

# **Bilaga: Underlagsrapport**

**Förslag till nationell strategi med handlingsplan  
för rehabilitering och habilitering**

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

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

Artikelnummer: 2026-5-10283

Publicerad: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), maj 2026

# Innehåll

<b>Om underlagsrapporten .....</b>	<b>5</b>
Omfattning och avgränsningar.....	5
<b>Rättsliga förutsättningar för rehabilitering och habilitering .....</b>	<b>7</b>
<b>En strategi behövs .....</b>	<b>10</b>
Internationellt arbete för stärkt rehabilitering och habilitering .....	10
<b>Ökande och förändrade behov .....</b>	<b>12</b>
Behov av rehabilitering och habilitering .....	12
Ojämlig tillgång .....	14
Rehabilitering och habilitering vid kris och krig.....	14
<b>Rehabilitering och habilitering .....</b>	<b>15</b>
Rehabilitering och habilitering inom hälso-och sjukvården.....	15
Sjukskrivning och relaterad rehabilitering.....	15
Fokus på funktion och aktivitet.....	16
Personer med funktionsnedsättning .....	16
<b>Förebyggande och hälsofrämjande arbete inom rehabilitering och habilitering.....</b>	<b>18</b>
<b>Hälsoekonomiskt perspektiv på rehabilitering.....</b>	<b>20</b>
<b>Patientsäker vård .....</b>	<b>22</b>
<b>Kompetensförsörjning .....</b>	<b>23</b>
Hälso-och sjukvårdspersonal .....	23
Ojämlig tillgång till personal.....	25
Rekrytera och behålla personal .....	26
<b>Samverkan, samordning och organisation .....</b>	<b>27</b>
En del av omställningen till god och nära vård .....	27
Samverkan mellan vårdnivåer.....	28
<b>Evidensbaserad rehabilitering och habilitering .....</b>	<b>30</b>
<b>Kontinuerlig regional och nationell uppföljning och utvärdering .....</b>	<b>31</b>
Klassifikation och kodning inom rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.....	31
<b>Hjälpmedel.....</b>	<b>33</b>
En spretig styrning i området hjälpmedel inom hälso- och sjukvården..	34

Fritidshjälpmedel för vardagligt bruk .....	35
Arbetshjälpmedel .....	35
Avgifter .....	36
<b>Patientens delaktighet och samverkan med civilsamhället .....</b>	<b>38</b>
Patientens delaktighet, anhöriga/närstående.....	38
Samverkan med civilsamhället.....	39
<b>Andra aktörer och perspektiv .....</b>	<b>40</b>
<b>Referenser.....</b>	<b>41</b>

## Om underlagsrapporten

I denna underlagsrapport presenterar Socialstyrelsen det underlag som ligger till grund för behovet av en nationell strategi inom områdena rehabilitering, habilitering samt åtgärden hjälpmedel. Rapporten bygger på den kartläggning, litteratursökning samt omvärldsbevakning som har genomförts inom ramen för detta uppdrag. Den beskriver nuläge samt behov inom områdena.

Underlagsrapporten beskriver också några av de rättsliga ramverk som man behöver ta hänsyn till vid utformningen av förslaget till strategi med handlingsplan inom rehabilitering och habilitering. Avsnittet om de rättsliga förutsättningarna för rehabilitering och habilitering är inte en fullständig och uttömmande beskrivning av alla regelverk som reglerar svensk hälso- och sjukvård.

## Omfattning och avgränsningar

Enligt uppdraget ska strategin avse den rehabilitering och habilitering som ligger inom hälso- och sjukvårdens ansvar.<sup>1</sup> Rehabilitering och habilitering är en integrerad del i all hälso- och sjukvård (regional och kommunal hälso- och sjukvård) inom alla vårdnivåer.

Förslag till strategi med handlingsplanen är avsedda att ha ett generiskt perspektiv. Insatser, åtgärder eller metoder för specifika sjukdomstillstånd är därför inte omnämnda.

I förslaget till strategi har vi inte tagit upp aktiviteter som föreslås i pågående uppdrag eller andra rapporter och som gäller hela hälso- och sjukvården, inklusive rehabilitering och habilitering. Bland annat lämnade Myndigheten för delaktighet (MFD) 2025 ett förslag till nationell handlingsplan för funktionshinderspolitiken. Där återfinns förslag om att kartlägga och sprida kunskap om tillgängligheten i olika hälso- och sjukvårdsverksamheter samt att kartlägga och sprida regionala exempel på patientinformation i anpassade format [1]. Detta är behov som även framkommit i arbetet med förslaget till strategi för rehabilitering och habilitering, men där har vi inte har formulerat aktiviteter.

Vissa aktiviteter bygger på att ekonomiska medel tillförs. Det har inte ingått i uppdraget till Socialstyrelsen att beräkna kostnader för aktiviteter i handlingsplanen.

---

<sup>1</sup> Uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram förslag till en nationell strategi och handlingsplan för rehabilitering och habilitering. Regeringsbeslut 2025-01-23 S2025/00109 (delvis)

Inom området hjälpmedel i detta förslag avses hjälpmedel för dagliga livet samt hjälpmedel för vård och behandling som används inom rehabilitering och habilitering.

# Rättsliga förutsättningar för rehabilitering och habilitering

Rehabilitering och habilitering utgör en integrerad del av hälso- och sjukvården och omfattas därmed av den lagstiftning som styr hälso- och sjukvården i övrigt.

Prioriteringar i hälso- och sjukvården utgår från den så kallade etiska plattformen vilken kommer till uttryck i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Den består av tre grundläggande principer:

- människovärdesprincipen
- behovs- och solidaritetsprincipen
- kostnadseffektivitetsprincipen.

Utöver prioriteringarna i den etiska plattformen, vars syfte är att säkerställa en hälso- och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen, ska hälso- och sjukvården bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Detta innebär bland annat att vården ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet och kontinuitet samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (5 kap. 1 § HSL).

För dem med stora och varaktiga funktionsnedsättningar ska hälso- och sjukvården särskilt överväga hur man kan bidra till att personen kan delta i samhällslivet och leva som andra (5 kap. 9 § HSL).

Regioner och kommuner ansvarar, inom ramen för sina respektive ansvarsområden, för att erbjuda hälso- och sjukvård, inklusive rehabilitering, habilitering och hjälpmedel (8 kap. 7 § och 12 kap. 5 § HSL).

Ansvarsfördelningen mellan huvudmännen innebär att insatser kan behöva ges av flera aktörer, vilket ställer krav på samordning.

När en patient har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska en samordnad individuell plan upprättas (16 kap. 4 § HSL och 10 kap. 8 § socialtjänstlagen (2025:400)). En fast vårdkontakt ska utses om en patient begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (6 kap. 2 § patientlagen (2014:821)). Av patientlagen (PL) följer att vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten och att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (5 kap. 1 § och 6 kap. 1 § PL). Patienten ska ges möjlighet att delta i sin vård och få individuellt anpassad information, vilket är av särskild betydelse vid långvariga och sammansatta behov av rehabilitering och habilitering.

Bestämmelserna om samordnad individuell plan och fast vårdkontakt utgör centrala verktyg för att säkerställa samordning av insatser när flera huvudmän är involverade.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår vidare att vårdgivaren, oavsett huvudman, ansvarar för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Detta innefattar bland annat att det ska finnas fastställda processer och rutiner, att verksamheten ska följas upp genom egenkontroll samt att risker för vårdskador ska identifieras och hanteras. För verksamheter som bedriver rehabilitering och habilitering innebär detta krav på att insatser planeras, genomförs och följs upp på ett strukturerat och sammanhållet sätt. Detta sker ofta över längre tid och i samverkan mellan flera verksamheter och ibland olika huvudmän. Ledningssystemet ska därmed bidra till att säkerställa kontinuitet, samordning och en vård som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

För vissa personer med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar kan även insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), vara aktuella. LSS syftar till att tillförsäkra den enskilde goda levnadsvillkor och möjliggöra ett självständigt liv. Insatser enligt LSS ges parallellt med hälso- och sjukvård och ställer i praktiken krav på samordning mellan olika huvudmän och verksamheter.

I FN:s *konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*, omfattar i artikel 26 habilitering och rehabilitering.

### **Artikel 26 FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning**

Artikeln handlar om habilitering och rehabilitering. Nedan beskrivs den förkortat och förenklat.

- Staterna ska vidta effektiva och ändamålsenliga åtgärder för att uppnå och vidmakthålla största möjliga oberoende, inkludering och deltagande för personer med funktionsnedsättning
- Staterna ska organisera och förstärka habiliterings och rehabiliteringsstöd exempelvis inom området hälsa.
- Tjänster och program ska påbörjas så tidigt som möjligt och grundas i en tvärvetenskaplig bedömning.
- Stöd till deltagande och inkludering ska vara tillgängligt nära hemorten.
- Utveckling av utbildning för personal inom habiliterings- och rehabiliteringsstöd ska främjas.
- Tillgången till, kännedom om och användning av hjälpmedel ska främjas.

Källa: FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning Ds 2008:23

Detta samlade rättsliga ramverk ger övergripande förutsättningar för hur rehabilitering och habilitering ska erbjudas och samordnas. Det omfattar såväl grundläggande krav i lag som krav på systematiskt kvalitetsarbete och ledning av verksamheten. Samtidigt lämnar regelverket ett betydande utrymme för huvudmännen att organisera och utforma verksamheten utifrån lokala behov och förutsättningar.

Mot denna bakgrund syftar förslaget till nationella strategi att stödja en mer enhetlig och kunskapsbaserad utveckling inom området, inom ramen för gällande rätt. Strategin innebär inte några nya rättsliga skyldigheter för regioner eller kommuner.

## En strategi behövs

För att säkerställa en jämlik och effektiv rehabilitering och habilitering och användning av åtgärden hjälpmedel i landet behövs en nationell strategi med handlingsplan. Därför beslutade regeringen 2025 att ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett förslag till en nationell strategi med handlingsplan inom områdena rehabilitering och habilitering.

I en tidigare rapport analyserade Socialstyrelsen förutsättningarna för att ta fram nationella riktlinjer för områdena. Slutsatsen var att det behövs ett förstärkt nationellt stöd inom områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel, men att det inte är lämpligt att ta fram en nationell riktlinje för områdena gemensamt [2]. I rapporten framkom att rehabilitering och habilitering behöver lyftas och införlivas tydligare i relevanta nationella riktlinjer, kunskapsstöd och andra arbeten på myndigheten. Det beskrivs också att det behövs andra typer av stöd från myndigheten. Rapporten belyste fem temaoområden: Organisation och samverkan, tillgång till kompetens, uppföljning och statistik, konsekvenser av prioriteringar i samband med rehabilitering och habilitering samt kunskap och evidens.

## Internationellt arbete för stärkt rehabilitering och habilitering

Världshälsoorganisationen (WHO) lyfter behovet av att stärka rehabilitering och habilitering inom hälso- och sjukvården [3]. WHO:s initiativ ”Rehabilitation 2030: A call for action” syftar till att stärka rehabiliteringen i länder så att fler personer får sina behov av rehabilitering och habilitering tillgodosedda, att den är av en god kvalitet och att rehabilitering ses som en integrerad del i hela hälso- och sjukvårdssystemet [4].

WHO lyfter i flera sammanhang att rehabilitering inom hälso- och sjukvården både globalt och inom Europeiska unionen behöver stärkas [5]. WHO uppmuntrar även alla länder att genomföra nationell strategisk planering för rehabilitering och habilitering [3].

År 2023 tog WHO fram en resolution för att stärka rehabilitering och habilitering inom hälso- och sjukvården:

**WHO-resolutionen: Stärkt rehabilitering inom hälso-och sjukvården, WHA76.6, 2023, pekar bland annat på:**

- ett ökat behov av rehabilitering inklusive habilitering.
- behoven av rehabilitering, inklusive habilitering, möts inte
- stärkt rehabilitering och habilitering innebär stärkt prioritering, resursallokering samt stärkt forskning inom områdena
- behov av stärkt tillgång till hälsoprofessioner och kompetens
- rehabilitering och habilitering är olika interventioner för att optimera funktionsförmågor för förbättrad hälsa och ökad livskvalitet [6].

Ett ramverk för att stärka rehabilitering inom hälso-och sjukvårdssystem har tagits fram av the European Academy for Rehabilitation Medicine som bygger på WHO:s arbete med att stärka rehabilitering i form av nationella strategier och handlingsplaner [5]. Ramverket för en nationell strategi med handlingsplan för rehabilitering och habilitering bör utgå från ett lands nationella styrning. Det innebär att planer för en nationell strategi ska beröra områden som exempelvis nationell planering, reglering, partnerskap och nätverk, ekonomisk hållbarhet och resurser, vårdmodeller samt uppföljning och statistik. Den bör också innehålla planering för kris-och beredskap [4].

Att arbeta fram en plan för en nationell strategi är ett sätt att stärka rehabiliteringen i ett land [1]. Socialstyrelsen har i tidigare rapport uppmärksammat behovet av ett bredare och nationellt samordnat arbete för att stödja med kunskap, utveckla, integrera och följa upp områdena rehabilitering och habilitering [2].

- ➔ Läs mer i rapporten Nationellt stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Socialstyrelsen, 2023.

## Ökande och förändrade behov

Det är viktigt att framtidens hälso- och sjukvård är redo att möta de ökande och förändrade behoven av rehabilitering och habilitering [7].

Andelen äldre personer ökar och fler personer lever med kroniska sjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdomar, lungsjukdomar och cancer i Sverige [8, 9]. Det är fler barn och unga samt vuxna som överlever svåra sjukdomar och behandlingar som till exempel vid cancer och stroke. Det kan dock leda till kvarstående funktionsnedsättningar [10]. Äldre personer och personer med kroniska sjukdomar har ökad förekomst av olika funktionsnedsättningar [11]. Personer med varaktiga funktionsnedsättningar lever längre än tidigare, till exempel personer med intellektuell funktionsnedsättning och cerebral pares [12].

Grupper i behov av sammanhållen habilitering har förändrats över tid, i och med samhällets förändringar och medicinska utveckling. Under 1980-talet samorganiserades stödet till gruppen barn och unga med rörelsenedsättning samt stödet till gruppen barn och unga med intellektuell funktionsnedsättning, till samordnad barn- och ungdomshabilitering. Senare tillkom stöd till målgrupper med autismspektrumtillstånd. Vuxenhabilitering växte fram på 1990-talet [13].

Andelen personer som skattar att de lever med funktionsnedsättning varierar i olika undersökningar från cirka 10 procent till över 30 procent av befolkningen [14]. Att leva och åldras med funktionsnedsättning kan också leda till ökade svårigheter att delta i samhällslivet exempelvis att delta i arbetsliv, studier och sociala aktiviteter [15]. En dryg fjärdedel av patienter som överlever stroke upplever svårigheter som påverkar deras dagliga aktiviteter [16].

## Behov av rehabilitering och habilitering

Personer med många olika sjukdomstillstånd, diagnoser samt funktionsnedsättningar har behov av rehabilitering eller habilitering inom hälso- och sjukvården. Idag finns ingen samlad information om var olika typer av rehabilitering sker inom hälso- och sjukvården.

### Förekomst av olika tillstånd Sverige\*, några exempel:

\*Data presenteras på olika sätt i tabellen nedan, beroende på att olika referenser har använts.

Tillstånd	Förekomst, insjuknande och orsak till vård.
<b>Artros</b>	Över 630 000 personer lever med artros [17].
<b>Fall och skador från fall</b>	Cirka 69 000 personer vårdades inom slutenvården på grund av fall, varav knappt 19 000 behandlades för lårbensfraktur [18].
<b>Hjärtinfarkt</b>	Cirka 20 300 personer insjuknar i akut hjärtinfarkt under ett år [19].
<b>Långvarig smärta</b>	Av den vuxna befolkningen lever 20–40 % med långvarig smärta [20].
<b>Neurologiska sjukdomar</b>	Över 500 000 personer lever med en neurologisk sjukdom [21]. År 2024 insjuknade 24 000 personer i stroke [22].
<b>Psykisk ohälsa</b>	Andel av listade personer i primärvården som fått diagnos på stressrelaterad ohälsa i primärvården någon gång under de senaste fem åren är cirka 3 – 7 %, Andel av listade befolkning som har fått diagnosen depression någon gång de senaste 5 åren: cirka 4 - 10 %. Från primärvårdsdata [23].
<b>Hörselnedsättningar</b>	Ca 1,3 miljoner personer har lätt-, 495 000 personer har måttlig- och 120 000 personer har en svår/mycket svår hörselnedsättning [24, 25].
<b>Synnedsättningar</b>	Ca 100 000 personer har kontakt med en syncentral, varav ca 10 000 personer är blinda eller har grav synnedsättning [26].

De vanligaste hälsotillstånden i Sverige som skapar behov av rehabilitering och habilitering är: muskuloskeletala besvär (ca 66 %), syn- och hörselnedsättningar (ca 11 %), neurologiska sjukdomar (ca 8 %), hjärt- och kärlsjukdomar (ca 3 %), kroniska lungsjukdomar (ca 6 %), cancer (ca 1,6 %) samt intellektuell funktionsnedsättning, autism samt schizofreni (ca 4 %) (data från 2019) [27].

I den nationella folkhälsoenkäten, 2024, uppgav 14,8 % av de svarande (16 - 84 år) att de upplevde svår värk från rörelseorganen. Cirka 24 % av uppgav någon form av funktionsnedsättning varav: 16 % nedsatt rörelseförmåga, ca 7 % rörelsehinder och cirka 3 % svårt rörelsehinder. Cirka 27 % uppgav att de hade långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga. Ungefär 6 % skattade att de lever med kraftigt nedsatt syn och nästan 12 % att de lever med kraftigt nedsatt hörsel. Andel som uppgav att de hade långvarig sjukdom med nedsatt arbetsförmåga var 27 % [28].

En rapport från 2022 om behoven av rehabilitering i europeiska länder visade på att det är 4,2 miljoner personer i Sverige som har minst ett hälsotillstånd som skulle främjas av rehabilitering [27].

I en uppföljning gällande Sveriges följsamhet till FN-konventionen för personer med funktionsnedsättning, lämnades vissa rekommendationer [29].

Sverige rekommenderas bland annat att utveckla nationella enhetliga riktlinjer för att säkerställa att personer med funktionsnedsättning lätt kan välja och få de mest relevanta och lämpliga habiliterings- och rehabiliteringstjänsterna i enlighet med deras val och preferenser. I syfte att de ska kunna leva ett självständigt liv och ha tillgång till arbetsmarknaden.

## Ojämlig tillgång

Tillgången till rehabilitering och habilitering är ojämlig över landet [2]. Det är beräknat att två av fem invånare i Europa har en sjukdom eller skada som behöver rehabilitering och det behovet möts inte idag [3].

Vid prioriteringar inom hälso- och sjukvården kan det förekomma en undanträngningseffekt så att rehabilitering prioriteras lägre än annan hälso- och sjukvård. Det finns också en risk att olika målgrupper prioriteras olika i olika regioner och kommuner [2]. Resurser för rehabilitering fortsätter att vara otillräckliga inom hälso- och sjukvården trots fler studier som visar på evidens för effektivitet [30]. En svensk studie visade att behov av rehabilitering ett år efter stroke inte var mött och det i sin tur var associerat med ökat vårdberoende, långvarig smärta och depression [31].

## Rehabilitering och habilitering vid kris och krig

Det är viktigt att framtidens hälso- och sjukvård är redo att möta behov under och efter kris- och krigssituationer [3, 6].

Under fredstida krissituationer och höjd beredskap är regioner och kommuner från och med den 1 januari 2026 enbart skyldiga att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa [32]. Förutom vård för livshotande akuta tillstånd, omfattar även skyldigheten vård som ges vid sjukdomar som utan behandling leder till ett varaktigt invalidiserande tillstånd. Vidare bedöms vård av tillstånd som normalt leder till förtida död, vård av svåra kroniska sjukdomar samt vård i livets slutskede utgöra sådan vård som är nödvändig för liv och hälsa [32].

Vid större kriser och krig uppkommer andra rehabiliteringsbehov, men även personer med befintliga funktionsnedsättningar behöver fortsatt rehabiliteringsstöd. WHO uppmanar alla länder att integrera rehabilitering i sin kris- och krigsplanering [6]. Även tillgången till och behoven av hjälpmedel kan både öka och förändras i samband med skador till följd av större kriser och krig. Hälso- och sjukvårdens mer framträdande roll inom krisberedskapen kan medföra större förändringar i behovet av personal [33].

# Rehabilitering och habilitering

## Rehabilitering och habilitering inom hälso-och sjukvården

Patienter i behov av rehabilitering och habilitering finns inom alla vårdnivåer i hälso- och sjukvården så väl i den specialiserade vården som i primärvården (regional och kommunal hälso-och sjukvård).

Hälso- och sjukvården ansvarar för medicinsk rehabilitering, vilket innebär olika åtgärder för att patienten återvinner eller behåller sin funktions- och aktivitetsförmåga. Målet med medicinsk rehabilitering är att skapa goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. Medicinsk rehabilitering är en integrerad del av vård och behandling, ett specialitetsöverskridande kunskapsområde oavsett diagnos, patientgrupp eller ålder.

Alla regioner erbjuder habilitering för barn och unga. För många kvarstår eller ökar behovet av habiliteringsinsatser under hela livet. När det gäller habilitering för vuxna kan omfattning och utbud variera över landet.

Hjälpmiddel är en åtgärd som ingår i rehabilitering och habilitering inom hälso- och sjukvård.

- ➔ Läs mer i rapporten Nationellt stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel
- ➔ Läs mer om området rehabilitering på Kunskapsguiden
- ➔ Läs mer i rapporten Hälso- och sjukvård i hemmet – Kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering

## Sjukskrivning och relaterad rehabilitering

Under 2025 var drygt 610 000 personer sjukskrivna. Psykiatriska diagnoser och diagnoser kopplade till rörelseorganens sjukdomar var de vanligaste orsakerna till sjukskrivning (under 2024). De flesta som är sjukskrivna behöver rehabilitering för att kunna komma tillbaka till arbete eller annan sysselsättning [34].

### **Sjukskrivning och relaterad rehabilitering**

Sjukskrivning är en aktiv åtgärd och ses som en integrerad del av vård, behandling och rehabilitering.

Det är viktigt att det finns ett tydligt syfte med sjukskrivningen som tillsammans med behandling och andra rehabiliterande åtgärder bidrar till att patienten återfår arbetsförmågan.

En sjukskrivning behöver planeras och följas upp.

- ➔ Läs mer Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering (2023).

## **Fokus på funktion och aktivitet**

Rehabilitering är en process som tar sin början direkt efter att en skada, sjukdom eller funktionsnedsättning uppstår eller identifieras.

Rehabiliteringsprocessen utgår från individens upplevda funktions- och aktivitetsbegränsning, behov och intressen. Det innebär ett systematiskt arbetssätt för att utreda och bedöma behov, planera och genomföra insatser samt följa resultat med användning av enhetliga, entydiga begrepp, termer och klassifikationer. Motsvarande gäller även habilitering.

ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) används för att beskriva en persons funktionstillstånd och funktionshinder. ICF kan användas i processen för att beskriva personens funktionstillstånd, mål, behov samt resultat (funktionstillstånd, målpåfyllelse).

Genom rehabiliterande, habiliterande samt förebyggande och hälsofrämjande insatser ökar möjligheten för personer med funktionsnedsättning att delta i samhällslivet vilket minskar risken för ohälsa och ofrivillig ensamhet [2, 35].

## **Personer med funktionsnedsättning**

Personer med varaktig funktionsnedsättning har som grupp ofta ett stort behov av hälso- och sjukvård [36]. Det är vanligare att gruppen har ohälsosamma levnadsvanor och gruppen skattar sin allmänna hälsa sämre än övriga befolkningen [37]. Personer med funktionsnedsättningar kan ha kognitiva- rörelse-, syn- eller hörselnedsättning samt även kombinationer av funktionsnedsättningar.

Habilitering är insatser till en person som har en medfödd, eller tidigt förvärvad varaktig funktionsnedsättning, exempelvis fysisk, intellektuell

eller neuropsykiatrisk. Det kan också vara syn- eller hörselnedsättningar. Habilitering ges till både barn och vuxna från flera verksamheter inom regional och kommunal hälso- och sjukvård. ”Habiliteringen” används även som en benämning på *verksamheter på specialiserad nivå* som bedriver rehabilitering, även kallat barn och ungdomshabilitering respektive vuxenhabilitering [2].

Vilka målgrupper som får stöd av den specialiserade rehabiliteringen varierar över landet. Samtliga verksamheter tar emot personer med intellektuell funktionsnedsättning, rörelsehinder, autism med samtidig intellektuell funktionsnedsättning samt flerfunktionsnedsättning. Det är något ovanligare att gruppen med autism utan samtidig intellektuell funktionsnedsättning samt personer som är döva och dövblinda får stöd från den specialiserade rehabiliteringen [38]. Även uppdrag och omfattning skiljer sig åt mellan olika regioner och den specialiserade rehabiliteringens utbud varierar över landet, inte minst för vuxna. Detta bidrar till otydlighet gällande ansvarsområden för de verksamheter som erbjuder hälso- och sjukvård för vuxna personer med funktionsnedsättning [39].

Trots större behov av hälso- och sjukvård är tillgänglighet till vård, delaktighet och patientsäkerhet sämre än för övriga patienter. Skillnaderna är särskilt tydliga inom vuxensjukvården [39]. Tidiga insatser underlättar för exempelvis barn med sen motorisk utveckling [40].

# Förebyggande och hälsofrämjande arbete inom rehabilitering och habilitering

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården förebygga ohälsa och regioners och kommuners primärvård ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patienternas individuella behov och förutsättningar.<sup>2</sup> Vid val av insatser behöver därför hänsyn tas till både vilken effekt insatsen kan ha på funktions- eller aktivitetsbegränsningen och eventuellt förebyggande effekter.

När det gäller fysisk aktivitet finns de största hälsomässiga vinsterna för personer som ökar sin aktivitet från mycket låg nivå till lite högre. Många av de grupper som har sämst förutsättningar för daglig fysisk aktivitet har tät kontakt med hälso- och sjukvård och/eller omsorg. Det gäller exempelvis delar av befolkningen med långvariga funktionsnedsättningar, bristande funktionsförmåga, nedsatt arbetsförmåga eller återkommande vårdbehov. De täta kontakterna innebär möjligheter för hälso- och sjukvården att stödja hälsofrämjande levnadsvanor och självständighet.<sup>3</sup>

Fall är vanligt bland äldre personer och kan orsaka skador, förlorad självständighet, försämrad livskvalitet och dödsfall. Risken för fall ökar med stigande ålder och under 2022 dog drygt 2000 personer till följd av fall och antal dödsfall till följd av fallolyckor har ökat över tid [41]. Över 70 000 personer skadas varje år så illa att de behöver läggas in på sjukhus och de flesta av dessa är äldre personer [18]. Fallförebyggande arbete kan bidra till att minska lidande och kostnader eftersom de flesta fallolyckor kan förebyggas [42]. Fallpreventiva åtgärder i regioner och kommuner syftar till att minska risken för fall och kan därmed bidra till att äldre behåller sin självständighet, bibehåller aktivitets- och funktionsförmågan längre samt bidrar till en god livskvalitet högre upp i åldrarna.

Under 2022 presenterade WHO globala riktlinjer för fallprevention i syfte att utforma riktlinjer för hälso- och sjukvårdsprofessioner samt övrig vård- och omsorgspersonal. Riktlinjerna innehåller rekommendationer om hur personal kan identifiera och bedöma risken för fall och vilka åtgärder, som kan erbjudas som en del i den personcentrerade vården [43]. Fallpreventiva åtgärder som har effekt kan vara exempelvis fysisk träning, omgivningsanpassning (inklusive hjälpmedel) men det kan också kan bestå av att se över matvanor samt läkemedelsgenomgångar [42].

---

<sup>2</sup> 3 kap. 2 § HSL

<sup>3</sup> SOU 2023:29 Varje rörelse räknas - hur skapar vi ett samhälle som främjar fysisk aktivitet?

Hälso-och sjukvårdens arbete med förebyggande insatser är en del av rehabilitering och av omställningen till god och nära vård.

- ➔ Läs mer Nationella riktlinjer för ohälsosamma levnadsvanor
- ➔ Läs mer Läs mer rapport Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd?

# Hälsoekonomiskt perspektiv på rehabilitering

Rehabilitering är en viktig del av hälso- och sjukvården och för att återställa funktion, främja självständighet och möjliggöra ett aktivt liv efter sjukdom eller skada. För patienten kan rehabilitering bidra till förbättrad livskvalitet, tidigare återgång i arbete och minskat behov av långvarig vård och omsorg. Detta är särskilt betydelsefullt för personer med komplexa tillstånd, som vid till exempel stroke och andra neurologiska sjukdomar. För många patientgrupper kan funktionella förbättringar över tid innebära samhällsekonomiska vinster genom minskade sjukskrivningar, lägre omsorgskostnader och minskat behov av vård från närstående. Genom hälsoekonomiska analyser kan sådana effekter kvantifieras och ställas i relation till kostnaderna för insatserna, vilket ger ett viktigt underlag för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Ett exempel på ett område där hälsoekonomiska forskning har bedrivits är rehabilitering efter stroke, där kostnader och patientutfall systematiskt har jämförts mellan traditionell slutenvårdsbaserad rehabilitering och tidig understödd hemgång. En studie från 2022 visade att hemrehabilitering sannolikt är kostnadseffektiv och erbjuds i de flesta europeiska länder [44]. I en annan studie jämfördes mycket tidig utskrivning med sedvanlig utskrivning [45]. Även om skillnaderna inte uppnådde statistisk signifikans, indikerade resultaten att en förkortad vårdtid kan medföra ekonomiska och miljömässiga vinster på systemnivå samt bidra till en mer hållbar hälso- och sjukvård. Vidare har en studie visat att kostnaderna för hemrehabilitering kan vara signifikant lägre än för slutenvårdsrehabilitering, samtidigt som patientutfallen var likvärdiga medan en annan studie har funnit att kostnaderna är likvärdiga mellan vårdformerna, men att hemrehabilitering medför en viktig systemfördel genom att frigöra slutenvårdsplatser [46, 47].

Många personer som har stort behov av rehabilitering är i arbetsför ålder och är sjukskrivna. Sjuknotan för fysisk ohälsa uppgår till 52,7 miljarder kronor [48]. De största posterna inom denna kategori är cancersjukdomar samt hjärt- och kärlsjukdomar. För dessa diagnosgrupper har sjuknotan fortsatt att öka över tid. Psykisk ohälsa står för i genomsnitt 48 procent av alla längre sjukskrivningar i Sverige och är den enskilt största orsaken till att sjuknotan fortsätter öka. Sjuknotan för sjukskrivningar kopplade till psykisk ohälsa uppgick år 2025 till 49,3 miljarder kronor – en real ökning med 6,2 miljarder kronor jämfört med året innan [48].

Det finns hälsoekonomiska studier som visar på att det går att minska kostnader i regioner och kommuner genom att satsa på förebyggande insatser exempelvis inom fallprevention. Samhällets kostnader för fall är

uppskattningsvis 16,8 miljarder kronor, varav uppskattade direkt kostnader för regioner och kommuner år 2020 var 11,3 miljarder kronor [42].

Sammanfattningsvis finns det ett flertal sjukdomsområden där hälsoekonomiska analyser av rehabilitering kan bidra till att tydliggöra värdet av dessa insatser. Sådan kunskap kan ge beslutsfattare inom såväl regioner som kommuner ett mer robust underlag för prioriteringar, med målet att allokera resurser till åtgärder som genererar där störst nytta.

➔ Läs mer Rapport Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd?

# Patientsäker vård

Att vården är säker är grundläggande i kvalitetsarbetet inom hälso- och sjukvården. Patientsäkerhet är en del av begreppet god vård.<sup>4</sup>

Patientsäkerhetslagen syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet.<sup>5</sup> I lagen avses med patientsäkerhet skydd mot vårdskada.<sup>6</sup> Att identifiera och mäta skador och vårdskador är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet. Men lika viktigt är att stärka det skadeförebyggande arbetet och att minimera riskerna. Syftet med att arbeta riskmedvetet är att vårdskador aldrig ska inträffa.

Risk för vårdskador finns i all hälso- och sjukvård, vilket inkluderar områdena rehabilitering och habilitering. Hjälpmiddel, medicinteknik, kommunikation och informationsöverföring samt samverkan är exempel på riskområden inom rehabilitering och habilitering.<sup>6</sup>

- ➔ Läs mer på Socialstyrelsens webbplats Samlat stöd för patientsäkerhet
- ➔ Läs mer i rapporten Agera för säker vård, Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025–2030:

---

<sup>4</sup> 5 kap. 1§ HSL

<sup>5</sup> 1 kap. 1 § Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL

<sup>6</sup> 1 kap. 5–6 §§ PSL

# Kompetensförsörjning

Det saknas legitimerad personal inom många av hälso- och sjukvårdens verksamheter i landet. Kompetensförsörjningen är ett viktigt område att arbeta vidare med inom hälso- och sjukvården.

## Hälso-och sjukvårdspersonal

**Antal yrkesverksam legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med legitimation i länen och per 100 000 invånare/län, alla vårdnivåer, november 2024, kvinnor och män:**

Profession	Lägst antal	Riket genomsnitt	Högst antal
<b>Arbetsterapeut</b>	60 (Uppsala)	92	151 (Östergötland, Västerbotten)
<b>Audionom</b>	4 (Västernorrland)	11	19 (Örebro)
<b>Dietist</b>	10,5 (Jönköping, Kalmar, Norrbotten)	15	24 (Uppsala)
<b>Fysioterapeut/ Sjukgymnast</b>	101 (Kronoberg)	135	193 (Jämtland)
<b>Hälso- och sjukvårdskurator</b>	16 (Kronoberg)	29	48 (Örebro)
<b>Logoped</b>	11 (Kalmar, Värmland)	21	33 (Gotland)
<b>Kiropraktor</b>	2,5 (Norrbotten, Kronoberg)	6	11 (Stockholm)
<b>Naprapat</b>	0 (Östergötland)	10	21 (Skåne)
<b>Ortopedingenjör</b>	<2 (Gotland, Blekinge, Uppsala)	2,5	9 (Jönköping)
<b>Psykologer</b>	38 (Blekinge)	84	119 (Uppsala)

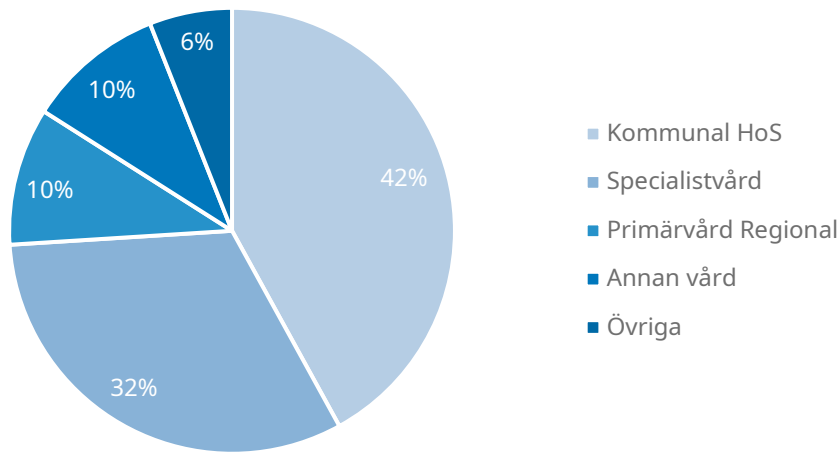
Källa: Tillgång på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal – Sammanställning och analys av tillgången på den legitimerade personalen 2024 – Nationella planeringsstödet 2025 – Delrapport 2, 2025-3-9474, Socialstyrelsen, bilaga 1. Förteckningen över legitimerade omsorgs- och vårdirkesgruppers arbetsmarknadsstatus (LOVA), Socialstyrelsen. Kommentar: Datan har ingen uppdelning av vilka som arbetar inom rehabilitering eller habilitering, samlade data för alla läkare och sjuksköterskor har därför inte tagits med.

Det finns cirka 153 specialistläkare inom rehabiliteringsmedicin sysselsatta inom hälso-och sjukvården. Det motsvarar i genomsnitt cirka 2 specialistläkare inom rehabiliteringsmedicin per 100 000 invånare i varje sjukvårdsregionsområde [49]. Det saknas nationella data om antalet läkare inom habiliteringsmedicin.

Nedanstående data gällande arbetsområden (från 2021) för professionerna arbetsterapeuter och fysioterapeuter visar följande [50, 51]:

### Arbetsterapeuter, sysselsatta inom hälso-och sjukvården - fördelning arbetsområden

Ca 9 370 sysselsatta

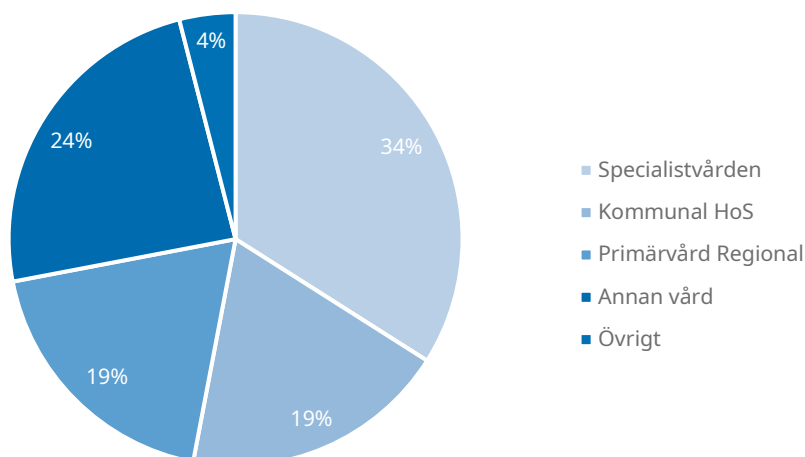


Källa: Förteckningen över legitimerade omsorgs- och vårdyrkesgruppers arbetsmarknadsstatus (LOVA), 2021, Socialstyrelsen.

Bland sysselsatta arbetsterapeuter inom hälso- och sjukvården arbetade 82 procent i yrkesrollen arbetsterapeut. (data från 2021 års LOVA).

## Fysioterapeuter, sysselsatta inom hälso-och sjukvården – fördelning arbetsområden

Ca 16 800 sysselsatta



Källa: Förteckningen över legitimerade omsorgs- och vårddyrkesgruppers arbetsmarknadsstatus (LOVA), 2021, Socialstyrelsen.

Av samtliga 16 800 sysselsatta legitimerade fysioterapeuter 2021 arbetade drygt 12 350 (74 procent) i yrkesrollen fysioterapeut/sjukgymnast.

Inom specialiserad rehabilitering finns oftast arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped, psykolog och socionom eller hälso- och sjukvårdskurator i alla verksamheter. Specialpedagog, dietist och sjuksköterska finns inom de flesta barn- och ungdomshabiliteringar och inom cirka hälften av vuxenhabiliteringarna. Tillgången till läkare varierar. Ungefär i hälften av regionerna finns läkare anställda på barn- och ungdomshabiliteringen. Motsvarande andel inom vuxenhabilitering är cirka en tredjedel. I övriga regioner är läkarna anställda i en annan verksamhet. Här finns både lösningar där läkaren träffar patienterna kliniskt eller enbart finns tillgängliga för personalen [38].

## Ojämlig tillgång till personal

Under perioden 2017–2021 hade antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare minskat bland både arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Antalet vakanta tjänster i förhållande till antalet tillsvidareanställda var för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och psykologer högst i landsbygdskommuner [33].

Kartläggning av tillgången på legitimerad personal visar att inte alla väljer att arbeta i sin yrkesroll vilket får konsekvenser för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. För att kunna rekrytera och behålla personal behöver arbetsgivarna satsa på förbättrad arbetsmiljö och skapa hållbara förutsättningar för personalen [2, 50].

## Rekrytera och behålla personal

Nationella vårdkompetensrådet har tagit fram en nationell handlingsplan för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Handlingsplanen innehåller mål formulerade för att förbättra arbetsmiljön och ge hållbara förutsättningar för personal inom hälso- och sjukvården. Det rör sig bland annat om att skapa förutsättningar för ett systematiskt arbetsmiljöarbete, att säkerställa tid och resurser för systematisk och kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling och att ta tillvara seniora medarbetares kompetens. Att ha tillräckligt med personal, stöttande ledarskap, kollegialt stöd, lön för kompetens samt tillgång till strukturerad kompetensutveckling skapar möjligheter för att personal väljer att stanna [34].

Det är viktigt att arbeta med en kompetensförsörjning som kan möta framtida behov av rehabilitering och habilitering utifrån förändrad demografi samt övriga förändringar. Att det finns tillgång till personal på alla vårdnivåer möjliggör teamsamverkan och ett helhetsperspektiv på patientens behov. Möjligheten att arbeta förebyggande och hälsofrämjande är också attraktivt ur rekryteringssynpunkt [2, 50, 52, 53].

Utredningen SOU 2025:63. *Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens – utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov*, visar på behov av vidareutbildade arbetsterapeuter, audionomer, dietister och fysioterapeuter. Underlagen visade på att författningsreglerad vidareutbildning skulle kunna göra det lättare med kompetens- och karriärutvecklingsmodeller och det kan göra att det blir känt för alla vad som ingår och vilken kompetens som förvärvas.<sup>7</sup>

Genom god kompetensutveckling och fortbildning kan framtida behov mötas och patienterna få tillgång till rehabilitering och habilitering som är evidensbaserad, patientsäker, effektiv och av hög kvalitet [2, 50, 54].

---

<sup>7</sup> SOU 2025:63 Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens – utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov

# Samverkan, samordning och organisation

Av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, framgår att vården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård.<sup>8</sup> Detta innefattar bland annat att vården ska vara av god kvalitet samt tillgodose patientens behov av trygghet och kontinuitet. När en patient har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska en samordnad individuell plan upprättas.<sup>9</sup>

Det finns olika lokala avtal, överenskommelser och ansvarsfördelning mellan huvudmännen i olika regioner vilket kan medföra att samverkan kring patienterna kan försvåras. Det är svårt att följa patienternas rehabilitering och habilitering vid övergångar mellan vårdnivåer.

I lägesrapporten *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning 2025* framkom att i omkring två tredjedelar av landets kommuner saknas samverkansöverenskommelser mellan kommunala LSS-verksamheter och regionens habilitering respektive psykiatri. En fungerande samverkan med dessa verksamheter är i sin tur många gånger en förutsättning för att de enskildas behov ska kunna tillgodoses [36].

Övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård är ofta svår för personer med funktionsnedsättning. Lite mer än två tredjedelar av regionerna uppger att rutinen för övergång från barnhabilitering till vuxenhabilitering fungerar tillräckligt bra för patienterna. Flertalet regioner saknar övergripande riktlinjer och rutiner för hur övergång från barnsjukvård till vuxensjukvård ska gå till för personer med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar. Den vanligaste mottagaren för överrapportering är den regionala primärvården, men även psykiatri, neurologi och kommunal hälso- och sjukvård är vanliga mottagare [38].

## En del av omställningen till god och nära vård

Rehabilitering och habilitering är en integrerad del av hälso- och sjukvården och därmed också av omställningen mot en god och nära vård. I omställningen till god och nära vård är samverkan mellan olika aktörer central. Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör

---

<sup>8</sup> 5 kap. 1 § HSL

<sup>9</sup> 16 kap. 4 § HSL och 10 kap. 8 § SoL

primärvård, särskilt samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården.<sup>10</sup>

### **Omställningen till god och nära vård**

Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska uppnås.

Läs mer på [socialstyrelsen.se](http://socialstyrelsen.se)

## Samverkan mellan vårdnivåer

Det kan vara svårt att följa patienternas rehabilitering, habilitering samt åtgärden hjälpmedel vid övergångar mellan vårdnivåer. Det är också svårt att veta vilka åtgärder som utförs på olika vårdnivåer eller av olika huvudmän. Olika avtal, ansvarsfördelning samt informatik, exempelvis olika journalsystem försvårar samverkan, informationsöverföring och kommunikation. Informationsöverföring ska ske till berörda enheter när en patient som skrivs ut från sjukhus behöver vidare åtgärder från hälso- och sjukvården och socialtjänst.<sup>11</sup>

En samordnad individuell plan (SIP) är ett centralt verktyg för att säkerställa samordning av insatser när flera huvudmän är involverade.<sup>12</sup> Av planen ska framgå vilka insatser respektive huvudman svarar för, vilka insatser som någon annan än regionen eller kommunen vidtar samt vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen [55].

En individuell plan för habilitering och rehabilitering syftar till att samordna de habiliterings- eller rehabiliteringsinsatser som en patient behöver.<sup>13</sup> Kommunikation och samordning kring patientens rehabilitering kan underlättas genom att använda stödet *Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet* [2, 56].

---

<sup>10</sup> 13a kap. 1 § 5 pt. HSL

<sup>11</sup> 3 kap. 2 § Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

<sup>12</sup> 16 kap. 4 § HSL och 10 kap. 8 § SoL

<sup>13</sup> 8 kap. 7 § och 12 kap. 5 § HSL

### **En generisk modell för rehabilitering**

En generisk modell för rehabilitering togs fram 2021 av Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.

Den generiska modellen för rehabilitering beskriver en generisk process och genom att använda den kan hälso- och sjukvårdens olika verksamheter skapa förutsättningar för en jämlik och kunskapsbaserad rehabilitering med ett personcentrerat arbetssätt.

# Evidensbaserad rehabilitering och habilitering

Behandlings- och rehabiliteringsinsatserna ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, den bästa tillgängliga kunskapen. Det är viktigt att en bedömning av patientens behov av medicinska behandlings- och rehabiliteringsinsatser görs. Insatserna anpassas efter patientens behov, diagnos och sjukdomstillstånd [57]. Bedömning, behandling och samt åtgärder inom rehabilitering och habilitering utgår från regler och riktlinjer samt vårdprogram, vårdförlopp och kunskapsstöd. Rehabiliterande insatser finns med i några av Socialstyrelsens nationella riktlinjer, exempelvis i *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar* och *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård*.

## **Nationella riktlinjer, vårdprogram och kunskapsstöd Socialstyrelsens webbsida för kunskapsstöd och regler**

- Läs mer: Socialstyrelsens webbsida för Nationella riktlinjer
- Läs mer: 1177 för vårdpersonal, Nationellt system för kunskapsstyrning
- Läs mer: Kunskapsguiden: område rehabilitering och tema funktionshinder och habilitering

## Lågvärdevård

Det globala initiativet med kloka kliniska val (engelska *Choosing Wisely*), innefattar bland annat utmönstring av vårdåtgärder som inte ger patientnytta [58]. Socialstyrelsen stöttar hälso- och sjukvården i arbetet med att minska lågvärdevård [59]. Det finns vissa länder som har tagit fram motsvarande råd om lågvärdevård kopplade till insatser inom bland annat fysioterapi [60].

- Läs mer i rapporten Utmönstring av vård som saknar patientnytta – Slutredovisning S2024/01266, Socialstyrelsen.

# Kontinuerlig regional och nationell uppföljning och utvärdering

Uppföljning och statistik är viktigt för att följa vårdens utveckling och utvärdera effekter av rehabilitering samt habilitering. I dagsläget är det inte möjligt att genomföra jämförelser på nationell nivå till följd av bland annat bristfällig statistik.

## Klassifikation och kodning inom rehabilitering, habilitering och hjälpmedel

Strukturerad användning av klassifikationer och kodning inom rehabilitering och habilitering ska bidra till att beskriva dess innehåll på ett enhetligt sätt, oavsett huvudman eller vårdnivå. Data kan sedan användas för informationsöverföring, statistisk uppföljning och för regionala jämförelser [2].

### **Kort om olika typer av klassifikationer**

**ICF** - Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Används för att beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. ICF kan användas i rehabiliteringsprocessen för att beskriva en persons funktionsstillstånd, mål, behov samt resultat.

**ICD** - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Används för klassificering och statistisk beskrivning av sjukdomar och andra hälsoproblem.

**KVÅ** – Klassifikation av vårdåtgärder. Används för att koda vårdåtgärder. Det finns separata KVÅ-koder för alla tre områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.

Klassifikationer används av hälso- och sjukvården både för enhetlig dokumentation och för rapportering till register och databaser.

Socialstyrelsens patientregister innehåller diagnoser kodade enligt ICD och åtgärder kodade enligt KVÅ, från slutna specialiserad vård och läkarinsatser i öppen specialiserad vård. I SOU 2024:57 *Regelverket för hälsodataregister* föreslås att hälsodata från primärvården ska samlas in till patientregistret hos

Socialstyrelsen. Socialstyrelsen arbetar med att förbereda för utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården [61]. Den utökade insamlingen omfattar uppgifter från öppenvården.

I registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård, finns uppgifter om vårdåtgärder som har utförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med kommunen som vårdgivare [62].

Socialstyrelsens kartläggning visar att det finns generellt få indikatorer och uppföljningar på nationell nivå inom rehabilitering och habilitering både inom Norden och i EU [2].

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer finns indikatorer kopplade till rehabilitering och habilitering inom vissa områden [2].

Som en del i regeringens pågående långsiktiga arbete med att ta fram en nationell digital infrastruktur, kommer E-hälsomyndigheten från 1 juni 2026 att ansvara för att skapa och tillhandahålla terminologier, klassifikationer och en ändamålsenlig informationsstruktur inom hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS [63, 64].

# Hjälpmedel

Hjälpmedel som förskrivs inom hälso- och sjukvården syftar till att möjliggöra aktivitet, delaktighet och självständighet. Hjälpmedelsförskrivning är en del av insatserna inom habilitering och rehabilitering [65].

## **Hjälpmedel för det dagliga livet och hjälpmedel för vård och behandling:**

Med *hjälpmedel för det dagliga livet* avses individuellt utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning.

*Hjälpmedel för vård och behandling* definieras som förskriven medicinteknisk produkt som syftar till att kontrollera, bibehålla eller förbättra ett medicinskt tillstånd och som är avsedd att kunna användas utan hälso- och sjukvårdsutbildning.

Hjälpmedel för vård och behandling har ett angivet medicinskt syfte och är alltid en medicinteknisk produkt. Hjälpmedel för det dagliga livet kan vara både medicintekniska produkter och konsumentprodukter.

Förskrivning av hjälpmedel beskrivs i Socialstyrelsens termbank som en åtgärd för att förse en person med hjälpmedel.

- ➔ Läs mer på [Kunskapsguiden.se](https://kunskapsguiden.se) tema Hjälpmedel samt [Patientsakerhet.socialstyrelsen.se](https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se) område Medicinteknik - Patientsakerhet

Hjälpmedel är viktiga för människor med funktionsnedsättningar, oavsett ålder. I takt med högre ålder ökar dock generellt behovet av hjälpmedel för att få vardagen att fungera.<sup>14</sup> Behoven kan vara tillfälliga eller livslånga. Genom att bibehålla och förbättra förmågor gör tillgången till hjälpmedel det möjligt att klara sig själv i större uträkning utan omfattande stöd och hjälp och att personen kan vara delaktig i samhällslivet. Om man till exempel får hjälp med hörselhjälpmedel eller hjälpmedel för förflyttning utomhus så minskar risken för isolering och indirekt påverkas ofrivillig ensamhet, psykisk ohälsa och risk att utveckla demenssjukdom. Hjälpmedel kan alltså även spela en viktig roll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Proposition 2025/26:19 Nästa steg för en god och säker vård, s. 34

## En spretig styrning i området hjälpmedel inom hälso- och sjukvården

Skyldigheten att erbjuda hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning hjälpmedel är sjukvårdshuvudmännens.<sup>15</sup> Möjligheten att få hjälpmedel varierar och beslut i fråga om hjälpmedel kan inte överklagas [66]. Regionen får träffa överenskommelse med en kommun inom regionen, om att kommunen ska ha ansvar för hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.<sup>16</sup>

Inköp av hjälpmedel ska upphandlas enligt Lag (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU). Vilka specifika produkter som en sjukvårdshuvudman erbjuder inom olika produktgrupper beror bland annat på vilka upphandlingar som gjorts och kan förändras över tid.

Riktlinjer och rutiner som är lokala kallas exempelvis forskrivningsanvisningar, principer och handböcker för forskrivning. Ett exempel där lokala riktlinjer och rutiner skiljer sig åt är när en person behöver konsumentprodukter som hjälpmedel. Vård och omsorgsanalys har kartlagt forskrivningen av konsumentprodukter som hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning ur ett patient-, brukar- och samhällsperspektiv och föreslagit att en normerande funktion på området fullgörs av någon lämplig aktör genom nationell kunskapsstyrning [67].

Före 2013 var det framför allt Hjälpmedelsinstitutet (HI) som hade en nationell och samordnande roll på hjälpmedelsområdet. **Fel! Bokmärket är inte definierat.** Numera har flera myndigheter ansvar för olika delar inom området. Socialstyrelsen arbetar för en jämlik hjälpmedelsförsörjning genom att bland annat tillhandahålla kunskapsstöd, utbildning om forskrivningsprocessen samt genom att följa upp och utvärdera hjälpmedelsområdet på nationell nivå [68]. Myndigheten för delaktighet (MFD) ska främja ett systematiskt och effektivt genomförande av funktionshinderspolitiken i samhället. Detta genom att samordna, följa upp, samla in och analysera insatser inom funktionshinderspolitiken från statliga myndigheter, kommuner, regioner och andra aktörer. MFD har även ansvaret för ledarhundar, som ses som ett förflyttningshjälpmedel.<sup>17</sup>

Fler andra statliga myndigheter har också ansvar som på olika sätt berör området så som exempelvis Läkeemedelsverket, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Myndigheten för vård-och omsorgsanalys, E-

---

<sup>15</sup> 8 kap. 7 § och 12 kap. 5 § HSL

<sup>16</sup> 14 kap. 3 § HSL

<sup>17</sup> Förordning (2024:78) med instruktion för Myndigheten för delaktighet samt Lag (2023:692) om dispositionsrätt till ledarhund

hälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (FORTE), Vinnova, Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM), Post- och telestyrelsen (PTS) och Upphandlingsmyndigheten. I nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård hanteras hjälpmedelsfrågor i den nationella samverkansgruppen läkemedel och medicinteknik.

MFD har identifierat en generell efterfrågan på tydligare nationell styrning och samlad kunskap för hjälpmedelsområdet, både från förskrivare, hjälpmedelsanvändare, funktionshindersorganisationer och innovationsaktörer. Myndigheten lämnade 2024 en rekommendation till regeringen att ge lämplig aktör i uppdrag att utreda förutsättningar för att inrätta ett nationellt kunskapscenter för hjälpmedel [69].

## Fritidshjälpmedel för vardagligt bruk

Fritidshjälpmedel förskrivs sällan inom hälso- och sjukvården. Personer får i stället själva köpa fritidshjälpmedlet, vilket ställer krav på den enskildes ekonomi samt möjlighet att på egen hand hitta lämplig produkt, lära sig använda hjälpmedlet och sköta service och underhåll. Slutsatsen som MFD gör är att den enskildes privatekonomi och kunskap påverkar tillgången mer än behovet av fritidshjälpmedel [70].

Fritidsbanken är en ideell förening som lånar ut utrustning för fritidsaktiviteter. Numera finns även fritidshjälpmedel och parasportutrustning att låna i varierande omfattning. Både FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och barnkonventionen framhåller rätten att få delta i fritidsaktiviteter.

Tidigare utredningar har skrivit om utmaningarna kring fritidshjälpmedel [66, 70]. Exempel på hjälpmedel som beskrivs för att skapa förutsättningar för ökad fysisk aktivitet är rollator för utomhusbruk och hjälpmedel för att regelbundet motionera och utöva träning. Hjälpmedel som inte är till för vardagligt bruk beskrivs som sådant som används vid aktiviteter som utövas vid enstaka tillfällen eller för att utföra fritidssysselsättning utanför hemmet och närmiljön (som att åka skidor på annan ort). Vidare beskrivs hur gränsdragningar mellan hjälpmedel för vardagliga fritidssysselsättningar och hjälpmedel som inte faller inom hälso- och sjukvårdens ansvar skulle kunna se ut [66].

## Arbetshjälpmedel

När det gäller hjälpmedel i arbetslivet påverkas hjälpmedelsanvändaren av regler från såväl Försäkringskassan alternativt Arbetsförmedlingen, som riktlinjer hos den aktuella sjukvårdshuvudmannen. Arbetsgivaren ansvarar

för att arbetsmiljön är god och för arbetsanpassning vid behov.<sup>18</sup> Hjälpmedel har utvecklats de senaste decennierna och kan numera ofta vara till nytta både i privatlivet och i arbetslivet. Ett hjälpmedel kan tillgodose flera behov och det framstår som rimligt för patienterna att själva kunna bestämma när och var hjälpmedel används. Olika ansvar och gränsdragningar försvårar helhetsperspektivet på människan med sitt funktionshinder. Det skapar behov av bedömningar hos olika offentliga instanser och skapar organisatoriska mellanrum.

Såväl Riksrevisionen som Inspektionen för socialförsäkringar har tittat på utmaningarna med arbetshjälpmedel. Riksrevisionen konstaterar att de särskilda insatserna Arbetsförmedlingen ger och som ska kompensera för nedsättningen i arbetsförmåga används i begränsad utsträckning, och avsatta medel nyttjas inte fullt ut [71]. Inspektionen för socialförsäkringar konstaterar att regelverket för Försäkringskassans arbete behöver ses över och att den inte ger tillräckligt stöd i handläggningen. Personer hamnar i ett glapp mellan vad hälso- och sjukvården förskriver och vad Försäkringskassan beviljar bidrag för [72].

För skolhjälpmedel finns liknande utmaningar med flera ansvariga huvudmän [1].

## Avgifter

I hjälpmedelsutredningen *På Lika villkor* från år 2017 gjordes en kartläggning av avgifter, där även grunderna för avgiftsättning tas upp samt den ekonomiska situationen för olika målgrupper. Utredningen lämnar överväganden och förslag på området.

Exempelvis föreslogs en förändring i HSL där det uttryckligen skulle framgå att skäliga avgifter för hjälpmedel och för besök i samband med förskrivning får tas ut från personer mellan 18 och 85 år, med undantag för personer som tillhör någon av personkretsarna i LSS. Dessutom föreslogs att besöksavgifter ska ingå i högkostnadsskydd.

I begreppet *Avgifter* inkluderade utredningen:

- besöksavgifter, i samband med bedömning, förskrivning och utprovning och uppföljning,
- hjälpmedelsavgifter, kostnader för själva hjälpmedlet,
- serviceavgifter, kostnader för reparation och service.

---

<sup>18</sup> 3 kap. 3§ Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:2) om planering och organisering av arbetsmiljöarbete – grundläggande skyldigheter för dig med arbetsgivaransvar

Numera är begreppet *egenavgift* vanligt förekommande, för avgifter en person själv betalar i ur egen ficka.

Beroende på om det är regionen eller kommunen som tar ut avgiften för hjälpmedelsförskrivningen och hjälpmedlet, kan respektive huvudmans högkostnadsskydd träda in. Om en person har hjälpmedel från både regionen och kommunen blir det dubbla kostnader. Regioners högkostnadsskydd adderas till kostnader för exempelvis besök på vårdcentralen. Kommuners högkostnadsskydd adderas till andra kostnader till kommunen så som kostnader för hälso- och sjukvård i hemmet, hemtjänst eller särskilt boende.

Socialstyrelsen samlar in uppgifter om avgifterna. Senaste tillfället var 2025 [73]. Insamlingen av uppgifter gäller avgiftsnivåer, avgiftens art (engångs-, abonnemangsavgift eller korttidshyra) och om högkostnadsskydd tillämpas, samt eventuella reparationskostnader.

WHO framhåller vikten av att alla människors ska få möjlighet att få bra hälso- och sjukvård utan att få ekonomiska svårigheter att betala för tjänsterna [3].

Sedan 2017 har ingen nationell reglering som påverkat avgifterna förändrats.

- ➔ Läs mer: [Kuskapsguiden.se/hjalpmedel](https://kuskapsguiden.se/hjalpmedel)
- ➔ Läs mer: Förskrivning av hjälpmedel – Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning. Socialstyrelsen 2021
- ➔ Läs mer: Statistik om hjälpmedel 2024 och kostnader 2025, Socialstyrelsen. 2025

# Patientens delaktighet och samverkan med civilsamhället

## Patientens delaktighet, anhöriga/närstående

Det är viktigt att göra patienten delaktig i sin egen rehabilitering genom att ta tillvara patientens resurser och stötta det egna ansvaret. I patientlagen framgår att patientens integritet, självbestämmande och delaktighet ska främjas.<sup>19</sup>

En förutsättning för att patienten ska kunna ta eget ansvar och påverka sin rehabilitering är att patienten kan ta till sig, förstå och använda hälsorelaterad information, det vill säga har en viss nivå av hälsolitteracitet. Ju mer komplex världen blir, och ju fler informationskällor man har, desto viktigare är det att kunna ta till sig och förstå viktig information om den egna hälsan [74]. Att till exempel delta i patientutbildningar eller söka information på 1177.se kan vara saker en person gör på egen hand.

Olika aktiviteter en person gör på egen hand kan ha rehabiliterande effekter, och utgöra komplement till den rehabilitering som hälso- och sjukvården erbjuder. Även umgänget med vänner, fritidsintressen, hälsosamma levnadsvanor, arbete, resor, natur och kultur kan vara värdefullt för många och ha rehabiliterande effekt [75].

Närstående har ofta en viktig roll och kan ses som en resurs i rehabiliteringen. De kan tidigt uppmärksamma behov av stöd, ge känslomässig trygghet och hjälpa patienten att hantera en förändrad vardag. När närstående är delaktiga ökar ofta möjligheten för patienten att återgå till ett så normalt liv som möjligt.

➔ Läs mer: Om stöd till anhöriga – Kunskapsguiden.se

---

<sup>19</sup> 1 kap. 1 § och 5 kap. 1 § PL

## Samverkan med civilsamhället

### **Civilsamhället**

Det civila samhället har av riksdagen definierats som "en arena, skild från staten, marknaden och det enskilda hushållet, där människor, grupper och organisationer agerar tillsammans för gemensamma intressen"

Källa: Palett för ett stärkt civilsamhälle SOU 2016:13

Patienternas och närståendes erfarenheter, kunskaper och idéer är värdefulla bidrag när vården utformas på organisations- och systemnivå.

Tillvägagångssätten för att ta reda på dessa perspektiv kan se olika ut. Patient- och brukarorganisationerna är viktiga aktörer från civilsamhället. De har kunskap om målgruppens behov och förutsättningar och är en delvis utnyttjad resurs [55], se bilaga 4 Samråd med NOD i Metodbeskrivningen.

Genom att involvera patient-och brukarorganisationer i planering och utformandet av vården kan nya perspektiv tillvaratas om hur behoven av rehabilitering och habilitering bäst kan mötas [4]. Civilsamhället spelar en viktig roll i att komplettera det offentliga genom att erbjuda nätverk, förebilder och lågtröskelaktiviteter. Samverkan mellan hälso-och sjukvård, skola och civilsamhälle behövs, liksom en tydlig rollfördelning och en inkluderande process där civilsamhällets kunskap tas tillvara tidigt och systematiskt, se bilaga 4 Samråd med NOD i Metodbeskrivningen.

För personer med varaktig funktionsnedsättning kan en aktiv fritid och deltagande i organiserad idrott/parasport vara ett viktigt komplement till den rehabilitering som hälso- och sjukvården erbjuder. Parasport är idrott för personer med rörelsenedsättning, synnedsättning eller intellektuell funktionsnedsättning och erbjuder en möjlighet till aktiv fritid [76].

## Andra aktörer och perspektiv

Ur ett personcentrerat perspektiv är rehabilitering mycket mer än det som hälso- och sjukvården erbjuder.

Arbetsgivaren ansvarar för *arbetsplatsinriktad* rehabilitering.

Arbetsförmedlingen ansvarar för *arbetslivsinriktad* rehabilitering för individer med behov som är arbets sökande eller riskerar att bli arbetslösa.

Försäkringskassan ska vid behov samordna rehabiliteringsinsatser från hälso- och sjukvården och arbetsgivaren [77].

Socialtjänsten ska erbjuda insatser till den som behöver stöd eller vård för att komma ifrån ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.<sup>20</sup> Det kallas också ibland för rehabilitering eller *social* rehabilitering.

Insatser som ges inom socialtjänsten ska bland annat främja enskildas jämlika och jämställda levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet.<sup>21</sup> Socialtjänsten ska arbeta förebyggande och vara tillgänglig.<sup>22</sup> Socialtjänsten ska även inriktas på att utveckla enskildas och grupperns egna resurser och samtidigt beakta den enskildes ansvar för sin och andras sociala situation.<sup>23</sup> Genom att ha ett hälsofrämjande förhållningssätt och rehabiliterande arbetssätt kan personal på särskilda boenden och i hemtjänsten fungera som ett stöd för personer som rehabiliteras [55].

- ➔ Läs mer Bilaga samråd med NOD
- ➔ Läs mer Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering - Nationellt kunskapsstöd
- ➔ Läs mer Kunskapsstöd Hälso- och sjukvård i hemmet – kunskapsstöd för vård och rehabilitering
- ➔ Läs mer Kunskapsguiden.se/rehabilitering

---

<sup>20</sup> 13 kap. 10 § SoL

<sup>21</sup> 2 kap. 1 § SoL

<sup>22</sup> 2 kap. 4 § SoL

<sup>23</sup> 2 kap. 2 § SoL

## Referenser

1. När delaktighet blir verklighet – förslag till nationell handlingsplan för funktionshinderspolitiken 2026–2031. Stockholm: Myndigheten för delaktighet; 2025.
2. Nationellt stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel – förutsättningar för nationella riktlinjer för områdena rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
3. Rehabilitation in health systems Geneva: World Health Organization (WHO); 2017.
4. Skempes D, Kiekens C, Malmivaara A, Michail X, Bickenbach J, Stucki G. Supporting government policies to embed and expand rehabilitation in health systems in Europe: A framework for action. Health Policy. 2022; 126(3):158–72.
5. Rehabilitation 2030: a call for action. Meeting Report. Executive Boardroom, WHO Headquarters: World Health Organization (WHO); 6–7 February 2017
6. Strengthening rehabilitation in health systems Seventy-sixth World Health Assembly, Agenda item 13.4. World Health Organization (WHO); 2023.
7. Cieza A, Kwamie A, Magaqa Q, Paichadze N, Sabariego C, Blanchet K, et al. Framing rehabilitation through health policy and systems research – priorities for strengthening rehabilitation. Health Res Policy Syst. 2022; 20(1):101.
8. Ageing and health. Genève: World Health Organization (WHO). 2021. Hämtad 2025-01-11 från: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>
9. Sveriges framtida befolkning 2021-2070. Rapport 2021:1. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2021.
10. L'Hotta AJ, Randolph SB, Reader B, Lipsey K, King AA. Clinical practice guideline and expert consensus recommendations for rehabilitation among children with cancer: A systematic review. CA Cancer J Clin. 2023; 73(5):524–45.
11. Äldrecentrum. Äldre i centrum – Aktuell forskning om äldre och åldrandet. Hämtad 2025-01-11 från: <https://aldreicentrum.se/>
12. Habilitering och hälsa. Region Stockholm. Åldrande med och utan funktionsnedsättningar. Hämtad 2025-01-11 från: <https://www.habilitering.se/kunskap-och-stod/podden-funka-olika/om-att-aldras/>.
13. Nationellt kompetenscentrum anhöriga. Habilitering och samverkan 2021. Hämtad 2026-04-16 från: <https://anhoriga.se/anhorigomraden/flerfunktionsnedsattning/kvalificera-d-omvardnad/kvalificerad-omvardnad-i-vardagen-for-personer-med-flerfunktionsnedsattning-och-deras-anhoriga/habilitering-och-samverkan/>
14. Myndigheten för delaktighet. Statistik om personer med funktionsnedsättning. 2025. Hämtad 2026-02-27 från: <https://www.mfd.se/uppfoljning-och-statistik/statistik-om-personer-med-funktionsnedsattning/>

15. Vos T, Causey K. Functioning information in Global Burden of Disease (GBD) – making the case for rehabilitation. Rehabilitation 2030, Global Meeting, 2nd World Health Organization. Geneva, Switzerland World Health Organization; 2019.
16. Stroke och TIA – patientrapport från Riksstroke. Riksstroke; 2025.
17. Svenska Artrosregistret. Svenska Artrosregistret. Hämtad 2026-04-16 från: <https://boa.registercentrum.se/>
18. Statistik om skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2024 Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
19. Statistik om hjärtinfarkter 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
20. Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Smärta, långvarig. 2023. Hämtad 2025-11-03 från: [https://vardpersonal.1177.se/Uppsala-lan/kunskapsstod/kliniska-kunskapsstod/smarta-langvarig/?selectionCode=profession\\_primarvard](https://vardpersonal.1177.se/Uppsala-lan/kunskapsstod/kliniska-kunskapsstod/smarta-langvarig/?selectionCode=profession_primarvard)
21. Neuroförbundet. Hämtad 2026-04-16 från: <https://neuro.se>
22. Statistik om stroke 2018 Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
23. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Primärvårdskvalitet 2026. Hämtad 2026-04-14 från: <https://vardenisiffror.se>
24. Statistiska centralbyrån (SCB). Statistiska centralbyråns statistikdatabas 2021. Hämtad 2026-04-09 från: <https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/>
25. Hörselskadades Riksförbund. Hämtad 2026-04-16 från: <https://hrf.se/>
26. Synskadades Riksförbund. Hämtad 2026-04-16 från: <https://srf.nu/>
27. Mishra S, Gosling J, Laplante-Lévesque A, Zapata T, Azzopardi Muscat N. The need for rehabilitation services in the WHO European Region is substantial and growing 2022 24, 100550.
28. Folkhälsomyndigheten. Nationella folkhälsoenkäten – officiell statistik om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor i Sverige 2024. Hämtad 2016-04-16 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/statistik-och-data/om-vara-data/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>
29. Sammanfattande kommentarer avseende Sveriges kombinerade andra och tredje periodiska rapport. Svensk översättning. Stockholm: Myndigheten för delaktighet; 2024.
30. Wade DT. Health economic studies in clinical rehabilitation – a new collection of papers and a discussion of issues involved in research. Clin Rehab. 2026; 40(1):3–10.
31. Ullberg T, Zia E, Petersson J, Norrving B. Perceived Unmet Rehabilitation Needs 1 Year After Stroke – An Observational Study From the Swedish Stroke Register. Stroke: a journal of cerebral circulation Perspectives on post-stroke stroke care and outcomes Analyses based on the 1-year follow-up from Riksstroke. 2016; 47(2):539–41.
32. Nya regler om hälso- och sjukvårdens beredskap – Meddelandeblad Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
33. Nationella planeringsstödet 2024, Tillgång på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och grupper av legitimerad personal utifrån olika perspektiv. Bilaga 1. Tillgång på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och grupper av legitimerad personal utifrån olika perspektiv. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.

34. Försäkringskassan. Statistik inom området sjuk – sjukpenning och rehabiliteringspenning. Hämtad 2025-12-03 från: <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/sjuk/statistik-inom-området-sjuk---sjukpenning-och-rehabiliteringspenning>
35. Underlag till nationell strategi för att förebygga och motverka ofrivillig ensamhet – slutredovisning av regeringsuppdrag Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2025.
36. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – lägesrapport 2025. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
37. Vård vid ohälsosamma levnadsvanor: prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser för sjukdomsprevention och behandling. Nationella riktlinjer 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
38. Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – lägesrapport 2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
39. Vägledning för övergång från barn- till vuxensjukvård för unga med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning - framgångsfaktorer och förutsättningar för en god och säker övergång. Nationellt system för kunskapsstyrning. Hälso- och sjukvård. Sveriges regioner i samverkan; 2024.
40. Dumuids-Vernet M-V, Provasi J, Anderson DI, Barbu-Roth M. Effects of Early Motor Interventions on Gross Motor and Locomotor Development for Infants at-Risk of Motor Delay: A Systematic Review. *Frontiers in pediatrics*. 2022; 10:877345.
41. Statistik om dödsorsaker år 2022 Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
42. Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd? – hälsoekonomiska beräkningar av fallpreventiva åtgärder för äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
43. Montero-Odasso M, van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*. 2022; (51(9), afac205 ).
44. Candio P, Violato M, Luengo-Fernandez R, Leal J. Cost-effectiveness of home-based stroke rehabilitation across Europe: A modelling study. *Health Policy*. 2022; 126(3):183–9.
45. Rafsten L, Palstam A, Sunnerhagen KS. Gothenburg very early supported discharge: evaluating differences in costs and environmental impact due to rehabilitation consumption during the first year in patients hospitalized due to mild stroke. *BMC Health Serv Res*. 2025; 25(1):406.
46. Brusco NK, Taylor NF, Watts JJ, Shields N. Economic evaluation adult rehabilitation. A systematic review and Meta-analyses of Randomized controlled trials in variety of settings. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014; 95(1):94–116.e4.
47. Tistad M, von Koch L. Usual Clinical Practice for Early Supported Discharge after Stroke with Continued Rehabilitation at Home: An Observational Comparative Study. *PLoS One*. 2015; 10(7):e0133536.
48. Sveriges sjuknota passerar 100 miljarder kronor – psykisk ohälsa driver utvecklingen Stockholm: Skandia rapporten; 2026.
49. Tillgång på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal – Sammanställning och analys av tillgången på den

- legitimerade personalen 2024 – Nationella planeringsstödet 2025 – Delrapport 2. Bilaga 2. Tillgång på specialistläkare inom samtliga specialiteter utifrån olika perspektiv. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
50. Nationella vårdkompetensrådet. Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning – uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Rapport 2024:2; 2024.
  51. Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2021 samt arbetsmarknadsstatus 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
  52. Sjögren F, Parding K. Retention of Staff in Nordic Healthcare – A Literature Review. Nord J Work Life Stud. 2024; 14(3).
  53. Nilsson k. Rapport 18:2024 Orsaker till att sluta sitt arbete inom hälso- och sjukvården år 2016–2023; 2024.
  54. Plats för vård – Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
  55. Hälso- och sjukvård i hemmet – kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
  56. Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete i vårdförlopp och andra kunskapsstöd – vägledning för nationella arbetsgrupper. Nationellt system för kunskapsstyrning. Hälso- och sjukvård; 2023.
  57. Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – Nationellt kunskapsstöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
  58. Rapport från arbetsgruppen Kloka Kliniska Val – en rapport framtagen på uppdrag av svenska läkaresällskapet 2023 Svenska läkaresällskapet; 2023.
  59. Utmönstring av vård som saknar patientnytta – Slutredovisning S2024/01266. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
  60. Yi LC, Zadro JR, Soares RJ, Meziat-Filho N, Reis FJJ. Mapping the Choosing Wisely campaigns in physical therapy: Are we missing an opportunity to reduce low-value care? Braz J Phys Ther. 2025; 29(3):101192.
  61. Regeringskansliet. Uppdrag till Socialstyrelsen att förbereda för utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården; 2025.
  62. Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
  63. Regeringskansliet. Uppdrag till E-hälsomyndigheten att förbereda inordnande av Socialstyrelsens uppgifter av relevans för interoperabilitet inom bl.a. hälsodataområdet; 2026.
  64. Regeringskansliet. Uppdrag till Socialstyrelsen att förbereda överföring av uppgifter av relevans för interoperabilitet inom bl.a. hälsodataområdet till E-hälsomyndigheten; 2026.
  65. Förskrivning av hjälpmedel – stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
  66. På lika villkor! – delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen – betänkande. Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
  67. Med varierande funktion – förskrivning av konsumentprodukter som hjälpmedel vid funktionsnedsättning. Rapport 202:6 Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2020.

68. Hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
69. Att få det stöd man behöver – en rapport om hjälpmedel och delaktighet ur ett användarperspektiv. Rapport 2024:19 Myndigheten för delaktighet; 2024.
70. Aktiv Fritid – redovisning av ett regeringsuppdrag om att kartlägga lokala och regionala satsningar samt tillgången till fritidshjälpmedel. Rapport 2020:6. Sundbyberg: Myndigheten för delaktighet; 2020. Report No.: 9789187883682.
71. Arbetsförmedlingens stöd till personer med funktionsnedsättning. Stockholm: Riksrevisionen; 2025.
72. Bidrag till hjälpmedel på jobbet – en granskning av hur bidraget till arbetshjälpmedel från Försäkringskassan fungerar. Göteborg: Inspektionen för socialförsäkringen (ISF); 2024.
73. Statistik om hjälpmedel 2024 och kostnader 2025 Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
74. Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård – Lägesrapport 2025. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
75. Det rehabiliterande samhället – förslag till en ny syn på cancerrehabilitering. Stockholm: Leading helth care; 2022.
76. Parasport S. 2025. Hämtad 2026-04-16 från: <https://parasport.se/>
77. Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering – Nationellt kunskapsstöd. Bilaga 1 - Samverkan med andra aktörer- Hälso- och sjukvårdens arbete med sjukskrivning och rehabilitering Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.