken minskar i takt med stigande ålder. I den här gruppen ingår framför allt personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism.
- Personer med insatser enligt SoL och personer inom socialpsykiatri besöker tandvården i lägre utsträckning än personer med insatser enligt LSS. Munhälsan försämras dessutom med stigande ålder jämfört med övriga befolkningen.
- Basundersökningar och olika behandlingar av tandvården utgör endast en del av det som krävs för en god tandhälsa. Socialstyrelsen menar därför att det är av vikt att de personer med funktionsnedsättning som är i behov av hjälp med omvårdnad, också får stöd med tandborstning. Likaså talar resultaten för vikten av att verka för hälsosamma levnadsvanor bland dessa grupper, liksom i den övriga befolkningen.
- Samverkan behöver bli bättre mellan tandvårdspersonal och personal som ger stöd till personer med LSS, personer med insatser enligt SoL och inom socialpsykiatri.

## Tandvårdsbesöken minskar i takt med ökad ålder

### Fakta tandvårdsstöd

Patienter från 24 år betalar den största delen av sin tandvård själva (57 procent 2018). Staten finansierar en del av vuxentandvården, genom ett allmänt tandvårdsbidrag (ATB)- ett högkostnadsskydd- ett särskilt tandvårdsbidrag (STB) (se 1 kap.1 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd). Regionerna finansierar barn- och ungdomstandvården, viss specialisttandvård och vissa tandvårdsstöd för vuxna med särskilda behov. Tandvårdsstöden minskar ekonomiska hinder att besöka tandvård och munhälsobedömningar av tandvårdspersonal kan erbjudas igenom uppsökande verksamhet i bostaden. Följande tandvårdsstöd är aktuella för målgrupperna inom LSS, SoL och Socialpsykiatri:

- Statligt tandvårdsstöd (STB)
- Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård
- Tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

Personer 24 år och äldre med insatser enligt LSS besöker tandvården i högre utsträckning än befolkningen i övrigt, oavsett åtgärd. Undantaget är personer med insatser enligt LSS som är 65 år eller äldre, där 76 procent besökte tandvården under 2023 jämfört med 85 procent i motsvarande åldersgrupp i befolkningen i övrigt. Denna åldersgrupp utgör dock en mindre andel av populationen med LSS insatser<sup>59</sup>.

Personer 24–44 år med insatser enligt LSS genomgår regelbundna basundersökningar i högre utsträckning än befolkningen i övrigt (tabell 18). Antalet basundersökningar är färre för de som är över 44 år, både jämfört med de som är yngre, och även jämfört med befolkningen i övrigt. Basundersökning är en viktig förebyggande åtgärd som har betydelse för att minska risken för ohälsa i munnen. Risken för ohälsa ökar också med åldern, inte minst vid samtidig funktionsnedsättning. Det innebär att personer med insatser enligt LSS behöver öka tandvårdsbesök och basundersökningar från 44 år och uppåt, för att minska risken för nya problem med sin munhälsa.

---

<sup>59</sup> 9 procent jämfört med 26 procent i befolkningen.

**Tabell 18. Tandvårdsbesök – basundersökning och akutbesök**

Andel personer med insatser enligt LSS, SoL samt inom socialpsykiatri som besökt tandvården minst för en basundersökning eller akutbesök under 2023, jämförelsegrupp övrig befolkning, uppdelat på ålder.

	24–29 år		30–44 år		45–64 år	
	Bas	Akut	Bas	Akut	Bas	Akut
<b>LSS</b>						
Män	36	14	39	16	41	18
Kvinnor	38	16	42	17	42	20
<b>SoL</b>						
Män	28	10	29	13	29	16
Kvinnor	32	14	33	15	33	14
<b>Socialpsykiatri</b>						
Män	25	11	31	13	30	15
Kvinnor	31	15	29	15	33	18
<b>Övrig befolkning</b>						
Män	22	7	26	8	37	11
Kvinnor	27	9	32	10	42	12

Källa: Registret över insatser enligt LSS, Registret över insatser enligt SoL, tandvårdsregistret.

Personer med insatser enligt SoL och personer inom socialpsykiatri besöker tandvården för en basundersökning i mindre utsträckning än personer med insatser enligt LSS och befolkningen i övrigt (tabell 18). Det är också tydligt att antalet basundersökningar inte ökar bland personer i 45–64 års ålder, såsom de gör i den övriga befolkningen.

Behov av tandvård ökar i åldern 45–64 år. Basundersökning under en treårsperiod är viktigt för att kunna ta del av tandvårdens förebyggande insatser och minska risken för sjukdomsbehandlande åtgärder som exempelvis tandextraktioner.

Skillnaderna är även tydliga när det gäller akuta besök till tandvården. Det är nästan dubbelt så vanligt med sådana besök bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övriga befolkningen. Ett exempel är åldersgruppen 45–64 år, där 20 procent av kvinnorna med funktionsnedsättning gjorde minst ett akutbesök under 2023. Motsvarande andel bland övriga kvinnor var 12 procent.

## Munhälsan är sämre än i övriga befolkningen

Personer med insatser enligt LSS har redan vid 24 års ålder en sämre munhälsa jämfört med den övriga befolkningen (tabell 19). Det utförs också fler tandutdragningar, framför allt i åldersspannet 30–64 år, jämfört med övriga befolkningen.

Personer med insatser enligt SoL och personer inom socialpsykiatri har också en försämrad tandhälsa med stigande ålder jämfört med den övriga befolkningen. Skillnader i målgrupperna inom LSS, SoL och socialpsykiatri jämfört med befolkningen i övrigt kan tolkas som att tandvårdens åtgärder kommer senare i den övriga befolkningen. Personer med LSS-insatser är särskilt utmärkande med hög andel basundersökning bland yngre och samtidigt sämre tandhälsa i åldern 24–29 år.

Personer med SoL och socialpsykiatri utmärker sig med fler extraktioner i alla ålderskategorier jämfört med personer med LSS-insatser och den övriga befolkningen (tabell 19). Personer med LSS insatser har fler tandextraktioner än den övriga befolkningen i åldern över 30 år. Samtidigt besöker målgruppen LSS tandvården för en basundersökning i större utsträckning jämfört med den övriga befolkningen 24–44 år.

### Tabell 19. Munhälsa bland personer med funktionsnedsättning

Antal kvarvarande tänder bland personer med insatser enligt LSS, SoL och inom socialpsykiatri jämfört med övrig befolkning, uppdelat på ålder, 2023.

	Antal kvarvarande tänder								
	24–29 år			30–44 år			45–64 år		
	P25	Median	P75	P25	Median	P75	P25	Median	P75
<b>LSS</b>									
Män	28	29	31	27	29	31	23	27	29
Kvinnor	27	29	31	26	28	30	23	26	28
<b>SoL</b>									
Män	28	30	32	28	29	31	23	27	29
Kvinnor	28	29	32	27	29	31	23	27	29
<b>Socialpsykiatri</b>									
Män	28	30	32	28	29	31	22	27	29
Kvinnor	28	30	32	27	29	31	22	27	29
<b>Övrig befolkning</b>									
Män	28	30	32	28	30	32	27	29	31
Kvinnor	28	30	32	28	30	32	27	28	30

Källa: Registret över insatser enligt LSS, Registret över insatser enligt SoL, tandvårdsregistret

Det finns ytterligare skillnader i tandhälsa mellan undersökningsgrupperna och den övriga befolkningen. Skillnaderna handlar om de i respektive grupp som har sämst tandhälsa:

- I åldersgruppen 25–64 år har 25 procent av personer med insatser enligt LSS, SoL eller inom socialpsykiatri 21 kvarvarande tänder, motsvarande andel i den övriga befolkningen är 26.
- I åldersgruppen 65 år eller äldre har 25 procent av de med insatser enligt LSS 12 kvarvarande tänder, motsvarande andel i den övriga befolkningen är 21.
- I åldersgruppen 45–64 år har 10 procent av personer inom socialpsykiatri endast 10 kvarvarande tänder, motsvarande andel bland personer med insatser enligt LSS är 13.

## Viktigt att ge stöd för god tandhälsa

Munhälsan skiljer sig mellan de olika undersökningsgrupperna och den övriga befolkningen. Förutsättningarna att bibehålla och förbättra munhälsan är också olika mellan undersökningsgrupperna. Den övriga befolkningen har en bättre tand- och munhälsa än undersökningsgrupperna i LSS, SoL och inom socialpsykiatri. Denna skillnad är etablerad redan i åldersgruppen 24–29 år och följer sedan under hela livet. Socialstyrelsen har inte kunnat fastställa orsakerna till att tandvårdsbesöken minskar för de i undersökningsgruppen som är över 44 år samtidigt som behovet av tandvård ökar. Vi har lyft detta i tidigare lägesrapporter och kan konstatera att utmaningarna kvarstår. Vi har tidigare konstaterat att det finns stora skillnader i hur tandvårdsstöd når målgrupperna (7), men detta är troligen inte den enda orsaken. Vi kan inte heller utesluta att det finns geografiska skillnader. Vi avser därför att fortsätta undersöka orsakerna.

Resultaten av Socialstyrelsens analyser visar på vikten av en god tillgänglighet till uppsökande och nödvändig tandvård inom LSS även i de högre åldrarna.

Basundersökningar och olika behandlingar av tandvården utgör endast en del av det som krävs för en god tandhälsa. Socialstyrelsen menar därför att det är av vikt att de personer med funktionsnedsättning som är i behov av hjälp med omvårdnad, också får stöd med tandborstning. Likaså talar resultaten för vikten av att verka för hälsosamma levnadsvanor bland dessa grupper, liksom i den övriga befolkningen. Därför är det viktigt att personalen har kunskap och kompetens inom området. Likaså är det viktigt att verksamheter arbetar med hälsolitteracitet på individnivå.

Socialstyrelsens analyser visar att förutsättningarna att bibehålla en god munhälsa skiljer sig mellan undersökningsgrupperna. Skillnaderna kan bero på om målgruppen omfattas av tandvårdsstöd som gör det möjligt att besöka

tandvården till reducerad kostnad<sup>60</sup>. Detta resonemang får stöd av Statistiska Centralbyråns undersökning av levnadsförhållanden (ULF-undersökningen). I 2023 års undersökning uppgav 9,3 procent av personerna med funktionsnedsättning att de har ej tillgodosedda behov av tandvård och 3,8 procent uppgav ekonomiska orsaker till att de ej besökt tandvården. Motsvarande andelar i den övriga befolkningen var lägre: 4,0 respektive 1,5 procent.

I ULF-undersökningens grupp ingår väsentligt fler personer med funktionsnedsättning än de som får stöd. Det är också sannolikt att vissa grupper är representerade i mindre utsträckning, till exempel personer med omfattande funktionsnedsättningar och som bor i särskilda boendeformer. Grupperna är med andra ord inte helt jämförbara, men ger ändå viss kunskap om orsakerna till den ojämlika munhälsan.

---

<sup>60</sup> Dessa stöd regleras i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd och tandvårdsförordningen.

# Stöd och insatser vid psykisk ohälsa

I detta kapitel redogör Socialstyrelsen för stöd vid olika aspekter av psykisk ohälsa, dels personer med psykisk funktionsnedsättning, dels personer med funktionsnedsättning som också har psykisk ohälsa.

## Sammanfattande iakttagelser

- Hälso- och sjukvårdens verksamheter har olika förutsättningar att identifiera och behandla psykisk ohälsa hos personer med funktionsnedsättning:
  - Majoriteten av habiliteringens verksamheter har personal med grundkompetens om funktionsnedsättnings betydelse i relation till psykisk ohälsa.
  - En relativt låg andel verksamheter inom psykiatri använder skattningsinstrument som är validerade för olika funktionsnedsättningar, 25 procent. Många verksamheter använder andra metoder, till exempel samarbete med arbetsterapeut eller habiliteringen.
  - Långt ifrån alla verksamheter inom psykiatri erbjuder insatser till personer med funktionsnedsättning. Andelen är högst när det gäller insatser till personer med intellektuell funktionsnedsättning, cirka 90 procent. Andelen som erbjuder insatser till personer med andra funktionsnedsättningar är lägre. Till exempel erbjuder endast var tredje verksamhet inom psykiatri insatser till personer med hörsel- eller synnedsättning.
  - Alternativa kommunikationssätt är många gånger centralt för att säkra delaktighet hos personer med funktionsnedsättning. Endast 40 procent av verksamheterna inom psykiatri uppger att de använder alternativa kommunikationssätt.
- Konsekvensen av att psykiatri inte alltid erbjuder insatser till personer med funktionsnedsättning blir att de behöver få stöd från habiliteringen eller primärvården. Kunskapen om psykiatrisk sjukdom är dock lägre inom habiliteringen och dessutom har inte alla vuxna personer med funktionsnedsättning tillgång till vuxenhabiliteringens insatser. Kunskapen funktionsnedsättning är i sin tur bristfällig inom primärvården.
- Allt fler kommuner erbjuder personligt ombud, samtidigt ökar behoven. Detta har ökat väntetiderna i flera kommuner. Personligt ombud fyller en viktig funktion i att stötta individer som riskerar eller befinner sig i utanförskap. Den senaste åiterrapporteringen från verksamheterna visar att vissa målgrupper ökar mer än andra, till exempel personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller intellektuell funktionsnedsättning.



## De flesta habiliteringsverksamheter uppmärksammar psykisk ohälsa

Habiliteringens verksamhet utgör ett viktigt stöd för personer med funktionsnedsättning och det är inte ovanligt att det är de som identifierar psykisk ohälsa hos gruppen.

I majoriteten av habiliteringsverksamheten finns det personal med grundkompetens om funktionsnedsättningars betydelse i förhållande till psykisk ohälsa, det visar en kartläggning som Socialstyrelsen genomfört. Andelen är något lägre inom vuxenhabilitering än inom barn- och unga, 87 respektive 91 procent (tabell 20). Det framgår inte av resultaten hur många som har denna kompetens. I fritextsvaren anges bland annat att vissa av professionerna har detta i sin grundutbildning, till exempel psykologer (95 procent) och socionomer (60 procent) men några verksamheter anger att personal har fått fortbildning på området.

**Tabell 20. Rutiner och kompetens om psykisk ohälsa inom habiliteringens verksamhet**

Andel habiliteringsverksamheter som har rutiner och kompetens om psykisk ohälsa i habiliteringens verksamhet, uppdelat på verksamhet, andel angiven i procent, n=23.

	Barn- och unga			Vuxna		
	Ja	Nej	Vet ej	Ja	Nej	Vet ej
Det finns personal med grundkompetens om funktionsnedsättningars betydelse i förhållande till psykisk ohälsa	91	4	4	87	4	9
Har ni riktlinjer eller dylikt som fastslår att ni i utredningar med mera ska ta hänsyn till patientens psykiska hälsa?	78	13	9	70	17	13
Har ni en dokumenterad rutin för att uppmärksamma patientens psykiska hälsa vid framtagande av habiliteringsplaner?	57	30	13	61	22	17

Källa: Socialstyrelsens enkät till habiliteringsverksamheterna, 2024.

Riktlinjer eller dokumenterade rutiner kan vara viktiga förutsättningar för att systematiskt uppmärksamma behov, till exempel psykisk ohälsa. I synnerhet när inte all personal har en grundkompetens i frågan. Långt ifrån alla verksamheter har dock sådana dokument. Närmare 80 procent av barn- och

unga habiliteringarna uppger att de har riktlinjer eller dylikt som fastslår att hänsyn ska tas till patientens psykiska hälsa (tabell 22). Motsvarande andel inom vuxenhabiliteringen är något lägre, 70 procent.

En väsentligt lägre andel har dokumenterade rutiner för att uppmärksamma eventuell psykisk ohälsa hos patienten vid framtagande av habiliteringsplaner. Inom barn- och unga habilitering var andelen 57 procent, inom vuxenhabiliteringen 61.

Det är med andra ord inte alla habiliteringsverksamheter som har egna rutiner och riktlinjer för att uppmärksamma och ta hänsyn till psykisk ohälsa hos patienter. Det betyder inte att problemen inte uppmärksammas, men rutiner och riktlinjer ökar förutsättningarna.

Majoriteten av verksamheter inom habiliteringen arbetar generellt med insatser som främjar psykisk hälsa eller behandlar psykiatrisk samsjuklighet. Andelen är något högre inom vuxenhabilitering än inom barn- och unga, 83 respektive 74 procent. Den vanligaste insatsen är individuellt samtalsstöd, 100 procent. Gruppverksamhet är vanligare inom barn- och unga habiliteringen än inom vuxenhabiliteringen, 94 respektive 78 procent.

### Tabell 22. Habiliteringens insatser för att främja psykisk hälsa

Andel habiliteringsverksamheter som erbjuder olika typer av insatser för att främja psykisk hälsa, uppdelat på typ av insats och typ av verksamhet, andel angiven i procent, 2024.

	Barn- och unga	Vuxna
	Ja	Ja
Gruppverksamhet	94	78
Individuellt samtalsstöd	100	100
Annat	7	4

Not. Andel svarande var 17 (barn- och unga) och 18 (vuxna).

Källa: Socialstyrelsens enkät till habiliteringsverksamheterna, 2024.

I frisvaren angavs flera exempel på gruppverksamhet, till exempel diagnosinformation, stresshantering och vardagssamtal. Enstaka habiliteringsverksamheter uppger KBT riktat till specifika grupper.

Verksamheterna gav även exempel på individuella stödinsatser: anpassad KBT, psykoedukation, individuellt samtalsstöd.

## Skillnader i vilka grupper psykiatrin erbjuder insatser

Även psykiatrin möter personer med psykisk funktionsnedsättning. Det är därför viktigt att där finns kompetens att identifiera psykisk ohälsa i denna

grupp. Likaså är det viktigt att verksamheterna har tillräcklig kompetens för att kunna bemöta och behandla patienterna.

**Tabell 23. Hänsyn till funktionsnedsättning vid bedömning av psykiatrisk samsjuklighet**

Andel verksamheter inom psykiatrin som uppger att de tar hänsyn till eventuell funktionsnedsättning vid bedömning av psykisk ohälsa, uppdelat på typ av verksamhet, andel angiven i procent, 2024.

	Barn- och ungdomspsykiatri	Vuxenpsykiatri	Totalt
Verksamheten använder skattningsinstrument som är validerade för personer med funktionsnedsättning	18	29	25
Annat sätt	50	31	39
Vet inte	36	49	44

Källa: Socialstyrelsens enkät till habiliteringsverksamheterna, 2024.

En relativt låg andel av verksamheter använder skattningsinstrument som är validerade för målgruppen. Andelen är 18 procent inom barn- och ungdomspsykiatrin och 29 procent inom vuxenpsykiatrin (tabell 23). En förklaring till den låga andelen är troligen att skattningsinstrument sällan är validerade för grupper med olika funktionsnedsättningar.

En högre andel av verksamheterna anger att de använder andra sätt än skattningsinstrument. I frisvaren anges flera exempel:

- Individuellt efter behov
- Delvis samedömning med arbetssterapeut
- Samverkan med habiliteringen
- Specifika hjälpmedel eller tolk
- Regelbundna samverkansmöten, där komplicerade patientärenden diskuteras.

Några verksamheter uppger att de saknar strukturerade arbetssätt för att säkra inkludering av ett funktionshindersperspektiv vid bedömningar och utredningar.

Alla verksamheter inom psykiatrin erbjuder inte insatser till personer med funktionsnedsättning (tabell 24). Andelen är lägst när det gäller hörsel- och/eller synnedsättningar. Endast var tredje psykiatrisk verksamhet erbjuder insatser till dessa grupper. Andelen är även låg för rörelsehinder, hälften av BUP-verksamheterna och var tredje VUP erbjuder insatser rörande psykiatrisk sjukdom till denna målgrupp. Andelen är dock relativt hög när det gäller insatser vid psykiatrisk sjukdom hos personer med intellektuell funktionsnedsättning, omkring 90 procent.

**Tabell 24. Psykiatrins målgrupper bland personer med funktionsnedsättning**

Andel verksamheter inom psykiatrin som erbjuder insatser som behandlar samexisterande psykiatriska tillstånd hos personer med funktionsnedsättning, uppdelat på typ av funktionsnedsättning samt verksamhet, andel angiven i procent.

	Ja		
	Barn- och ungdomspsykiatri (n=18)	Vuxenpsykiatri (n=14)	Totalt (n=32)
Intellektuell funktionsnedsättning	93	89	91
Förvärvad hjärnskada	21	50	38
Rörelsehinder	50	33	41
Hörsel- och/eller synnedsättning	36	33	34
Vet inte	7	11	9

Not. Antal svarande var 18 (barn- och ungdomspsykiatri och 14 (vuxenpsykiatri).

Källa: Socialstyrelsens enkät till habiliteringsverksamheterna, 2024.

Kommunikation är centralt för att säkra patientens delaktighet. För personer med vissa funktionsnedsättningar kan alternativa kommunikationssätt vara en förutsättning för att de ska kunna vara delaktiga vid återkoppling av bedömning och vid vårdplanering. Endast 40 procent av verksamheter uppger att de använder alternativa kommunikationssätt (tabell 24). Andelen är väsentligt lägre inom vuxenpsykiatrin än inom BUP, 26 respektive 64 procent.

Den vanligaste alternativa kommunikationsmetoden är bildstöd, som totalt 74 procent uppger att de använder. Andelen som använder övriga alternativa kommunikationsmetoder är genomgående lägre än 50 procent. Inom BUP använder 43 procent digitalt stöd (exempelvis att skriva på dator), motsvarande andel inom vuxenpsykiatrin är 22 procent. Det framgår inte av resultaten hur många som använder kommunikationsmetoderna i respektive verksamhet, vilket delvis gör resultaten svårtolkade. Mot bakgrund av den låga andelen gör Socialstyrelsen ändå bedömningen att användningen av alternativa kommunikationsmetoder behöver öka inom psykiatrin.

**Tabell 24. Användning av alternativa kommunikationsmetoder inom psykiatrin**

Andel verksamheter inom psykiatrin som använder alternativa kommunikationsmetoder, uppdelat på kommunikationsmetod och typ av verksamhet, andel angiven i procent.

	Barn- och ungdomspsykiatri	Vuxenpsykiatri	Totalt
Bildstöd	79	67	74
Teckentolkning	21	44	30
Tecken som stöd	21	0	13
Information på lätt svenska	29	11	22
Talande hjälpmedel	0	11	4
Digitalt stöd	43	22	35
Annat stöd	36	0	22

Not. Antal svarande var 22 (barn- och ungdomspsykiatri) och 35 (vuxenpsykiatri).

Källa: Socialstyrelsens enkät till habiliteringsverksamheterna, 2024.

## Tillgången till vård vid psykisk sjukdom behöver förbättras

Psykiatrins relativt begränsade utbud av insatser vid psykiatrisk sjukdom till personer med funktionsnedsättning gör att många i denna grupp är hänvisade till habiliteringens verksamhet alternativt primärvården.

Kompetensen rörande olika funktionsnedsättningar är förvisso högre inom habiliteringens verksamhet, men däremot inte kompetensen om psykisk ohälsa eller psykiatrisk sjukdom. Dessutom erbjuder inte alla län vuxenhabilitering till alla de diagnosgrupper som exempelvis brukar ingå i barn- och ungdomshabilitering. I en enkätundersökning som Socialstyrelsen genomfört framkommer till exempel att 91 procent av verksamheter erbjuder insatser till personer med sällsynta diagnoser (tabell 25). Vidare erbjuder 74 procent av verksamheter insatser till personer med autism utan intellektuell funktionsnedsättning. Ännu färre erbjuder insatser till personer som är döva eller dövblinda, 35 procent. När verksamheterna erbjuder stöd till de två senare grupperna handlar det om att hörselhabilitering ingår i vuxenhabiliterings uppdrag.

**Tabell 25. Funktionsnedsättningar som omfattas av vuxenhabiliteringens verksamhet**

Andel verksamheter inom vuxenhabilitering som erbjuder insatser till olika funktionsnedsättningar, andel angiven i procent, 2024.

Funktionsnedsättning	Andel verksamheter	Antal verksamheter
Intellektuell funktionsnedsättning	100	23
Medfödd eller tidig förvärvad rörelsenedsättning	100	23
Autism med intellektuell funktionsnedsättning	100	23
Autism utan intellektuell funktionsnedsättning	74	17
Adhd utan annan samtidig funktionsnedsättning	4	1
Flerfunktionsnedsättning	100	23
Förvärvad hjärnskada	91	21
Döva	35	8
Dövblinda	35	8
Sällsynta diagnoser	61	14

Källa: Socialstyrelsens enkät 2024.

Även primärvården är en viktig aktör när det gäller insatser till personer med funktionsnedsättning. I en kartläggning som genomfördes 2023 framkom att primärvården ofta är mottagare vid övergång från barn- och ungdomshabilitering till vuxensjukvård<sup>61</sup> (40). Primärvården är dessutom en aktör som ofta ger stöd till personer med psykisk ohälsa (41). Kunskapen om olika funktionsnedsättningar är dock begränsad inom primärvården. Kartläggningen från 2023 visade att många distriktsläkare efterfrågar mer kunskap om olika funktionsnedsättningar och dess konsekvenser (40).

Resultaten tyder på att tillgången till insatser och behandling vid psykisk sjukdom är otillräcklig för personer med funktionsnedsättning. Resultaten behöver dock kompletteras med ytterligare kunskap. Socialstyrelsen kommer därför att föra dialoger med representanter för såväl habiliteringen som psykiatrin, med syftet att

- fördjupa kunskapen om insatser vid psykisk ohälsa hos personer med funktionsnedsättning.
- identifiera verksamheter som kan tjäna som lärande exempel
- identifiera möjliga åtgärder från Socialstyrelsens sida.

<sup>61</sup> Nästan alla regioner (95 procent) uppgav att primärvården är mottagare vid övergången.

## Allt fler kommuner erbjuder personligt ombud

### **Om personligt ombud**

Verksamheten med personligt ombud riktar sig till personer som är 18 år eller äldre, som har psykiska funktionsnedsättningar och betydande och väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på olika livsområden (2 § förordningen (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar). Verksamhet med personligt ombud syftar bland annat till att den enskilde ska ha bättre möjligheter att påverka sin livssituation och vara delaktig i samhället. Verksamheten syftar även till att få myndigheter, kommuner och regioner att samverka utifrån den enskildes önskemål och behov (3 § förordningen om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar). Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att i samverkan med länsstyrelserna fördela statsbidrag till kommuner enligt förordningen.

Verksamheten personligt ombud (PO) utgår från individens behov och bidrar till helhetssyn när det gäller samhällets stöd. Under 2023 hade 249 kommuner verksamhet med PO, enligt den senaste återrapporteringen av statsbidraget (42). Antalet kommuner som erbjuder personligt ombud har ökat med 3 sedan föregående år. Antalet heltidstjänster har också ökat något och uppgick 2022 till 342.

Sammanlagt arbetade verksamheterna med 10 122 individer under 2023 vilket är en ökning med cirka 700 jämfört med föregående år. Andelen män med personligt ombud är fortfarande högre än kvinnor, 5 855 män respektive 4 263 kvinnor. Omkring 70 procent av individerna var i åldern 30–64 år. En lägre andel, 25 procent, var i åldern 18–29 år.(42)

De flesta län (19 av 203) rapporterar att kommunerna ser tendenser till förändringar i vilka grupper som tar kontakt och söker stöd av personligt ombud. Verksamheterna för personligt ombud redovisar att de fått fler sökande personer som

- har komplexa behov så som psykisk och fysisk ohälsa samt missbruk (samsjuklighet)
- är hemlösa eller riskerar att bli bostadslösa
- har olika neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
- saknar myndighetskontakter och sociala skyddsnet (yngre åldersgruppen)

- har fått sina barn omhändertagna
- har svårt att hantera vård och omsorgskontakter och ansöka digitalt (äldre klienter)
- utsätts för våld i nära relationer.
- transpersoner

Flera ombudsverksamheter redovisar även att de har blivit kontaktade av personer med behov som inte tillhör målgruppen för personligt ombud. Till exempel anhöriga till både barn och vuxna med intellektuell funktionsnedsättning, personer med somatiska sjukdomar och/eller språksvårigheter med flera. Personliga ombuden redovisar att de har lotsat dessa personer vidare till rätt instans samt lämnat vägledning om hur personen kan söka sig vidare. (42)

Liksom tidigare år är de främsta orsakerna till att klienter söker stöd av personligt ombud att de upplever svårigheter med ekonomin och att de har behov av stöd i kontakten med olika myndigheter. Det senare rör sig huvudsakligen om svårigheter kopplade till den omfattande digitaliseringen hos myndigheter, vilket påverkar förutsättningarna för de grupper som saknar e-legitimation eller bank-id. Ett vanligt skäl som uppges är också behovet av stöd i kontakterna med sjukvården. Ombuden noterar också att det blivit vanligare att myndigheterna hänvisar personer till personligt ombud och att det har skett en ökning av antalet personer som inte bedöms tillhöra målgruppen som söker stöd av ett personligt ombud för snabba punktinsatser. (42)

Verksamheterna med personligt ombud redovisar att tillgänglighet till vård, socialtjänst och andra myndigheter har blivit sämre. Regionerna, bland annat primärvård och psykiatriska öppenvårdsmottagningar, har fått längre väntetider för utredningar, behandlingar och för att få sjukskrivningsintyg. Under dessa väntetider vänder sig många till personligt ombud.

Verksamheterna redovisar att det har blivit allt vanligare med avslag från Försäkringskassan och från socialtjänsten. Verksamheter menar att klienterna har allt svårare att få rätt stöd och hjälp från myndigheter, vilket bland annat beror på digitaliseringen. Några exempel på svårigheter är

- fylla i ansökningar till många myndigheter
- boka tider
- en svag ekonomi, samtidigt som kraven på ordnad ekonomi ökar
- sysselsättning, inklusive bedömningar av arbetsförmåga, praktikplatser och aktivitetsstöd. (42)

Behoven av stöd från ett personligt ombud ökar. Under 2023 hade två tredjedelar av länen väntetid, motsvarande andel året innan var hälften. Väntetiderna varierar från några dagar till över ett år. I sju kommuner var det intagningsstopp. Flera kommuner prioriterar bland klienter i de fall



antalet sökanden är fler än vad ombuden kan ta emot. I de prioriterade grupperna ingår:

- hushåll med barn
- personer som riskerar att bli vräkta eller är hemlösa
- unga vuxna 18–29 år
- personer som saknar kontakter, insatser eller socialt nätverk, inklusive personer som riskerar att bli utan försörjning. (42)

# Ekonomiska villkor för enskilda

I det här kapitlet fokuserar Socialstyrelsen på avgifter som är kopplade till de individuella stöden. Vi lyfter även ekonomisk utsatthet i form av förekomst av ekonomiskt bistånd.

## Sammanfattande iakttagelser

- Den ekonomiska situationen för personer med funktionsnedsättning är fortsatt svår. Det handlar både om förekomsten av avgifter och förekomsten av ekonomisk utsatthet, i form av långvarigt ekonomiskt bistånd.
- I Socialstyrelsens kartläggning av avgifter inom socialtjänsten framkommer:
  - Ingen kommun tar ut avgifter för insatser enligt SoL som är högre än det belopp som anges i lagen. Lokala skillnader i utformningen av avgiftssystem medför dock att enskilda behöver betala för olika mycket insatser innan maxtaxan uppnås.
  - 23 procent av kommunerna tillämpar inte ett högre minimibelopp för personer under 65 år när det gäller avgifter för insatser enligt SoL. Detta trots att förarbetena till socialtjänstlagens avgiftsbestämmelser anger att levnadsomkostnader för yngre personer med funktionsnedsättning bör prövas individuellt och beräknas till en nivå som överstiger minimibeloppet med upp till 10 procent.
  - Kommunernas tillämpning av avgiftsbestämmelserna följer inte alltid rättspraxis. För personer med låg ekonomisk standard kan även små skillnader i kommunernas tillämpningsanvisningar få betydelse för om den enskilde bedöms kunna betala avgift eller inte i respektive kommun.
- Det är omkring sju gånger vanligare med ekonomiskt bistånd bland personer med insatser enligt SoL<sup>62</sup> än i den övriga befolkningen. Inom denna grupp är personer med psykisk funktionsnedsättning överrepresenterade. Förekomsten av ekonomiskt bistånd är även högre inom LSS. Skillnaden mellan denna grupp och den övriga befolkningen är dock mindre.
- Förekomsten av långvarigt ekonomiskt bistånd ökar bland personer med funktionsnedsättning. Ökningen är tydligast för personer med insatser enligt SoL. För personer med insatser enligt LSS är förekomsten oförändrad.

---

<sup>62</sup> I åldern 0–64 år.

## Högre ekonomisk utsatthet

Ekonomiska utsattheten bland personer med funktionsnedsättning är större än den övriga befolkningen. Uppgifter från SCB:s undersökning om levnadsförhållanden visar att

- 35 procent av personer med funktionsnedsättning uppger att de saknar kontantmarginal, motsvarande andel i övriga befolkningen är 19 procent.
- 18 procent av personer med funktionsnedsättning har svårt eller mycket svårt att få ekonomin att gå ihop, jämfört med 8 procent i den övriga befolkningen
- 9 procent har inte råd att ha det tillräckligt varmt i bostaden, jämfört med 3 procent i den övriga befolkningen.
- 10 procent har inte råd med nya kläder, jämfört med 4 procent i den övriga befolkningen.
- 7 procent har inte råd att träffa vänner eller släkt för att äta eller fika, jämfört med 2,6 procent i den övriga befolkningen.
- 17 procent har inte råd att regelbundet delta i någon fritidsaktivitet, jämfört med 7 procent i den övriga befolkningen. (34)

Ovanstående uppgifter omfattar fler personer än de som har individuella stöd. Bilden bekräftas av Riksförbundet FUB som konstaterar att många personer med intellektuell funktionsnedsättning går minus med 1 700 kr varje månad (43).

## Skillnader i vad som ingår i maxtaxan

Avgifter är en bidragande orsak till den relativa ekonomiska utsattheten bland personer med funktionsnedsättning. I januari 2025 publicerade Socialstyrelsen en kartläggning av kommunernas avgifter för äldre- och funktionshinderomsorg enligt SoL (44). Av bestämmelserna i SoL framgår det hur hög avgiften som mest får vara; det beloppet kallas *maxtaxa*. Insatserna som inkluderas i maxtaxan är hemtjänst, dagverksamhet, bostad i särskilt boende enligt SoL och kommunal hälso- och sjukvård<sup>63</sup>.

Det finns ingen kommun tar ut ett belopp som är högre än maxtaxan för de insatser som räknas upp i lagen (44). Socialstyrelsen har dock identifierat ett antal skillnader i hur kommunerna tillämpar avgiftsbestämmelserna. Dessa skillnader får betydelse för hur mycket den enskilde får betala för insatserna i respektive kommun.

En konsekvens av att kommunerna har utformat egna avgiftssystem är att den enskilde får olika mycket vård och omsorg innan maxtaxan nås

---

<sup>63</sup> När Socialstyrelsens kartläggning genomfördes var maxtaxan 2 575 kronor per månad.

beroende på kommun. Det flesta kommuner tar ut maxtaxa för hemtjänst när den enskilde har 15 timmar hemtjänst eller mer per månad. Hur mycket hemtjänst den enskilde får per månad innan maxtaxan uppnås i respektive kommun varierar mellan 5 och 20 timmar.

Den enskilde får betala för avgifter som inte inkluderas i maxtaxan, oavsett inkomst. Vår kartläggning visar att det skiljer sig åt vad kommunerna inkluderar i hemtjänsten och därmed i maxtaxan. Exempelvis tar 38 procent av kommunerna ut en avgift för distribution av matlådor som inte ingår i maxtaxan. För installation av trygghetslarm tar 26 procent av kommunerna ut en avgift som inte ingår i maxtaxan. (44)

## Avgift för ledsagning ingår ofta i maxtaxan

Kommunerna inkluderar i regel avgiften för ledsagning i maxtaxan. Endast 2 procent av kommunerna svarar att de tar ut en avgift som inte ingår i maxtaxan (44). Vidare uppger 13 procent av kommunerna att ledsagningen är helt kostnadsfri i deras kommun. Men det är också vanligt att ledsagning är kostnadsfri upp till ett visst antal timmar. Socialstyrelsen har granskat kommunernas webbplatser och därigenom samlat in kompletterande information om avgifter. Vi samlade bland annat in information om hur många timmar ledsagning som är avgiftsfria per månad i de kommuner som erbjuder detta. Uppgifterna är insamlade från 130 kommuner och av dessa är det 87 procent av som erbjuder 10 timmar ledsagning eller mer kostnadsfritt per månad (tabell 26).

**Tabell 26. Antal avgiftsfria timmar ledsagning per månad (n = 130)**

Antal och andel avgiftsfria timmar ledsagning per månad bland kommuner, andel angiven i procent, n=130, 2024.

Antal timmar	Antal	Andel
<10 timmar	17	13
10 timmar	64	49
> 10 timmar	49	38
<b>Totalt</b>	130	100

Källa: Uppgifterna är insamlade från kommunernas webbplatser mellan maj och augusti 2024.

Det har dock varit svårt att hitta information på kommunernas webbplatser om vad ledsagningen kostar efter att den enskilde har använt sig av de avgiftsfria timmarna. Tabell 26 och 27 visar de 68 kommuner som har uppgett att de tar ut en avgift för ledsagning.

### Tabell 27. Kostnaden för ledsagning

Kommunernas kostnader för ledsagning, antal och andel inom olika kostnadsintervaller, andel angiven i procent, n=68, 2024.

Kronor/ timme	Antal	Andel
-99 kronor	8	12
100-199	3	4
200-299	9	13
300-399	28	41
400-	20	29
<b>Totalt</b>	<b>68</b>	<b>99</b>

Källa: Uppgifterna är insamlade från kommunernas webbplatser mellan maj och augusti 2024.

## Var femte kommun tar ut avgift för boendestöd

Socialstyrelsens kartläggning visar även att 72 procent av kommunerna erbjuder boendestöd kostnadsfritt, 19 procent tar ut en avgift som ingår i maxtaxan och 1 procent av kommunerna tar ut en avgift som inte ingår i maxtaxan (44). Vad boendestöd kostar i de kommuner som tar ut en avgift har inte kunnat samlas in eftersom informationen inte tydligt framgått på kommunernas webbplatser.

## Var femte kommun tillämpar inte ett högre minimibelopp för personer med funktionsnedsättning

### Minimibelopp för socialtjänstinsatsers avgifter

Avgiften får socialtjänstinsatser inte bli så hög att den enskilde inte har kvar tillräckliga medel för sina levnadskostnader. Därför gör kommunen en individuell ekonomisk beräkning vid varje beslut om avgift. Det lagstadgade beloppet som den enskilde är garanterad att behålla efter att avgiften är betald kallas förbehållsbelopp. Enligt förarbetena till socialtjänstlagens avgiftsbestämmelser bör levnadsomkostnader för yngre personer med funktionsnedsättning prövas individuellt och beräknas till en nivå som överstiger minimibeloppet med upp till 10 procent. Ett högre minimibelopp innebär att den enskilde får behålla en större summa för sina personliga behov när kommunen räknar ut hur stor avgift som den enskilde ska betala. I förarbetena är det inte tydligt vilken ålder som avses med yngre personer med funktionsnedsättning.

En mindre andel av kommuner uppger att de inte tillämpar ett högre minimibelopp för personer med funktionsnedsättning som är under 65 år (tabell 28). I praktiken kan det innebära att yngre personer med funktionsnedsättning som bor i dessa kommuner får betala en högre avgift.

**Tabell 28. Förekomst av ett högre minimibelopp för personer med funktionsnedsättning som är under 65 år**

Antal och andel kommuner som tillämpar ett högre minimibelopp för personer med funktionsnedsättning som är under 65 år, andel angiven i procent, 2024.

	Antal kommuner	Andel
Ja, tio procent högre belopp	165	69
Ja, men annan procentsats	7	3
Nej	55	23
Vet inte	12	5
<b>Totalt</b>	242	100

Källa: Socialstyrelsens enkätundersökning om kommunernas avgiftssystem enligt SoL, 2024.

## Lokala skillnader i hur många som betalar avgift

Andelen personer som inte betalar någon avgift på grund av att de saknar avgiftsutrymme varierar stort mellan kommunerna. För hemtjänst varierar andelen mellan 1 och 41 procent. Samtliga kommuner har egna stöd för hur de ska tillämpa avgiftsbestämmelserna. Granskningen av rättsfall visar dock att kommunernas tillämpning av avgiftsbestämmelserna inte alltid följer rättspraxis. Socialstyrelsen kan konstatera att för personer med låg ekonomisk standard kan även små skillnader i kommunernas tillämpningsanvisningar få betydelse för om den enskilde bedöms kunna betala avgift eller inte i respektive kommun. (44)

## Långvarigt ekonomiskt bistånd blir allt vanligare

Förekomst av ekonomiskt bistånd är ett mått på ekonomisk utsatthet. Socialstyrelsens analyser visar att ekonomiskt bistånd fortfarande är vanligare bland personer med funktionsnedsättning än i den övriga befolkningen (tabell 29). Det är till exempel mer än sju gånger vanligare med ekonomiskt bistånd bland personer med insatser enligt SoL<sup>64</sup> än i den totala befolkningen, se tabell 28. Under 2023 var antalet biståndsmottagare i den totala befolkningen 2,8 procent. Motsvarande andel bland personer med

<sup>64</sup> I åldern 0–64 år.

insatser enligt SoL var 21 procent. I gruppen med insatser enligt SoL är personer med psykisk funktionsnedsättning överrepresenterade. Andelen med ekonomiskt bistånd är även större bland personer med insatser enligt LSS, 4,6 procent. Andelen är genomgående något högre för män än för kvinnor.

Andelen personer med funktionsnedsättning som har ekonomiskt bistånd har ökat något. År 2022 hade 19,3 procent ekonomiskt bistånd bland personer med insatser enligt SoL. Motsvarande andel inom LSS var 4,3 procent.

**Tabell 29. Förekomst av ekonomiskt bistånd inom LSS och SoL (19–64 år)**

Förekomst av ekonomiskt bistånd, uppdelat på personer 19–64 år med insatser enligt SoL och LSS samt övrig befolkning, andel angiven i procent, 2023.

	Andel med ekonomiskt bistånd	
Insatser enligt SoL	Kvinnor	19,9
	Män	22,1
	<i>Totalt</i>	<i>21</i>
Insatser enligt LSS	Kvinnor	4,5
	Man	4,8
	<i>Totalt</i>	<i>4,6</i>
Övrig befolkning	Kvinnor	2,7
	Man	2,9
	<i>Totalt</i>	<i>2,8</i>

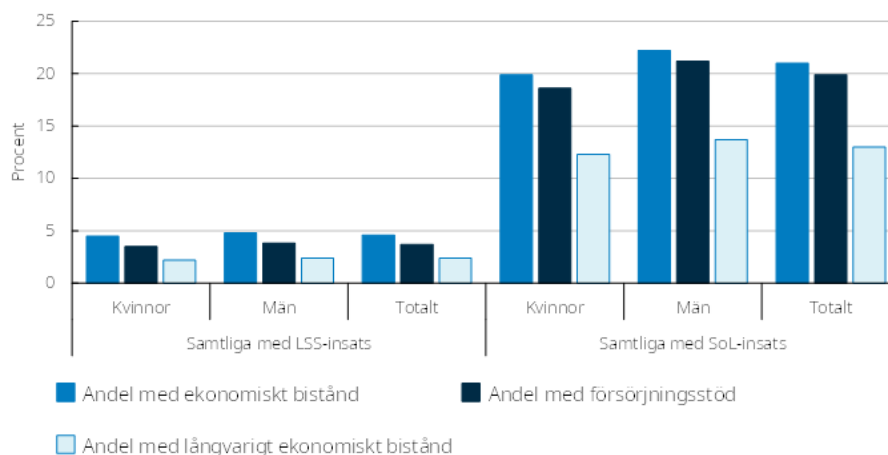
Källa: Socialstyrelsens register över ekonomiskt bistånd.

Ovanstående uppgifter avser förekomst av ekonomiskt bistånd någon gång under året. Även förekomsten av långvarigt ekonomiskt bistånd är väsentlig inom både LSS och SoL, 2,4 respektive 13,0 procent (figur 36).

Socialstyrelsens analyser visar att förekomsten av långvarigt ekonomiskt bistånd ökar bland personer med insatser enligt SoL. Mellan 2022 och 2023 ökade andelen med en procentenhet. Under samma period var andelen med långvarigt ekonomiskt bistånd oförändrad bland personer med insatser enligt SoL. För den totala befolkningen har det långvariga ekonomiska biståndet dock minskat (45).

### Figur 36. Förekomst av ekonomiskt bistånd bland personer med funktionsnedsättning

Andel personer med insatser enligt LSS och SoL\* som fick ekonomiskt bistånd någon gång under 2023, uppdelat på personkrets och typ av bistånd, 2023.



\* Avser ålder 19–64 år.

Källa: Socialstyrelsens register insatser enligt socialtjänstlagen, Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS samt Socialstyrelsens register över ekonomiskt bistånd.

Den högre förekomsten av ekonomiskt bistånd bland personer med insatser enligt SoL tyder att de har en högre ekonomisk utsatthet. En av förklaringarna till detta kan vara att det vanligen inte förekommer avgifter för stöd enligt LSS.

### Ovanligare med ekonomiskt bistånd i LSS-boende

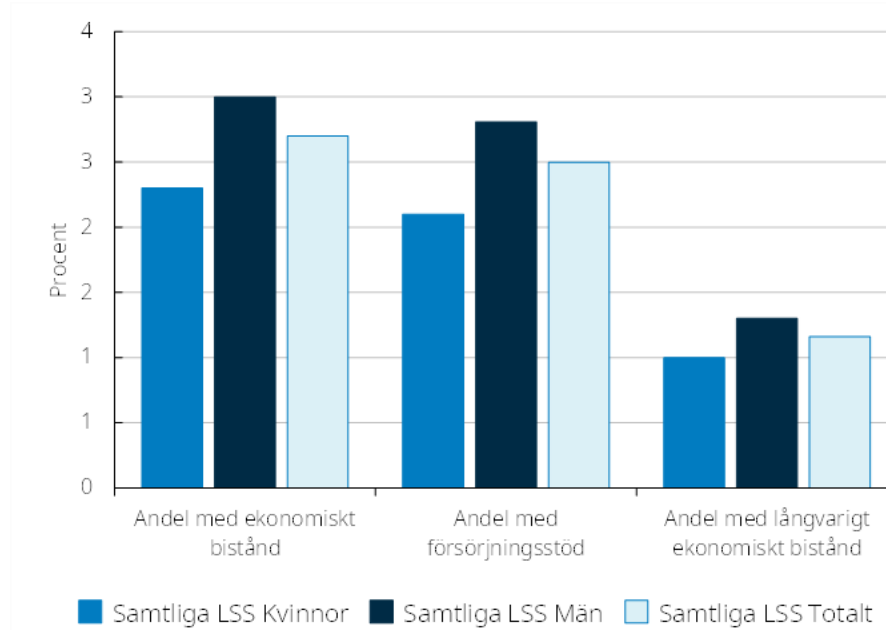
Förekomsten av ekonomiskt bistånd är lägre bland personer med insatsen boende för vuxna enligt LSS än för samtliga personer med LSS-insatser. Undantaget är personkrets 3 där 5,2 procent fick ekonomiskt bistånd någon gång under året (figur 37).

Andelen med ekonomiskt bistånd i boende för vuxna enligt LSS är något högre bland kvinnor än bland män, 5,8 respektive 4,8 procent. Andelen har ökat marginellt mellan 2022 och 2023, med 0,2 procentenheter. Andelen med långvarigt ekonomiskt bistånd är dock oförändrat.



### Figur 37. Förekomst av ekonomiskt bistånd i boende för vuxna enligt LSS

Andel personer i boende för vuxna enligt LSS \* som fick ekonomiskt bistånd någon gång under 2023, uppdelat på kvinnor och män, personkrets och typ av bistånd, 2023.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning 2021, registret över insatser enligt LSS 2021 och register över ekonomiskt bistånd.

Många som bor i boende för vuxna enligt LSS har statligt bostadstillägg. Det är en förklaring till att förekomsten av ekonomiskt bistånd är lägre i denna grupp jämfört med övriga som har insatser enligt LSS eller SoL. Socialstyrelsen har inte inom ramen för denna analys undersökt andelen som har statligt bostadstillägg, men analyser från 2022 visade att 85 procent hade stödet. En annan förklaring kan vara att en del kommuner har infört hyressubventioner för boende för vuxna enligt LSS, såsom kommunalt bostadstillägg eller maxhyra (46).

## Flera orsaker till ekonomisk utsatthet

Det finns flera orsaker till den ekonomiska utsattheten bland personer med funktionsnedsättning. Avgifter för individuella stöd är en orsak. En annan orsak är den svagare ställningen på arbetsmarknaden jämfört med befolkningen som helhet. År 2023 var sysselsättningsgraden 45 procent och arbetslösheten 19 procent bland personer med funktionsnedsättning. Det kan jämföras med en sysselsättningsgrad på 81 procent och en arbetslöshet på 8 procent för befolkningen som helhet. (47)

En konsekvens av att många står långt ifrån arbetsmarknaden är att dessa personer inte har möjlighet att påverka sin inkomst över tid, och därmed inte

heller den framtida pensionen. Eftersom många samtidigt är i behov av stöd och insatser genom hela livet blir det en dubbelt sårbar situation.

Socialstyrelsens råd för funktionshinderfrågor har också lyft målgruppens ekonomiska utsatthet. Om den enskilde får högre inkomster, som exempelvis höjd aktivitetsersättning, leder inte det alltid till en bättre ekonomisk situation eftersom avgiften till kommunen också höjs<sup>65</sup>. Organisationen Funktionsrätt Sverige<sup>66</sup> lyfter också frågan att det har blivit ett glapp mellan minimibeloppet och Konsumentverkets referensvärden för levnadskostnader. Enligt deras beräkningar skulle minimibeloppet vara 2000 kronor högre om minimibeloppet följt referensvärdena i Konsumentverkets beräknade hushållsbudget i stället för prisbasbeloppet (48).

---

<sup>65</sup> Rådet för funktionshinderfrågors uppgift är att vara ett rådgivande organ till Socialstyrelsen. Rådet behandlar övergripande och principiella frågor av betydelse för personer med funktionsnedsättning och deras närstående. I rådet ingår representanter för funktionshindersrörelsen. Uppdraget diskuterades med funktionshinderrådet 21/5 och 5/12 2024.

<sup>66</sup> Möte med organisationen Funktionsrätt Sverige 6/5 2024

## En funktionshinderpolitisk diskussion

I det här kapitlet sätter Socialstyrelsen resultaten i denna rapport i relation till den funktionshinderspolitiska strategins olika delar. Beskrivningarna utgår från Socialstyrelsens

- sektorsuppdrag för funktionshinderspolitiken
- uppdrag att systematiskt följa upp den funktionshinderspolitiska utvecklingen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Syftet är att inte bara spegla utvecklingen utifrån svensk lagstiftning, utan även innehållit i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (49).

## Individuella stöd – ett viktigt komplement

Hösten 2021 fattade regeringen beslut om en nationell strategi för funktionshinderspolitiken (50). Beslutet ska ses mot bakgrund att regeringen år 2017 fattade beslut om ett nytt funktionshinderspolitiskt mål:

Det nya nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas.

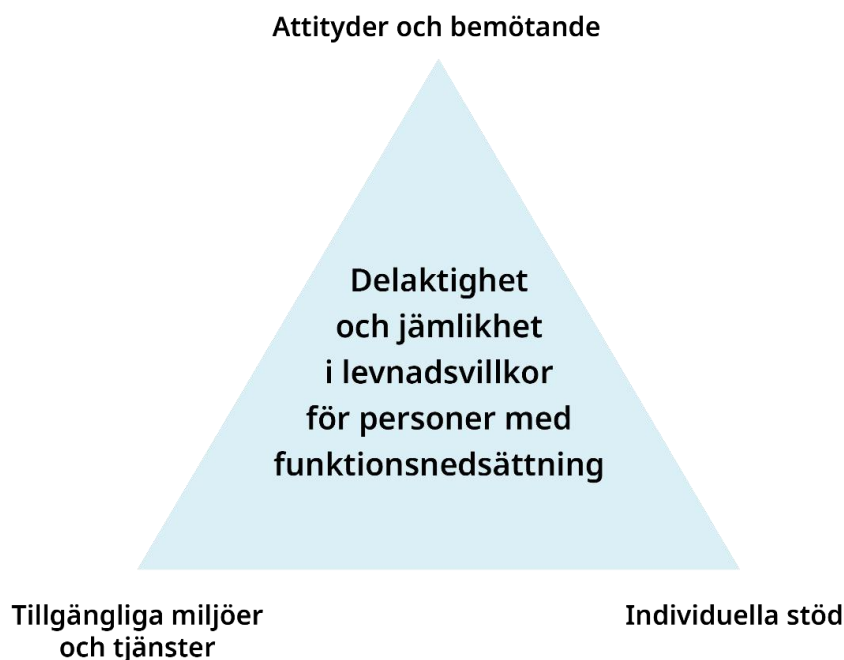
I och med beslutet om den nya strategin fick Socialstyrelsen, liksom flera andra myndigheter, i uppdrag att systematiskt följa upp den funktionshinderspolitiska utvecklingen. Genomförandet av uppdraget utgår bland annat från konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, och fokuserar på fyra områden:

- principen om universell utformning
- befintliga brister i tillgängligheten
- individuella stöd och lösningar för individens självständighet
- att förebygga och motverka diskriminering.

Dessa områden är inte isolerade från varandra. Minskningar inom ett område påverkar behoven inom ett annat. För att de funktionshinderspolitiska målen ska kunna nås krävs ett framgångsrikt arbete inom alla delar. Individuella

stöd kan allena inte säkra delaktighet och jämlikhet, inte heller tillgänglighet eller frånvaron av diskriminering. Detta illustreras av bild 2.

**Bild 2. Illustration över de olika komponenterna av delaktighet och jämlikhet i levnadsvillkor för personer med funktionsnedsättning**



I följande avsnitt sätter Socialstyrelsen utvecklingen inom funktionshinderområdet i relation till några av FN-konventionens artiklar. Artiklarna är inte uttömmande, utan bör snarare ses som exempel.

## Beror ökningen inom daglig verksamhet på minskningar i andra sektorer?

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning lyfter framför allt rätten till arbete, snarare än rätten till daglig verksamhet.

I artikel 26 anges att konventionsstaterna ska vidta ändamålsenliga åtgärder för att bland annat

- främja möjligheter till anställning och befordran för personer med funktionsnedsättning på arbetsmarknaden
- ge hjälp med att finna, erhålla, bibehålla och återgå till en anställning.

Antalet personer med daglig verksamhet enligt LSS fortsätter att öka. Utvecklingen kan både vara positiv och negativ. För personer som har nedsatt arbetsförmåga innebär daglig verksamhet rätt till meningsfull sysselsättning. I de fallen handlar det om att fokusera på kvaliteten i

verksamheten. I den mån personer har arbetsförmåga så kan daglig verksamhet snarare verka kontraproduktivt.

Ökningarna inom daglig verksamhet sker parallellt med att personer med lönebidrag har minskat från år till år (3). Socialstyrelsen kan inte utesluta att en viss del av ökningarna inom daglig verksamhet förklaras av indragningar inom andra sektorer, exempelvis just lönebidrag. En annan förklaring är troligen att antalet elever i den anpassade gymnasieskolan ökar. Det är inte ovanligt att många av dessa elever börjar i daglig verksamhet efter avslutad skolgång.

Vi kan inte heller utesluta att förutsättningarna behöver bli bättre för övergångar från daglig verksamhet till studier och arbete. Våra öppna jämförelser visar till exempel att andelen samverkansöverenskommelser mellan LSS och Arbetsförmedlingen fortfarande är låg.

Ökningen inom daglig verksamhet kan också handla om ökade behov, till exempel på grund av att allt fler personer får diagnosen autism.

Socialstyrelsen kommer att fortsätta analysera utvecklingen inom daglig verksamhet. Vi kommer även att föra dialoger med andra berörda aktörer, inom och utanför vår sektor, för att utröna om vi som sektorsansvarig myndighet behöver göra mer. Det kan i så fall handla om att öka förutsättningarna för att personer med funktionsnedsättning som har arbetsförmåga inte förblir inom daglig verksamhet, utan att de får möjlighet att pröva lönearbete på den reguljära arbetsmarknaden.

## Bristande tillgång till individuella stöd försvårar målet om delaktighet

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning anger att personer med funktionsnedsättning har rätt att leva självständigt och delta i samhällslivet på samma villkor som andra människor. Bland annat innebär det att:

- personer med funktionsnedsättning har möjlighet att välja var de vill bo och med vem de vill bo (artikel 19)
- personer med funktionsnedsättning inte är tvungna att bo i särskilda boendeformer (artikel 19)
- personer med funktionsnedsättning har tillgång till olika former av samhällsservice både i hemmet och inom särskilt boende, och till annan service (artikel 19).

I denna rapport har Socialstyrelsen fortsatt föregående års analyser av tillgången till stöd för personer med funktionsnedsättning (4, 7).

Kommunerna beviljar insatser till ett högt antal personer med funktionsnedsättning. Samtidigt har antalet insatser minskat under de senaste

åren. I årets lägesrapport framkommer att minskningen har avstannat och vi ser öknings inom flera områden. Insatser som syftar till att främja delaktighet och sociala aktiviteter fortsätter dock att minska, till exempel kontaktperson och ledsagarservice. Det är med andra ord tydligt att arbete kvarstår för att tillgången till stöd ska vara likvärdig.

Utmaningarna handlar även om begränsningar i lokala riktlinjer, till exempel att kriterier för insatsernas omfattning försvårar ett individperspektiv och skapar ojämlig tillgång till stödet. Utmaningarna förstärks av tidigare konstaterade kommunala svårigheter att fullt ut tillgodose behoven hos personer med funktionsnedsättning och den utveckling av insatser som åskådliggörs av Socialstyrelsens officiella statistik (1, 4, 7). Även om uppgifterna bör tolkas med försiktighet var och en för sig, så ger de sammantaget en bekymmersam bild. Den bekymmersamma bilden stärks av att flera av de insatser som minskar många gånger är en förutsättning för delaktighet i samhällslivet, såsom kontaktperson, ledsagarservice och personlig assistans enligt LSS.

Vidare visar utvecklingen inom verksamheten personligt ombud att det finns utmaningar i myndighetskontakter och samordning mellan olika stöd. Detta bidrar ytterligare till svårigheter (42).

Individuella stöd är, tillsammans med tillgänglighet och frånvaro av negativa attityder, en förutsättning för att personer med funktionsnedsättning ska kunna vara delaktiga i samhällslivet. Konsekvenserna handlar inte bara om risken att rättigheter inte uppfylls. Uteblivet stöd riskerar att öka den enskildes isolering och att påverka den egna hälsan negativt.

## Mer arbete behövs för att möjliggöra självbestämmande

En viktig del i förverkligandet av konventionen är självbestämmande och möjlighet för individen att göra egna val (se bland annat artikel 19). Personer med vissa funktionsnedsättningar kan möta hinder för sitt självbestämmande, exempelvis personer med nedsatt kommunikativ förmåga eller intellektuell funktionsnedsättning. Viktigt är då att personal både har kunskap om konsekvenser av olika funktionsnedsättningar och kompetens i alternativ kompletterande kommunikation.

Resultaten från den senaste brukarundersökningen visar att de flesta brukare i boende för vuxna och daglig verksamhet enligt LSS samt boende enligt SoL (0–64 år) fortfarande är nöjda med sitt stöd (14). Socialstyrelsen vill dock lyfta att en väsentlig andel inte är nöjd:

- Mellan 17 och 31 procent uppger att de inte får bestämma om det som är viktigt i hemmet eller på den dagliga verksamheten.
- Mellan 9 och 48 procent uppger att de någon gång är rädda i sitt hem.

Dessa resultat ska inte bara ses mot bakgrund av att viss personal saknar kompetens i AKK och arbetssätt såsom tydliggörande pedagogik. Det behöver även sättas i relation till den relativt höga förekomsten av begränsningsåtgärder (4). Även om förekomsten av allvarliga begränsningsåtgärder är relativt låg, så förekommer de. Dessa är inte bara en inskränkning av den enskildes självbestämmande, i vissa fall utgör de även en risk för den enskildes hälsa och välbefinnande.

Socialstyrelsens bedömning är fortfarande att det återstår en hel del innan alla personer med funktionsnedsättning som har stöd från socialtjänsten kan utöva sitt självbestämmande. En viktig del i detta är personalens kunskap och kompetens, liksom fortbildning. Under 2025 kommer Socialstyrelsen att förbereda inrättandet av ett nytt kompetenscentrum för frågor om intellektuell funktionsnedsättning och autism (51). Att stärka personalens kompetens kring självbestämmande kommer att bli en viktig del i kompetenscentrets arbete.

## Arbete kvarstår för en jämlik hälso- och sjukvård

I konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning lyfts rätten till bästa möjliga hälsa utan diskriminering på grund av funktionsnedsättningen (artikel 25). Konventionsstaterna ska enligt artikel 25 bland annat

- erbjuda personer med funktionsnedsättning samma utbud, kvalitet och standard avseende gratis eller subventionerad hälso- och sjukvård samt insatser och behandlingsprogram som erbjuds andra personer, även när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa samt befolkningsbaserade offentliga folkhälsoprogram
- erbjuda hälso- och sjukvårdstjänster så nära personernas egna hemorter som möjligt, även på landsbygden
- kräva att hälso- och sjukvårdspersonal tillhandahåller vård av samma kvalitet till personer med funktionsnedsättning som till andra, inbegripet med deras fria och informerade samtycke, genom att bland annat höja medvetandet om mänskliga rättigheter, värdighet, självständighet och behov för personer med funktionsnedsättning, genom utbildning och utfärdande av etiska normer för offentlig och privat hälsoservice.

Analyserna i årets rapport liksom i förra årets visar på kvarstående brister i vården för personer med funktionsnedsättning, och att hälso- och sjukvården ännu inte lever upp till innehållet i artikel 25. Dagens sjukvårdssystem, policyer och lagar exkluderar förvisso inte personer med funktionsnedsättning, men de särskilda anpassningar som många gånger behövs, görs inte alltid. Det handlar till exempel om digital tillgänglighet, fysiska anpassningar och alternativa kommunikationsmetoder.

Socialstyrelsen kan också konstatera att medvetenheten och kunskapen om funktionsnedsättningar och deras konsekvenser behöver öka inom hälso- och sjukvården.

## Arbete kvarstår även inom tandvård

Även tillgången till tandvård är ojämlik. Socialstyrelsens analyser visar att personer med funktionsnedsättning med stöd från socialtjänsten fortfarande besöker tandvården mer sällan än den övriga befolkningen, trots en sämre munhälsa. Akuta åtgärder, såsom tandutdragning, är också vanligare bland personer med funktionsnedsättning. De subventionerade avgiftssystemen som finns för vissa personer med funktionsnedsättning underlättar till viss del. Det handlar till exempel om att få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. De befintliga tandvårdsstöden anses dock administrativt svåra att få till och att de utfärdas inte alltid för målgruppen i den utsträckningen som de borde. Det är samtidigt tydligt att subventionerade avgiftssystem inte är tillräckligt:

- Tandvårdens rutiner och arbetssätt är inte anpassade till målgruppen. Kallelser och bokningar förmedlas på sedvanligt sätt och det är svårt att vara proaktiv i omhändertagandet då information saknas om patienternas sjukdomstillstånd inför besöket.
- Bristande bemötande och kommunikation som gör att patienterna inte kan ta till sig information på samma villkor som övriga tandvårdsbesökare.
- Bristande samverkan mellan tandvårdspersonal och personal som ger stöd till personer med LSS, personer med insatser enligt SoL och inom socialpsykiatri.

## Allvarligt att krisberedskapen är fortsatt låg

Socialstyrelsen med flera har tidigare konstaterat att personer med funktionsnedsättning är särskilt sårbara vid kriser (referenser). Detta uppmärksammas även i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, artikel 11:

Konventionsstaterna ska, i enlighet med sina åtaganden enligt internationell rätt, innefattande den internationella humanitära rätten och de mänskliga rättigheterna, vidta alla åtgärder som är nödvändiga för att säkerställa skydd och säkerhet för personer med funktionsnedsättning som är i risksituationer, däribland väpnad konflikt, humanitära nödlägen och naturkatastrofer.

Årets analyser visar att krisberedskapen i kommunernas boenden för personer med funktionsnedsättning minskar alternativt är fortsatt låg. Det



gäller såväl evakueringsplaner som kontinuitetsplaner. En del av minskningen kan handla om att planerna är ofullständiga, eller att de inte har uppdaterats. Samtidigt visar de senaste årens händelser att krisberedskapen inom funktionshinderområdet vanligen är reaktiv.

Krisberedskapen i olika boenden för personer med funktionsnedsättning utgör endast en begränsad del av området. Den nationella kunskapen är låg om hur krisberedskapen ser ut för personer med funktionsnedsättning som har stöd i ordinärt boende, till exempel personlig assistans enligt LSS och boendestöd enligt SoL. Även dessa personer har många gånger ett omfattande stöd, vilket gör dem sårbara i händelse av kris.

Frågor om krisberedskap och beredskapsplanering har hög aktualitet i Sverige. Den minskande krisberedskapen inom funktionshinderområdet blir därför särskilt påtaglig. Omkring 100 000 personer med funktionsnedsättning har insatser enligt LSS eller SoL, varav cirka 40 000 bor i olika boendeformer. Att säkra tryggheten för dessa personer i händelse av allvarlig kris försvåras väsentligt av bristande krisberedskap och frånvaron av (eller ofullständiga) beredskapsplaner.

## Tuffare ekonomisk situation

Ekonomiska villkor lyfts i flera av artiklarna i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning:

- Artikel 20 (personlig rörlighet): Konventionsstaterna ska vidta effektiva åtgärder för att säkerställa personlig rörlighet med största möjliga oberoende för personer med funktionsnedsättning, bland annat genom att
  - underlätta personlig rörlighet för personer med funktionsnedsättning på det sätt och vid den tid de själva väljer och till överkomlig kostnad.
- Artikel 28 (tillfredsställande levnadsstandard och social trygghet): Konventionsstaterna erkänner rätten för personer med funktionsnedsättning att åtnjuta social trygghet utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning och ska vidta ända målsenliga åtgärder för att trygga och främja att denna rätt förverkligas, däribland genom följande åtgärder:
  - att för personer med funktionsnedsättning, särskilt kvinnor och flickor, och för äldre personer med funktionsnedsättning säkerställa tillgång till sociala trygghetsprogram och fattigdomsbekämpningsprogram,
  - att för personer med funktionsnedsättning och deras anhöriga som lever under fattiga förhållanden säkerställa tillgång till stöd från staten med utgifter som är relaterade till funktionsnedsättning, däribland för adekvat utbildning, rådgivning, ekonomiskt stöd och avlastningsvård.

Socialstyrelsens analyser visar på en fortsatt bekymmersam ekonomisk situation för personer med funktionsnedsättning. Förekomsten av långvarigt ekonomiskt bistånd är högre bland såväl personer med insatser enligt LSS som SoL, jämfört med den övriga befolkningen. Andelen med ekonomiskt

bistånd ökar dessutom bland personer med insatser enligt SoL. Mer än var femte i denna grupp får ekonomiskt bistånd någon gång under året och mer än var tionde får ett långvarigt bistånd.

Socialtjänstens ekonomiska bistånd är välfärdssystemens yttersta skyddsnet och har i första hand till uppgift att träda in tillfälligtvis vid försörjningsproblem som inte kan tillgodoses på annat sätt.<sup>67</sup> Det är i grunden bra att personer med funktionsnedsättning vid behov också kan ta del av ekonomiskt bistånd. Det tyder på att välfärdssystemet fungerar. Ett långvarigt ekonomiskt bistånd är dock problematiskt ur flera aspekter. Det huvudsakliga syftet med ekonomiskt bistånd är att vara ett tillfälligt stöd, inte ett långsiktigt. Nivån på ekonomiskt bistånd är dessutom så pass låg att ett långvarigt ekonomiskt bistånd innebär att personerna i fråga befinner sig i relativ fattigdom. Särskilt utsatta torde de personer vara som har sjuk- eller aktivitetsersättning på garantinivå, det vill säga de personer som aldrig har haft ett förvärvsarbete.

Det är inte bara frånvaron av inkomst från lönearbete som påverkar gruppens ekonomiska utsatthet. Även höga kostnader för lägenheter, exempelvis i LSS-boenden samt avgifter för hjälpmedel och vissa insatser påverkar.

Olika subventioner bidrar till att hålla kostnaderna ner, men Socialstyrelsens analyser visar att för delar av gruppen blir den ekonomiska situationen ändå ohållbar och de blir nödgade att uppbära långvarigt ekonomiskt bistånd. Den ekonomiska situationen för gruppen ska även ses i ljuset av den pågående inflationen och att priser och avgifter generellt har ökat.

---

<sup>67</sup> Se proposition 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen s. 80–81 och proposition 2000/01:80 Ny socialtjänstlag m.m. s. 93–94.

## Referenser

1. Socialstyrelsen. Officiell statistik om stöd och service till vissa funktionshindrade enligt LSS. Socialstyrelsen; 2024.
2. Socialstyrelsen. Autism - förekomst och samsjuklighet. Socialstyrelsen; 2024.
3. Svenskt Näringsliv. Lönebidrag - stärker kompetensförsörjningen. Svenskt näringsliv; 2024.
4. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2024. Socialstyrelsen; 2024.
5. Försäkringskassan. Vilka får avslag på ansökan om assistansersättning? Socialförsäkringsrapport 2024:1. Försäkringskassan; 2024.
6. Socialstyrelsen. Förändringar av ledsagning över tid. Rapport till regeringen som svar på uppdrag. Socialstyrelsen; 2023.
7. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2023. Socialstyrelsen; 2023.
8. Socialstyrelsen. Lägesrapport om verksamhet med personligt ombud 2022 (S2021/08111). Socialstyrelsen; 2023.
9. Tideman M et al., Marie Cederschiöld högskola; 2024.
10. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser LSS. 2021.
11. Öppna jämförelser av stöd till personer med funktionsnedsättning, LSS. Socialstyrelsen. 2023.
12. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2024 - insatser enligt LSS. 2024.
13. Socialstyrelsen. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Socialstyrelsen; 2024.
14. [www.kolada.se](http://www.kolada.se)
15. [www.kolada.se](http://www.kolada.se)
16. Inspektionen för vård och omsorg. Ej verkställda beslut 2024. Inspektionen för vård och omsorg; 2025.
17. Boverket;2024.  
<https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsmarknad/olika-grupper/funktionsnedsattning/>
18. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2024. Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2024.
19. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2021. Socialstyrelsen; 2021.
20. Post- och telestyrelsen & Begripsam. Specialrapport för grupperna i daglig verksamhet, anpassat boende och anpassad skola. Hur personer med olika funktionsnedsättningar använder internet 2023. Begripsam; 2024.

21. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2024 - enhetsundersökning daglig verksamhet och bostad med särskild service enligt LSS. 2024.
22. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser socialpsykiatri 2024. 2024.
23. Myndigheten för delaktighet. Statistik om förekomst av våld mot personer med funktionsnedsättning. Bilaga 2. MFD; 2023.
24. Myndigheten för delaktighet. Särskild sårbarhet, särskilt ansvar. Stödmaterial för att motverka våld mot barn och unga med funktionsnedsättning och kartläggning av hedersrelaterat våld och förtryck mot personer med funktionsnedsättning. MFD;2025.
25. Dagens Nyheter. <https://www.dn.se/insidan/utredare-gangkriminella-natverk-rekryterar-barn-pa-lss-boenden/>.
26. Heja Olika. <https://hejaolika.se/artikel/personer-inom-lss-blir-gravt-utnyttjade-av-kriminella/>.
27. Segeren al Se. Exploring Differences in Criminogenic Risk Factors and Criminal Behavior Between Young Adult Violent, Offenders With and Without Mild to Borderline Intellectual Disability. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 2018, Vol 62(4) 978–999. 2018.
28. Myndigheten för delaktighet. Brottsförebyggande arbete för barn och unga med funktionsnedsättning. MFD; 2025.
29. Inspektionen för vård och omsorg. Vad har IVO sett 2024? IVO;2025.
30. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av socialtjänstens krisberedskap 2024. 2024.
31. Socialstyrelsen. Covid-19:s konsekvenser för personer med insatser enligt LSS. 2021.
32. Myndigheten för delaktighet. Krisberedskap för alla. MFD; 2025.
33. United Nations. Policy brief on persons with disability and covid-19 <https://www.un.org/development/desa/disabilities/covid-19.html>2021 [Available from: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/covid-19.html>].
34. Statistiska Centralbyrån. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) [https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning-och-levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/#\\_TabelleriStatistikdatabasen](https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning-och-levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/#_TabelleriStatistikdatabasen).
35. Flygare Wallén E et al. High prevalence of diabetes mellitus, hypertension and obesity among persons with a recorded diagnosis of intellectual disability or autism spectrum disorder. . J Intellect Disabil Res 2018 Apr;62(4):269-280 doi: 101111/jir12462 Epub 2017 Dec 26. PMID: 29280230.
36. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer. Socialstyrelsen; 2023.

37. .Folkhälsomyndigheten. Fysisk aktivitet för personer med intellektuell funktionsnedsättning. Folkhälsomyndigheten; 2024.
38. Svenskt Demenscentrum. <https://demenscentrum.se/arbete-med-demens/teman/lss-i-intellektuell-funktionsnedsattning>.
39. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen; 2017.
40. Nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. Gränssnitt och samordning vid övergång till vuxensjukvård för barn- och ungdomshabiliteringens målgrupp. Remissversion. Nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin; 2023.
41. Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-varld/psykisk-ohalsa-malbild-for-varldcentraler/2025>.
42. Socialstyrelsen. Lägesrapport om verksamhet med personligt ombud, bidragsår 2023. Socialstyrelsen; 2024.
43. Riksförbundet FUB. Fångad i fattigdom. Inkomster och utgifter för vuxna personer med intellektuell funktionsnedsättning. Uppdaterad 2025.
44. Socialstyrelsen. Kommunernas avgifter enligt socialtjänstlagen. Kartläggning och analys. Socialstyrelsen; 2025.
45. Socialstyrelsen. Statistik om ekonomiskt bistånd 2023. Socialstyrelsen; 2024.
46. Boende på (o)lika villkor - merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. SOU 2021:14. 2021.
47. Statistiska Centralbyrån. Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning 2023. SCB; 2023.
48. Skrivelse till regeringen från Funktionsrätt Sverige; 2024.
49. Myndigheten för delaktighet. Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. MFD; 2008.
50. Regeringen. Strategi för systematisk uppföljning av funktionshinderspolitiken under 2021 - 2031, regeringsbeslut S2019/02213 samt S2021/06595. Regeringen; 2021.
51. Regeringen. Uppdrag till Socialstyrelsen att förbereda inrättandet av ett nationellt kompetenscentrum för frågor om intellektuell funktionsnedsättning och autism. Diarienummer: S2025/00165. 2025.
52. Socialstyrelsen. Läkemedel hos personer som får insatser enligt LSS. Socialstyrelsen; 2025.

# Bilaga 1. Kompletterande underlag till kapitel om kostnader

Enligt SCB:s instruktioner för räkenskapssammandragen (2023) ska kostnaderna inom funktionsnedsättningsområdet utgå från lagstöd enligt tabell 1.

**Tabell X1. Förklaring till kostnadsposter inom funktionsnedsättningsområdet på kommunnivå.**

Kostnadspost	Förklaring
Boende för vuxna enligt LSS*	Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna som beslutats enligt 9 § punkt 9 LSS oavsett ålder. Uppgifter avseende hälso- och sjukvård enl. HSL i samband med boende enligt LSS ska ingå.
Boende för barn enligt LSS*	Boende i bostad med särskild service för barn och unga och boende i familjehem för barn och unga som beslutats enligt 9 § punkt 8 LSS
Personlig assistans enligt LSS*	Personlig assistans enligt 9 § punkt 2 LSS eller enligt 51 kap. SFB.
Daglig verksamhet enligt LSS*	Daglig verksamhet enligt 9 § punkt 10 LSS. Uppgifter avseende hälso- och sjukvård enl. HSL i samband med daglig verksamhet enligt LSS ska ingå. Resor till och från daglig verksamhet ingår inte.
Övriga insatser enligt LSS*	Övriga insatser enligt LSS, dvs. råd och stöd, ledsagarservice, kontaktperson, avlösarservice i hemmet, korttidsvistelse utanför hemmet samt korttidstillsyn för skolungdomar över 12 år (9 § punkterna 1, 3, 4, 5, 6 och 7). Uppgifter avseende hälso- och sjukvård enl. HSL i samband med övriga insatser enligt LSS ska ingå.
Stöd i ordinärt boende enligt SoL***/HSL**	Hemtjänst enligt SoL till personer med funktionsnedsättning samt insatser enligt 12 kap HSL i ordinärt boende, och boendestöd enl. SoL avser insatser i form av stöd i den dagliga livsföringen riktat till särskilda målgrupper, samt daglig verksamhet; individuellt behovsprövad insats som ges med stöd av SoL.
Särskilt boende/annat boende enligt SoL**	Särskilt boende anger boendeformer med särskild service enligt 5 kap. 7 § SoL, exempelvis HVB; insatser som ges med stöd av SoL och/eller 12 kap HSL på särskilt boende, samt daglig verksamhet på särskilt boende.
Stöd i öppen verksamhet enligt SoL**	Generellt riktade verksamheter avsedda för personer yngre än 65 år med någon form av funktionsnedsättning och där ett deltagande inte förutsätter individuell behovsbedömning/biståndsbeslut.

Källa: Instruktioner för räkenskapssammandraget 2023, Statistiska Centralbyrån.

\*LSS är en förkortning för lag om stöd och service till vissa funktionshindrade. \*\*SoL är en förkortning för socialtjänstlagen. \*\*\*HSL är en förkortning för hälso- och sjukvårdslagen. SFB är en förkortning för socialförsäkringsbalken.

## Tabell X2. Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning över tid, löpande priser

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning. Kostnad angivet i miljarder kronor, andel angiven i procent.

	2019	2020	2021	2022	2023	Förändring 2019–2023		
							mdkr	andel
<b>Summa insatser enligt LSS, HSL** och SFB *</b>	57,8	60,3	62,7	66,0	71,4	13,6	23,5	
Boende enligt LSS	31,7	33,8	35,5	37,6	41,2	9,5	30,0	
varav								
Boende för vuxna	29,7	31,6	33,3	35,4	38,8	9,1	30,5	
Boende för barn	2,0	2,1	2,2	2,2	2,4	0,4	21,9	
Personlig assistans enligt LSS	12,1	12,6	12,6	12,8	13,4	1,2	10,3	
Daglig verksamhet enligt LSS	8,8	9,0	9,4	10,2	11,0	2,2	24,6	
Övriga insatser enligt LSS	5,1	5,0	5,1	5,3	5,8	0,7	13,0	
<b>Summa insatser enligt SoL/HSL**</b>	14,8	15,1	15,5	16,1	17,3	2,5	16,7	
Stöd i ordinärt boende enligt SoL/HSL	8,7	8,7	8,8	9,3	9,9	1,2	13,9	
varav								
Hemtjänst/boendestöd enligt SoL och HSL	4,5	4,5	4,6	4,7	5,1	0,6	12,5	
Korttidsboende enligt SoL	2,5	2,6	2,6	2,7	2,8	0,4	14,8	
Övriga biståndsbedömda insatser enligt SoL	1,0	0,9	0,9	1,0	1,1	0,1	14,3	
Dagverksamhet enligt SoL	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,1	19,9	
Särskilt boende/annat boende enligt SoL	5,5	5,7	5,9	6,1	6,7	1,2	22,3	
Stöd i öppen verksamhet enligt SoL	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,1	7,5	
<b>Kommunernas totala kostnad för stöd till personer med funktionsnedsättning</b>	72,7	75,4	78,1	82,1	88,7	16,1	22,1	
<i>Årlig procentuell (%) förändring</i>	3,8%	3,8%	3,6%	5,1%	8,1%			

\*Exklusive ersättning från Försäkringskassan för assistansersättning.

\*\*HSL i samband med boende enligt LSS ska ingå samt HSL i samband med hemtjänst/boende i ordinärt boende enligt SoL.

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag 2019–2023, Statistiska centralbyrån

**Tabell X3. Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning över tid, fasta priser (2023 års prisnivå).**

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning. Kostnad angiven i miljarder kronor, andel angiven i procent. Kostnaderna är fastprisberäknade till 2023 års priser.

	2019	2020	2021	2022	2023	Förändring 2019-2023	
						mdkr	andel
<b>Summa insatser enligt LSS, HSL** och SFB *</b>	67,4	68,6	70,4	70,6	71,4	4,0	6
Boende	37,0	38,4	39,9	40,3	41,2	4,2	11
varav							
Boende för vuxna	34,7	36,0	37,5	37,9	38,8	4,1	12
Boende för barn	2,3	2,4	2,5	2,4	2,4	0,1	5
Personlig assistans	14,2	14,3	14,2	13,7	13,4	-0,8	-5
Daglig verksamhet	10,3	10,2	10,5	10,9	11,0	0,7	7
Övriga insatser	6,0	5,7	5,8	5,7	5,8	-0,2	-3
<b>Summa insatser enligt SoL/HSL**</b>	17,3	17,2	17,4	17,2	17,3	0,0	0
Stöd i ordinärt boende**	10,1	9,8	9,9	9,9	9,9	-0,2	-2
varav							
Hemtjänst/boendestöd	5,3	5,1	5,2	5,1	5,1	-0,2	-4
Korttidsboende	2,9	2,9	2,9	2,9	2,8	0,0	-2
Övriga biståndsbedömda insatser	1,1	1,0	1,0	1,1	1,1	0,0	-2
Dagverksamhet	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,0	3
Bostad med särskild service /annat boende	6,4	6,5	6,6	6,5	6,7	0,3	5
Stöd i öppen verksamhet	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	-0,1	-8
<b>Kommunernas totala kostnad för stöd till personer med funktionsnedsättning</b>	84,7	85,8	87,8	87,9	88,7	4,0	5
<b>Årlig procentuell (%) förändring</b>	0,2%	1,2%	2,4%	0,1%	1,0%		

\*Exklusive ersättning från Försäkringskassan för assistansersättning.

\*\*HSL i samband med boende enligt LSS ska ingå samt HSL i samband med hemtjänst/boende i ordinärt boende enligt SoL.

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2019–2023 och Prisindex 2023, Statistiska centralbyrån



**Tabell X4. Kommunernas kostnadsutveckling för personlig assistans, löpande priser**

Kommunernas kostnader för personlig assistans. Kostnaderna är angivna i miljarder kronor.

	2019	2020	2021	2022	2023	Förändring 2019–2023	
						mdkr	%
Kostnader för personlig assistans	12,1	12,6	12,6	12,8	13,4	1,2	10,3
Varav kommunens ersättning till Försäkringskassan för personlig assistent enligt SFB	4,4	4,4	4,5	4,4	4,5	0,1	1,7
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare av statlig assistansersättning	5,7	5,4	5,2	5,1	5,0	-0,7	-12,6
<b>Kommunernas totala verksamhetsåtagande</b>	12,1	12,6	12,6	12,8	13,4	1,2	10,3

Källa: Kommunernas räkenskapsammandrag och finanser 2019–2023, Statistiska centralbyrån

## Bilaga 2: Definitioner av kommungrupper enligt SKR:s definition 2023

Den uppdaterade kommungruppsindelningen innebär att 33 kommuner har bytt kommungrupp jämfört med 2017, vilket var den indelning som användes i motsvarande kostnadskapitel i lägesrapporten för FUNK publicerad 2024.

### **A. Storstäder och storstadsnära kommuner:**

**A1. Storstäder** - kommuner med minst 200 000 invånare varav minst 200 000 invånare i den största tätorten.

**A2. Pendlingskommun nära storstad** - kommuner där minst 40 procent av den sysselsatta nattbefolkningen pendlar till arbete i en storstad eller storstadsnära kommun.

### **B. Större städer och kommuner nära större stad**

**B3. Större stad** - kommuner med minst 50 000 invånare varav minst 40 000 invånare i den största tätorten.

**B4. Pendlingskommun nära större stad** - kommuner där minst 40 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i en större stad.

**B5. Lågpendlingskommun nära större stad** - kommuner där 25 till 29 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i en större stad.

### **C. Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner**

**C6. Mindre stad/tätort** - kommuner med minst 15 000 men mindre än 40 000 invånare i den största tätorten.

**C7. Pendlingskommun nära mindre stad/tätort** - kommuner där minst 30 procent av nattbefolkningen pendlar till arbete i annan mindre ort och/eller där minst 30 procent av den sysselsatta dagbefolkningen bor i annan kommun.

**C8. Landsbygdskommun** - kommuner med mindre än 15 000 invånare i den största tätorten, lågt pendlingsmönster (mindre än 30 procent).

**C9. Landsbygdskommun med besöksnäring** - landsbygdskommun med minst två kriterier för besöksnäring, dvs antal gästnätter, omsättning inom detaljhandel/ hotell/ restaurang i förhållande till invånarantalet.

# Bilaga 3. Metodbeskrivning för analyser av jämlik vård

## Hjärtinfarkt och PCI

Studiepopulation: Personer med insatser enligt LSS och SoL 2011–2016, som är 18 år och äldre.

Analys: Personer som fått en första akut hjärtinfarkt (ICD10: I21, I22) på 7 år selekterades från patientregistret, slutna vård, 2011–2023. En flagga skapas om personen genomfört en PCI-behandling (KVÅ-kod: FNG) 0–6 dagar efter hjärtinfarkten. Personer som dör 0–6 dagar efter hjärtinfarkten och inte fått en PCI-operation exkluderas.

Dessa personer samkörs med population 2011–2016 och personer som fått hjärtinfarkten efter första insatsen under perioden 2010–2015, tillhör studiepopulationen i denna analys.

En Poisson regressionsmodell tas fram där utfallet är PCI-operation/ingen PCI-operation 0–6 dagar efter hjärtinfarkten. Exponeringen är om individen tillhör studiepopulationen eller övriga befolkningen som fått en akut hjärtinfarkt. Övriga kovariater i modellen är kön, ålder vid hjärtinfarkten och individens kommungrupp.

Även död inom ett år efter hjärtinfarkt beräknas. Analysen utgår från samma data, men exkluderar de som dör i den akuta fasen (0-6 dagar). Här exkluderas även de som inte fått PCI. Död inom ett år efter hjärtinfarkt analyseras med samma metoder som chansen att få PCI efter akut hjärtinfarkt.

## Obesitas

### Överdödlighet

För att undersöka överdödligheten i gruppen med LSS- och SOL-insatser så utgår vi från en population med LSS- respektive SOL-insats under perioden 2017 till 2020, som lever 1 januari 2021 och är 18 år och äldre. Dessa följs därefter avseende död, oavsett orsak, under 3 år. LSS- respektive SOL-befolkningen delas sedan in i två grupper, med och utan obesitas. Obesitas definieras utifrån Patientregistret, åren 2016–2020, huvud- eller bidiagnos med ICD-10-kod E66. Studiepopulationen består därmed av personer med LSS- respektive SOL-insatser, där ena gruppen har en obesitas diagnos och den andra inte har det.

För både studiepopulationen med och utan obesitas beräknas andel döda (dödlighet). Dödligheten i respektive grupp åldersstandardiseras för att göra dödligheten jämförbar mellan grupperna. Överdödligheten är kvoten mellan dödligheten i studiepopulationen *med* obesitas dividerat med dödligheten i studiepopulationen *utan* obesitas. Överdödligheten kan således tolkas om hur många gånger större dödligheten blir bland personer i LSS- respektive SOL-befolkningen om de lider av obesitas.

### **Läkemedelsförskrivning**

För samma studiepopulationer som beskrivits ovan beräknas andelen med minst en förskrivning av följande läkemedel, under 2021–2024:

- Liraglutid, ATC-kod A10BJ02
- Semaglutid, ATC-kod A10BJ01
- Bupropion och naltrexon, ATC-kod A08AA62
- Orlistat, ATC-kod A08AB01

Läkemedel som endast har diabetes som indikation är exkluderade.

## Demens

För att undersöka hur stor andel har demens så vi utgår vi från en population med LSS- respektive SOL-insats under perioden 2017 till 2020 och som lever 1 januari 2021 och är 18 år och äldre i början av året. Personer med LSS- och/eller SOL-insats jämförs med övrig befolkning, det vill säga samtliga personer, som är 18 år och äldre i slutet av 2020, och som lever 1 januari 2021. Ur övrig befolkning tas personer med LSS- och/eller SOL-insatser bort.

Från Patientregistret hämtas alla demensdiagnoser (ICD-10, F00-F03, F05.1, G30) från 1998 ut. Både huvuddiagnoser och bidiagnoser inkluderas. Från Läkemedelsregistret hämtas alla läkemedelsuttag gällande demensbehandling ut (ATC-kod N06D, varav memantin N06DX01).

Baserat på dessa data beräknas åldersstandardiserade antal per 100 000 invånare ut, för LSS-, SOL- och övrig befolkning.

## Insatser efter 64 år bland personer med LSS-insats

I den här analysen följer vi samtliga som får en LSS-insats 2012, och som då är 64 år och äldre. De följs sedan upp 2014, 2018 och 2023, när de är 66, 70 och 75 år. För att få en överblickbar bild över hur de här personerna rör sig mellan olika insatstyper så kategoriseras de in i fem grupper, som är

varandra uteslutande. Här listas de fem grupperna med de namn som programmet som tar ut grupperna använder (ett så kallat Sankey-program):

- DödUtrest: Om personen dött eller lämnat landet det innevarande året eller dött. Eller:
- Säbo: Om personer har fått insatsen särskilt boende enligt SOL. Eller:
- Boende\_LSS: Om personen fått insatsen boende med särskild service för vuxna enligt LSS. Eller:
- Hemtjänst: Om personen fått insatsen hemtjänst enligt SOL. Eller:
- Annan\_insats: Övriga gruppen, som har någon annan insats.

I Sankeydiagrammet kan man följa visuellt hur personer rör sig mellan olika grupper från år till år.

Studiepopulation: Personer med insatser enligt LSS och SoL 2010–2015, som är 18 år och äldre.

Analys: Personer som fått en första akut hjärtinfarkt (ICD10: I21, I22) på 7 år selekterades från patientregistret, slutna vård, 2010–2021. En flagga skapas om personen genomfört en PCI-behandling (KVÅ-kod: FNG) 0–6 dagar efter hjärtinfarkten. Personer som dör 0–6 dagar efter hjärtinfarkten och inte fått en PCI-operation exkluderas.

Dessa personer samkörs med population 2010–2015 och personer som fått hjärtinfarkten efter första insatsen under perioden 2010–2015, tillhör studiepopulationen i denna analys.

En Poisson regressionsmodell tas fram där utfallet är PCI-operation/ingen PCI-operation 0–6 dagar efter hjärtinfarkten. Exponeringen är om individen tillhör studiepopulationen eller övriga be-folkningen som fått en akut hjärtinfarkt. Övriga kovariater i modellen är kön, ålder vid hjärtinfarkten och individens kommungrupp.

I tabell 14 redovisas den relativa risken, med 95-% konfidensintervall, att få en PCI-behandling i studiepopulationen, referens är övriga befolkningen samt antal personer som fått en PCI-operation inom 6 dagar och andelen de utgör i gruppen.



Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – lägesrapport 2025  
(artikelnr 2025-4-9527) kan laddas ner från  
[socialstyrelsen.se/publikationer](https://socialstyrelsen.se/publikationer).