

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

Lägesrapport 2026

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.

ISBN: 978-91-7555-667-3

Artikelnummer: 2026-3-10159

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, mars 2026

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 tjänstepersoner inom kommuner och regioner.

Rapporten har skrivits av Karin Flyckt. Petra Westin, Birgitta Svensson, Frida Lundgren och Hans Schwarz, har bidragit med analysunderlag. Eva Wallin har varit ansvarig enhetschef.

Björn Eriksson

Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
LSS ökar igen men utmaningar kvarstår	7
Fortsatt kostnadsökning	8
Målgrupp med olika och varierande behov	8
Högt självbestämmande parallellt med kvalitetsbrister	9
Kvinnor otryggare än män.....	9
Grundläggande kompetensen inom LSS är generellt hög	10
Ojämlig hälsa och tillgång till vård	10
Brister i krisberedskap förstärker utsattheten	11
Inledning	13
Rapportens syfte och upplägg	13
Beskrivning av insatser och stöd till målgruppen	16
En heterogen målgrupp i förändring	20
Sammanfattande iakttagelser och slutsatser	20
En hög andel i befolkningen	21
Gruppen återfinns även inom övriga delar av socialtjänsten	26
Utveckling av individuella stöd över tid	29
Sammanfattande iakttagelser	29
Många har både SoL- och LSS-insatser	30
LSS fortsätter att öka	30
Boendestöd enligt SoL fortsätter att öka	35
Störst könsskillnader inom LSS	37
Kostnadsutveckling	39
Sammanfattade iakttagelser	39
Kommunernas kostnader ökar	40
Kostnader för personlig assistans fortsätter minska	43
Regionernas kostnader för området ökar.....	45
Handläggning och myndighetsutövning	47
Sammanfattande iakttagelser	47
Den uppsökande verksamheten inom socialpsykiatri minskar	47

Upplevd delaktighet vid myndighetsutövning	48
Verkställighet är fortfarande en utmaning	49
Systematisk uppföljning minskar	51
Digitalisering och välfärdsteknik	53
Sammanfattande iakttagelser	53
Minskningen inom välfärdsteknik har avstannat	53
Välfärdsteknik kan främja delaktighet	56
Självbestämmande, delaktighet och kvalitet	58
Sammanfattande iakttagelser	58
Vanligt med större enheter	58
Lägst självbestämmande inom SoL-boende	61
Antalet genomförandeplaner ökar	63
Få förändringar i tillgodosedda hjälpbehov över tid	64
Trygg och säker socialtjänst	67
Sammanfattande iakttagelser	67
Våldsutsatthet kan vara en orsak till otrygghet	70
Relativt få oseriösa aktörer inom LSS	72
Kunskap och kompetens	74
Sammanfattande iakttagelser	74
Relativt hög kompetens hos personal i LSS-verksamheter	74
Flera nationella satsningar ökar förutsättningarna	78
Hälsa och vård på lika villkor	80
Sammanfattande iakttagelser	80
WHO lyfter hälsa och jämlik vård för personer med funktionsnedsättning	81
Verksamheternas förutsättningar att ge stöd är otillräckligt	82
Sämre tillgång till vård	83
Ovanligare med blodfettssänkande läkemedel vid diabetes	84
Högre dödlighet vid bröstcancer	85
Ovanligare med PCI vid akut hjärtinfarkt	88
Högre överdödlighet vid obesitas	90
Fortfarande vanligt med riskfylld läkemedelsanvändning	91
Ojämlik tillgång till vård har flera orsaker	93

Viktigt att integrera funktionshinderperspektivet	94
Tandhälsa på lika villkor	96
Sammanfattande iakttagelser	96
Tandvårdsbesöken minskar i takt med ökad ålder	96
Munhälsan är sämre än i övriga befolkningen	97
Viktigt att ge stöd för god tandhälsa	98
Krisberedskap.....	100
Sammanfattande iakttagelser	100
Fortsatt låg förekomst av kontinuitetsplaner	100
Evakueringsplaner fortsätter att minska	102
Ovanligt med krav på krisberedskap vid upphandling	103
Var femte kommun har beredskapsplaner	104
Ekonomiska villkor för enskilda	106
Sammanfattande iakttagelser	106
Högre ekonomisk utsatthet.....	106
Relativt hög andel med ekonomiskt bistånd	107
En funktionshinderspolitisk diskussion.....	110
Individuella stöd – ett viktigt komplement.....	110
Bristande tillgång till individuella stöd försvårar målet om delaktighet	112
Arbete kvarstår även inom tandvård	115
Allvarligt att krisberedskapen är fortsatt låg	115
Fortsatt tuff ekonomisk situation	116
Referenser.....	118
Bilaga 1. Kompletterande underlag till kapitel om kostnader	120
Bilaga 2. Metodbeskrivning för registeranalyser	124
Studiepopulationerna	124
Hjärtinfarkt och PCI.....	124
Obesitas	125
Läkemedelsförskrivning LSS.....	126
Deskriptiv statistik.....	126
Bilaga 3. ICD-koder för gruppering av diagnoser/ funktionsnedsättning	127

Sammanfattning

I denna lägesrapport redogör Socialstyrelsen för tillståndet och utvecklingen inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS, socialtjänstlagen (2025:400), delar av hälso- och sjukvården och tandvården. Årets lägesrapport visar exempel på utvecklingsarbete och stärkt kompetens. Betydande utmaningar kvarstår dock vad gäller jämlik hälsa, ekonomiska villkor, kvalitet, uppföljning och krisberedskap.

Socialstyrelsen konstaterar att behovet kvarstår av ett fortsatt långsiktigt arbete för att säkerställa att personer med funktionsnedsättning får sina rättigheter tillgodosedda. Likaså visar resultaten på vikten av att systematiskt inkludera ett funktionshinderperspektiv i verksamheter som riktar sig till andra målgrupper eller till hela befolkningen. Exempel på sådana verksamheter är den sociala barn- och ungdomsvården och hälso- och sjukvården.

LSS ökar igen men utmaningar kvarstår

Utvecklingen av insatser enligt LSS och SoL är svårtolkad och går i flera riktningar. Den 1 oktober 2024 hade 81 000 personer minst en verkställd och kommunalt beslutad insats enligt LSS. Samtidigt har den fleråriga minskningen av antalet personer med LSS-insatser avstannat och en ökning kan noteras från 2023 och framåt. Ökningen förklaras framför allt av ökning inom daglig verksamhet. Ökningen kan delvis hänga samman med fler autismdiagnoser och utmaningar på arbetsmarknaden. Ökningen inom daglig verksamhet speglas också av att flest nya beslut fattas för åldersgruppen 15–25. Det är också vanligt med nya beslut om LSS till åldersgruppen 55–64 år. Det indikerar att en växande målgrupp är personer med funktionsnedsättning till följd av exempelvis omfattande behov efter stroke.

Den fleråriga minskningen av kontaktperson har avstannat. Samma sak gäller för ledsagarservice och korttidsvistelse. Det är för tidigt att bedöma huruvida detta är ett trendbrott eller endast tillfälligt.

Samtidigt har antalet LSS-insatser minskat över tid i den yngsta åldersgruppen. Mellan 2023 och 2024 har minskningen dock avstannat.

Kommunerna beskriver också ökade behov och mer komplexa ärenden, bland annat med inslag av social problematik. 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.

Även insatser enligt SoL ökar, framför allt insatsen boendestöd. Mellan 2007 och 2024 ökade insatsen från 12 till 31 insatser per invånare. Insatsen ges ofta till personer med psykisk funktionsnedsättning, men även till personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism.

Sammantaget konstaterar Socialstyrelsen att kommunerna tillgodoser en stor del av behoven hos många personer med funktionsnedsättning. Samtidigt saknas kunskap om hur många som faktiskt har behov av stöd, vilket gör det svårt att bedöma om behoven är tillgodosedda.

Myndigheten bedömer dock att det fortfarande finns behov som inte tillgodoses. Bedömningen görs mot bakgrund av årets resultat tillsammans med resultaten från tidigare års lägesrapporter.

Fortsatt kostnadsökning

Utvecklingen av antalet insatser speglas till viss del även i kostnadsutvecklingen. År 2024 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning till 90,6 miljarder kronor. Jämfört med 2023 ökade kostnaderna med 2,9 procent. 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 är nästan oförändrad, vilket indikerar en likartad kostnadsutveckling som inom socialtjänstens övriga verksamhetsområden.

Målgrupp med olika och varierande behov

Personer med funktionsnedsättning återfinns inte enbart inom kommunernas funktionshinderverksamheter. De återfinns även inom de övriga delarna av socialtjänsten. Inom den sociala barn- och ungdomsvården ges några procent av insatserna till barn och unga med funktionsnedsättning. Vanligast är koncentrationssvårigheter och psykisk ohälsa, men även autism, intellektuell funktionsnedsättning och rörelsenedsättning är vanligt. Detta ställer krav på samordning, helhetssyn och kompetens i flera delar av socialtjänstens verksamhet.

Årets lägesrapport visar med andra ord tydligt på vikten av att personal inom exempelvis den sociala barn- och ungdomsvården har kompetens i funktionshinderfrågor och att lokaler och information är tillgängliga ur ett

funktionshinderperspektiv. Resultaten utgör dessutom ett viktigt underlag i omställningen till den nya socialtjänstlagen.

Högt självbestämmande parallellt med kvalitetsbrister

Många brukare upplever ett högt självbestämmande. Självbestämmandet upplevs dock inte lika högt inom alla insatser. Ett exempel är boende enligt SoL. Personer med denna insats skattar lägre självbestämmande och tillgodosedda behov än personer med övriga insatser enligt LSS och SoL. Högst inflytande skattas inom boendestöd enligt SoL, omkring 90 procent. Lägst inflytande skattas inom boende enligt SoL, 75 procent. Andelen är på ungefär samma nivåer som 2023.

Även om många brukare upplever att de kan utöva sitt självbestämmande, får den hjälp de behöver och känner sig trygga, så gäller det inte alla. Det är därför angeläget att verksamheternas arbete för att stärka detta fortsätter. Ett viktigt verktyg för att stärka självbestämmandet är personalens kompetens i exempelvis alternativ, kompletterande kommunikation (AKK). Det är också viktigt att personalen behärskar metoden tydliggörande pedagogik. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att omkring tre fjärdedelar av de anställda boende enligt LSS har kompetens i denna metodik. Andelen är högre i daglig verksamhet enligt LSS, omkring 85 procent.

Förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder är den andra ytterligheten jämfört med självbestämmandet. Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har tidigare problematiserat kring förekomsten av dessa åtgärder. Många verksamheter arbetar för att förebygga dem, men inte alla. Tre fjärdedelar av boenden och dagliga verksamheter enligt LSS har rutiner för hur personalen ska arbeta förebyggande. Dessa rutiner innefattar även hur personalen ska agera om en brukare riskerar att skada sig själv och/eller andra eller har andra utmanande beteenden. Även om majoriteten av enheterna har sådana rutiner, så saknar var fjärde dem.

Kvalitetsbrister på verksamhetsnivå kvarstår, till exempel när det gäller antal boende i gruppboende och samlokalisering av verksamheter. Det saknas exakt statistik över hur vanligt detta är, men den kunskap som finns tyder ändå på en utveckling som riskerar att inverka negativt på insatsernas kvalitet.

Kvinnor otryggare än män

Kvinnor med funktionsnedsättning upplever lägre trygghet än män. Andelen är lägst inom boende enligt SoL, där endast 60 procent av kvinnorna uppger att de känner sig trygga. Motsvarande andel bland männen var 65 procent.

Andelarna kan jämföras med gruppboende enligt LSS, där andelen som uppger att de känner sig trygga var 74 procent bland kvinnor och 80 procent bland män. Att kvinnor upplever högre otrygghet och mer rädsla kan kopplas till en högre våldsutsatthet.

Grundläggande kompetensen inom LSS är generellt hög

Kompetensnivån inom LSS-verksamheter är generellt relativt hög, mellan 80 och 90 procent av tillsvidareanställda inom boende och daglig verksamhet enligt LSS har den rekommenderade grundutbildningen. Andelen har ökat något mellan mätåren 2024 och 2025. Även andelen personal som erbjuds utbildning i AKK har ökat. En bidragande förklaring till detta är troligen kompetenssatsningen Yrkesresan funktionshinder.

Formell utbildning och vidareutbildning är två viktiga förutsättningar för personalens kompetens. En tredje förutsättning är kontinuerlig handledning. Här är utvecklingen inte lika positiv. Andelen enheter som får kontinuerlig handledning fortsätter att minska och år 2025 var andelen 41 procent inom boende enligt LSS. Motsvarande andel inom daglig verksamhet enligt LSS var 35 procent.

Ojämlig hälsa och tillgång till vård

Personer med funktionsnedsättning har generellt sämre hälsa än befolkningen i övrigt och rapporterar i högre grad ej tillgodosedda vårdbehov. Skillnaderna kan inte enbart förklaras av ekonomi. Socialstyrelsens analyser i årets lägesrapport visar att det även finns skillnader i behandling och utfall vid flera vanliga sjukdomar. Analyserna visar även på fortsatt förekomst av riskfylld läkemedelsanvändning.

Socialstyrelsens analyser visar att personer med funktionsnedsättning

- får blodfettsänkande läkemedel vid diabetes i lägre utsträckning jämfört med övriga diabetespatienter. Läkemedlet är uppemot hälften så vanligt bland män med vissa funktionsnedsättningar och uppemot en tredjedel så vanligt bland kvinnorna i samma grupp.
- har högre dödlighet vid bröstcancer jämfört med övriga bröstcancerpatienter. Det handlar framför allt om kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning (2 gånger högre risk) eller autism (2,5 gånger högre risk). Den högre dödligheten återfinns även bland kvinnor med andra funktionsnedsättningar, såsom syn- och hörselnedsättning.
- Har en överdödlighet både vid hjärtinfarkt och vid obesitas jämfört med övriga befolkningen. Risken är mellan 14 och 21 procent högre bland personer med funktionsnedsättning. Den relativa risken är högst hos

patienter med autism, hörselnedsättning, koncentrationssvårigheter samt synnedsättning. Vid obesitas är överdödligheten högst bland personer med intellektuell funktionsnedsättning, tal- och språkstörning samt rörelsenedsättning, 4–5 gånger så hög.

Under de senaste åren har ett allt större fokus legat på att stärka tillgången till vård för personer med funktionsnedsättning som har insatser från socialtjänsten och LSS. Utvecklingsarbete sker på såväl regional som på lokal nivå. Årets analyser visar att det arbetet behöver breddas och omfatta fler grupper som har funktionsnedsättning, inte bara de som har stöd från socialtjänsten.

För att uppnå en mer jämlik hälso- och sjukvård krävs åtgärder på flera nivåer – från tillgängliga lokaler och anpassad information till stärkt kompetens och systematiskt förbättringsarbete. Förändringar inom omställningen till god och nära vård har hittills i mindre utsträckning omfattat personer med funktionsnedsättning, särskilt inom regionerna.

Även tandhälsan är sämre än i övriga befolkningen, särskilt bland äldre med LSS-insatser och personer inom socialpsykiatri. Tandvårdsbesöken minskar dessutom med stigande ålder. En god munhälsa förutsätter inte enbart tillgång till tandvård utan även stöd i daglig munvård och främjande av hälsosamma levnadsvanor. Samverkan mellan tandvård och stödverksamheter behöver därför stärkas.

Brister i krisberedskap förstärker utsattheten

Krisberedskapen är till stor del fortsatt 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 2025 varierade andelen mellan 30–40 procent, beroende på boendetyp. 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.

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 (2025:400), SoL. I denna rapport avgränsas insatserna enligt SoL till personer som är 0–64 år. 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. 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. Vidare sker inrapportering till nationella register och publicering av officiell statistik med viss fördröjning, varför statistiken i denna rapport avser 2024, 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 analyser specifikt för denna lägesrapport. De specifika analyserna i årets rapport har framför allt handlat om jämlik vård, ekonomiska villkor, tandvård och förekomst av olika funktionsnedsättningar inom socialtjänstens verksamhet. De bygger på data från följande register på Socialstyrelsen: LSS-registret, SoL-registret, patientregistret, medicinska födelseregistret, dödsorsaksregistret, tandvårdsregistret, register över socialtjänstens insatser till barn- och unga 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 särskilt stöd enligt 8 kap. 11 § 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 8 kap. 10 § 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 (8 kap. 11 § SoL). Personer med funktionsnedsättning kan ansöka om insatser enligt SoL, och vissa av dem har dessutom rätt till insatser enligt LSS.¹

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 själv-

¹ Jfr 1 och 7 §§ LSS.

ständigt 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.² I denna rapport benämns insatsen som ”råd och stöd enligt LSS”.

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.³ 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.⁴

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.⁵

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

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.⁷

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

³ 51 kap. 3 § SFB.

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

⁵ Se prop. 1992/93:159 s. 74.

⁶ Se prop. 1992/93:159 s. 75 och 178.

⁷ Se prop. 1992/93:159 s. 77 och 178.

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.⁸

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 lov dagar, studiedagar och längre lov.⁹

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.¹⁰ 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.¹¹

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.¹²

Patientlagen

Enligt patientlagen (2014:821) ska patienten få information om de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning.¹³

Informationen ska vara anpassad till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.¹⁴ Den som ger

⁸ Se prop. 1992/93:159 s. 77.

⁹ Se prop. 1992/93:159 s. 78 och 178.

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

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

¹² Se 9 § 10 och 7 § första stycket LSS.

¹³ 3 kap. 1 § 3 patientlagen.

¹⁴ 3 kap. 6 § patientlagen.

informationen ska dessutom så långt som det är möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i informationen och betydelsen av den.¹⁵ 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.¹⁶

¹⁵ 3 kap. 7 § patientlagen.

¹⁶ 7 kap. 2 § patientlagen.

En heterogen målgrupp i förändring

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för förekomsten av olika grupper av funktionsnedsättning inom socialtjänstens funktionshinderverksamheter och inom den sociala barn- och ungdomsvården. Vi lyfter även förekomsten av personer med funktionsnedsättning i befolkningen. Syftet med kapitlet är att deskriptivt belysa den breda förekomsten av olika funktionsnedsättningar och spridningen inom hela socialtjänstens verksamhet. I bilaga 2 redogör vi för hur analyserna har genomförts. I bilaga 3 redogör vi för vilka ICD-koder¹⁷ som använts för att identifiera de olika grupperna av funktionsnedsättning. Ett av de register som har använts är Patientregistret. I registret dokumenteras vårdbesök och det är inte ett heltäckande befolkningsregister. Det innebär risk för en viss undertäckning, det vill säga att alla personer med funktionsnedsättning troligen inte ingår i grupperna. Vissa av de ICD-koder som har använts behöver inte alltid innebära en varaktig funktionsnedsättning. Resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet.

Sammanfattande iakttagelser och slutsatser

- Andelen personer med funktionsnedsättning varierar i den svenska befolkningen, från cirka 10 procent till över 30 procent. Variationen beror på hur frågor om funktionsnedsättning är formulerade i olika undersökningar, hur grupperna definieras och hur undersökningarna genomförs.
- Förekomsten av olika funktionsnedsättningar inom LSS följer till stor del de kriterier som anges i lagstiftningen: autism, intellektuell funktionsnedsättning och förvärvad hjärnskada. Syn- och hörselnedsättning samt tal- och språkstörning förekommer inom samtliga grupper i personkretsen.
- Psykisk funktionsnedsättning och rörelsenedsättning är de vanligaste funktionsnedsättningarna inom SoL. Även andra förekommer såsom autism och intellektuell funktionsnedsättning.
- Analyserna i detta kapitel visar tydligt att personal inom funktionshinderverksamheter behöver ha kompetens i att bemöta en heterogen målgrupp, med flera funktionsnedsättningar. Det är inte heller

¹⁷ <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-10/>

ovanligt med en samtidig social problematik, vilket ställer ytterligare krav på kunskap och kompetens.

- Barn och unga med funktionsnedsättningar får även insatser från den sociala barn- och ungdomsvården. Psykisk ohälsa och koncentrationssvårigheter är vanligast, men även autism, rörelsenedsättning och intellektuell funktionsnedsättning förekommer.
- Det är viktigt att även personal inom den sociala barn- och ungdomsvården har kompetens om olika funktionsnedsättningar. Det är även viktigt att personalen har kunskap om hur verksamheten behöver bemöta dessa personer, utifrån tillgänglighet, bemötande och alternativ kommunikation.

En hög andel i befolkningen

Förekomsten av funktionsnedsättningar varierar i befolkningen, beroende på vilka källa som används. Exempel på olika källor är Statistiska centralbyråns (SCB) undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) (1), undersökning av funktionshindrades situation på arbetsmarknaden (2) och undersökningen Hälsa på lika villkor (3). I dessa befolkningsundersökningar är personer med vissa funktionsnedsättningar underrepresenterade. Det handlar till exempel om personer med intellektuell funktionsnedsättning eller personer med så pass svåra funktionsnedsättningar att de har svårt att kommunicera. Undersökningarna ger ändå en bild av hur många i befolkningen som har en funktionsnedsättning.

Drygt 800 000 i åldern 16–64 år har en funktionsnedsättning

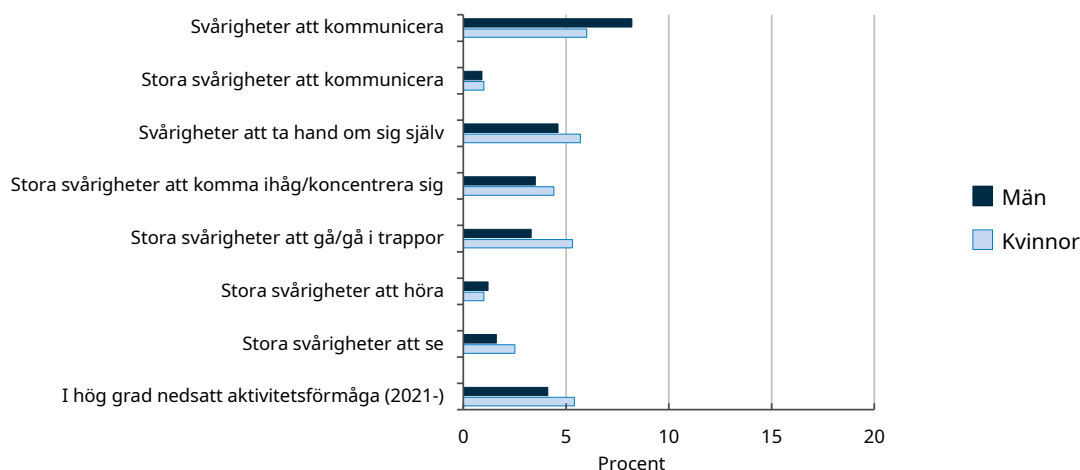
Andelen personer i befolkningen som har en funktionsnedsättning varierar från cirka 10 procent till över 30 procent (1). Variationen beror på hur frågor om funktionsnedsättning är formulerade i olika undersökningar, hur grupperna definieras och hur undersökningarna genomförs.

I SCB:s undersökning om levnadsförhållanden skattar omkring 30 procent av befolkningen 16–64 år att de har en funktionsnedsättning (1). Figur 1 visar att andelen med funktionsnedsättning är något högre bland kvinnor än bland män, 31 respektive 29 procent. I SCB:s undersökning av funktionshindrades situation på arbetsmarknaden uppger i sin tur endast 16 procent 16–64 år att de har en funktionsnedsättning (2). Andelen är lika stor bland kvinnor som bland män. I undersökningen finns även uppgifter om nedsatt arbetsförmåga, som är ett sätt att identifiera graden av funktionsnedsättning. År 2020 uppgav 7 procent av de som deltog i

undersökningen¹⁸ att de hade en funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga.

Figur 1. Förekomst av funktionsnedsättningar i befolkningen

Förekomst av olika funktionsnedsättningar i befolkningen, uppdelat på typ av funktionsnedsättning och kön, 2025.



Källa: Statistiska Centralbyrån.

Vanligt med att ha flera funktionsnedsättningar inom SoL och LSS

Socialstyrelsens analyser i årets lägesrapport visar att de vanligaste funktionsnedsättningarna inom LSS är intellektuell funktionsnedsättning och autism. Detta är inte något anmärkningsvärt eftersom dessa funktionsnedsättningar är kriterier för att tillhöra personkrets 1, som också är den största gruppen¹⁹. Det är även vanligt med koncentrationssvårigheter, psykisk ohälsa och rörelsenedsättning. Resultaten visar tydligt att personal som ger stöd till brukare behöver ha kompetens i att bemöta en heterogen målgrupp.

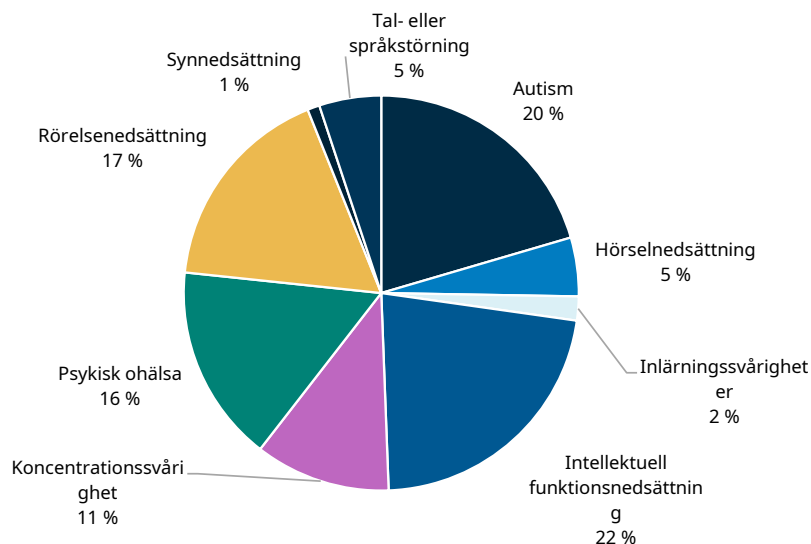
Förekomsten av olika funktionsnedsättningar skiljer sig åt mellan grupperna i LSS:s personkrets. I personkrets 1 är autism och intellektuell funktionsnedsättning vanligast (figur 2). Även rörelsenedsättning (17 procent) och psykisk funktionsnedsättning/psykisk ohälsa (16 procent) är vanligt förekommande i den gruppen.

¹⁸ I åldern 16–64 år.

¹⁹ Personkretsens tre grupper beskrivs i kapitlet *Inledning*.

Figur 2. Förekomst av olika funktionsnedsättningar inom personkretsens grupp 1 LSS

Förekomst av olika funktionsnedsättning bland personer med insatser enligt LSS, personkrets 1, uppdelat på funktionsnedsättning, 2024.



Not. En person kan förekomma i flera grupper, därför är andelen personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism relativt låg.

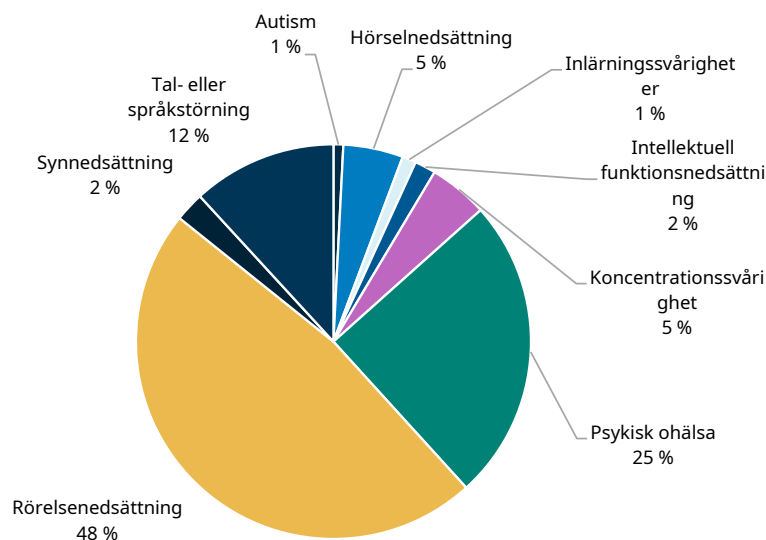
Källa: Socialstyrelsens patientregister, medicinska födelseregister samt register över insatser enligt LSS.

I personkretsens grupp 2 ser det delvis annorlunda ut (figur 3). Här är de vanligaste funktionsnedsättningarna i stället rörelsenedsättning (48 procent), tal- eller språkstörning (12 procent) och psykisk funktionsnedsättning/psykisk ohälsa (25 procent). I rörelsenedsättning ingår förvärvad hjärnskada²⁰. Fördelningen av funktionsnedsättningar är förväntad, eftersom gruppen består av personer med förvärvad hjärnskada i vuxen ålder.

²⁰ Sammanslagningen är inte vedertagen, men har slagits ihop i dessa analyser.

Figur 3. förekomst av olika funktionsnedsättningar i personkretsens grupp 2 LSS

Förekomst av olika funktionsnedsättning bland personer med insatser enligt LSS, personkrets 2, uppdelat på funktionsnedsättning, 2024.



Not. En person kan förekomma i flera grupper

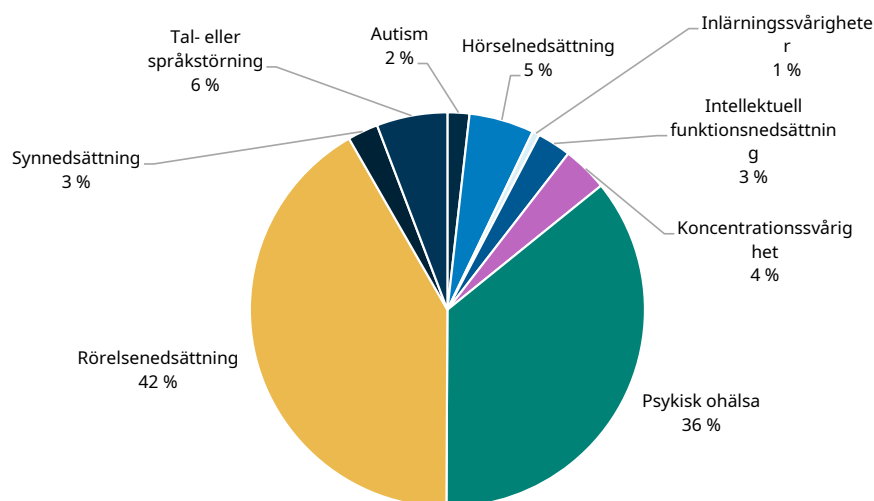
Källa: Socialstyrelsens patientregister, medicinska födelseregister samt register över insatser enligt LSS.

Psykisk ohälsa/psykisk funktionsnedsättning och rörelsenedsättning dominerar även inom personkrets, 48 respektive 25 procent ²¹ (figur 4). Att den förra är så pass hög beror troligen på att det är i denna grupp som de personerna med Även tal- och språkstörning är relativt vanligt, 12 procent. Intellektuell funktionsnedsättning och autism förekommer (3 respektive 2 procent).

²¹ Kriteriet för att tillhöra gruppen är omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar och omfattande behov i vardagen, som inte beror på normalt åldrande.

Figur 4. Funktionsnedsättningar inom personkretsens grupp 3 LSS

Förekomst av olika funktionsnedsättning bland personer med insatser enligt LSS, personkrets 3, uppdelat på funktionsnedsättning, 2024.



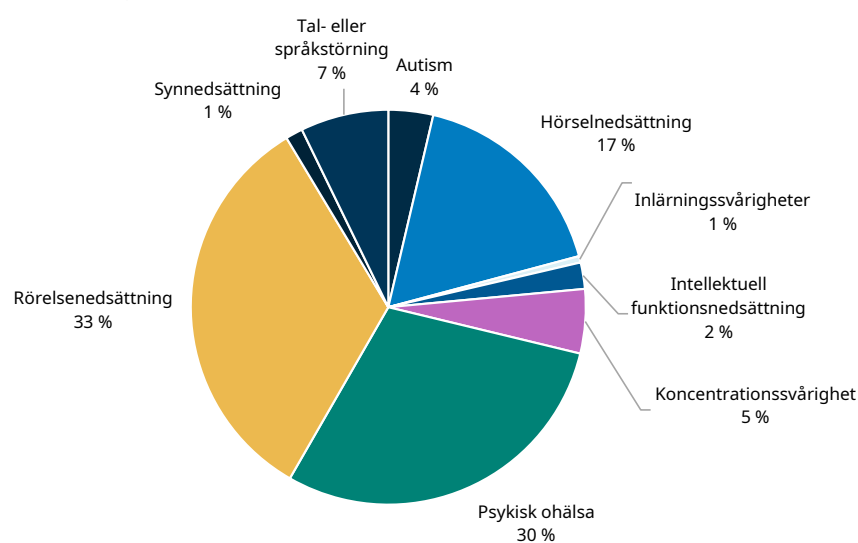
Not. En person kan förekomma i flera grupper

Källa: Socialstyrelsens patientregister, medicinska födelseregister samt register över insatser enligt LSS.

Variationen av olika funktionsnedsättningar större än inom än inom LSS (figur 5). Den vanligaste funktionsnedsättningen är rörelsenedsättning (33 procent). Även psykisk ohälsa och hörselnedsättning är vanligt, 30 respektive 17 procent.

Figur 5. Förekomst av olika funktionsnedsättningar inom SoL

Förekomst av olika funktionsnedsättning bland personer med insatser enligt SoL, uppdelat på funktionsnedsättning, 2024.



Not. En person kan förekomma i flera grupper

Källa: Socialstyrelsens patientregister, medicinska födelseregister samt register över insatser enligt LSS.

Gruppen återfinns även inom övriga delar av socialtjänsten

Barn och unga med funktionsnedsättning får även insatser inom ramen för den sociala barn- och ungdomsvården. Socialstyrelsens analyser visar att de flesta funktionsnedsättningar förekommer bland de barn och unga som får dessa insatser (tabell 1). Vanligaste funktionsnedsättningen är koncentrationssvårigheter 8,4 procent. Även rörelsenedsättning och psykisk ohälsa är vanliga, 5,7 respektive 4,9 procent.

Även andra funktionsnedsättningar förekommer, såsom autism, intellektuell funktionsnedsättning, hörselnedsättning, inlärningssvårigheter samt tal- och språkstörning. Mellan en och två procent av samtliga barn och unga med insatser från den sociala barn- och ungdomsvården hade någon av dessa funktionsnedsättningar. Även synnedsättning och inlärningssvårigheter förekommer, om än i lägre utsträckning.

Tabell 1. Förekomst av funktionsnedsättning inom social barn- och ungdomsvård

Förekomst av olika funktionsnedsättningar bland barn och unga med heldygnsinsatser enligt SoL eller enligt LVU*, uppdelat på funktionsnedsättning, 2024

Funktionsnedsättning	Antal	Andel
Autism	739	2,1
Hörselnedsättning	387	1,5
Inlärningssvårigheter	108	0,4
Intellektuell funktionsnedsättning	401	1,5
Koncentrationssvårighet	2201	8,4
Psykisk ohälsa	1291	4,9
Rörelsenedsättning	1506	5,7
Synnedsättning	38	0,15
Tal- eller språkstörning	536	2

*Avser inte insatser som ges inom ramen för funktionshindersomsorgen.

Not. En person kan förekomma i flera grupper

Källa: Socialstyrelsens patientregister, medicinska födelseregistret samt registret över socialtjänstens insatser till barn och unga.

Förekomsten av funktionsnedsättning skiljer sig marginellt åt mellan de olika insatserna inom den sociala barn- och ungdomsvården, däremot finns det skillnader mellan könen (tabell 2–4).

Funktionsnedsättningar är genomgående vanligast förekommande bland pojkar, med undantag för rörelsenedsättning.

Tabell 2. Förekomst av funktionsnedsättning inom social barn- och ungdomsvård xx kap SoL

Förekomst av olika funktionsnedsättningar bland barn och unga med heldygnsinsatser enligt SoL* **, uppdelat på funktionsnedsättning och kön, 2024.

Funktionsnedsättning	Flickor		Pojkar	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Autism	167	2,0	298	3,4
Hörselnedsättning	111	1,3	103	1,2
Inlärningssvårigheter	30	0,4	41	0,5
Intellektuell funktionsnedsättning	93	1,1	161	1,9
Koncentrationssvårighet	464	5,6	903	10,4
Psykisk ohälsa	358	4,3	489	5,6
Rörelsenedsättning	435	5,2	435	5
Synnedsättning	<10	-	13	0,15
Tal- eller språkstörning	113	1,4	221	2,5

* Inkluderar hem för vård och behandling, stödboende och familjehem.

** Avser inte insatser som ges inom ramen för funktionshindersomsorgen

Källa: Skrivs här

Tabell 3. Förekomst av funktionsnedsättning inom § 2 och 3 LVU

Förekomst av olika funktionsnedsättningar bland barn och unga med heldygnsinsats enligt 2 och 3 § LVU*, uppdelat på funktionsnedsättning och kön, 2024.

Funktionsnedsättning	Flickor		Pojkar	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Autism	49	1,1	150	3,0
Hörselnedsättning	58	1,3	67	1,4
Inlärningssvårigheter	6	-	22	0,4
Intellektuell funktionsnedsättning	49	1,1	66	1,3
Koncentrationssvårighet	163	3,7	434	8,8
Psykisk ohälsa	112	0,6	202	4,1
Rörelsenedsättning	197	4,5	261	5,3
Synnedsättning	<5	-	7	-
Tal- eller språkstörning	45	1,0	112	2,2

* Oavsett insatsgrund.

** Avser inte insatser som ges inom ramen för funktionshindersomsorgen.

Källa: Skrivs här

Tabell 4. Förekomst av funktionsnedsättning inom LVU omedelbart omhändertagande

Förekomst av olika funktionsnedsättningar bland barn och unga med heldygnsinsatser enligt 6§ LVU*, uppdelat på funktionsnedsättning och kön, 2024.

Funktionsnedsättning	Flickor		Pojkar	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Autism	24	1,6	51	3
Hörselnedsättning	22	1,5	26	1,5
Inlärningssvårigheter	<5	-	7	-
Intellektuell funktionsnedsättning	13	8,9	19	1,1
Koncentrationssvårighet	69	4,7	168	9,9
Psykisk ohälsa	41	2,8	89	5,3
Rörelsenedsättning	71	4,8	107	6,3
Synnedsättning	5	-	<5	-
Tal- eller språkstörning	13	0,9	32	1,9

* Oavsett insatsgrund

** Avser inte insatser som ges inom ramen för funktionshindersomsorgen

Källa: Skrivs här

Patientregistret och medicinska födelseregistret har använts för dessa analyser, vilket gör att uppgifterna bör tolkas med viss försiktighet. I patientregistret registreras endast vårdbesök och är därför inte heltäckande. Viss försiktighet bör därför tas när uppgifter om psykisk ohälsa tolkas, eftersom alla som ingår sannolikhet inte har en psykisk funktionsnedsättning. Det beror på graden av psykisk ohälsa och tillgång till fungerande behandlingar. Uppgifterna är ändå relevanta och visar på vikten av att personal inom den sociala barn- och ungdomsvården har kompetens om olika funktionsnedsättningar och konsekvenserna av dessa. Det är även viktigt att personalen har kunskap om hur verksamheten behöver bemöta dessa personer, utifrån tillgänglighet, bemötande och alternativ kommunikation.

Det handlar inte bara om att personer med funktionsnedsättning återfinns inom den sociala barn- och ungdomsvården. Det blir även allt vanligare att barn och unga med insatser enligt LSS har komplexa behov, med inslag av social problematik. Detta har bland annat framkommit i Socialstyrelsens dialoger med kommuner²². Denna utmaning är inte ny, den framkom även i en tidigare genomförd kartläggning som genomfördes 2018. I den kartläggningen framkom att orsakerna bakom beslut om boende för barn är ofta komplexa behov, inte sällan i gränslandet mellan IFO och LSS. (4)

²² Exempelvis inom ramen för RSS:nas behovsanalys.

Utveckling av individuella stöd över tid

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 insatser eller beslut per 10 000 invånare. På så sätt eliminerar vi risken att förändringar över tid beror på förändringar i befolkningsstorleken.

Sammanfattande iakttagelser

- Den fleråriga minskningen inom LSS har avstannat och mellan 2023 och 2024 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 ökningar kan vara att allt fler personer har autismdiagnos. En annan kan vara att minskningar inom till exempel lönebidrag ökar behovet av daglig verksamhet.
- Inom SoL är det framför allt boendestöd som ökar. År 2024 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.
- Nya beslut enligt LSS fattas framför allt till åldersgruppen 55–64 år. Här handlar det troligen om personer med nyförvärvade funktionsnedsättningar, exempelvis demens eller varaktiga svårigheter efter stroke. Många av de nya besluten gäller även personer i åldern 10–25 år.
- Det är fortfarande fler män än kvinnor som beviljas insatser enligt LSS, 59 respektive 41 procent. Skillnader mellan könen är väsentligt mindre inom SoL. Könsfördelningen inom SoL motsvaras av könsfördelningen av personer med funktionsnedsättning i befolkningen²³. Det tyder på att könsskillnaderna inom LSS är omotiverade.

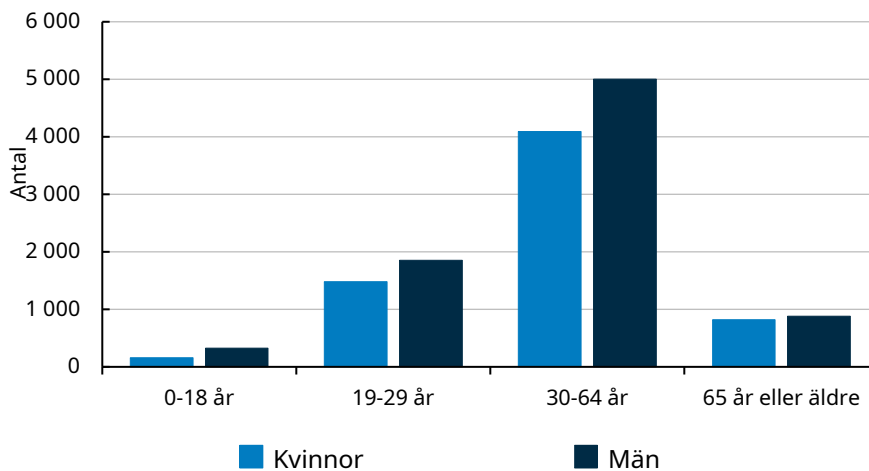
²³ Se kapitel *En heterogen målgrupp* i förändring.

Många har både SoL- och LSS-insatser

År 2024 hade totalt 14 600 personer stöd både enligt LSS och SoL (5). Figur 6 visar att det är vanligast med insatser enligt båda lagstiftningarna i åldern 30–64 år. Omkring 1 700 personer i åldern 65 år eller äldre har insatser enligt båda lagstiftningarna. I dessa fall handlar insatser enligt SoL troligen om äldreomsorg. Det är dessutom fler män än kvinnor i alla åldrar som har insatser enligt både lagarna.

Figur 6. Antal personer med insatser både enligt LSS och SoL

Antal personer med samtidiga insatser enligt LSS och SoL, ålder och kön, 2024.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS samt registret över socialtjänstinsatser till personer med funktionsnedsättning.

LSS fortsätter att öka

Den 1 oktober 2024 hade 81 000 personer minst en verkställd och kommunalt beslutad insats enligt LSS (5). Det motsvarar 75 personer per 10 000 invånare. Det tidigare trendbrottet håller i sig och sedan 2023 har antalet personer med insatser enligt LSS ökat.

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 2024 var motsvarande siffra något lägre, 1,5 insatser per person (5).

Daglig verksamhet står för den största ökningen

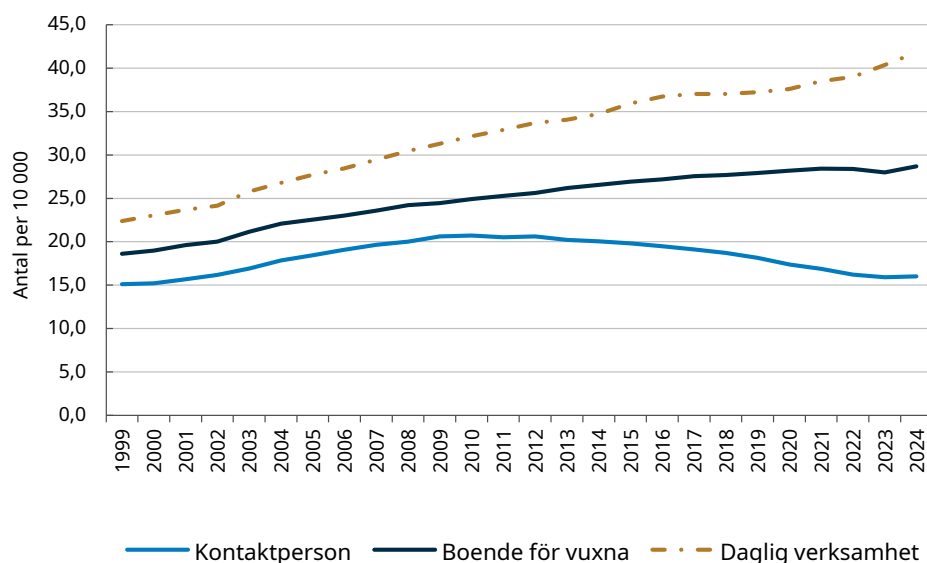
När statistiken delas upp på olika insatser framkommer en mer nyanserad bild. Figur 7 och 8 visar att daglig verksamhet fortfarande är den LSS-insats

som står för den största delen av ökningen. Mellan 1999 och 2024 ökade insatsen från 22 till knappt 42 insatser per 10 000 invånare. Boende för vuxna enligt LSS har i sin tur åter börjat öka, efter att minskat 2021 och 2023. Insatsen kontaktperson har minskat kontinuerligt sedan 2012, men även här har minskningen avstannat. År 2024 låg antalet beslut på 16 per 10 000 invånare.

Ökningen inom daglig verksamhet har troligen flera förklaringar. En bidragande förklaring kan vara att allt fler personer får diagnosen autism och att deras behov har synliggjorts (6). Socialstyrelsen kan inte utesluta att en viss del av ökningen handlar om svårigheter inom andra sektorer, som till exempel lönebidrag. Vi har tidigare konstaterat att förändringar inom dessa verksamheter påverkar inflödet i daglig verksamhet (7). Analyserna i förra årets lägesrapport visade att en stor del av de nya besluten avsåg personer i ålder 20–30 år. 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.

Figur 7. Utveckling av vissa insatser enligt LSS över tid

Andel personer per 10 000 med kontaktperson, daglig verksamhet samt boende för vuxna enligt LSS, 1999-2024.

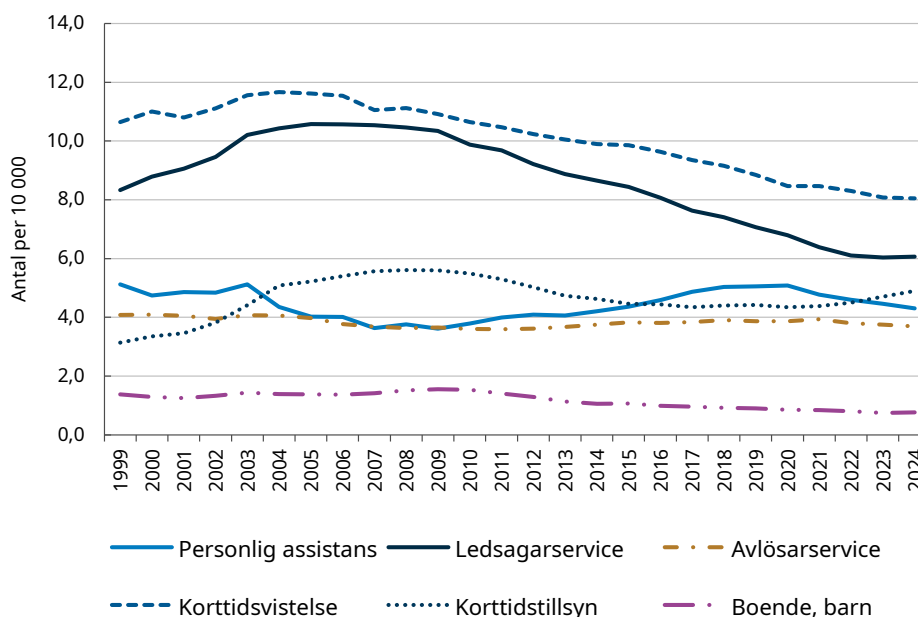


Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Personlig assistans minskar för femte året i rad (figur 8) och år 2024 hade 4 personer per 10 000 invånare insatsen. Flera av de övriga insatserna har slutat att minska eller visar på en viss ökning. Minskningen inom ledsagarservice och korttidsvistelse har avstannat och låg 2024 på samma nivå som 2023, 6 respektive 8 per 10 000 invånare.

Figur 8. Utveckling av vissa insatser enligt LSS över tid

Antal personer per 10 000 invånare med beslut om personlig assistans, ledsagarservice, avlösarservice, korttidsvistelse, korttidsstillsyn samt boende för barn enligt LSS, 1999-2024.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Förändringar inom den kommunalt beslutade personliga assistansen ska ses i skenet av den statliga assistansersättningen. Försäkringskassan har tidigare analyserat avslagen vid ansökan av assistansersättning (8). Av rapporten framgick att under 2002–2022 har andelen som fått avslag ökat från 27 procent till 77 procent. Utvecklingen av andelen avslag kunde delvis förklaras av förändringar i tillämpningen av vad som ingår i grundläggande behov till följd av domar från Högsta förvaltningsdomstolen och lagändringar.

Största ökningen i åldersgruppen 23–64 år

När LSS-statistiken delas upp i olika åldersgrupper framkommer ytterligare skillnader. Den största delen av ökningen har skett i åldersgruppen 23–64 år. Mellan 2023 och 2024 ökade antalet i denna grupp från 88 till 92 personer per 10 000 invånare (figur 9). 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.

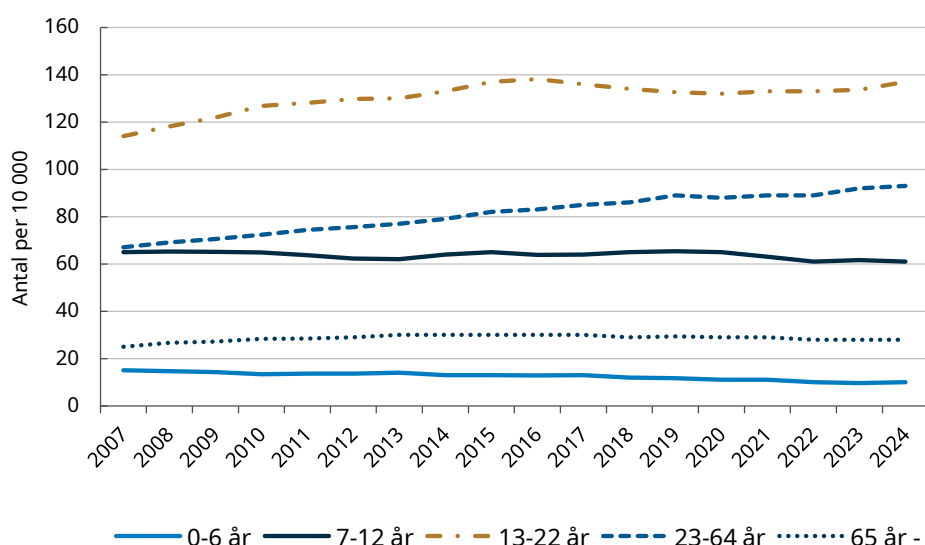
Mellan 2022 och 2023 ökade andelen med LSS-insatser något i åldersgruppen 13–22 år, från 133 till 133,6 per 10 000 invånare. Den

tidigare konstaterade minskningen har därmed avstannat. Även här kan ökningen inom daglig verksamhet vara en bidragande förklaring.

I den yngsta åldersgruppen, 0–6 år, har den tidigare minskningen avstannat. År 2024 uppgick antalet insatser till denna grupp till cirka 10 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 9. Utveckling över tid 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, 1999-2024.



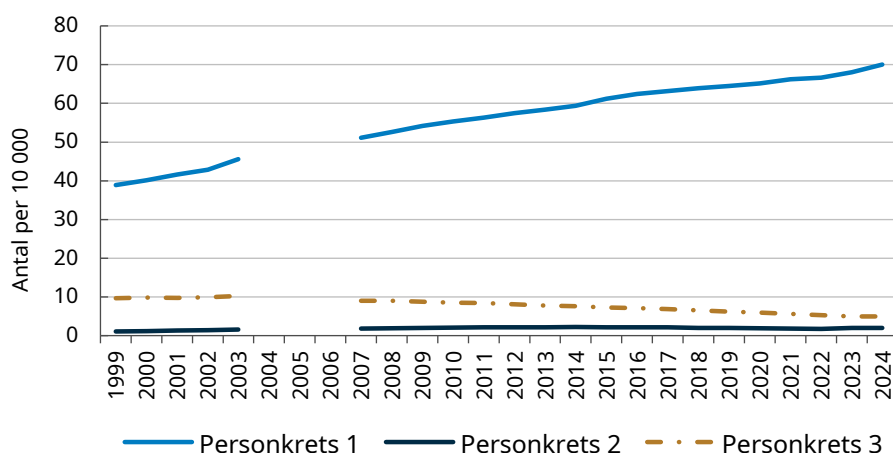
Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Personkrets 1 står för ökningen inom LSS

En uppdelning av statistiken på personkretstillhörighet ger ytterligare kunskap om vilka grupper som ökar alternativt minskar. Det är alltså personkrets 1 som står i princip all ökning inom LSS (figur 10). I denna grupp ingår personer med intellektuell funktionsnedsättning och autism. Mellan 2023 och 2024 ökade andelen med insatser i gruppen från 68 till 70 per 10 000 invånare. Över tid är ökningen ännu mer markant - år 1999 var andelen 40 per 10 000 invånare.

Figur 10. Utveckling inom LSS, uppdelat på personkretsens grupper

Antal personer per 10 000 invånare med insatser enligt LSS, uppdelat på personkretsens 3 grupper, 1999-2024.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Förändringarna i personkretsens övriga grupper är väsentligt mindre. År 2024 återfanns 1,8 personer per 10 000 invånare i personkrets 2, vilket är samma nivå som år 2023. Över tid ses dock en mindre ökning – år 1999 var antalet 1,1 per 10 000 invånare.

Inom personkrets 3 ser vi en fortsatt minskning. Mellan 2023 och 2024 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 (9). Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att lokala riktlinjer många gånger begränsar vilka som kan få insatsen ledsagarservice (9). Dessa riktlinjer har ökat i antal tid.

Nya beslut vanligt till äldre vuxna

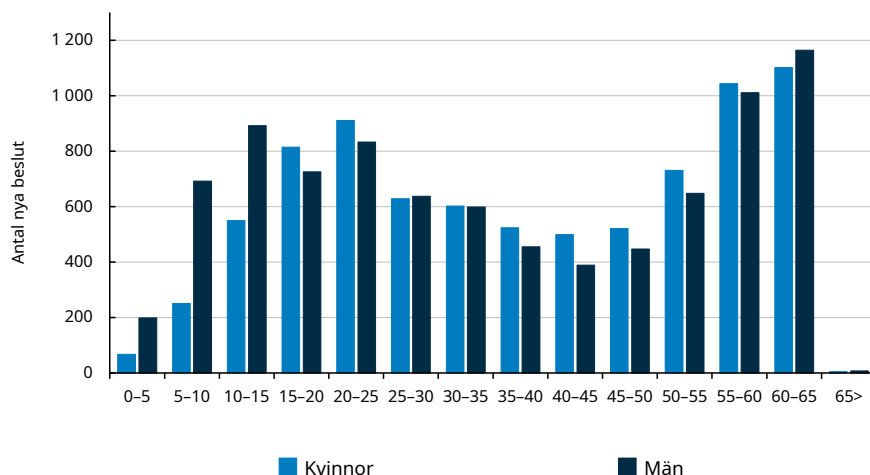
I årets lägesrapport har Socialstyrelsen gjort en analys av ålder vid nya beslut om insats enligt LSS år 2024. Resultaten ligger i linje med tidigare års analyser. Nya beslut fattas framför allt till åldersgruppen 55–64 år (figur 10). Här handlar det troligen om personer med nyförvärvade funktionsnedsättningar, exempelvis demens eller varaktiga svårigheter efter stroke. Många av de nya besluten gäller även personer i åldern 10–25 år.

Figur 10 visar också att det finns en skillnad mellan könen vid nya beslut. Pojkar är i majoritet i åldersgrupperna 0–15 år, därefter jämnas skillnaderna

ut. Antalet flickor/kvinnor är något fler i följande åldersgrupper: 15–25 år samt 35–60 år.

Figur 10. Ålder vid nytt beslut om LSS

Åldersfördelning bland personer med nytt beslut om LSS 2024, uppdelat i ålderskategorier, uppdelat på kön.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Boendestöd enligt SoL fortsätter att öka

År 2024 hade 63 000 personer med funktionsnedsättning²⁴ en eller flera insatser enligt SoL, vilket motsvarar 59,7 insatser per 10 000 invånare (10). Antalet personer med dessa insatser har minskat något över tid, år 2014 var motsvarande antal 65.

Alla insatser enligt SoL minskar inte. Insatsen boendestöd fortsätter att öka. År 2024 var antalet personer med insatsen 32 000 vilket motsvarar cirka 31 per 10 000 invånare (figur 11). Motsvarande antal 2022 var 29. 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

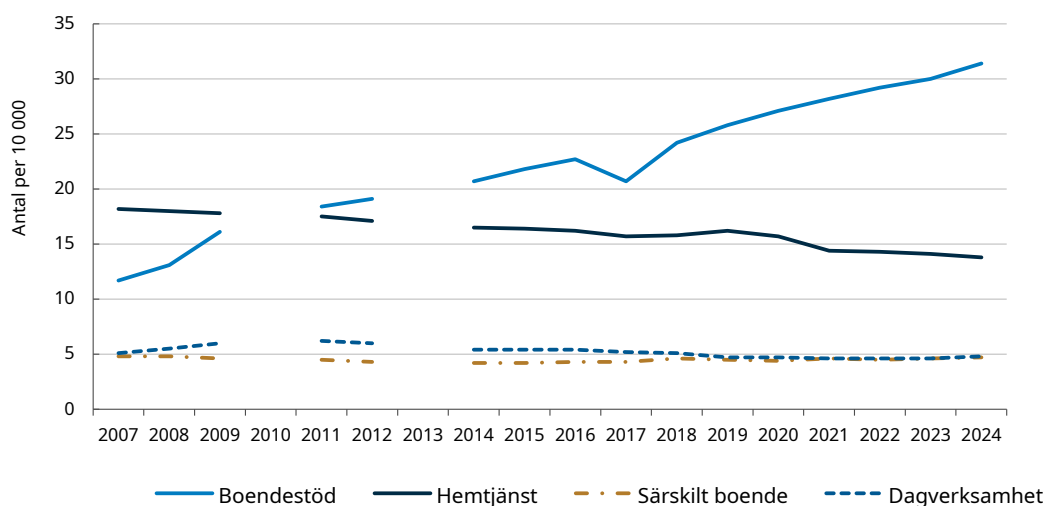
²⁴ Avser personer i åldern 0–64 år.

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 funktionshinderfrågor²⁵ har det framkommit att boendestöd kan beviljas som ett första steg, innan bostad 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 11. Utveckling av insatser enligt SoL över tid

Antal personer per 10 000 invånare med insatser enligt SoL till personer med funktionsnedsättning, 0-64 år, 2007-2024.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt socialtjänstlagen.

Inom insatsen hemtjänst enligt SoL ses en minskning. Mellan 2014 och 2024 minskade antalet personer med hemtjänst från 16,5 till 13,8 per 10 000 invånare.

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 i sin tur relativt jämn över tid, omkring 5,5 per 10 000 invånare.

²⁵ [Rådet för funktionshinderfrågor - Socialstyrelsen](#)

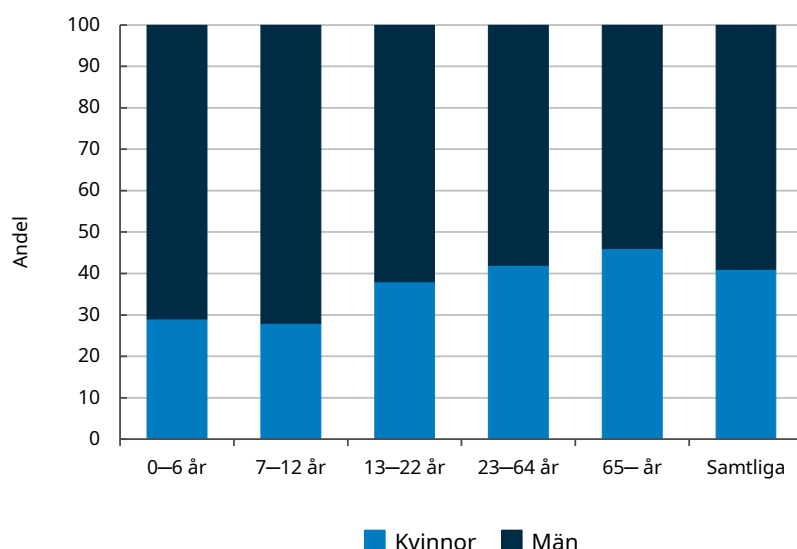
Av figur 11 framgår vidare att det finns variationer över tid. En delförklaring är att insatser enligt SoL kan beviljas för behov av mindre varaktig karaktär. Den tydligaste variationen ses mellan 2016 och 2018, då det totala antalet insatser till gruppen minskade från 72,4 till 54,6 per 10 000 invånare. 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.

Störst könsskillnader inom LSS

Det är fortfarande fler män än kvinnor som beviljas insatser enligt LSS, 59 respektive 41 procent (figur 12). Skillnaderna minskar dock i de övre åldersgrupperna. I åldersgruppen 65 år och äldre utgör kvinnorna 46 procent, att jämföra med åldersgruppen 0–6 år där andelen flickor är 29 procent.

Figur 12. Könsfördelning inom LSS

Fördelning mellan män och kvinnor inom LSS, uppdelat på ålder, andel angiven i procent, 2024

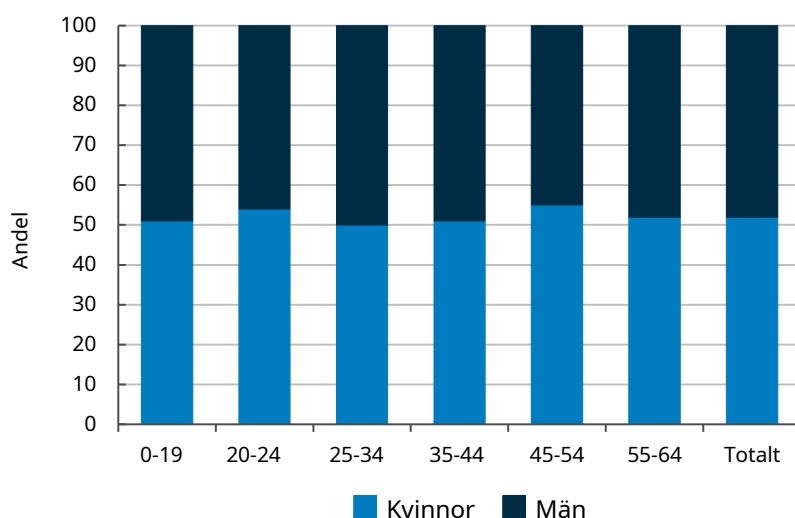


Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS.

Skillnader mellan könen är väsentligt mindre inom SoL. Totalt sett är andelen kvinnor något högre än andelen män, 51,5 respektive 48,5 procent (figur 13). Skillnaderna är dessutom mer stabila över tid jämfört med LSS. Den största skillnaden återfinns i åldersgruppen 45–54 år, där andelen kvinnor var 55 procent.

Figur 13. Könsfördelning inom SoL

Fördelning mellan män och kvinnor inom LSS, uppdelat på ålder, andel angiven i procent, 2024



Källa: Socialstyrelsens register över socialtjänstinsatser till personer med funktionsnedsättning.

En bidragande orsak till att könsfördelningen är jämnare inom SoL än inom LSS är troligen att det inte krävs några specifika diagnoser för att ha rätt till insatser enligt SoL. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att vissa könsskillnader inom LSS kan förklaras av skillnader i förekomst av olika diagnoser (11). Vissa diagnoser är vanligare bland män än kvinnor i totalbefolkningen, till exempel intellektuell funktionsnedsättning och autism. Dessa diagnoser är också kopplade till personkretsen i LSS (grupp 1) och därmed också rätten till insatser.²⁶

En till synes jämn könsfördelning betyder inte nödvändigtvis att behoven är tillgodosedda ur ett jämställdhetsperspektiv, eftersom män och kvinnor kan ha olika behov av insatser. Könsfördelningen inom SoL motsvaras av könsfördelningen av personer med funktionsnedsättning i befolkningen²⁷. Det tyder på att könsskillnaderna inom LSS är omotiverade.

²⁶ Se 1 och 7 §§ LSS.

²⁷ Se kapitel *En heterogen målgrupp* i förändring.

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.²⁸

För att kostnaderna ska vara jämförbara mellan åren är de fastprisberäknade till 2024 års priser. Beräkningen utgår från SCB:s konsumtionsprisindex för kommunala äldreomsorg och stöd till personer med funktionsnedsättning.²⁹ En översiktlig tabell med kostnader i löpande priser presenteras i bilaga 1.

Sammanfattade iakttagelser

- År 2024 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning som omfattas av SoL/HSL (0–64 år) och LSS/SFB³⁰ till 90,6 miljarder kronor (se tabell 1). Jämfört med 2023 ökade kostnaderna med 2,1 procent.
- Kostnadsökningen förklaras fram för allt av ökade kostnader för personer som omfattas av LSS/SFB. Dessa kostnader utgör ca 81 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 tio-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 0,7 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* (7,5 procent), men skillnaden i ökningstakten är liten.

²⁸ 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.

²⁹ Beställt från SCB. För regionernas kostnader används ett liknande framtager index för regionernas totala verksamhet.

³⁰ Kostnader för SFB avser dels kommunernas 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.

- Regionernas kostnader för området motsvarande 10,2 miljarder kronor 2024. Kostnaderna har ökat under längre tid och utvecklingen/ökningstakten har varit relativt stabil sedan 2020.

Kommunernas kostnader ökar

År 2024 uppgick kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning till 90,6 miljarder kronor (tabell 5). Samma år utgjorde kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning 29 procent av socialtjänstens totala kostnader. Detta kan jämföras med 51,6 procent för äldreomsorg och 19,3 procent för individ- och familjeomsorg.³¹ Under åren 2020–2024 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 5. Funktionsnedsättningsområdets kostnader i förhållande till övriga kostnader i kommunen och BNP 2020–2024

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

	2020	2021	2022	2023	2024
Kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, miljarder kronor	85,8	87,8	87,9	88,7	90,6
Årlig förändring av kostnader (%)	1,7 %	2,7 %	0,3 %	1,0 %	2,9 %
Andel av socialtjänstens kostnader (%)	28,7	28,9	28,9	29,0	28,9
Andel av kommunernas kostnader (%)	10,9	11,0	11,0	11,2	11,1
Andel av BNP (%)	1,5	1,6	1,5	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 räkenskapssammandrag 2020–2024 och Prisindex 2024, Statistiska centralbyrån.

³¹ Referensårets lägesrapporter.

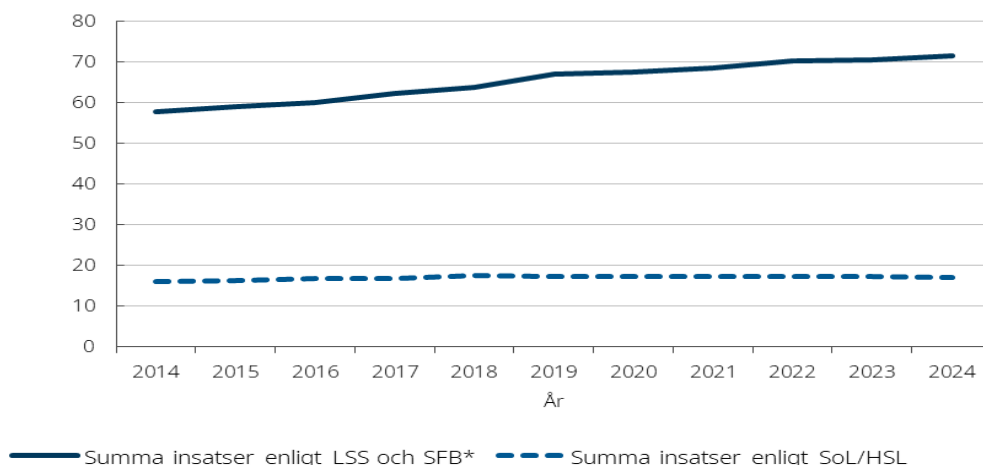
Kommunernas fortsatta kostnadsökning drivs av insatser enligt LSS och SFB

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 14 har kostnaderna för personer som omfattas av SoL legat på en relativt jämn nivå, men en svag ökning över tid kan anas.

Figur 14. Kostnadsutveckling inom funktionsnedsättningsområdet över tid

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning enligt LSS/SFB* och SoL/HSL. Kostnad angiven i miljarder kronor, 2014–2024. Priserna är fastprisberäknade till 2024 års priser.

Miljarder kronor



*Exklusive ersättning från Försäkringskassan. Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2013–2024 och Prisindex 2024, Statistiska centralbyrån.

Tabell 6 ger en mer detaljerad bild av kostnadsutvecklingen, dels mellan 2023 och 2024, dels sedan 2014. Under tidsperioden ökade kostnaderna för LSS/SFB med 24,3 procent. Mellan 2023 och 2024 ökade kostnaderna med 2,9 procent. Under perioden 2014–2024 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 2023 och 2024 ökade kostnaderna i genomsnitt med 0,7 procent per år, vilket har lett till en total kostnadsökning med 6,9 procent. År 2023–2024 minskade kostnaderna med 1,1 procent.

Tabell 6. Kostnadsutveckling inom funktionsnedsättningsområdet över tid i siffror

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning enligt LSS/SFB och SoL/HSL år 2024 och kostnadsutveckling över tid. Priserna är fastprisberäknade till 2024 års priser.

	Kostnad 2024, mdkr.	Procentuell förändring 2023–2024 (1 år sedan)	Procentuell förändring 2014–2024 (10 år sedan)	Genomsnittlig ökningstakt 2014–2024
LSS/SFB	73,5	2,9%	24,3%	2,2
SoL/HSL	17,1	-1,1%	6,9%	0,7
Totalt	90,6	2,1%	20,6%	1,9

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2014–2024 och Prisindex 2024, Statistiska centralbyrån

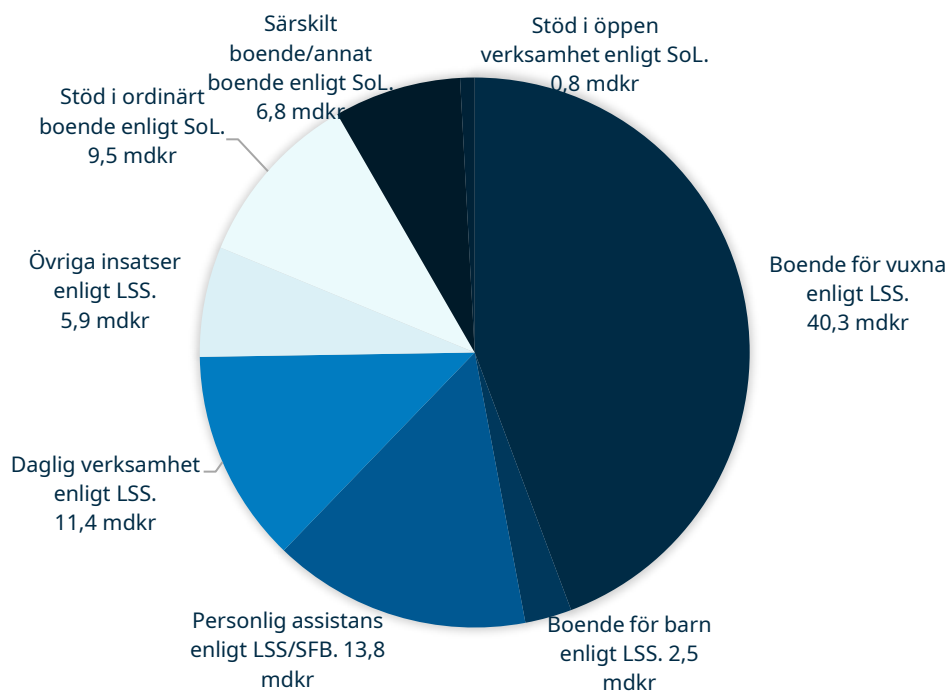
Störst kostnadsökning inom boende enligt LSS

Kostnaderna varierar mellan olika insatser. År 2024 utgjordes den största kostnadsposten av boende för vuxna enligt LSS: 41,5 miljarder kronor (år 2024), figur 15. De två näst största kostnadsposterna utgörs av personlig assistans enligt LSS/SFB och daglig verksamhet enligt LSS. Dessa kostnader uppgick till 13,8 respektive 11,7 miljarder kronor (år 2024). Den fjärde största posten 2024 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 ³². Resterande poster har haft en långsammare ökningstakt.

³² En mer utförlig tabell med kostnaderna och ökningstakt 2020–2024 finns i bilaga 1 tabell 1 och tabell 1 (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 2024 angivet i dataetikett; kostnaden i miljarder kronor 2024 angiven i dataområdet.



Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2024, 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 SFB³³

År 2024 uppgick kommunernas kostnader för personlig assistans inom kommunens verksamhet till 13,4 miljarder kronor (exklusive ersättning från

³³ Se 51 kap. 22 § SFB.

Försäkringskassan). Mellan 2019 och 2023 har dessa kostnader minskat med 5,4 procent, motsvarande 800 miljoner kronor (tabell 7).

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 Försäkringskassan.

Tabell 7. Kommunernas kostnadsutveckling för personlig assistans

Kommunernas kostnader för personlig assistans. Kostnaderna är angivna i miljarder kronor och fastprisberäknade till 2024 års priser.

	2020	2021	2022	2023	2024	Förändring 2020–2024
	Mdkr					
Kostnader för personlig assistans	14,3	14,2	13,7	13,4	13,4	-0,9
- Varav kommunens ersättning till Försäkringskassan för personlig assistent enligt SFB	5,0	5,0	4,7	4,5	4,5	-0,6
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare av statlig assistansersättning	6,1	5,9	5,4	5,0	4,9	-1,2
Kommunernas totala verksamhetsåtagande	20,4	20,1	19,1	18,4	18,3	-2,1

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag och finanser 2020–2024 och Prisindex 2024, Statistiska centralbyrån.

Små skillnader i kostnadsutveckling mellan kommungrupper

Under perioden 2020–2024 ökade den totala kostnaden för insatser enligt LSS/SFB i samtliga tre huvudkommungrupper (tabell 8).³⁴ Kostnaderna ökade mest i Större städer och kommuner nära större stad (7,5 procent), men skillnaderna i ökningstakt är små.

³⁴ Se bilaga 1 för definition av kommungrupp

Sett i relation till invånare per kommungrupp är kostnaderna 2024 cirka 1,7 miljarder 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 redovisning inte kunnat fastställa orsakerna bakom de skillnaderna mellan de olika huvudkommungrupperna.

Tabell 8. Kostnader för insatser enligt LSS/SFB uppdelat per kommungrupp

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning 2020 – 2024. Kostnaderna angivna i miljarder kronor. Kostnaderna är fastprisberäknade till 2024 års priser. Se bilaga 1 för definition av kommungrupp.

	2020	2021	2022	2023	2024	Förändring 2020–2024	
						Mdkr	%
Storstäder och storstadsnära kommuner	22,7	23,4	23,4	23,6	25,0	1,7	7,3
Mindre städer och kommuner nära större stad	29,1	29,9	30,0	30,4	32,1	2,3	7,5
Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner	16,9	17,1	17,3	17,5	18,5	1,1	6,4
Totalt	68,6	70,4	70,6	71,4	75,6	5,1	7,2

Källa: Kommunernas räkenskapssammandrag 2020 – 2024 och Prisindex 2024, Statistiska centralbyrån.

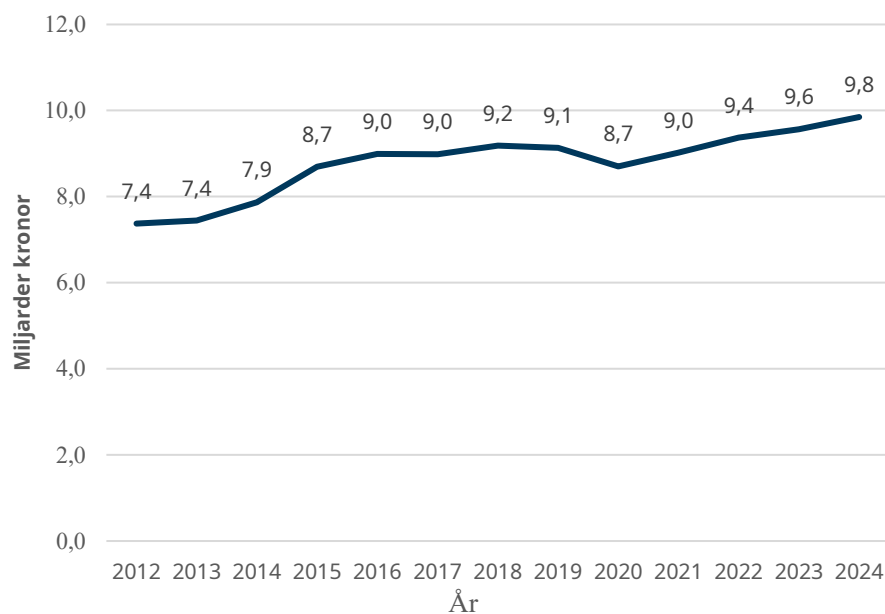
Regionernas kostnader för området ökar

Fram till 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 – 2024 (längsta tidsserie med jämförbara insamlade data) har kostnaderna ökat från 7,4 miljarder kronor 2012 till 9,8 miljarder kronor 2024, 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 2012–2024. Kostnaderna är angivna i miljarder kronor och fastprisberäknade till 2024 års priser.



Källa: Regionernas räkenskapssammandrag 2012 – 2024 och prisindex 2024, Statistiska centralbyrån. Rikstotal i tabellen är exklusive Gotland.

Handläggning och myndighetsutövning

I det här kapitlet fokuserar Socialstyrelsen på myndighetsutövningen inom socialtjänsten och LSS, med fokus på uppsökande verksamhet, verkställighet av beslut och uppföljning av beslutade insatser.

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.
- 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 gruppbostad.
- Många kommuner bygger nya boenden men samtidigt uppgår ett flertal att behoven inte kommer att kunna tillgodoses inom de närmsta åren. Socialstyrelsen befarar därför att antalet ej verkställda beslut för boende enligt LSS kommer fortsätta vara högt under en överskådlig framtid. Detta resonemang förstärks av att ett väsentligt antal kommuner har svårt att planera för framtida behov av särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning.
- Allt färre kommuner följer systematiskt upp behoven hos målgruppen personer med funktionsnedsättning. Omkring var tionde kommun genomför individbaserade systematiska uppföljningar av målgruppens behov. Det är även en låg andel kommuner som genomför individbaserad systematisk uppföljning av stöd och insatsers resultat för de enskilda. År 2025 var andelen 13 procent inom LSS och 14 procent inom SoL.

Den uppsökande verksamheten inom socialpsykiatri minskar

Endast 20 procent av kommunerna bedriver uppsökande verksamhet för målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning³⁵ (figur 17). Motsvarande andel år 202 var cirka 25 procent. Den tidigare konstaterade ökningen mellan 2023 och 2024 tycks med andra ord varit tillfällig.

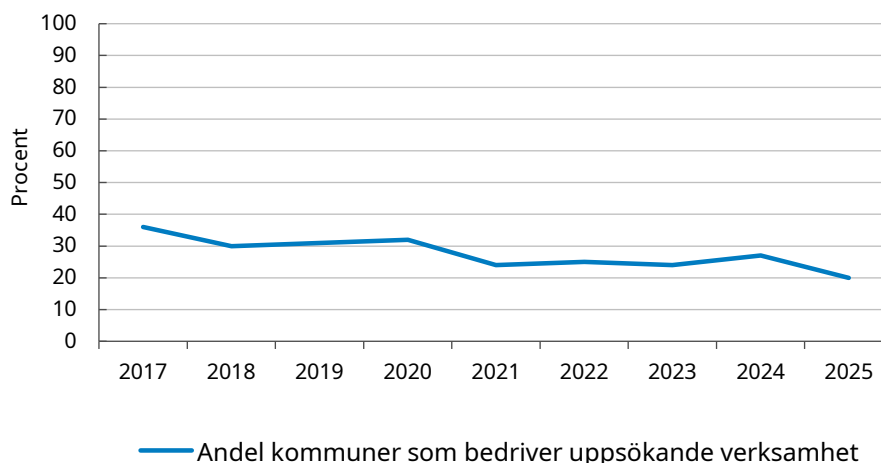
³⁵ Motsvarande uppgifter saknas för personer med insatser enligt LSS.

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 den uppsökande verksamheten ingår att erbjuda personerna stöd.

En jämförelse mellan länen visar dessutom att andelen kommuner som bedriver uppsökande verksamhet skiljer sig åt i landet. Den 1 juli 2025 trädde den nya socialtjänstlagen i kraft (12). En av pelarna i den nya lagen handlar om förebyggande och tidiga insatser. Resultaten i årets lägesrapport visar att det finns tydliga utvecklingsbehov när det gäller just förebyggande och tidiga insatser.

Figur 17. Uppsökande verksamhet inom socialpsykiatri över tid

Andel kommuner som bedriver uppsökande verksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning, andel angiven i procent, 2017–2025.



Källa: Enkät Öppna Jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, Socialstyrelsen 2017–2024 (Socialstyrelsen, 2017–2025).

Upplevd delaktighet vid myndighetsutövning

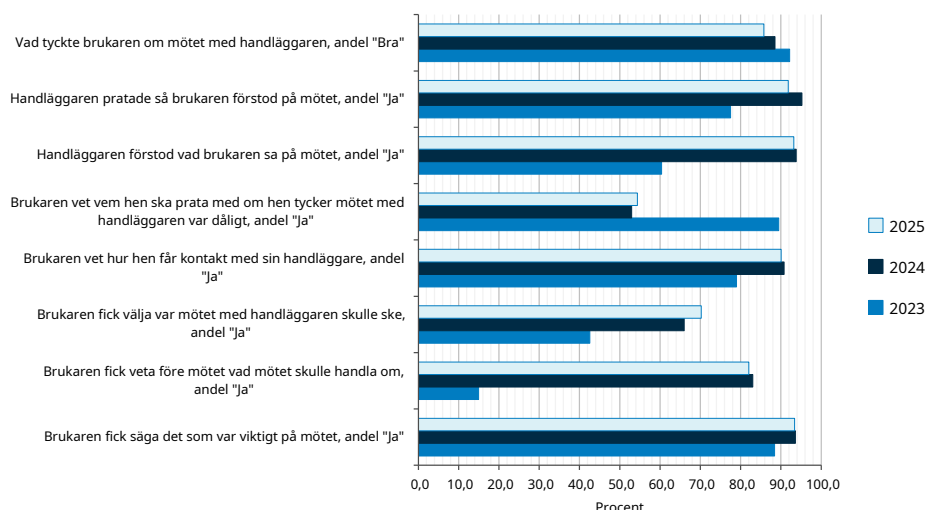
Delaktighet och inflytande är två viktiga aspekter vid handläggning och utredning. I Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) brukarundersökning uppgav omkring 94 procent av brukarna att de fick säga det som var viktigt på mötet med handläggaren (figur 18). Många svarade även ja på frågan om det är lätt att få kontakt med sin handläggare, 90 procent. I de flesta fall pratade handläggaren så brukaren förstod, även här var andelen 90 procent. Väsentligt färre fick välja var mötet med handläggaren skulle ske, cirka 65 procent.

Figur 18 visar på en över lag positiv utveckling över tid. Den positiva utvecklingen är tydligast för frågan om brukaren fått information innan om

vad mötet med handläggaren skulle handla om. År 2023 svarade omkring 10 procent ja på denna fråga, motsvarande andel 2025 var cirka 80 procent. Samtidigt har andelen brukare som vet vem de ska vända sig till om de är missnöjda minskat. År 2025 uppgick andelen till drygt 50 procent.

Figur 18. 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, 2023-2025.



Källa: www.kolada.se

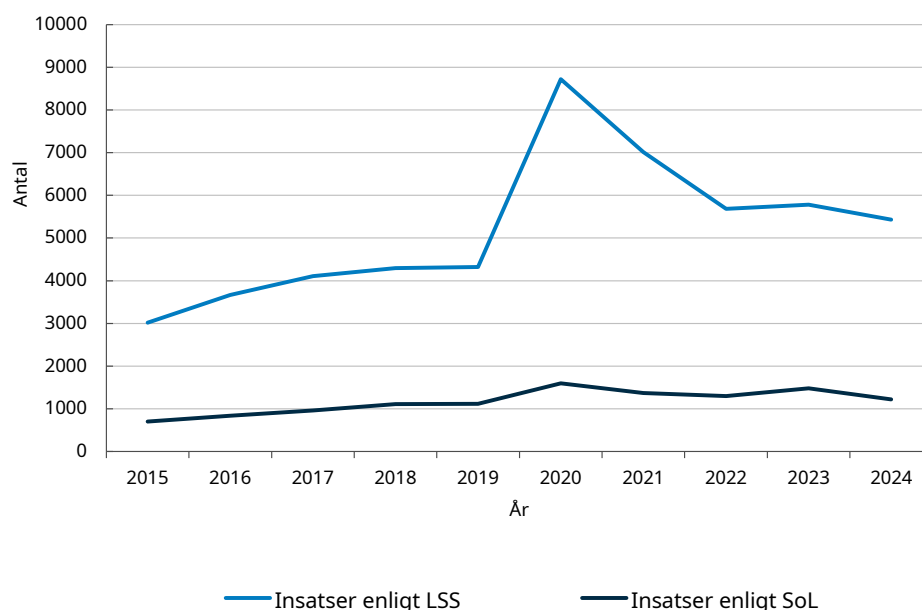
Skillnaderna är små mellan kvinnor och män. Något fler kvinnor uppgav att de fick säga det som var viktigt och att de vet hur de ska få kontakt med handläggaren.

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 (13). Antalet ej verkställda beslut för insatser enligt LSS eller SoL ökade kraftigt under covid-19-pandemin men har sedan dess minskat (figur 19). 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 5 300 beslut enligt LSS och drygt 1 100 beslut enligt SoL.

Figur19. Ej verkställda beslut över tid

Antal ej verkställda beslut om stöd till personer med funktionsnedsättning enligt SoL och LSS, 2015–2025.



Källa: www.ivo.se.

Orsakerna bakom långa verkställighetstider varierar. Det kan till exempel handla om brist på boenden. I Boverkets senaste bostadsmarknadsenkät uppger 127 kommuner att de har underskott på någon form av bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning (14). Vanligast är underskott på gruppboheter. 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. Mellan 2024 och 2025 har antalet sjunkit med 10 kommuner.

Omkring 47 procent av kommunerna med svårigheter att tillgodose behoven bedömer att behovet av särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning kommer att vara täckt om två år. På fem års sikt bedömer drygt 37 procent av kommunerna att de kan uppfylla behovet av denna boendeform. Detta är en ökning med några procentenheter sedan året innan. Flera kommuner uppger svårigheter med planeringen av boendena:

- 29 procent av kommunerna uppger att de inte kan göra bedömningen av framtida behov på två års sikt
- 46 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 byggstartar och inflyttningar. En annan anledning uppges även

vara osäkerhet om skolungdomar med funktionsnedsättning som studerar på annan ort kommer att flytta tillbaka. (14)

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.
- Långsiktig planering för bostadsförsörjningen som inkluderar denna målgrupp.
- Utökning av platser inom befintlig verksamhet.
- Köp av platser från privata aktörer.
- Köp av bostadsrätter för uthyrning.

Vissa kommuner uppger även att de kartlägger brukargruppens behov för att möjliggöra för större rörlighet inom beståndet och samtidigt skapa förutsättningar för brukare med mindre behov att få tillgång till den ordinära bostadsmarknaden. Socialstyrelsens råd för funktionshinderfrågor har i flera år uppmärksammat och problematiserat kring att personer med beslut om boende enligt LSS behöver flytta till eget boende, trots omfattande behov av stöd. Socialstyrelsen har inte analyserat detta, men kan inte utesluta att kommunernas ambition med ökad rörlighet i boenden enligt LSS kan påverka enskilda negativt.

I tidigare års bostadsmarknadsenkät har en del kommuner 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. (15)

Totalt uppger 92 kommuner att de kommer att påbörja sammanlagt 1 500 bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning under åren 2025–2026. Det är drygt 300 bostäder mer än vad kommunerna uppgav i 2024 års enkät. Enligt Boverket brukar kommunernas förväntningar på antalet påbörjade bostäder vara högre än vad som faktiskt påbörjas (15). Socialstyrelsen befarar därför att antalet ej verkställda beslut för boende enligt LSS kommer fortsätta vara högt under en överskådlig framtid. Detta resonemang förstärks av att ett väsentligt antal kommuner har svårt att planera för framtida behov av särskilda boendeformer för personer med funktionsnedsättning.

Systematisk uppföljning minskar

Allt färre kommuner följer systematiskt upp behoven hos målgruppen personer med funktionsnedsättning. Omkring var tionde kommun har

genomfört individbaserad systematisk uppföljning av målgruppens behov (tabell 9). Det är även en låg andel kommuner som genomfört individbaserad systematisk uppföljning av stöd och insatser resultat för de enskilda. År 2025 var andelen 13 procent inom LSS och 14 procent inom SoL.

Det är därför bekymmersamt att andelen kommuner som gör systematisk uppföljning inte bara är låg utan också minskar. Resultatet av insatser för enskilda personer behöver följas upp för att se om målen för en insats nås. Uppföljning är även viktigt för att kommunerna ska kunna förbättra verksamheten, vilket kräver att individdata sammanställs och analyseras på gruppnivå.

Tabell 9. Systematisk uppföljning inom funktionshinderområdet över tid

Andel kommuner som genomför uppföljning av målgruppers behov eller individbaserad uppföljning av insatser till personer med funktionsnedsättning, 2023–2025.

Kolumnrubrik	LSS			SoL		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Genomfört individbaserad systematisk uppföljning av målgruppens behov	20	16	11	17	16	11
Genomfört individbaserad systematisk uppföljning av verksamhetens stöd och/eller insatser till enskilda	25	19	13	23	18	14
Genomfört individbaserad systematisk uppföljning av stöd och insatser resultat för de enskilda	26	16	15	21	17	12

Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser inom socialtjänsten 2023–2025.

En förklaring till att andelen fortfarande är så låg kan vara brist på resurser. IVO har tidigare konstaterat att uppföljning av insatser är den del av ärendeprocessen där resursbrister i organisationen märks snabbast (7). Socialstyrelsen kan inte heller utesluta att pandemin har påverkat kommunerna möjligheter att följa upp beslut inom LSS och socialpsykiatri.

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.

Socialstyrelsens årliga uppföljning visar att tillgången till välfärdsteknik är ojämlik (16). Det handlar dels om stora skillnader i utbud mellan olika kommuner, dels inom en och samma kommun där vissa målgrupper erbjuds

tillgång till teknik, men inte andra. Generellt sett är tillgången till välfärdsteknik betydligt mindre inom verksamheter som ger stöd till personer med funktionsnedsättning än inom äldreomsorgen. (16)

Digitala stöd för träning ökar i ordinärt boende

Den vanligaste typen av välfärdsteknik i ordinärt boende är fortfarande videostöd vid samordnad individuell plan (SIP). Tekniken finns i närmare 80 procent av kommunerna (tabell 10). En annan vanlig teknik är passiva larm, som finns i 65 procent av kommunerna.

Flera välfärdstekniker har ökat med någon eller några procentenheter mellan 2023 och 2025. Det gäller framför allt brandlarm som är kopplat till trygghetslarm samt digitalt stöd för träning. En minskning ses dock när det gäller digitalt stöd för kommunikation mellan enskilda och närstående.

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.

Stöd för digitala inköp är som sagt en av de tekniker som uppvisar en ökning. Andelen kommuner som erbjuder detta har ökat från 32 procent 2023 till 35 procent 2024. Även digitalt stöd för träning eller aktivering visar på en ökning. Mellan 2023 och 2025 ökade den andelen med sju procentenheter, från 34 till 41 procent.

Tabell 10. 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 2023–2025* **

Typ av välfärdsteknik	2023 (n=288)	2024 (n=263)	2025 (n=263)
Nattillsyn med digital teknik	27	31	29
Passivt larm/sensor, till exempel dörrlarm, fallarm och rörelselarm	64	66	65
Brandlarm kopplat till trygghetslarmet	18	22	24
Videostöd vid samordnad individuell planering	77	79	79
Digitalt stöd för träning eller aktivering	34	42	41
Stöd för digitala inköp (online dagligvaror)	32	31	35
Digital teknik för kommunikation** mellan enskilda och närstående	-	39	32

*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 288 (2023) och 263 (2024 och 2025). ***Frågan ställdes inte i 2023 års enkät.

Källa: E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2025 (Socialstyrelsen, 2025)

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. 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 11). Även digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering står för en tydlig ökning, från 34 procent 2023 till 42 procent 2024.

Tabell 11. 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 2023–2025* **

Typ av välfärdsteknik	2023	2024	2025
Natttillsyn med digital teknik	22	23	25
Passivt larm/sensor, till exempel dörrlarm, fallarm och rörelselarm	76	82	81
Digitalt stöd för träning eller aktivering	53	70	74
Stöd för digitala inköp (online dagligvaror)	25	29	32
Digital teknik för kommunikation mellan enskilda och närstående**	-	50	40

*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 i detta kapitel bidrar bland annat till en mer jämlik hälsa. Samtidigt är den redovisade välfärdstekniken inte tillräcklig för att uppnå de nationella målen. Även välfärdsteknik som exempelvis stödjer sociala aktiviteter är viktig.

En majoritet av kommunerna erbjuder stöd för att minska digitalt utanförskap

Tillgången till internetuppkoppling är fortfarande något lägre på kommunalt drivna stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning jämfört med äldreboende (16). År 2025 angav 58 procent av kommunerna att det finns internetuppkoppling i de boendes rum eller lägenheter på samtliga boenden inom funktionshinderområdet. Motsvarande andel inom äldreomsorgen var 66 procent.

Av uppföljningens fritextsvar framgår att flera kommuner har ett pågående arbete med att förbättra internettillgången. Vilken typ av internettillgång som i dagsläget finns att tillgå skiljer sig mellan kommunerna, exempel som nämns är fiber och uppkoppling via kommunens gästnätverk.

Internetuppkoppling är förenat med kostnader för den enskilde.

Socialstyrelsens uppföljning visar på en marginellt negativ utveckling av kostnadsfritt internet på boenden. Totalt 54 procent av kommunerna erbjuder kostnadsfritt internet för personer som bor i kommunalt drivna stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning, jämfört med 57 procent 2024. (16)

En majoritet av kommunerna, 71 procent, erbjuder dessutom 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.(16)

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.

Självbestämmande, delaktighet och kvalitet

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för olika kvalitetsaspekter i de individuella stöden enligt LSS och SoL som riktar sig till personer med funktionsnedsättning. Särskilt fokus ligger på självbestämmande och delaktighet.

Sammanfattande iakttagelser

- Självbestämmandet inom funktionshinderverksamheter varierar. 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 2024.
- Andelen brukare med genomförandeplaner ökar. År 2025 hade cirka 95 procent av brukare inom bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS 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 återfinns inom daglig verksamhet enligt LSS och boendestöd enligt SoL, knappt 90 procent (figur 22). Lägst andel finns bland kvinnor i boende med särskild service enligt SoL och serviceboende enligt LSS, 70 procent.
- Även andelen brukare som uppger att personalen pratar så brukaren förstår varierar mellan områdena. Mellan 65 och 90 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.

Vanligt med större enheter

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2002:9) om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, finns bland annat rekommendationer om antal boende i gruppboende respektive serviceboende. Där anges att i regel endast tre till fem personer bör bo i en gruppboende. Ytterligare någon boende bör kunna accepteras, men endast under förutsättning att samtliga personer som bor i en gruppboenden tillförsäkras goda levnadsvillkor. Antalet boende i en serviceboende bör vara så begränsat att serviceboendet integreras i bostadsområdet och en institutionell boendemiljö undviks.

De senaste åren har såväl IVO som intresseorganisationer uppmärksammat att enheterna inom LSS blir allt större (17). Det gäller framför allt bostad med särskild service för vuxna och daglig verksamhet.

År 2025 var det genomsnittliga antalet personer i boenden för vuxna enligt LSS 6,5 personer³⁶, det visar Socialstyrelsens öppna jämförelser. Det är dock vanligt med ett högre antal personer i dessa boenden: i 59 procent av boenden bodde 6 personer eller fler (tabell 12). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter³⁷ bör det i regel endast bo tre till fem personer³⁸.

Bristen på boenden för personer med funktionsnedsättning är troligen en bidragande orsak till att boenden blir allt större. Av Boverkets årliga bostadsmarknadsenkät framkommer att kommuner utökar platser inom befintliga verksamheter för att minska underskottet på boenden enligt LSS (14).

Ju fler lägenheter som finns i ett gruppboende, desto större är risken för institutionaliseringskänsla. Det kan också bli svårare att uppnå intentionerna i lagstiftningen om självbestämmande och delaktighet. Ett högt antal personer i dessa boenden är därför bekymmersamt.

Tabell 12. Antal personer i boenden LSS

Antal personer per enhet i boende enligt LSS, 2025.

Storlek på boende	Antal enheter	Antal boende	Medelvärde antal person per boende
2-5 personer	1 560	6 885	4,41
6-10 personer	1 850	12 714	6,87
Fler än 10 personer	371	5 093	13,7
Totalt	3 781	24 692	6,53

Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser – enhetsundersökningen (Socialstyrelsen, 2025).

Även inom daglig verksamhet enligt LSS finns det en stor spridning av antalet deltagare (tabell 13)³⁹ år 2025 hade omkring hälften av enheterna hade ett deltagarantal mellan 11 och 50 personer. En mindre andel av de dagliga verksamheterna hade ett deltagarantal som översteg 50 personer

³⁶ Baseras på bakgrundsinformation i Socialstyrelsens öppna jämförelser – enhetsundersökningen om boende och daglig verksamhet enligt LSS, år 2025.

³⁷ SOSFS 2002:9. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS.

³⁸ Ytterligare någon boende bör kunna accepteras men endast under förutsättning att samtliga personer som bor i gruppboenden tillförsäkras goda levnadsvillkor.

³⁹ Baseras på bakgrundsinformation i Socialstyrelsens öppna jämförelser – enhetsundersökningen om boende och daglig verksamhet enligt LSS, år 2025.

(fem procent). I denna grupp var det genomsnittliga deltagarantalet 86,3 personer.

Det finns inga nationella rekommendationer för hur många som bör delta i en daglig verksamhet. Ett högt deltagarantal medför dock risker för stress och oro hos deltagarna. Det kan också medföra svårigheter att anpassa arbetsuppgifter efter enskildas behov och att ge individuellt stöd. Socialstyrelsens öppna jämförelser innehåller inga uppgifter om brukarnas behov eller omfattningen av deras funktionsnedsättningar hos deltagare. Uppgifterna om antal deltagare bör därför tolkas med viss försiktighet.

Tabell 13. Antal personer i boenden och dagliga verksamheter enligt LSS

Antal personer per enhet i daglig verksamhet enligt LSS, 2025.

Storlek på daglig verksamhet	Antal enheter	Antal deltagare	Medelvärde antal deltagare
2-10 personer	954	6 447	6,8
11-50 personer	1 079	22 735	21,1
Fler än 50 personer	111	9 582	86,3
Total	2 152	38 971	18,1

Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser – enhetsundersökningen (Socialstyrelsen, 2025).

En annan utmaning handlar om samlokalisering, det vill säga att flera enheter ligger bredvid varandra. Ett av målen inom LSS är att den enskilde får möjlighet att leva som andra. Därför är det också viktigt att bostaden ligger i en miljö som ger de boende förutsättningar att delta aktivt i samhällslivet. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter bör en gruppbostad enligt LSS

- inte vara belägen i nära anslutning till en annan sådan bostad, eller i anslutning till andra bostäder som inte är ordinära, till exempel korttidshem eller särskilda boendeformer för äldre
- inte vara samlokaliserad med daglig verksamhet.

Socialstyrelsen har ingen statistik över hur vanligt detta är. Dialoger med intresseorganisationer samt myndighetens övriga omvärldsbevakning visar dock att samlokalisering är ett förekommande problem inom LSS. Det kan handla om flera gruppbostäder men även andra verksamheter. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (MYVA) har regeringens uppdrag⁴⁰ att vidare utreda frågan med fokus på:

⁴⁰ [Samlokalisering av gruppbostäder enligt LSS | Vård- och omsorgsanalys](#)

- I vilken utsträckning samlokaliseras gruppboendestäder med andra gruppboendestäder, med daglig verksamhet eller andra typer av boenden (till exempel serviceboendestäder eller särskilda boenden för äldre)?
- Om samlokalisering förekommer, vilka är anledningarna till det?
- Hur planeras och utformas gruppboendestäder?
- Vilka konsekvenser kan samlokalisering få för den enskilde och för möjligheterna att uppfylla syftet med LSS?

Resultaten av MYVA:s uppdrag kommer att ge viktig kunskap i det fortsatta arbetet att stärka kvalitet i verksamheter enligt LSS.

Lägst självbestämmande inom SoL-boende

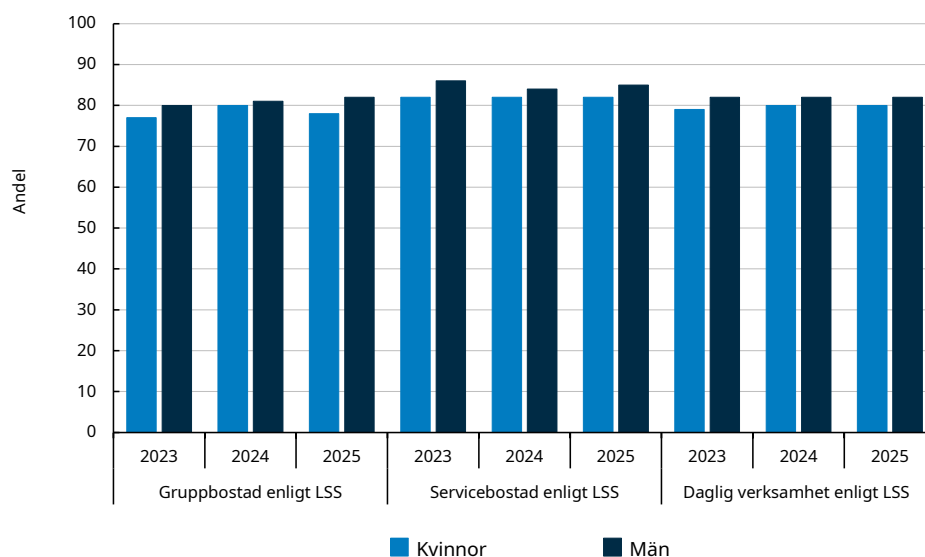
Inflytande kan till exempel handla om att kunna påverka beslut på olika nivåer och är viktigt både för självkänslan och för den personliga integriteten. I SKR:s brukarundersökning från 2025⁴¹ svarade majoriteten av brukarna ”ja” på frågan om de får bestämma över saker som är viktiga för dem, i hemmet och i sysselsättningen (figur 20 och 21). 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 2024.

Det finns vissa könsskillnader inom ovanstående områden. Störst är skillnaden inom boende enligt SoL där 80 procent av männen och 70 procent av kvinnorna uppger att de får bestämma om saker som är viktiga.

⁴¹ 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 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).

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

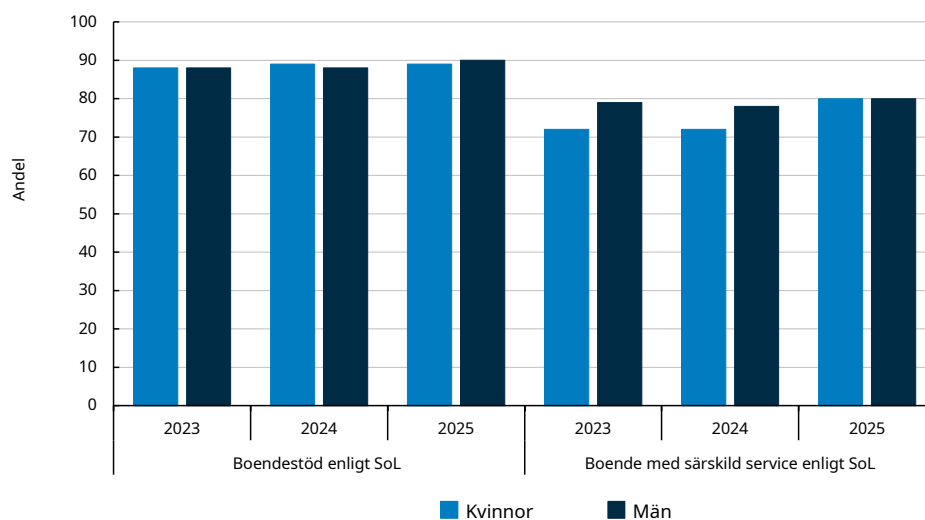
Upplevt självbestämmande bland personer med vissa insatser enligt LSS, uppdelat på insatser och kön, andel angiven i procent, 2023-2025.



Källa: www.kolada.se

Figur 21. Upplevt självbestämmande över tid i vissa insatser inom SoL

Upplevt självbestämmande bland personer med vissa insatser enligt LSS, uppdelat på insatser och kön, andel angiven i procent, 2023-2025.



Källa: www.kolada.se

Antalet genomförandeplaner ökar

I Socialstyrelsens öppna jämförelser finns också frågor som belyser enskildas möjlighet till inflytande och självbestämmande (18). Knappt 95 procent av enheterna inom bostad med särskild service och närmare 70 procent av de dagliga verksamheterna enligt LSS uppger att samtliga personer på enheten har en aktuell genomförandeplan (tabell 14). 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 14. Inom daglig verksamhet enligt LSS har andelen varierat. En 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.⁴²

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 64 procent, se tabell 14.

Tabell 14. 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, 2023, 2024 och 2025.

Indikatorer	Bostad med särskild service för vuxna			Daglig verksamhet		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Andel personer med aktuell genomförandeplan	94	95	95	92	93	94
Andel personer med en aktuell genomförandeplan som innehåller dokumentation om delaktighet	89	90	90	88	90	91

⁴² Se allmänna råd till 14 kap. 3 § 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

Andel personer med en aktuell genomförandeplan som innehåller individuellt utformade mål	90	92	91	90	92	92
Gemensamma möten genomförs minst en gång i månaden	46	47	47	61	62	64

Källa: Enkät Öppna Jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, 2023–2025 (Socialstyrelsen, 2023–2025).

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 delaktighet⁴³ 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.

Slutligen har omkring tre fjärdedelar av enheterna genomfört en undersökning om de boendes uppfattning av verksamheten och använt resultaten för att utveckla verksamheten.

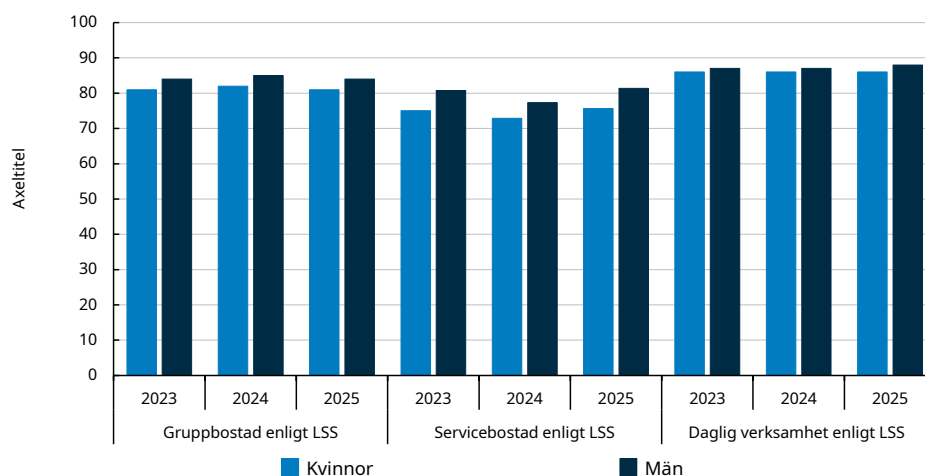
Få förändringar i tillgodosedda hjälpbehov över tid

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 22). Lägst andel finns bland kvinnor i boende med särskild service enligt SoL och serviceboende enligt LSS, 70 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.

⁴³ se 6 § LSS.

Figur 22. Tillgodosedda hjälpbehov i vissa verksamheter enligt LSS

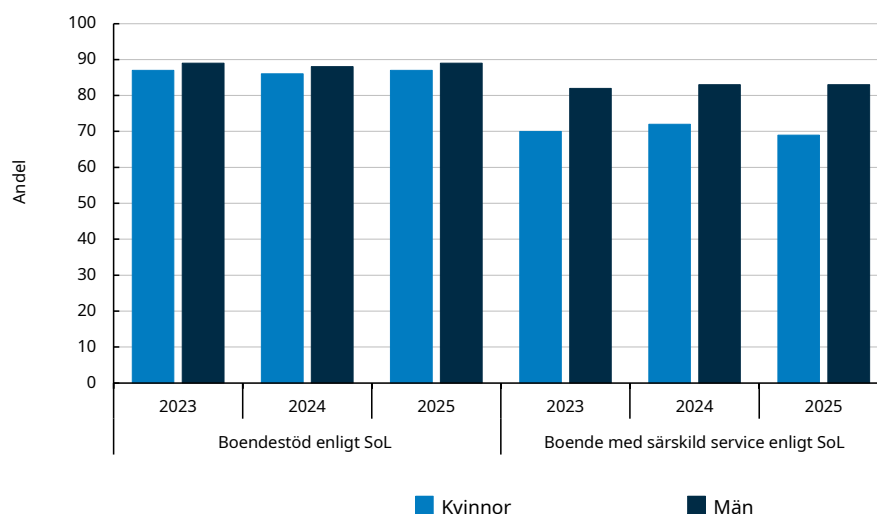
Personer med funktionsnedsättnings upplevelse av tillgodosedda hjälpbehov inom vissa insatser enligt LSS, uppdelat på insatser och kön, andel angiven i procent, 2023-2025.



Källa: www.kolada.se

Figur 23. Tillgodosedda hjälpbehov i vissa verksamheter enligt SoL

Personer med funktionsnedsättnings upplevelse av tillgodosedda hjälpbehov inom vissa insatser enligt SoL, uppdelat på insatser och kön, andel angiven i procent, 2023-2025 2024.



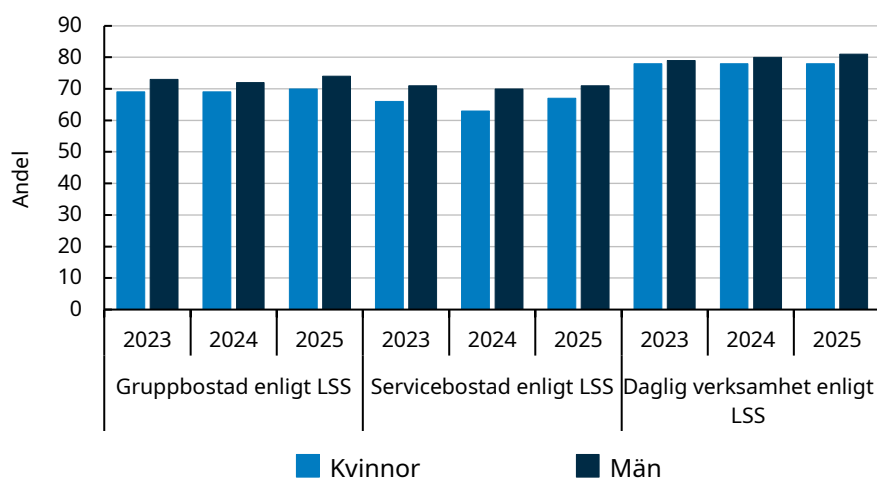
Källa: www.kolada.se

Även andelen brukare som uppger att personalen pratar så brukaren förstår varierar mellan områdena. År 2025 uppgav mellan 70 och 85 procent av brukarna att personalen pratar så att de förstår (figur 24 och 25). Andelen är högst inom boendestöd SoL och lägst inom serviceboendestöd enligt LSS.

Förändringarna mellan 2023 och 2025 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 om svårigheter antingen för brukaren eller för personalen att förstå eller tala svenska.

Figur 24. Personalen pratar så brukaren förstår i vissa verksamheter enligt LSS

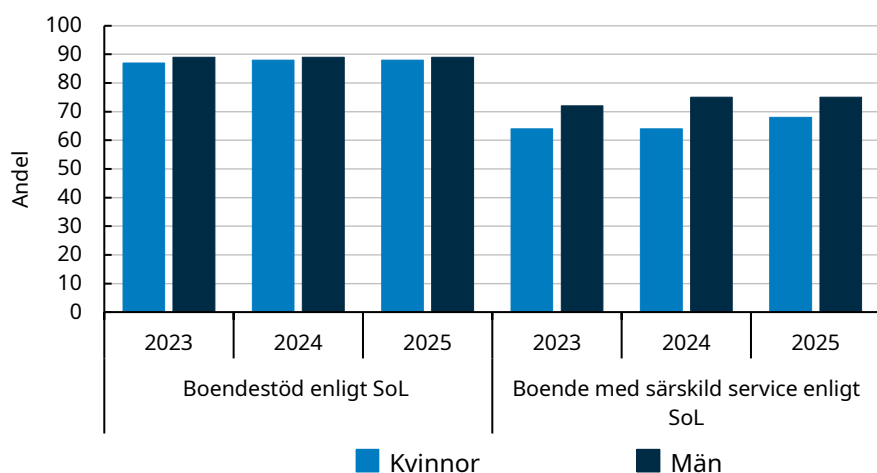
Andel personer med funktionsnedsättning som uppger att personalen pratar så att personen förstår inom vissa insatser enligt LSS, uppdelat på insatser och kön, andel angiven i procent, 2023-2025.



Källa: www.kolada.se

Figur 25. Personalen pratar så brukaren förstår i vissa verksamheter enligt SoL

Andel personer med funktionsnedsättning som uppger att personalen pratar så att personen förstår inom vissa insatser enligt SoL, uppdelat på insatser och kön, andel angiven i procent, 2023-2025.



Källa: Diagramkälla

Trygg och säker socialtjänst

Sammanfattande iakttagelser

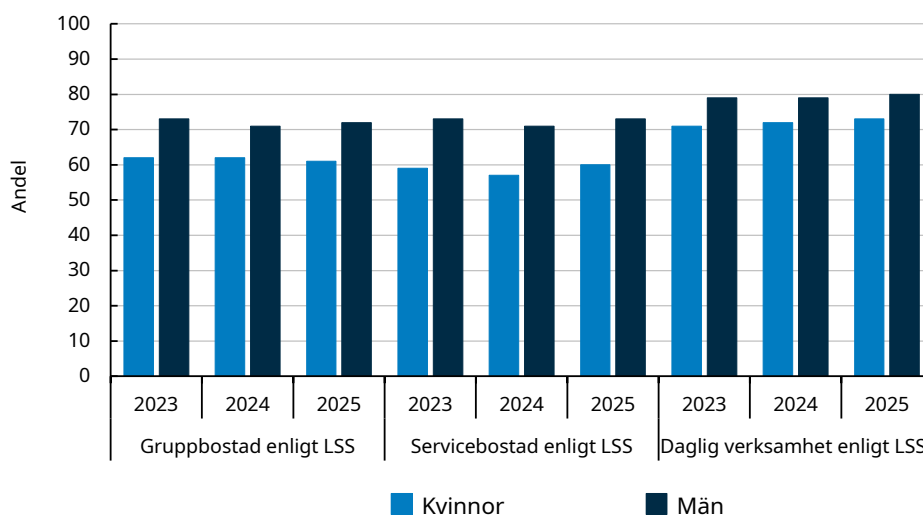
- Andelen brukare som uppger att de aldrig är rädda i sitt boende eller i sin sysselsättning skiljer sig åt mellan olika insatser. Andelen är högst för personer som har sysselsättning enligt SoL och LSS, omkring 80 procent och lägst inom boende enligt SoL, 64 procent.
- Kvinnor upplever i högre grad 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.
- En annan aspekt av trygghet och säkerhet är förekomsten av oseriösa aktörer. Under 2024 återkallade IVO tillstånden för ett mindre antal verksamheter 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. Andelen är högst för personer som har sysselsättning enligt SoL och LSS, omkring 80 procent och lägst inom boende enligt SoL, 64 procent (figur 26 och 27). 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 2024 och 2025. Inom boende enligt SoL har andelen dock ökat med 3 procentenheter under samma period.

Kvinnor skattar genomgående lägre trygghet än män och i flera av insatserna uppgår skillnaden till 10 procentenheter.

Figur 26. Andel brukare som aldrig är rädda i sitt boende eller daglig verksamhet enligt LSS

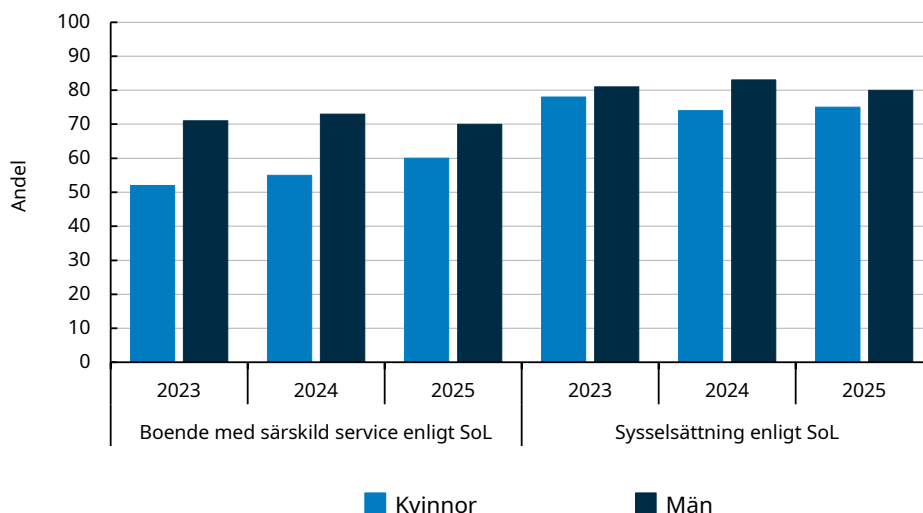
Andel personer med funktionsnedsättning som uppger att de aldrig är rädda i sitt boende eller dagliga verksamhet enligt LSS, uppdelat på insats och köln, andel angiven i procent, 2023-2025.



Källa: www.kolada.se

Figur 27. Andel brukare som aldrig är rädda i sitt boende eller daglig verksamhet enligt SoL

Andel personer med funktionsnedsättning som uppger att de aldrig är rädda i sitt boende eller sysselsättning enligt SoL, uppdelat på insats och köln, andel angiven i procent, 2023-2025.



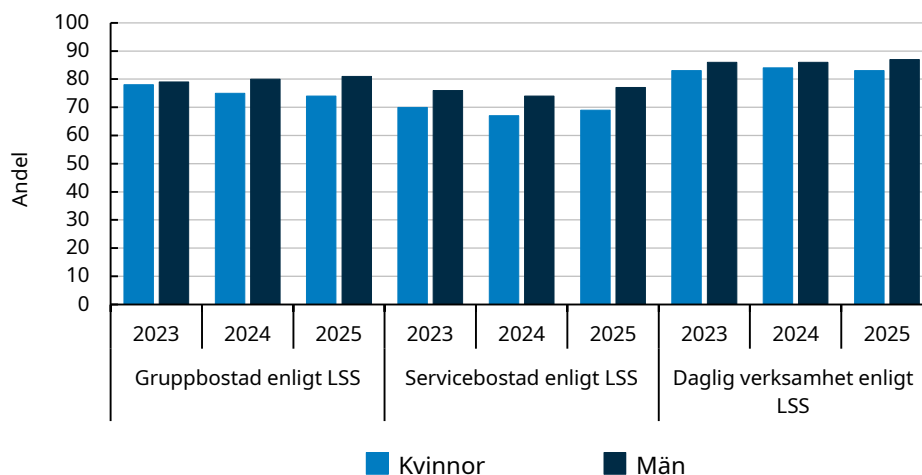
Källa: www.kolada.se

Andel brukare som känner sig trygga med all personal har inte förändrats över de senaste tre åren. Högst är andelen inom daglig verksamhet enligt LSS och boendestöd enligt SoL, omkring 90 procent. Andelen är lägst inom

boende enligt SoL och servicebostad enligt LSS, 70 procent (figur 27 och 28). 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 27. Andel brukare som känner sig trygga med all personal i vissa verksamheter enligt LSS

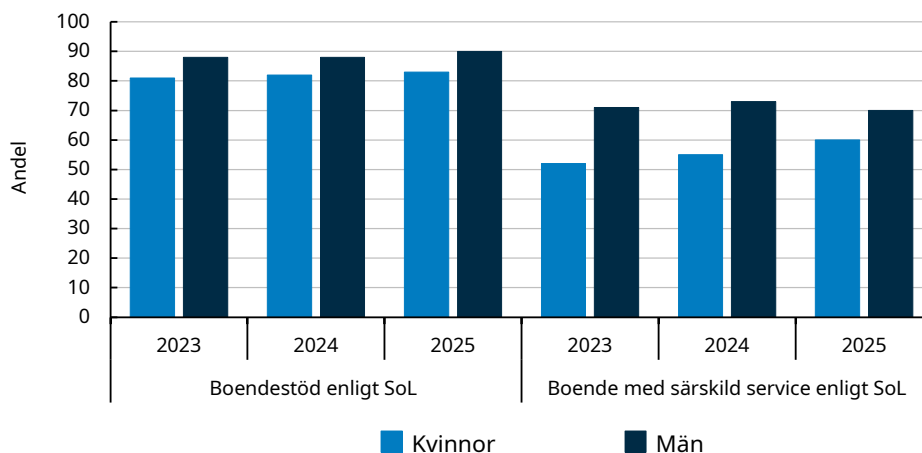
Andel personer med funktionsnedsättning som uppger att de känner sig trygga med all personal i sitt boende eller dagliga verksamhet enligt LSS, uppdelat på verksamheter, andel angiven i procent, 2023-2025.



Källa: www.kolada.se

Figur 28. Andel brukare som känner sig trygga med all personal i vissa verksamheter enligt LSS

Andel personer med funktionsnedsättning som uppger att de känner sig trygga med all personal i sitt boende eller dagliga verksamhet enligt LSS, uppdelat på verksamheter, andel angiven i procent, 2023-2025.



Källa: www.kolada.se

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 procent⁴⁴.
- 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)⁴⁵.
- Fler kvinnor med funktionsnedsättning (43 procent) än kvinnor utan funktionsnedsättning (27 procent) uppger att de har blivit utsatta för sexuellt våld⁴⁶. (19)

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 (19, 20). En bidragande orsak är den beroendeställning som funktionsnedsättningen kan medföra. 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 identifiera våldsutsatthet. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att allt fler boenden för vuxna enligt LSS har rutiner vid indikation på våld eller övergrepp, 67 procent (18). 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

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

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

⁴⁶ Samma mönster ses mellan män med och utan funktionsnedsättning. Skillnaden är dock inte statistiskt säkerställd.

förebygga, att upptäcka och att utreda våld och samtidigt är anpassade för personer med funktionsnedsättning. MFD pekar också på vikten av att befintligt stödmaterial sprids och att det implementeras. (20)

Gängkriminalitet kan vara en annan orsak till otrygghet och rädsla inom verksamheter som vänder sig till personer med funktionsnedsättning. MFD har i en kartläggning påvisat att kriminella söker upp och utnyttjar personer med funktionsnedsättning i exempelvis boenden enligt LSS (21).

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 (22). 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 tillämpbara 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 (21). 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. 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 har i uppdrag av regeringen att kartlägga rekryteringen personer med insatser enligt LSS till gängkriminalitet⁴⁷. Uppdraget återrapporeras under 2026 och kommer bidra med kunskap inom området.

⁴⁷ [Kriminellas utnyttjande av personer med stöd enligt LSS ska kartläggas - Regeringen.se](#)

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 och kriminella aktörer är ett fortsatt omfattande problem (23). 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.

IVO:s tillsyn visar att det förekommer verksamheter som bedrivs olovligt utan nödvändiga tillstånd (23). Under 2025 återkallade myndigheten tillstånden eller beslutat om tillfälligt förbud för ett mindre antal verksamheter inom LSS, antalet 2025 anges i parentes:

- personlig assistans: 12 verksamheter (11)
- boende för barn och unga enligt LSS: 7 verksamheter (5)
- avlösarservice enligt LSS: 2 verksamhet (1)
- ledsagarservice: 2 verksamhet (1).
- boende för vuxna enligt LSS: 0 verksamheter (1)

Utöver IVO:s statistik så saknas det kunskap över hur vanligt detta är inom funktionshinderområdet och Socialstyrelsen kan därför inte uttala sig specifikt om verksamheter enligt LSS. Uppgifterna om återkallade tillstånd kan dock sättas i relation verksamheternas omfattning. Under 2025 fanns det drygt 300 boenden för vuxna enligt LSS i enskild regi⁴⁸, varav tillståndet för 1 verksamhet återkallades av IVO 2024.

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 få det stöd som de har rätt till.

År 2025 hade färre boenden för barn och unga enligt LSS brister, jämfört med året innan. Det framkommer av IVO:s tillsyn (23). Samtidigt visar tillsynen att det fortfarande finns verksamheter som behöver

⁴⁸ Uppgifterna om antalet enheter i enskild regi kommer från Socialstyrelsens öppna jämförelser inom daglig verksamhet och boende för vuxna enligt LSS.

- utveckla och trygga boendemiljön
- målgruppsanpassa verksamheten
- följa rutiner och regler för dokumentation, bemanning och avvikelshantering

IVO konstaterar vidare att de flesta verksamheter utreder uppgifter om hot och våld, drar lärdom av avvikelser och har ett förebyggande arbete. Samtidigt visar IVO:s tillsyn att hot och våld fortfarande förekommer. Orsaker till detta är bland annat att ett fåtal verksamheter inte har tillräcklig bemanning, eller inte följer rutiner för hot och våld i tillräcklig utsträckning, enligt IVO. I tillsynen har det även framkommit uppgifter om hot och våld mot barn och unga från personal. Det har bland annat handlat om barn som blivit slagna eller sparkade samt om andra former av kränkningar.

Enligt IVO förekommer våld, hot och övergrepp i mindre utsträckning på LSS-boenden för barn och unga jämfört med andra verksamhetsformer, såsom HVB för barn och unga. Samtidigt är barn och unga med funktionsnedsättning särskilt utsatta, bland annat eftersom vissa barn kan ha svårigheter att kommunicera. (23)

Kunskap och kompetens

I det här kapitlet belyser Socialstyrelsen olika aspekter av kompetens hos personal som ger stöd till personer med funktionsnedsättning. Några exempel är möjligheter till vidareutbildning i alternativ, kompletterande kommunikation (AKK) samt kompetens i tydliggörande pedagogik. Vi redogör även för baspersonalens utbildningsnivå inom daglig verksamhet och boende enligt LSS. Fokus ligger främst på utförare, men även kompetens hos handläggare tas upp.

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 2024.
- 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. År 2025 hade 61 procent av enheterna inom boende enligt LSS erbjudit personalen kompetensutveckling inom AKK. Inom daglig verksamhet hade 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

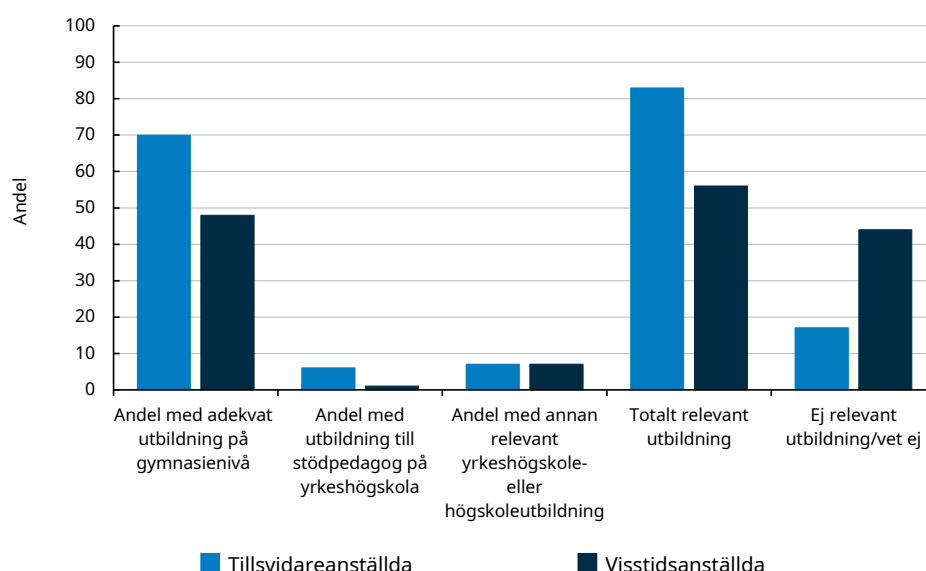
I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2) om kunskaper hos personal som ger stöd, service eller omsorg enligt SoL och LSS till personer med funktionsnedsättning beskrivs de kunskaper som rekommenderas för personal som arbetar i verksamheter för personer med funktionsnedsättning.

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 stödpedagog⁴⁹ (figur 29 och 30). Andelen inom bostad med särskild service har minskat 8 procentenheter sedan föregående mätår, medan andelen inom daglig verksamhet är oförändrad.

Andelen med adekvat utbildning är lägre bland visstidsanställda: 44 procent inom boende för vuxna enligt LSS och 54 procent inom daglig verksamhet. Inom denna grupp har det skett en väsentlig ökning, motsvarande andel året innan var 44 respektive 54 procent.

Figur 29. Personalens utbildningsnivå inom bostad med särskild service enligt LSS

Utbildningsnivå* för tillsvidare- och visstidsanställd personal i bostad med särskild service enligt LSS (exklusive timanställda), för personal med flera utbildningar ska enheterna ha angett den högsta utbildningen, 2025.

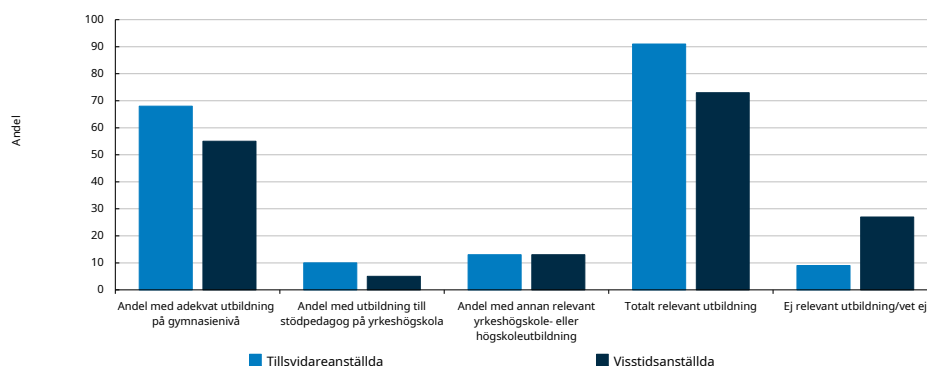


Not: Med annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som är relevant för verksamheten avses personal som har annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som verksamheten bedömt vara relevant utifrån behovet av kompetens i verksamheten. Med övrig utbildning/saknar utbildning avses 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 2025 (Socialstyrelsen, 2025).

⁴⁹ Med **adekvat utbildning på gymnasienivå** avses här de utbildningar som anges 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.

Figur 30. Personalens utbildningsnivå inom daglig verksamhet

Utbildningsnivå* för tillsvidare- och visstidsanställd personal i daglig verksamhet enligt LSS (exklusive timanställda), för personal med flera utbildningar ska enheterna ha angett den högsta utbildningen, 2025.



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 2025 (Socialstyrelsen, 2025).

Omkring 6 procent av personalen inom boende för vuxna och 10 procent inom daglig verksamhet enligt LSS är utbildade stödpedagoger (figur 30). Även här har det skett en ökning med någon procentenhet sedan föregående mätår. En stödpedagog⁵⁰ 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.

Det finns även skillnader på enhetsnivå. I drygt hälften av enheterna inom daglig verksamhet har samtliga tillsvidareanställda någon form adekvat utbildning. I 1,2 procent av verksamheterna har ingen tillsvidareanställd adekvat utbildning.

Variationerna inom boende för vuxna enligt LSS är mindre, men de finns. I 12 procent av enheterna har samtliga tillsvidareanställda någon form av adekvat utbildning. I 1 procent av boendena har max 25 procent av de tillsvidareanställda en adekvat utbildning. Även om andelen är väldigt låg så handlar det om 42 enheter och påverkar därmed ett väsentligt antal brukare.

⁵⁰ 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.

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, 67 procent och 41 procent erbjuds handledning (tabell 15 och 16). Inom daglig verksamhet har 77 procent av personalen en kompetensutvecklingsplan och 35 procent erbjuds handledning.

Det är något vanligare att personalen inom daglig verksamhet har erbjudits utbildning i alternativ kompletterande kommunikation (AKK), 67 procent, jämfört med bostad med särskild service, 61 procent. I jämförelse mellan verksamheter i privat och kommunal regi så finns stora skillnader:

Tabell 15. 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, 2023, 2024, 2025.

Indikatorer	2023	2024	2025
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
Andel personal med kompetens i tydliggörande pedagogik	-	-	72

Källa: Enkät Enhetsundersökning LSS 2018, 2023, 2024, 2025 (Socialstyrelsen 2023, 2024, 2025).

Majoriteten av personalen har kompetens i tydliggörande pedagogik (tabell 15 och 16). Andelen är högre inom daglig verksamhet än bostad med särskild service, 86 procent respektive 72 procent. Tydliggörande pedagogik är ett förhållningssätt och en metod för att göra vardagen mer begriplig och hanterbar för bland annat personer med intellektuell eller kognitiv funktionsnedsättning. I metoden ingår bland annat visuellt stöd och visuella scheman.

Tabell 16. 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, 2023, 2024 och 2025.

Indikatorer	2023	2024	2025
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
Andel personal med kompetens i tydliggörande pedagogik	-	-	86

Källa: Enkät Enhetsundersökning LSS 2023, 2024, 2025 (Socialstyrelsen 2023, 2024 och 2025).

Flera nationella satsningar ökar förutsättningarna

På nationell nivå pågår flera initiativ för att öka förutsättningarna för personalens kompetensutveckling. *Yrkesresan Funktionshinder* lanserades 2024 och har två spår – ett för utförare och ett för myndighetsutövning (24). *Yrkesresan Funktionshinder* för utförare vänder sig till medarbetare inom socialtjänstens utförarverksamheter som ger stöd, service eller omsorg inom funktionshinderområdet, samt deras chefer. Spåret består av introduktion och kompetensutveckling i tre steg:

- *Bas* innehåller inledande kurser för alla.
- *Fördjupning* innehåller valbara kurser utifrån verksamhetens och medarbetarens behov av fördjupade kunskaper.
- *Spets* innehåller valbara kurser utifrån verksamhetens behov av spetskunskap.

Statistik från december 2025 visar att 77 procent av kommunerna har startat *Yrkesresan Funktionshinder*, vilket motsvarar 223 kommuner (25). Den högsta andelen återfinns i följande län: Skåne och Södermanland/Örebro.

Statistiken visar även att drygt 35 700 användarkonton har registrerats, varav cirka 21 000 är medarbetare. Omkring 70 procent av samtliga användare har genomfört minst en kurs.

Yrkesresan bidrar till att systematiskt förbättra kompetens hos personal och chefer inom funktionshinderområdet. Vissa utmaningar finns, bland annat har SKR flera gånger uppgett att många kommuner saknar resurser för att låta sina medarbetare genomgå *Yrkesresan Funktionshinder*. Regeringen har dock beslutat att utvidga Äldreomsorgslyftet till att även omfatta viss verksamhet inom funktionshinderområdet. En annan utmaning handlar om privata utförare. I nuläget har de inte möjlighet att delta i *Yrkesresan Funktionshinder*, vilket riskerar att skapa ojämlika förutsättningar för personalens kompetensutveckling.

I början av 2026 inrättades ett nationellt kompetenscentrum för frågor om intellektuell funktionsnedsättning och autism på Socialstyrelsen⁵¹. Fokus för centrets verksamhet kommer företrädesvis att vara personal i heldygnsinsatser enligt LSS. Kompetenscentrets verksamhet kommer att komplettera Yrkesresans verksamhet.

⁵¹ [Kompetenscentrum om intellektuell funktionsnedsättning och autism inrättas - Regeringen.se](https://www.regeringen.se/press/nyheter/2025/04/kompetenscentrum-om-intellektuell-funktionsnedsattning-och-autism-inrattas/)

Hälsa och vård 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

Socialstyrelsens analyser visar på ojämlikhet inom flera sjukdomsområden:

- Personer med funktionsnedsättning använder i lägre utsträckning blodfettsänkande läkemedel vid diabetes jämfört med övriga diabetespatienter. Skillnaden är störst bland kvinnliga diabetespatienter med autism, intellektuell funktionsnedsättning och koncentrationssvårigheter. Bland dessa är det omkring hälften så vanligt med blodfettssänkande läkemedel.
- Dödligheten vid bröstcancer är högre bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övriga bröstcancerpatienter. Det handlar framför allt om kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning (närmare 2 gånger så hög risk) eller autism (mer än dubbelt så hög risk). Den högre dödligheten återfinns även bland kvinnor med andra funktionsnedsättningar såsom syn- eller hörselnedsättning, tal- och språkstörning och rörelsenedsättning.
- Personer med funktionsnedsättning uppvisar en överdödlighet både vid hjärtinfarkt och vid obesitas jämfört med övriga befolkningen. Överdödligheten vid akut hjärtinfarkt ligger på omkring 20 procent för samtliga grupper med funktionsnedsättning. Överdödligheten vid obesitas är i sin tur allra högst bland personer med funktionsnedsättning, tal- och språkstörning samt rörelsenedsättning (4–5 gånger så hög). Allra högst är den bland män med tal- och språkstörning.
- Det är fortsatt vanligt med riskfylld läkemedelsanvändning inom LSS. I åldersgruppen 40 år eller äldre hade 16 procent tio eller fler läkemedel, så kallad polyfarmaci⁵². Läkemedelsförskrivningen medför även risk för allvarliga läkemedelsinteraktioner i gruppen, så kallade D-interaktioner. D-interaktioner är vanligast i åldersgruppen 65 år eller äldre, 2,9 procent.
- Under de senaste åren har ett allt större fokus legat på att stärka tillgången till vård för personer med funktionsnedsättning som har insatser från socialtjänsten och LSS. Årets analyser visar att arbetet behöver breddas

⁵² Polyfarmaci: Användning av många läkemedel samtidigt. Definieras ofta som samtidig användning av fem eller fler läkemedel. Ibland även benämnt *multimedcinering*.

och omfatta fler grupper som har funktionsnedsättning. Det handlar både om hälsofrämjande insatser såväl som sjukvård. Vidare är även ett starkt samspel mellan hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten viktigt.

- För att vården ska bli mer jämlik för personer med funktionsnedsättning behövs åtgärder dock fokusera på mer än bara individerna. Några exempel är fortbildning av läkare samt ökade förutsättningar för personer med funktionsnedsättning att använda digitala tjänster.

WHO lyfter hälsa och 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 (26). Enligt FN skattar en högre andel personer med funktionsnedsättning sin hälsa som dålig, jämfört med övrig befolkning: 42 procent respektive 6 procent.⁵³

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.

Under 2025 tog WHO initiativet till det globala nätverket Jämlik hälsa för personer med funktionsnedsättning⁵⁴, där även Sverige ingår. Nätverket kommer att arbeta inom fyra strategiska områden

- Stärka ledarskapet för jämlik hälsa bland funktionshinderorganisationer.
- Verka för att jämlik hälsa för personer med funktionsnedsättning blir en prioritet inom hälsopolitiken.
- Verka för ett ökat funktionshinderperspektiv i hälso- och sjukvårdssektorn.

⁵³ Uppgifterna baserar sig på 43 länder.

⁵⁴ *WHO Disability Health Equity*.

- Utveckla och ta fram globala indikatorer och mål, evidens samt system för kontinuerlig övervakning av framsteg.

Verksamheternas förutsättningar att ge stöd är otillräckligt

Fysisk aktivitet är en av de viktigaste påverkbara faktorerna för en god hälsa. Det är därför viktigt att även personer med funktionsnedsättning som har behov av stöd, även kan få stöd vid fysisk aktivitet.

Analyser som Socialstyrelsen har genomfört visar dock att långt ifrån alla enheter inom boende och daglig verksamhet enligt LSS erbjuder detta (27). Socialstyrelsen konstaterar även att

- bland de verksamheter som erbjuder fysisk aktivitet skiljer det sig också åt hur regelbundet den erbjuds.
- deltagandet i de fysiska aktiviteterna som erbjuds är lågt. Exempelvis har långt ifrån alla brukare inom LSS-boende individuella fysiska aktiviteter minst en gång per vecka.
- Samverkan mellan LSS-verksamheter och andra aktörer som exempelvis kommunala träningsanläggningar och föreningar kan bidra till ett mer varierat utbud av fysisk aktivitet. Trots detta samarbetar en stor del av verksamheterna inte med andra aktörer.
- Ansvaret för fysisk aktivitet bland brukare förskjuts många gånger till anhöriga.

Socialstyrelsen bedömer att det framgår av lagstiftning att verksamheterna ska stötta brukarna till fysisk aktivitet. Myndigheten kan dock konstatera att det inte är tydligt uttryckt i författning i vilken mån stöd till fysisk aktivitet är ett krav. I nationella kunskapsstöd lyfts sällan hur LSS-verksamheter kan arbeta med fysisk aktivitet. Den lokala styrningen av fysisk aktivitet är med andra ord en viktig förutsättning för att brukare ska kunna erbjudas ett regelbundet stöd vid fysisk aktivitet. (27)

Socialstyrelsen har därför undersökt i vilken utsträckning verksamheternas arbete med fysisk aktivitet styrs genom lokala styrinstrument. Resultatet visar dock att en stor andel av verksamheterna saknar

- styrdokument om fysisk aktivitet.
- genomförandeplaner där dokumentation om fysisk aktivitet ingår.
- särskilt utsedda personer som ansvarar för fysisk aktivitet.
- särskild metodik för att arbeta med fysisk aktivitet.

Resultaten av Socialstyrelsens analyser visar också att följande faktorer bidrar till en hög frekvens av *fysisk aktivitet i grupp* inom LSS-boenden:

1. individanpassning av de fysiska aktiviteter som utförs i grupp
2. att personal har tid avsatt att stötta och motivera brukarna att utöva fysisk aktivitet

Inom daglig verksamhet handlade förutsättningarna i stället om att

1. verksamheten ser till att de fysiska aktiviteterna är lustfyllda (roliga och utmanande).
2. att personal har tid avsatt för att stötta och motivera brukarna att utöva fysisk aktivitet.

Faktorer som bidrar till en hög frekvens av *individuella fysiska aktiviteter* inom både LSS-boende och daglig verksamhet är i sin tur att

1. personalens möjlighet att kunna följa med brukarna på fysiska aktiviteter utanför den egna verksamheten.
2. att personalen avsätter tid för att motivera och stötta brukarna

Resultaten av Socialstyrelsens analyser visar vidare att verksamheterna ofta har strama ekonomiska förutsättningar, exempelvis snäva budgetramar och brist på tid och personal. Detsamma gäller brukarnas privatekonomi. Att förbättra förutsättningarna för fysisk aktivitet är därför en fråga som är nära sammanvävd med att förbättra de ekonomiska förutsättningarna för både brukarna och verksamheterna.

Vidare så krävs det tillgång till anpassade aktiviteter och möjligheter att ta sig till dessa. Personalens medverkan och deras kompetens i att stötta brukarna är ytterligare förutsättningar som behöver finnas på plats, men där det ofta kan finnas utmaningar. Resultaten kommer att bli viktiga för det fortsatta arbetet mot jämlik hälsa, på såväl nationell som lokal nivå. (27)

Sämre tillgång till vård

I årets lägesrapport har Socialstyrelsen valt att fördjupa analyserna av jämlik vård för personer med funktionsnedsättning. I tidigare lägesrapporter har Socialstyrelsen analyserat tillgången för en mindre grupp personer med funktionsnedsättning: de som har insatser enligt LSS eller SoL. I år har Socialstyrelsen vidgat undersökningsgruppen till att omfatta personer med funktionsnedsättning oavsett om de har individuella stöd eller inte. Urvalet har gjorts via myndighetens hälsodataregister.

I bilaga 2 redogörs för metoden och i bilaga 3 redogörs för vilka ICD-koder som använts för de olika grupperna. Ett av de register som har använts är patientregistret. I registret registreras endast vårdbesök och det är med andra ord inte ett befolkningsregister. Det innebär risk för en viss undertäckning, det vill säga att alla personer med funktionsnedsättning troligen inte ingår i grupperna. Vissa av de ICD-koder som har använts behöver inte alltid

innebära en varaktig funktionsnedsättning. Resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet.

Ovanligare med blodfettssänkande läkemedel vid diabetes

Omkring 5 procent av befolkningen har diabetes. Förekomsten är ännu vanligare bland personer med vissa funktionsnedsättningar. Till exempel är diabetes uppemot 2,4 gånger vanligare bland personer med intellektuell funktionsnedsättning (28).

Diabetes innebär en påtagligt ökad risk för ökade lipidnivåer⁵⁵, vilket på sikt ökar risken för hjärt-kärlsjukdom. Det är därför av stor vikt att tidigt behandla ökade värden av lipider med blodfettssänkande medicin, oftast med statiner⁵⁶. Detta är särskilt viktigt om även andra riskfaktorer föreligger, så som högt blodtryck och rökning. Behandlingen utgör således sekundärprevention för att förhindra hjärt-kärlsjukdom särskilt vid diabetes typ 2.

Socialstyrelsens analyser i årets lägesrapport visar dock att personer med vissa funktionsnedsättningar erhåller sekundärpreventiv behandling med blodfettssänkande läkemedel vid diabetes i lägre utsträckning än personer med diabetes i övriga befolkningen (figur 31).

Det handlar framför allt om kvinnliga diabetespatienter med autism, intellektuell funktionsnedsättning och koncentrationssvårigheter. Bland dessa är det omkring 20 procent som får blodfettssänkande läkemedel. Skillnaderna varierar mer bland männen och vissa av grupperna förskrivs läkemedlet oftare än i den övriga befolkningen. Det gäller grupperna tal- och språkstörning, synnedsättning, rörelsenedsättning samt hörselnedsättning.

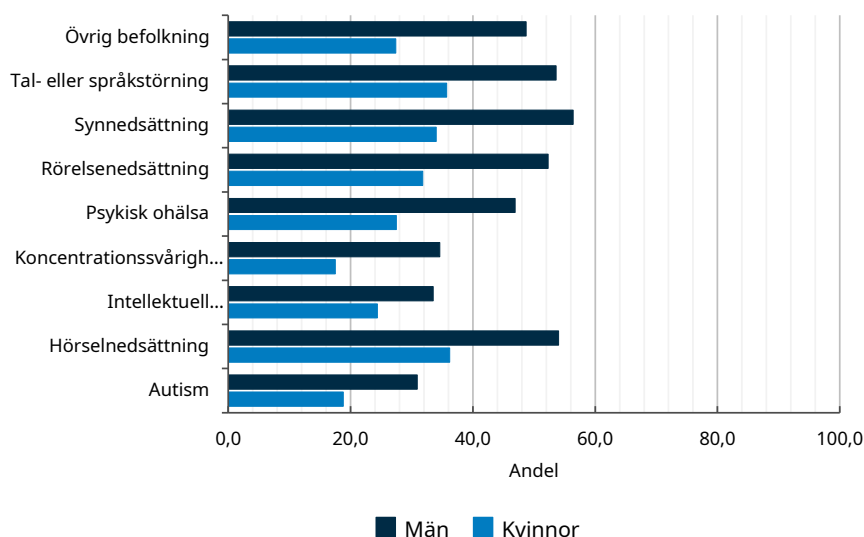
Även om resultaten till viss del är spretiga så är de ändå i linje med Socialstyrelsens analyser i föregående års lägesrapport, där resultaten visade att diabetespatienter med insatser enligt LSS och SoL förskrivs blodfettssänkande läkemedel mer sällan.

⁵⁵ Lipider är organiska molekyler av bland annat fett och kolesterol.

⁵⁶ Statiner är ett samlingsnamn för kolesterolsänkande läkemedel.

Figur 31. Skillnader i förskrivning av blodfettssänkande medicin bland diabetespatienter med eller utan funktionsnedsättning

Andel diabetespatienter som får blodfettssänkande medicin (19 år-64 år) inom ett år från diagnos (2015-2023) med funktionsnedsättning i jämförelse med samtliga diabetespatienter i samma åldersgrupp, uppdelat på funktionsnedsättning.



Källa: Socialstyrelsens patientregister, medicinska födelseregister och läkemedelsregister.

Den som har högst risk att insjukna i hjärt-kärlsjukdom har också störst nytta av behandling med statiner. Därför är statinbehandling mycket angelägen hos personer med diabetes med hög till mycket hög risk att insjukna i hjärt-kärlsjukdom. Förekomsten av diabetes är dessutom relativt hög bland personer med intellektuell funktionsnedsättning. Socialstyrelsen bedömer därför att skillnaderna i förskrivning av blodfettssänkande läkemedel är bekymmersamma. Analyserna förklarar inte orsakerna bakom skillnaderna.

Högre dödlighet vid bröstcancer

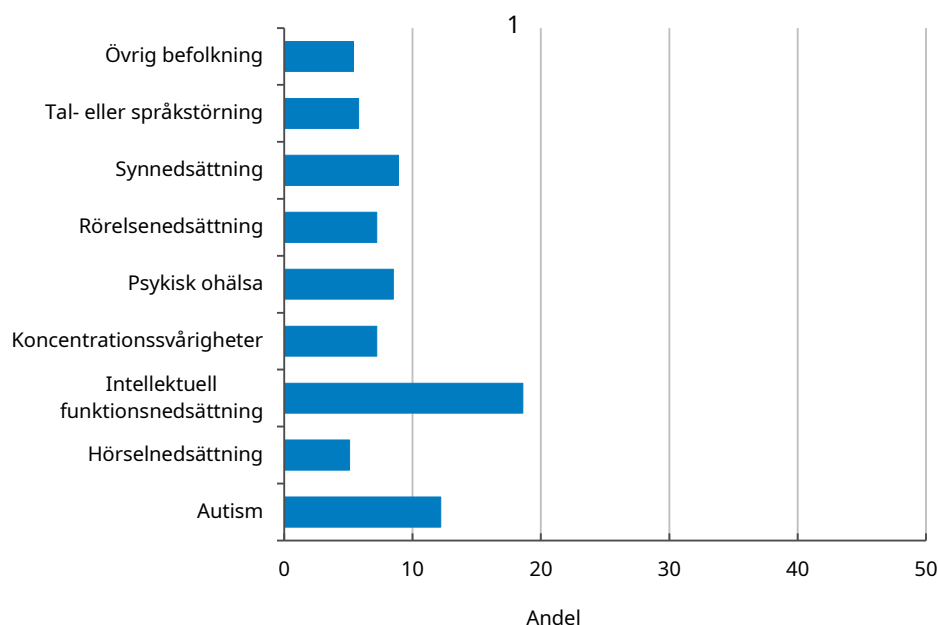
Socialstyrelsens analys visar att kvinnor med vissa funktionsnedsättningar som insjuknar i bröstcancer avlider i högre utsträckning än andra bröstcancerpatienter (figur 32). Det handlar framför allt om kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning (2 gånger högre risk) eller autism (2,5 gånger högre risk). Resultaten ligger i linje med tidigare års analyser, där Socialstyrelsen har visat att kvinnor med insatser enligt LSS löper upp till 6 gånger högre risk att avlida vid bröstcancer (29). Bland dessa är kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning eller autism i majoritet. Undersökningsgruppen som ingår i årets analys är fler än de som har

insatser enligt LSS. Det är därför troligt att funktionsnedsättningarna i årets analyser många gånger inte är lika omfattande.

Den högre dödligheten återfinns även bland kvinnor med andra funktionsnedsättningar: synnedsättning, rörelsenedsättning, psykisk och koncentrationssvårigheter. Här är dock skillnaderna mindre.

Figur 32. Dödlighet i bröstcancer bland kvinnor med funktionsnedsättning jämfört med samtliga bröstcancerpatienter

Orsaksspecifik dödlighet inom fem år från diagnos för kvinnor med funktionsnedsättning (19-64 år) som behandlats för bröstcancer 2010-2018 jämfört med samtliga bröstcancerpatienter i samma åldersgrupp, uppdelat på ålder och funktionsnedsättning, andel angiven i procent.



Källa: Socialstyrelsens patientregister, medicinska födelseregister, dödsorsaksregister samt cancerregister.

Att kvinnor med vissa funktionsnedsättningar i högre grad dör vid bröstcancer skulle kunna bero på att de får vård senare på grund av att cancer upptäcks i ett senare skede. Därför har Socialstyrelsen även analyserat hur långt cancer fortskridit vid tidpunkten för diagnos.

Kvinnor med vissa funktionsnedsättningar får oftare sin diagnos i ett senare skede än andra bröstcancerpatienter (tabell 17). Skillnaderna är framför allt tydliga i stadium 4⁵⁷. Tio procent av bröstcancerpatienterna med intellektuell funktionsnedsättning insatser enligt LSS fick sin diagnos i detta stadiet.

⁵⁷ Stadium ett vid bröstcancerdiagnos innebär att cancer är liten och inte finns i lymfkörtlar i armhålan. Stadium fyra innebär i sin tur att cancer spridits och bildat metastaser i kroppen.

Motsvarande andel bland kvinnor med synnedsättning var 6,7 procent.
Motsvarande andel i den övriga befolkningen var 3 procent.

Tabell 17. Diagnosstadie vid bröstcancerdiagnos hos kvinnor med funktionsnedsättning jämfört med övriga bröstcancerpatienter

Andel kvinnor som vid diagnos har bröstcancer-stadie 3 och 4, uppdelat på bröstcancerpatienter med funktionsnedsättning (insatser enligt LSS och SoL) och övriga bröstcancerpatienter, uppdelat på ålder, andel angiven i procent,

Ålder	Stadium 3	Stadium 4
Autism	2,44	2,44
Hörselnedsättning	3,20	2,30
Intellektuell funktionsnedsättning	3,39	10,17
Koncentrationssvårigheter	3,60	2,7
Psykisk ohälsa	4,03	3,9
Rörelsenedsättning	4,14	3,55
Synnedsättning	0	6,67
Tal- eller språkstörning	2,58	3,43
Övrig befolkning	3,63	3,19

Källa: Socialstyrelsens register över insatser enligt SoL, Socialstyrelsens register över insatser enligt LSS, Cancerregistret samt SCB:s befolkningsregister.

Socialstyrelsen har tidigare analyserat dödlighet vid bröstcancer bland kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning, som en delgrupp av personer med insatser enligt LSS (29). Redan då konstaterade myndigheten att vården vid bröstcancer behöver bli mer jämlik för den här gruppen.

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen bland kvinnor. För att upptäcka bröstcancer i ett tidigt skede används screening. Metoden minskar signifikant dödligheten i sjukdomen. Kvinnor blir från det år då de fyller 40 med regelbundna intervall inbjudna till screening med mammografi. Screening kan därför ha stor betydelse för i vilket tumörstadium bröstcancer upptäcks.

Socialstyrelsen bedömer därför att det är angeläget att stötta kvinnor med funktionsnedsättning, exempelvis intellektuell funktionsnedsättning och synnedsättning, att göra mammografi.

Ett väsentligt antal personer med intellektuell funktionsnedsättning bor i särskilda boendeformer enligt LSS. I dessa verksamheter finns personal som skulle kunna utgöra ett stöd när det gäller mammografiundersökningar. Socialstyrelsen bedömer dock att det är viktigt att stöd även ges till personer med intellektuell funktionsnedsättning som har andra insatser än LSS eller

inga alls. I dialoger med patient- och brukarorganisationer⁵⁸ har det till exempel framkommit att personer exempelvis med intellektuell funktionsnedsättning har behov av anpassad information om såväl mammografi som behandling vid bröstcancer, exempelvis i lättläst-format.

Det handlar inte bara om att stötta kvinnorna att genomföra mammografi. Socialstyrelsen vill också understryka vikten av ett inkluderande bemötande från sjukvården och att mammografimottagningarna ska vara tillgängliga för personer med funktionsnedsättning. Exempel på tillgänglighet är att mottagningar är framkomliga för personer med exempelvis rörelsehinder.

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. (30)

Tabell 18 visar i vilken utsträckning ballongvidgning utfördes 0–6 dagar efter hjärtinfarkt bland personer med funktionsnedsättning under år 2024. Andelen som fick PCI vid akut hjärtinfarkt var lägre i undersökningsgruppen, jämfört med motsvarande patientgrupp i den totala befolkningen. Lägst sannolikhet att få PCI återfinns bland kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning och rörelsenedsättning, där sannolikheten var cirka 30 procent lägre jämfört med samtliga hjärtinfarktpatienter. Undantagen är personer med psykisk ohälsa/psykisk funktionsnedsättning samt koncentrationssvårigheter. I dessa grupper var andelen som fick PCI högre än i befolkningen.

Kvinnor fick genomgående PCI i lägre utsträckning än män, såväl i undersökningsgrupperna som i jämförelsegruppen. Den största skillnaden mellan könen återfinns bland patienter med hörselnedsättning, omkring 18 procentenheter.

⁵⁸ Dialogerna har framförallt förts i Socialstyrelsen Råd för funktionshindersfrågor.

Tabell 18. Förekomst av PCI vid akut hjärtinfarkt

Andel personer med akut hjärtinfarkt som fått PCI inom 0-6 dagar samt sannolikhet att få PCI bland personer med funktionsnedsättning i jämförelse med övriga hjärtinfarktpatienter, andel angiven i procent, sannolikhet angiven som riskkvot.

	Andel som får PCI		Sannolikhet (risk) att få PCI
	Män	Kvinnor	Samtliga oavsett kön
Autism	70,3	55,6	0.94 (0.80 - 1.10)
Hörselnedsättning	60,5	42,4	0.93 (0.91 - 0.95)
Intellektuell funktionsnedsättning	47,6	39,6	0.69 (0.58 - 0.83)
Koncentrationssvårigheter	71,8	62,5	1.75 (0.99 - 3.10)
Psykisk ohälsa	64,3	44,9	1.32 (1.20 - 1.45)
Rörelsenedsättning	50,3	34,2	0,75 (0,74–0,77)
Synnedsättning	43,1	34,8	0,69 (0,63–0,75)
Tal- eller språkstörning	52,1	38,6	0,81 (0,78–0,84)
Övrig befolkning	67,5	49,7	1,00 (referens)

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

Vårdatgården förekommer med andra ord i lägre utsträckning bland personer med funktionsnedsättning än i befolkningen. Den relativa risken/sannolikheten att få ballongvidgning var 0,75–0,8 bland personer med funktionsnedsättning. Det innebär 25 procents lägre sannolikhet att behandlingen utfördes inom gruppen.

Högre överdödlighet vid akut hjärtinfarkt

I tabell 19 redovisas den relativa risken för död inom sex dagar efter akut hjärtinfarkt. Personer med funktionsnedsättning löper högre risk att dö vid hjärtinfarkt jämfört med samma patientgrupp i övriga befolkningen. Risken är mellan 17 och 21 procent högre bland personer med funktionsnedsättning. Den relativa risken är högst hos patienter med autism, hörselnedsättning, koncentrationssvårigheter samt synnedsättning. Resultaten ligger i linje med tidigare analyser, som bland annat visade att personer med insatser enligt LSS och SoL⁵⁹ löper väsentligt högre risk att dö vid hjärtinfarkt än andra hjärtinfarktpatienter. Den relativa risken för grupperna i tidigare analyser var dock högre.

⁵⁹ I grupperna ingår personer med flera av de funktionsnedsättningar som analyserats i årets rapport, framför allt personer med autism och intellektuell funktionsnedsättning.

Analyserna tar inte hänsyn till individuella faktorer såsom individuella skillnader i hälsa och inte heller hjärtinfarktens svårighetsgrad. Det är dessutom relativt få personer med olika funktionsnedsättningar 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 19. Överdödlighet vid akut hjärtinfarkt

Överdödlighet vid akut hjärtinfarkt bland personer med funktionsnedsättning jämfört med samtliga hjärtinfarktpatienter, andel angiven i procent, risk för dödlighet angiven som riskkvot, år 2024.

	Antal som får hjärtinfarkt*	Andel som dör inom 1 år**	Risk att dö
Autism	182	3,8	1,21 (1,13–1,29))
Hörselnedsättning	2672	2,1	1,21 (1,14–1,29)
Intellektuell funktionsnedsättning	142	10,6	1,2 (1,13–1,29)
Koncentrationssvårigheter	604	4,0	1,21 (1,14–1,30)
Psykisk ohälsa	7 188	3,7	1,19 (1,12–1,27)
Rörelsenedsättning	4 943	5,4	1,17 (1,10–1,23)
Synnedsättning	44 968	1,5	1,21 (1,14–1,29)
Tal- eller språkstörning	718	3,3	1,20 (1,12–1,28)
Övrig befolkning	44 968	1,5	1,00 (referens)

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

**Oavsett dödsorsak

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

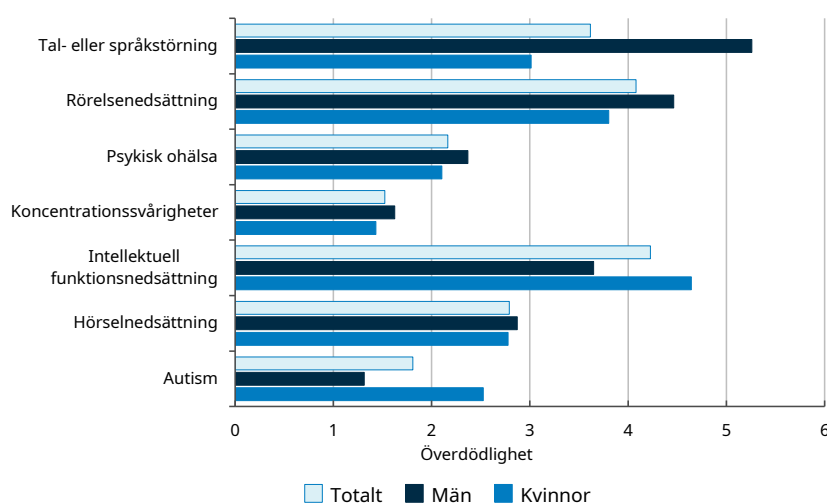
Högre överdödlighet vid obesitas

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 (28). 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 överdödlighet på grund av obesitas bland olika grupper av personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsens analyser visar att överdödligheten bland personer med funktionsnedsättning är högre än i övriga befolkningen med obesitas (figur 33)⁶⁰. Överdödligheten är högst bland personer med intellektuell funktionsnedsättning, tal- och språkstörning samt rörelsenedsättning, 4–5 gånger så hög (figur 33). Överdödligheten är något högre bland männen än bland kvinnorna, med undantag av intellektuell funktionsnedsättning och autism.

Figur 33. Överdödlighet vid obesitas

Överdödlighet bland personer med funktionsnedsättning, uppdelat på kön och funktionsnedsättning, relativ risk jämfört med övriga befolkningen, år 2024.



Källa: Socialstyrelsens patientregister, medicinska födelseregister samt dödsorsaksregistret.

Resultaten visar på vikten av att personer med funktionsnedsättning får adekvat behandling för obesitas samt stöd för levnadsvanebehandling. Överdödligheten bland personer med funktionsnedsättning bekräftar vikten av att nationella satsningar även inkluderar denna grupp, oavsett om de har stöd enligt LSS och SoL eller inte.

Fortfarande vanligt med riskfylld läkemedelsanvändning

Socialstyrelsen har i årets lägesrapport upprepat tidigare analyser av läkemedelsförskrivning bland personer med insatser enligt LSS (31).

⁶⁰ Överdödligheten mäter hur mycket större dödligheten är.

Analyserna visar att förskrivningen fortfarande är omfattande. Detta förklaras till en viss del av att många av personerna har en sämre hälsa, bland annat kopplat till funktionsnedsättningen.

Analyserna visar vidare att 7 procent hade tio eller fler läkemedel, så kallad polyfarmaci⁶¹. Andelen varierar mellan olika åldersgrupper och ju högre åldersgrupp, desto högre andel med polyfarmaci. I åldersgruppen 40–64 år var andelen 16 procent, i åldersgruppen 65 år eller äldre var andelen 26 procent. Polyfarmaci var något vanligare bland kvinnorna än männen, 9 respektive 6 procent.

I årets analyser har det inte ingått att analysera läkemedelstyper. Tidigare analyser visar dock att de vanligaste läkemedlen i den studerade gruppen som helhet var antidepressiva, antiepileptika, neuroleptika⁶², sömnmedel samt medel vid förstoppning. I nära hälften av de mätningar som gjordes i olika åldersgrupper i respektive personkrets^{63 64}, var användningen 10 gånger högre eller mer jämfört med motsvarande åldersgrupp hos personer som inte får insatser enligt LSS. (31)

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. Dessa interaktioner kallas för D-interaktioner. Årets analyser visar att D-interaktioner varierar något mellan olika åldersgrupper och är som högst i gruppen 65 år eller äldre, 2,9 procent. 1,3 procent av gruppen. Skillnaderna mellan könen var förhållandevis små, 1,6 bland kvinnor och 1,2 procent bland männen.

⁶¹ 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.

⁶² ATC-gruppen neuroleptika (ATC-kod N05A) omfattar antipsykotiska läkemedel och litium (ATC-kod N05AN)

⁶³ En beskrivning av personkretsens tre grupper finns i kapitlet *Inledning*.

⁶⁴ 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.

Behov av läkemedelsuppföljningar vid omfattande läkemedelsanvändning

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. Det finns dock risker med en sådan omfattande läkemedelsanvändning. Den fordrar en noggrannhet i både ordination, uppföljning och omprövning av läkemedelsbehandlingar.

Socialstyrelsen har tidigare gjort följande bedömningar:

- med ett strukturerat arbetssätt vid ordination för att tillse att indikationen (behandlingsorsaken) är korrekt
- att val av läkemedel, dosering och behandlingslängd är anpassat till individens förutsättningar, inklusive eventuell samsjuklighet och annan läkemedelsbehandling
- att val av läkemedel, dosering och behandlingslängd sker i enlighet med rekommendationer för aktuell indikation och den tänkta läkemedelsbehandlingen.

Dessa bedömningar kvarstår. Det är också viktigt att den förväntade nyttan med läkemedelsbehandlingen vägs mot dess risker och ställs i relation till andra möjliga behandlingar.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att föreslå och genomföra åtgärder för att förbättra förskrivningen av läkemedel till personer med insatser enligt LSS⁶⁵. Detta arbete kommer på sikt att bidra till en mer patientsäker läkemedelsförskrivning.

Ojämlig tillgång till vård har flera orsaker

Stärka förutsättningarna för en god hälsa är viktigt. Lika viktigt är att personer med funktionsnedsättning har jämlik tillgång till hälso- och sjukvården vid sjukdom. Statistik från SCB visar dock att vårdbehoven hos personer med funktionsnedsättning inte alltid är tillgodosedda (1). I undersökningen om levnadsförhållanden (ULF) framkommer dessutom skillnader mellan personer med funktionsnedsättning och den övriga befolkningen. En relativt hög andel personer med funktionsnedsättning

⁶⁵ [Uppdrag till Socialstyrelsen att föreslå och genomföra åtgärder för att förbättra förskrivningen av läkemedel till personer som får stöd enligt LSS - Regeringen.se](#)

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. Detta tyder på att det finns andra orsaker till ojämlik vård än den enskildes ekonomi.

Viktigt att integrera funktionshinderperspektivet

Analyserna i detta kapitel visar att det återstår arbete innan hälso- och sjukvården är jämlik för personer med funktionsnedsättning. Resultaten pekar tydligt ut vikten av individcentrering och att anpassningar ur ett funktionshinderperspektiv genomförs i hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Slutsatserna stämmer väl överens med tidigare forskning och studier. Personer med intellektuell funktionsnedsättning, autism eller psykisk funktionsnedsättning har till exempel 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.

Det är även viktigt att förbättringsarbetet genomförs på en övergripande nivå. I Socialstyrelsens uppföljning av omställning till god och nära vård framkommer att de flesta regioner och kommuner förändrat sitt arbetssätt för äldre, personer med kroniska sjukdomar samt barn och unga. (32) För personer med funktionsnedsättning är förändringarna hittills mer begränsade, särskilt i regionerna:

- Tretton regioner har ändrat arbetssätt sedan starten för omställningen för personer med funktionsnedsättning 2019.
- 72 procent av kommunerna har i sin tur ändrat arbetssätt för personer med funktionsnedsättning.

Ett mer konkret exempel är att några regioner arbetar med eller har tagit beslut om att starta upp mottagningar för samordnat medicinskt omhändertagande för vuxna personer med funktionsnedsättning (SMO-mottagningar). Region Västerbotten beskriver införande av PRIMO-mottagningar i primärvården för personer med funktionsnedsättning.

Vidare har flera kommuner infört specialiserade sjuksköterskor för målgruppen personer med funktionsnedsättning, och ökad brukarsamverkan exempelvis genom samverkansmöten, brukarråd och förbättrade genomförandeplaner. Andra exempel på förändrade arbetssätt är förbättrad samverkan mellan kommun och region, exempelvis när det gäller utskrivning från hälso- och sjukvården och vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård för barn- och ungdomshabiliteringens målgrupp. Många regioner beskriver också att de, i syfte att stödja relationsskapande och ökad kontinuitet, har fokuserat på personer med stora behov. I detta sammanhang nämns äldre, multisjuka, kroniskt sjuka och personer som skrivs ut från sjukhus samt personer med varaktig funktionsnedsättning, psykisk sjukdom eller nedsatt autonomi.

Majoriteten av kommunerna har genomfört insatser som syftar till att förbättra samverkan. Samverkansinsatser handlar bland annat om att kommunen varit medskapande i samverkansforum med regionen eller inom kommunens verksamheter. Insatserna handlar om att kommunerna samverkat kring olika målgrupper, exempelvis barn och unga och personer med funktionsnedsättning

Socialstyrelsens uppföljning visar även att särskilda verktyg eller metoder för att underlätta kommunikationen används främst inom habiliteringen. Även primärvården är en viktig aktör när det gäller insatser till personer med funktionsnedsättning och mottagare vid övergång från barn- och ungdomshabilitering till vuxensjukvård. Om särskilda verktyg främst används i habiliteringen finns det patienter med behov som inte blir tillgodosedda och som inte kan vara delaktiga i samma utsträckning. (32)

Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att kompetens kring funktionsnedsättningar och deras konsekvenser behöver öka i primärvården (29). Det är en bedömning som stärks av årets uppföljning av omställningen till god och nära vård. Det kan därför finnas behov av stöd för implementering av ökad kunskap om funktionsnedsättningar i primärvården.

Tandhälsa 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

Personer 24 år och äldre med insatser enligt LSS besöker tandvården i högre utsträckning än befolkningen i övrigt, oavsett åtgärd (tabell 20). Personer 24–44 år med insatser enligt LSS genomgår regelbundna basundersökningar i högre utsträckning än befolkningen i övrigt (tabell 20). 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.

Tabell 20. Tandvårdsbesök – basundersökning och akutbesök

Andel personer med insatser enligt LSS, SoL samt inom socialpsykiatri som besökt tandvården minst för en basundersökning eller akutbesök under 2024, jämförelsegrupp övrig befolkning, uppdelat på ålder.

	24–29 år		30–44 år		45–64 år	
	Bas	Akut	Bas	Akut	Bas	Akut
LSS						
Män	36	14	39	16	41	18
Kvinnor	38	16	42	17	42	20
SoL						
Män	28	10	29	13	29	16
Kvinnor	32	14	33	15	33	14
Socialpsykiatri						
Män	25	11	31	13	30	15
Kvinnor	31	15	29	15	33	18
Övrig befolkning						
Män	22	7	27	8	37	11
Kvinnor	26	9	32	10	46	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 20). 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 15–20 procent av kvinnorna med funktionsnedsättning gjorde minst ett akutbesök under 2024. 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 21). 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 21). 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 21. 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, 2024.

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

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, 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 kostnad⁶⁶. 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. (1)

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.

⁶⁶ Dessa stöd regleras i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd och tandvårdsförordningen.

Krisberedskap

I det här kapitlet redogör Socialstyrelsen för krisberedskap inom funktionshinderområdet, med fokus på evakueringsplaner, kontinuitetsplaner och beredskapsplaner för höga temperaturer i 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 2025 hade 30–40 procent av kommunerna sådana planer för boenden för personer med funktionsnedsättning.
- År 2025 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 senast 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.

Fortsatt låg förekomst av kontinuitetsplaner

Om kontinuitetsplanering

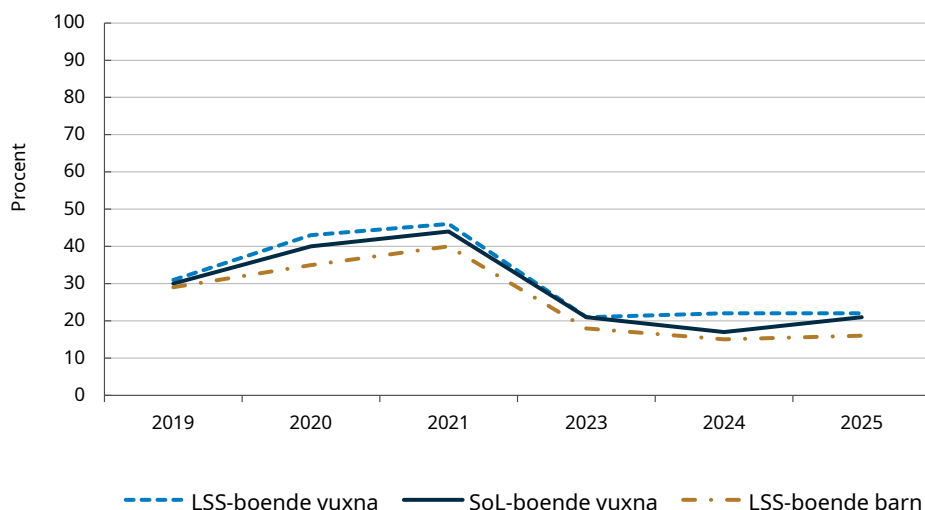
En kontinuitetsplan innehåller information som hjälper personalen att veta vad den ska göra vid en störning i en kritisk aktivitet eller resurs. Syftet är att kunna upprätthålla verksamheten på en tolerabel nivå och att kunna återställa resursen så fort som möjligt.

År 2025 hade omkring 20 procent av kommunerna kontinuitetsplaner för boenden för personer med funktionsnedsättning (figur 34). 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.

Erfarenheterna visade också att personer med funktionsnedsättning i till exempel LSS-boende, var en sårbar grupp som drabbades särskilt hårt vid pandemins utbrott.

Figur 34 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, 2019-2025.



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

Not: Uppgifter för 2022 saknas.

Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser av kommunernas krisberedskap 2019–2015 (Socialstyrelsen, 2019–2025).

Andelen kommuner med kontinuitetsplaner för dessa boenden har minskat kraftigt över tid. År 2019 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 ut⁶⁷. Socialstyrelsen kan dock inte utesluta att minskningen beror på att kontinuitetsplanerna inte har uppdaterats. Detta resonemang stöds av resultaten i figur 34, 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

⁶⁷ Mellan 2019 och 2021 ökade andelen kommuner som har aktuella kontinuitetsplaner för boenden inom funktionshinderområdet med uppemot 15 procentenheter.

individer som redan har kontakt med socialtjänsten. Socialstyrelsen finner det därför bekymmersamt att kontinuitetsplanerna för dessa boenden inte är fler.

Evakueringsplaner fortsätter att minska

Om evakueringsplaner

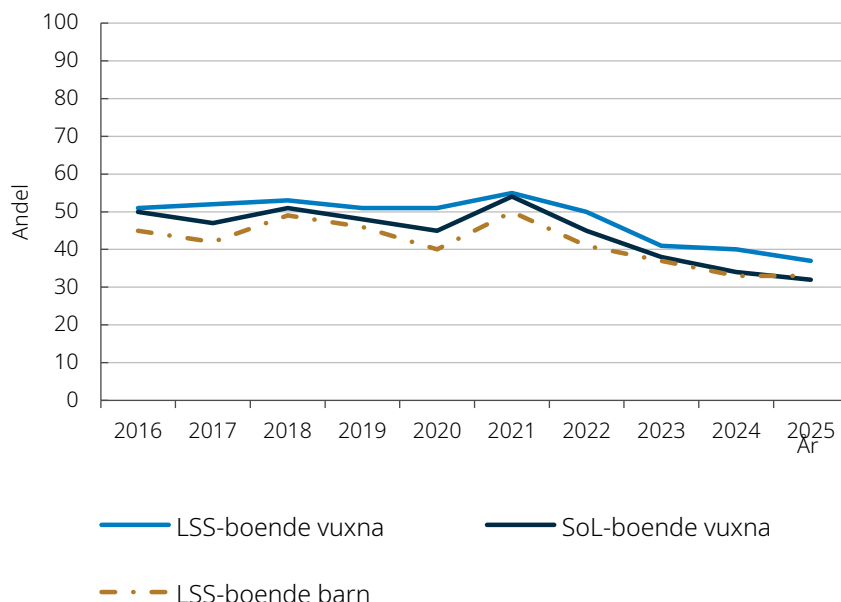
Kommuner behöver säkerställa att alla personer kan få den hjälp och det stöd som de är i behov av vid en allvarlig händelse eller kris (jämför 15 § 2 LSS och 4 kap. 1 § SoL). Olika situationer såsom elavbrott och dricksvattensstörningar kan leda till ett behov av att evakuera personer i olika boendeformer. 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.

Andelen kommuner med aktuella evakueringsplaner för särskilt sårbara grupper minskar (figur 35). År 2025 hade 30–40 procent av kommunerna sådana planer för sina boenden för personer med funktionsnedsättning. År 2021 låg andelen på cirka 50 procent.

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.

Figur 35. Förekomst av evakueringsplaner för särskilt sårbara grupper inom boenden för personer med funktionsnedsättning

Andel kommuner som uppgett att de har aktuella evakueringsplaner för samtliga av sina boenden (i egen regi), uppdelat på boendeform, 2016-2025.



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

Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser av kommunernas krisberedskap 2016-2025 (Socialstyrelsen, 2016-2025).

Ovanligt med krav på krisberedskap vid upphandling

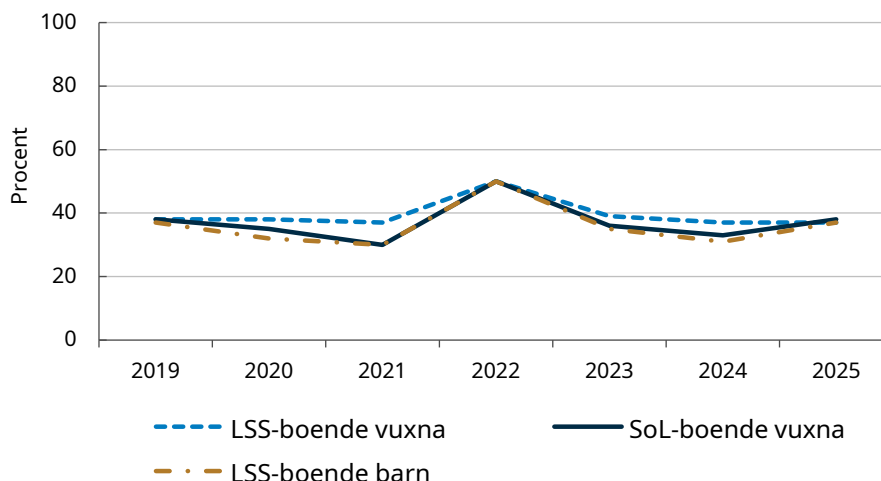
Om krisberedskap vid upphandling

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.

Andelen kommuner som har krav på krisberedskap vid upphandling av boenden för personer med funktionsnedsättning varierar, mellan 35 och 40 procent (figur 36).⁶⁸ Andelen är högst inom LSS-boende för vuxna.

Figur 36. 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, 2019-2025.



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

Källa: Öppna jämförelser av socialtjänstens krisberedskap 2019-2025 (Socialstyrelsen, 2019-2025).

Var femte kommun har beredskapsplaner

Om beredskapsplaner

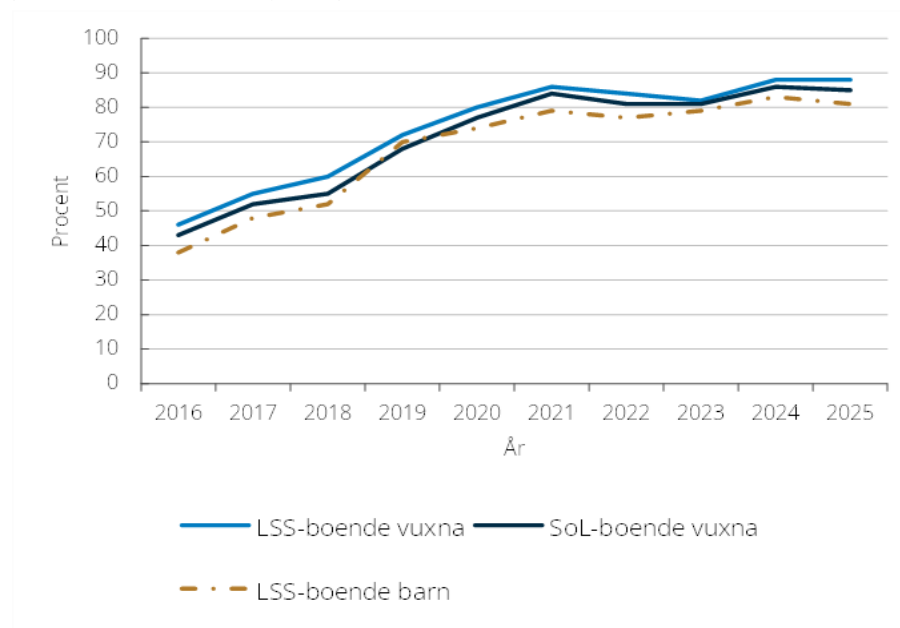
En beredskapsplan för olika typer av boenden behöver bland annat säkerställa att verksamheterna blir larmade vid prognos om höga temperaturer. För särskilt sårbara personer, till exempel personer med funktionsnedsättning, ökar risken för bland annat uttorkning och värmeslag. För de som redan finns i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

⁶⁸ 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.

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 37).

Figur 37. 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, 2016-2025.



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

Källa: Socialstyrelsens öppna jämförelser av kommunernas krisberedskap 2016–2025 (Socialstyrelsen, 2016–2025).

Ekonomiska villkor för enskilda

I det här kapitlet fokuserar Socialstyrelsen på 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.
- Det är omkring sju gånger vanligare med ekonomiskt bistånd bland personer med insatser enligt SoL⁶⁹ 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.

Högre ekonomisk utsatthet

Ekonomiska utsattheten bland personer med funktionsnedsättning är större än i 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.

⁶⁹ I åldern 0–64 år.

- 17 procent har inte råd att regelbundet delta i någon fritidsaktivitet, jämfört med 7 procent i den övriga befolkningen. (1)

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 (33). Faktorer som bidrar till den ekonomiska utsattheten är bland annat kostnader kopplade till funktionsnedsättningen samt bristande förankring på arbetsmarknaden.

Relativt hög andel med ekonomiskt bistånd

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 22). Det är till exempel mer än sju gånger vanligare med ekonomiskt bistånd bland personer med insatser enligt SoL⁷⁰ än i den totala befolkningen. Under 2024 var antalet biståndsmottagare i den totala befolkningen 2,8 procent. Motsvarande andel bland personer med 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.

Tabell 22. 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, 2024.

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

⁷⁰ I åldern 0–64 år.

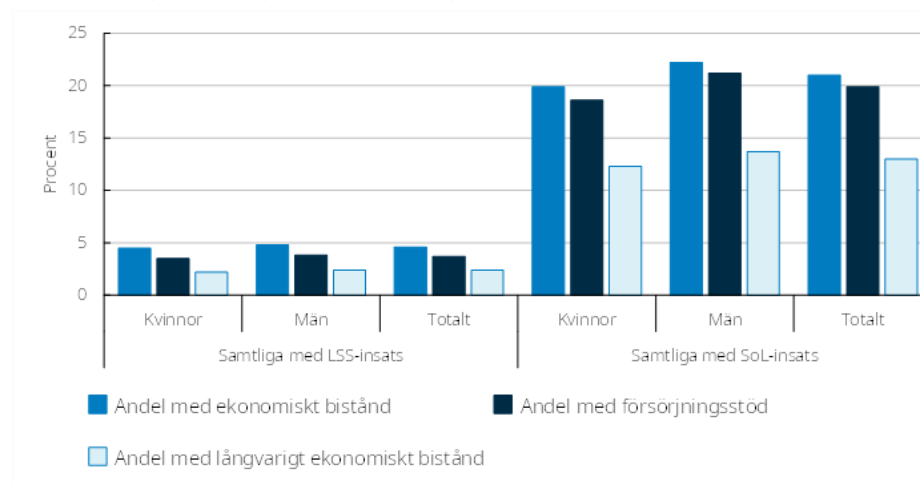
Källa: Socialstyrelsens register över ekonomiskt bistånd.

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 procent (figur 38).

Socialstyrelsens analyser visar att förekomsten av långvarigt ekonomiskt bistånd ökar bland personer med insatser enligt SoL. Mellan 2023 och 2024 ökade andelen med en procentenhet. Under samma period var andelen med långvarigt ekonomiskt bistånd oförändrad bland personer med insatser enligt LSS. För den totala befolkningen har det långvariga ekonomiska biståndet dock minskat något (34).

Figur 38. Förekomst av ekonomiskt bistånd bland personer med funktionsnedsättning

Andel personer med insatser enligt LSS och SoL som fick ekonomiskt bistånd någon gång under 2025, uppdelat på personkrets och typ av bistånd.



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

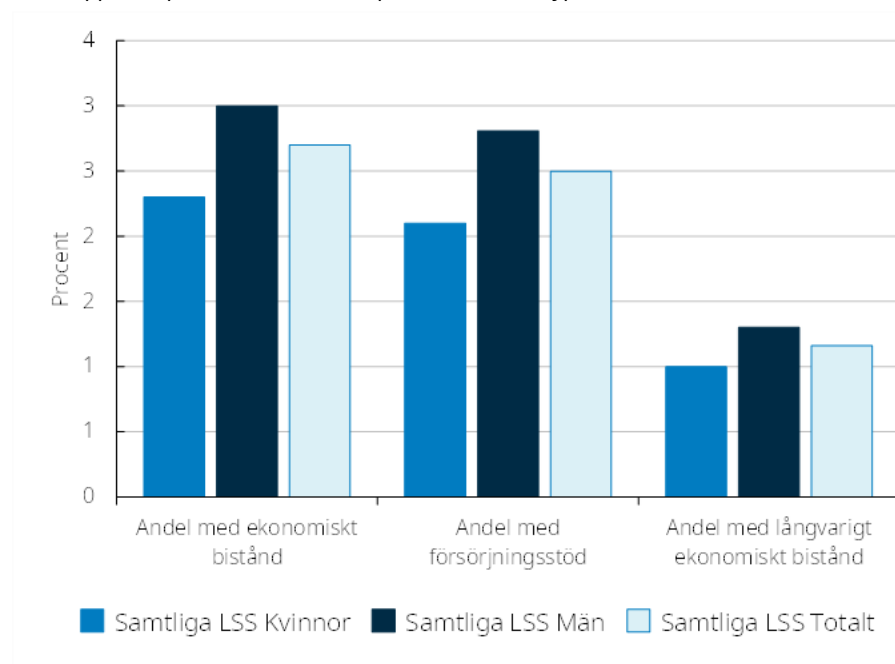
Ovanligare med ekonomiskt bistånd i LSS-boende

Förekomsten av ekonomiskt bistånd är lägre bland personer med insatsen boende för vuxna enligt LSS än för samtliga personer med LSS-insatser (figur 39).

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 2023 och 2024, med 0,2 procentenheter. Andelen med långvarigt ekonomiskt bistånd är dock oförändrat.

Figur 39. 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 2024, uppdelat på kvinnor och män, personkrets och typ av bistånd, 2024.



Källa: Socialstyrelsens register över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning 2024, registret över insatser enligt LSS 2024 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.

En funktionshinderspolitisk 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 att spegla utvecklingen utifrån svensk lagstiftning, utan även utifrån innehållet i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (35).

Individuella stöd – ett viktigt komplement

Hösten 2021 fattade regeringen beslut om en nationell strategi för funktionshinderspolitiken(36). 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.

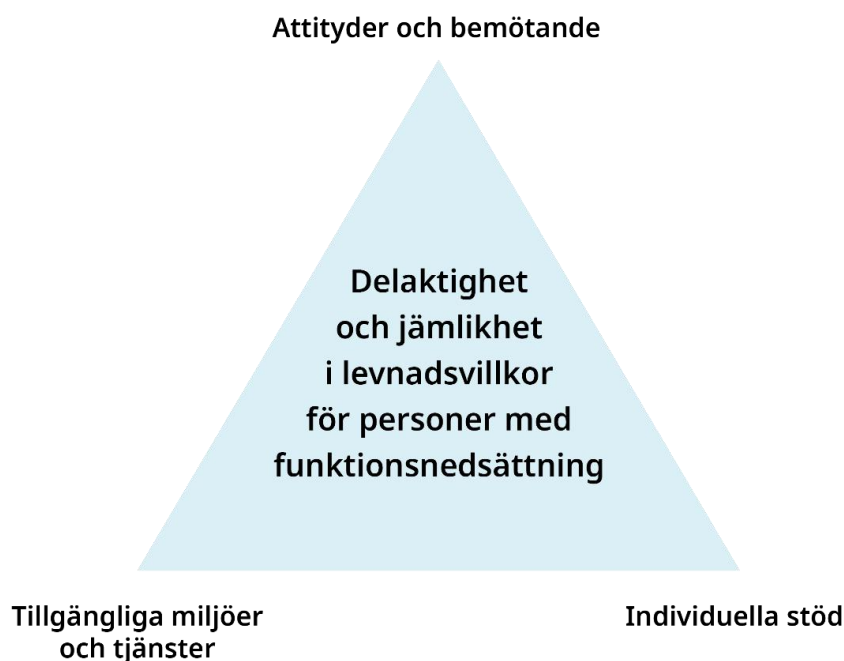
I och med beslutet om den nya strategin fick Socialstyrelsen, liksom flera andra myndigheter, i uppdrag att systematiskt följa upp den funktionshinderspolitiska utvecklingen. Genomförandet av uppdraget utgår bland annat från konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, och fokuserar 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. Resonemanget 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 (37). 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 fortsätta 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 följa tillgången till stöd för personer med funktionsnedsättning. 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 ökningarna inom flera områden. Insatser som syftar till att främja delaktighet och sociala aktiviteter visar dock på en minskning över tid, till exempel 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. Detta har Socialstyrelsen konstaterat i tidigare rapporter. 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. 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.

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. Socialstyrelsen vill dock lyfta att en väsentlig andel inte är nöjd.

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 förekomsten av begränsningsåtgärder. 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. År 2026 inrättades ett nytt nationellt kompetenscentrum för frågor om intellektuell funktionsnedsättning och autism på Socialstyrelsen. 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. Den gäller framför allt i de övre åldersgrupperna. 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 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 socialpsykiatrin.

Allvarligt att krisberedskapen är fortsatt låg

Socialstyrelsen med flera har tidigare konstaterat att personer med funktionsnedsättning är särskilt sårbara vid kriser (7, 29). 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.

Fortsatt tuff 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 ändamålsenliga 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 skyddsnät och har i första hand till uppgift att träda in tillfälligtvis vid försörjningsproblem som inte kan tillgodoses på annat sätt.⁷¹ 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 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.

⁷¹ 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. 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.
2. Statistiska Centralbyrån. Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning 2024. 2025.
3. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten - Hälsa på lika villkor 2024. 2024.
4. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2020. Socialstyrelsen; 2020.
5. Socialstyrelsen. Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2024. 2025.
6. Socialstyrelsen. Autism - förekomst och samsjuklighet. Socialstyrelsen; 2024.
7. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2024. Socialstyrelsen; 2024.
8. Försäkringskassan. Vilka får avslag på ansökan om assistansersättning? Socialförsäkringsrapport 2024:1. Försäkringskassan; 2024.
9. Socialstyrelsen. Förändringar av ledsagning över tid. Rapport till regeringen som svar på uppdrag. Socialstyrelsen; 2023.
10. Socialstyrelsen. Statistik om socialtjänstinsatser till personer med funktionsnedsättning 2024. 2025.
11. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2019. 2019.
12. Regeringen. En förebyggande socialtjänstlag – för ökade rättigheter, skyldigheter och möjligheter. Prop. 2024/25:89. 2024.
13. Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/vard-omsorgsgivare/ej-verkstallda-beslut/> <https://www.ivo.se/vard-omsorgsgivare/ej-verkstallda-beslut/> [Available from: <https://www.ivo.se/vard-omsorgsgivare/ej-verkstallda-beslut/>].
14. Boverket. Boverkets bostadsmarknadsenkät 2025. 2025.
15. Boverket. <https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsmarknad/olika-grupper/funktionsnedsattning/> 2024 [
16. Socialstyrelsen. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2025 – Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. 2025.
17. Inspektionen för vård och omsorg. Vad har IVO sett 2022? ; 2023.
18. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av bostad med särskild service för vuxna och daglig verksamhet, LSS - enhetsundersökningen 2025. 2025.
19. Myndigheten för delaktighet. Statistik om förekomst av våld mot personer med funktionsnedsättning. Bilaga 2. 2023.

20. 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; 2025.
21. Myndigheten för delaktighet. Brottsförebyggande arbete för barn och unga med funktionsnedsättning. Myndigheten för delaktighet; 2025.
22. Segeren et al. 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.
23. Inspektionen för vård och omsorg. Vad har IVO sett 2025? ; 2025.
24. <https://yrkesresan.se/yrkesresan/yrkesresanfunktionshinder.76487.html>.
25. Opublicerad statistik över deltagande i Yrkesresan funktionshinder. 2025.
26. 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>].
27. Socialstyrelsen. I rörelse? – En kartläggning av verksamheternas förutsättningar att ge personer med funktionsnedsättning stöd till fysisk aktivitet. 2026.
28. Flygare Wallén E LG, Carlsson AC, Pettersson D, Wändell P. . 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.
29. Socialstyrelsen. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning - lägesrapport 2025. 2025.
30. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Stöd för styrning och ledning. 2018.
31. Socialstyrelsen. Läkemedelsanvändning hos personer som får insatser enligt LSS. 2025.
32. Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en god och nära vård. 2025.
33. Riksförbundet FUB. Fångad i fattigdom. Inkomster och utgifter för vuxna personer med intellektuell funktionsnedsättning. Uppdaterad 2025. 2025.
34. Socialstyrelsen. Statistik om ekonomiskt bistånd 2024. 2025.
35. Myndigheten för delaktighet. Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. 2008.
36. Regeringen. Strategi för systematisk uppföljning av funktionshinderspolicen under 2021 - 2031, regeringsbeslut S2019/02213 samt S2021/06595. 2021.
37. Svenskt näringsliv. Lönebidrag - stärker kompetensförsörjningen. Svenskt näringsliv; 2024.

Bilaga 1. Kompletterande underlag till kapitel om kostnader

Enligt SCB:s instruktioner för räkenskapssammandragen (2024) ska kostnaderna inom funktionsnedsättningsområdet utgå ifrån lagstöd enligt tabell 1.

Tabell B1. 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 beslutas 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 boende i familjehem för barn och unga som beslutas enligt 9 § punkt 8 LSS oavsett ålder.
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 enligt 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 korttidsstillsyn för skolorngdomar över 12 år (9 § punkterna 1, 3, 4, 5, 6 och 7). Uppgifterna avseende hälso- och sjukvård enligt 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 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 8 kap. 11 § SoL; 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 B2. 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 angivet i procent.

	2020	2021	2022	2023	2024	Förändring 2020–2024	
						mdkr	%
Summa insatser enligt LSS, HSL** och SFB *	60,3	62,7	66,0	71,4	75,6	15,3	25,3
Boende enligt LSS	33,8	35,5	37,6	41,2	44,0	10,2	30,4
varav							
Boende för vuxna	31,6	33,3	35,4	38,8	41,5	9,8	31,1
Boende för barn	2,1	2,2	2,2	2,4	2,6	0,4	19,3
Personlig assistans enligt LSS	12,6	12,6	12,8	13,4	13,8	1,2	9,7
Daglig verksamhet enligt LSS	9,0	9,4	10,2	11,0	11,7	2,7	30,1
Övriga insatser enligt LSS	5,0	5,1	5,3	5,8	6,1	1,1	22,1
Summa insatser enligt SoL/HSL**	15,1	15,5	16,1	17,3	17,6	2,5	16,4
Stöd i ordinärt boende enligt SoL/HSL	8,7	8,8	9,3	9,9	9,8	1,1	13,0
varav							
Hemtjänst/boendestöd enligt SoL och HSL	4,5	4,6	4,7	5,1	4,6	0,1	1,2
Korttidsboende enligt SoL	2,6	2,6	2,7	2,8	3,2	0,6	23,7
Övriga biståndsbedömda insatser enligt SoL	0,9	0,9	1,0	1,1	1,1	0,3	30,8
Dagverksamhet enligt SoL	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,2	28,0
Särskilt boende/annat boende enligt SoL	5,7	5,9	6,1	6,7	7,0	1,3	22,7
Stöd i öppen verksamhet enligt SoL	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,1	7,4
Kommunernas totala kostnad för stöd till personer med funktionsnedsättning	75,4	78,1	82,1	88,7	93,2	17,8	23,5
Årlig procentuell (%) förändring	3,8%	3,6%	5,1%	8,1%	5,0%		

*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 2020–2024, Statistiska centralbyrån

Tabell B3. Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning över tid, fasta priser (2024 års prisnivå)

Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning. Kostnad angivet i miljarder kronor, andel angivet i procent. Kostnaderna är fastprisberäknade till 2024 års priser.

	2020	2021	2022	2023	2024	Förändring 2020–2024	
						mdkr	%
Summa insatser enligt LSS, HSL** och SFB *	68,6	70,4	70,6	71,4	73,5	4,9	7,2
Boende enligt LSS	38,4	39,9	40,3	41,2	43,9	5,5	14,4
varav							
Boende för vuxna	36,0	37,5	37,9	38,8	40,3	4,4	12,1
Boende för barn	2,4	2,5	2,4	2,4	2,5	0,0	2,1
Personlig assistans enligt LSS	14,3	14,2	13,7	13,4	13,4	-0,9	-6,2
Daglig verksamhet enligt LSS	10,2	10,5	10,9	11,0	11,4	1,1	11,3
Övriga insatser enligt LSS	5,7	5,8	5,7	5,8	5,9	0,2	4,4
Summa insatser enligt SoL/HSL**	17,2	17,4	17,2	17,3	17,1	-0,1	-0,5
Stöd i ordinärt boende enligt SoL/HSL	9,8	9,9	9,9	9,9	9,5	-0,3	-3,4
varav							
Hemtjänst/boendestöd enligt SoL och HSL	5,1	5,2	5,1	5,1	4,4	-0,7	-13,5
Korttidsboende enligt SoL	2,9	2,9	2,9	2,8	3,1	0,2	5,8
Övriga biståndsbedömda insatser enligt SoL	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	0,1	11,8
Dagverksamhet enligt SoL	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,1	9,4
Särskilt boende/annat boende enligt SoL	6,5	6,6	6,5	6,7	6,8	0,3	4,9
Stöd i öppen verksamhet enligt SoL	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	-0,1	-8,1
Kommunernas totala kostnad för stöd till personer med funktionsnedsättning	85,8	87,8	87,9	88,7	90,6	4,0	4,7
<i>Årlig procentuell (%) förändring</i>	1,2%	2,4%	0,1%	1,0%	2,1%		

*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 räkenskapssammandrag 2020–2024, Statistiska centralbyrån och Prisindex 2024, Statistiska centralbyrån.

Tabell B4. Kommunernas kostnadsutveckling för personlig assistans, löpande priser

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

Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

	2020	2021	2022	2023	2024	Förändring 2020-2024	
						mdkr	%
Kostnader för personlig assistans	12,6	12,6	12,8	13,4	13,8	1,2	%
Varav kommunens ersättning till Försäkringskassan för personlig assistent enligt SFB	4,4	4,5	4,4	4,5	4,6	0,1	1,7%
Personlig assistans som kommunen utför som anordnare av statlig assistansersättning	5,4	5,2	5,1	5,0	5,0	-0,3	-12,6%
Kommunernas totala verksamhetsåtagande	12,6	12,6	12,8	13,4	13,8	1,2	10,5%

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

Bilaga 2. Metodbeskrivning för registeranalyser

I denna bilaga redogörs för metod för analyser av jämlik vård och förekomst av olika diagnoser/funktionsnedsättningar inom socialtjänsten och LSS.

Studiepopulationerna

Två studiepopulationer har skapats. Populationerna är skapade för att ge tillräckligt stora populationer för analyserna, samt för att ge tillräckligt lång tid för uppföljning.

Studiepopulation 1

Populationen består av personer som sökt vård inom specialiserad öppenvård eller slutenvård för eller med en funktionsnedsättning 1997–2017 samt personer födda i Sverige 1973–2017 med en funktionsnedsättning registrerad vid förlossning.

Listan med de funktionsnedsättningar och kategoriseringar som använts återfinns i bilaga 3.

Studiepopulation 2

Denna studiepopulation är definierad på samma sätt som studiepopulationen 1, men med ett annat tidsfönster i definitionen. Denna population har sökt vård inom specialiserad öppenvård eller slutenvård för eller med en funktionsnedsättning under perioden 1997–2021 eller är födda i Sverige 1997–2021 med en funktionsnedsättning registrerad vid förlossning, samt lever 1 januari 2022. Det är efter 1 januari 2022 som analyserna undersöker förekomsten av utfallet av intresse.

Hjärtinfarkt och PCI

PCI-behandling bland patienter med hjärtinfarkt

För att undersöka PCI-behandling bland patienter med hjärtinfarkt i gruppen med funktionsnedsättningar så utgår vi från population 1.

Analys: Personer som fått en första akut hjärtinfarkt (ICD10: I21, I22) på 7 år selekterades från patientregistret, slutet 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 1 och personer som fått hjärtinfarkten efter första insatsen under perioden 2011–2016, 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.

Dödlighet i akut hjärtinfarkt

För att undersöka dödligheten i gruppen med funktionsnedsättningar så utgår vi från population 1.

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 funktionsnedsättningar så utgår vi från population 2.

Dessa följs avseende död, oavsett orsak, under 3 år. Studiepopulationen delas sedan in i två grupper, med och utan obesitas. Obesitas definieras utifrån Patientregistret, åren 2017–2021, huvud- eller bidiagnos med ICD-10-kod E66. Studiepopulationen består därmed av personer med funktionsnedsättningar, där ena gruppen har en obesitasdiagnos 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. Även kvoten mellan dödligheten i studiepopulationen med obesitas dividerat med dödligheten i befolkningen utan funktionsnedsättning och utan obesitas har tagits fram. Överdödligheten kan således tolkas som hur många gånger större dödligheten blir bland personer funktionsnedsättning 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
- Qsiva, ATC-kod A08AA51
- Tirzepatid, ATC-kod A10BX16

Läkemedel som endast har diabetes som indikation är exkluderade.

Läkemedelsförskrivning LSS

Analysen av förekomst av läkemedelskombinationer som kan ge upphov till läkemedelsinteraktioner klass D genomfördes med hjälp av en tabell som skapades på följande sätt:

En lista upprättades med fullständiga ATC-koder (7-ställig kod, substansnivå) för samtliga läkemedel som beräknades användas i den studerade populationen (personer med och utan insats enligt LSS år 2024) den 31 december 2024.

För varje ATC-kod valdes ett läkemedel ut, med villkoret att det inte var för lokalt bruk (exempelvis salva, gel, munsköljvätska). För läkemedlet inhämtades därefter information om samtliga möjliga interaktioner av klass D med hjälp av tjänsten Janusmed Interaktioner. För varje sådan interaktion sparades ATC-koderna för de två involverade läkemedlen i en tabell, tillsammans med information om klass (D) och dokumentationsnivå (1–4). Slutligen rensades tabellen för dubletter.

Tabellen användes sedan för att leta upp kombinationer av läkemedel som kan orsaka D-interaktioner, i varje persons beräknade aktuella läkemedelslista den 31 december 2024.

Deskriptiv statistik

För den deskriptiva statistiken har population 1 använts.

Bilaga 3. ICD-koder för gruppering av diagnoser/funktionsnedsättning

Följande ICD-koder (ICD-10) har använts i analyserna.

Synnedsättning

H47.7 Förändring i synbanorna, ospecificerad

H53.8 Andra specificerade synrubbningar

H54.0 Blindhet i båda ögonen

H54.1 Svår synnedsättning i båda ögonen

H54.4 Blindhet i ett öga

H54.5 Svår synnedsättning i ett öga

Hörselnedsättning

H90.* Ledningshinder och sensorineural hörselnedsättning

H91.0 Ototoxisk hörselnedsättning

H91.2 Plötslig idiopatisk hörselnedsättning

H91.3 Döv och ej talspråkig, som ej klassificeras på annan plats

H91.8 Annan specificerad form av hörselnedsättning

H91.9 Hörselnedsättning och dövhet, ospecificerad

H93.3 Sjukdomar i hörselnerven

Q16.* Medfödda missbildningar av öra som orsakar nedsatt hörsel

Rörelsenedsättning (förvärvade hjärnskador ingår i denna grupp)

Cerebral pares G80.* Cerebral pares

Multipel skleros G35.* Multipel skleros

Epilepsi G40.* Epilepsi

Motorisk

utvecklingsstörning

F82.* Specifik motorisk utvecklingsstörning

Förlamning G81.* Ensidig förlamning

G82.* Parapares och tetrapares (förlamning av båda nedre extremiteterna och förlamning av alla fyra extremiteterna)

G83.* Andra förlamningssyndrom

Bråck Q00.* Anencefali (avsaknad av hjärna) och liknande missbildningar

Q01.* Encefalocele (hjärnbråck)

Q02.* Mikrocefali (liten hjärna)

Q03.* Medfödd hydrocefalus (vattenskalle)

Q04.* Andra medfödda missbildningar av hjärnan

Q05.* Spina bifida (kluven ryggrad)

Q06.* Andra medfödda missbildningar av ryggmärgen

Q07.* Andra medfödda missbildningar i nervsystemet

Artrit M08* Juvenil artrit

Ryggmärgsskador G95.* Andra sjukdomar i ryggmärgen

S14.0 Stötskada och ödem i cervikaldelen av ryggmärgen

S14.1 Andra och ospecificerade skador på cervikaldelen av ryggmärgen

S24.0 Stötskada och ödem i torakala delen på ryggmärgen

S24.1 Andra och ospecificerade skador på torakala delen av ryggmärgen

S34.0 Stötskada och ödem i ryggmärgens lumbaldel

S34.1 Annan skada på ryggmärgens lumbaldel

T91.3 Sena besvär av skada på ryggmärgen

Muskelsjukdomar G12.* Spinal muskelatrofi och besläktade syndrom

G60.0 Arvslig motorisk och sensorisk neuropati

G70.* Myasthenia gravis och andra neuromuskulära transmissionsrubbningar (rubbningar i överföring av

impulser mellan nerver och muskler)

G71.* Primära muskelsjukdomar

G72.* Andra myopationer

Typ ICD-10-SE Tillstånd

G73.* Neuromuskulära transmissionsrubbningar (rubbningar i överföringen av impulser mellan nerver och muskler) och muskelförändringar vid sjukdomar som klassificeras på annan plats

Förvärvade hjärnskador

F06.* Andra psykiska störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom

D33.* Benign tumör i hjärnan och andra delar av centrala nervsystemet

G09* Sena effekter av inflammatoriska sjukdomar i centrala nervsystemet

G91.* Hydrocefalus (vattenskalle)

G93.* Andra sjukdomar i hjärnan

I60.* Subaraknoidalblödning (blödning under spindelvävshinnan)

I61.* Hjärnblödning

I62.* Annan icke-traumatisk intrakraniell blödning

I63.* Cerebral infarkt

I69.* Sena effekter av cerebrovaskulär sjukdom

S06.* Intrakraniell skada

T90.5 Sena besvär av intrakraniell skada

Q74.3 Arthrogryposis multiplex congenita

Q77.* Osteokondrodysplasi med bristande tillväxt av rörben och

kotpelare

Q78.* Andra osteokondrodysplasier

Q79.* Medfödd missbildning av muskler och skelett som ej

klassificeras på annan plats

Q87.* Andra specificerade medfödda missbildningssyndrom som

engagerar multipla organsystem

Inlärningssvårighet

ICD-10-SE Tillstånd

F81.* Specifika utvecklingsstörningar av inlärningsfärdigheter

F83.* Blandade specifika utvecklingsstörningar

R48.0 Dyslexi och alexi

R48.8 Andra och ospecificerade symboldysfunktioner

Koncentrationssvårighet

ICD-10-SE Tillstånd

F90.* Hyperaktivitetsstörningar

Tal- eller språkstörning

F80.* Specifika störningar av tal- och språkutvecklingen

F98.5 Stamning

F98.6 Skenande tal

R47.* Talstörningar som ej klassificeras på annan plats

R48.2 Apraxi

R49.* Röststörningar

Autism

F84.* Genomgripande utvecklingsstörningar

Intellektuell funktionsnedsättning

F70.* Lindrig psykisk utvecklingsstörning

F71.* Medelsvår psykisk utvecklingsstörning

F72.* Svår psykisk utvecklingsstörning

F73.* Grav psykisk utvecklingsstörning

F78.* Annan psykisk utvecklingsstörning

F79.* Ospecificerad psykisk utvecklingsstörning

F88.* Andra specificerade störningar av psykisk utveckling

F89.* Ospecificerad störning av psykisk utveckling

Psykisk ohälsa

F20.* Schizofreni

F21.* Schizotyp störning

F22.* Kroniska vanföreställningssyndrom

F25.* Schizoaffektiva syndrom

F28.* Andra icke-organiska psykotiska störningar

F29.* Ospecificerad icke-organisk psykos

F31.* Bipolär sjukdom

F32.1 Medelsvår depressiv episod

F32.2 Svår depressiv episod utan psykotiska symtom

F32.3 Svår depressiv episod med psykotiska symtom

F33.* Recidiverande depressioner

F34.* Kroniska förstämningssyndrom

F38.* Andra förstämningssyndrom

F39.* Ospecificerat förstämningssyndrom

F40.* Fobiska syndrom

F41.* Andra ångestsyndrom

F42.* Tvångssyndrom

F43.* Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress

F44.* Dissociativa syndrom

F50.* Ätstörningar

F91.* Beteendestörningar av utagerande slag

F94.0 Selektiv mutism

F95.* Tics

F98.8 Andra specificerade beteendestörningar och emotionella störningar
med debut vanligen under barndom och ungdomstid

F98.9 Beteendestörning och emotionell störning med debut vanligen under
barndom och ungdomstid, ospecificerad

F99.* Psykisk störning ej specificerad på annat sätt



Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning
(artikelnr 2026-3-10159) kan laddas ner från
socialstyrelsen.se/publikationer.