

## Den ojämlika hälsan

Hälsan är inte jämnt fördelad mellan olika grupper i samhället.

Människor med funktionsnedsättningar har generellt sämre förutsättningar än övriga befolkningen. Människor med intellektuell funktionsnedsättning (IF) tycks dessutom ha större risk för ohälsa och ohälsosamma vanor än personer med andra funktionsnedsättningar.

Människor med intellektuell funktionsnedsättning kommer ofta för sent till vården eller får vård i ett senare skede av sjukdomsförloppet jämfört med andra. Detta kan bero på flera faktorer, som svårigheter att uttrycka symtom, bristande kunskap om hälsorisker inom vården och brister i samordningen mellan olika vårdgivare.

Det är betydligt vanligare att personer med IF har fetma, diabetes och högt blodtryck än övriga befolkningen.

Även psykisk ohälsa bland personer med IF och autism är högre än i den övriga befolkningen.

### Hälsa – ett livsviktigt tema för FUB:s Aktivistvecka 2023

#### *Den ojämlika hälsan*

Hälsan är inte jämnt fördelad mellan olika grupper i samhället. Faktorer som utbildning, inkomst och kulturell bakgrund har stor betydelse. Människor med funktionsnedsättningar har generellt sämre förutsättningar än övriga befolkningen. Personer med intellektuell funktionsnedsättning (IF) tycks dessutom ha större risk för ohälsa och ohälsosamma vanor än personer med andra funktionsnedsättningar

Det är betydligt vanligare att personer med IF har fetma, diabetes och högt blodtryck än övriga befolkningen. En svensk studie som undersökte ungdomar i gymnasiesärskolan visade att de både hade sämre kondition och att det var vanligare med riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom, jämfört med ungdomar som läste andra gymnasieprogram. En studie som genomfördes 2013 på vuxna som bor i LSS-bostad visade att hälften hade fetma. Även psykisk ohälsa bland personer med IF och autism är högre än i den övriga befolkningen. Både förekomsten av schizofrenidiagnoser och ångestdiagnoser är sju gånger vanligare, enligt Socialstyrelsen.

#### *Vikten av fysisk aktivitet*

Enligt Folkhälsomyndigheten bör vuxna varje vecka vara fysiskt aktiva på måttlig intensitet i minst 150 – 300 minuter. Denna rekommendation gäller alla vuxna, dvs. även personer med IF. Fysisk aktivitet bidrar till ett ökat välbefinnande och bättre psykisk hälsa. Men en stillasittande fritid är betydligt vanligare hos personer med IF; studier visar att endast 9 procent uppnår den rekommenderade mängden fysisk aktivitet och kvinnor i mindre omfattning än män.

Hindren för fysisk aktivitet är särskilt stora för personer som är beroende av andra för att vara fysiskt aktiva, det gäller i hög grad personer som är i behov av insatser enligt LSS. Kunskapsnivån hos personalen och det faktum att det finns tillräckligt med personal påverkar personer med IF:s möjligheter till fysisk aktivitet, liksom möjligheterna att bryta långvarigt sittande. Möjligheten till fysisk aktivitet påverkas även av svårigheten att få LSS-insatsen ledsagning för dem som bor i gruppboende eller serviceboende. Ett annat hinder kan vara att personer med IF många gånger behöver praktiskt stöd i form av påminnelser, uppmuntran och motivation för att komma i gång.

#### *Hälsosamma matvanor*

Lika viktigt för hälsan som fysisk aktivitet är maten vi äter. Men det är inte lätt att göra hälsosamma val i ett samhälle som många gånger uppmuntrar till ohälsosamma matvanor. Har man en intellektuell funktionsnedsättning kan det vara ännu svårare. Personer med IF har rätt att få stöd att förstå hur mat kan påverka hälsa och sjukdom och vad som är bra mat utifrån individens behov och förutsättningar. Personalen i LSS-verksamhet har ett stort ansvar för att inspirera till hälsosamma matvanor. De kan behöva utbildning och kompetensutveckling kring näring, kostråd och matlagning.

# Västra Götalands- regionen: Regional medicinsk riktlinje

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

## Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Åsa Lundgren Nilsson, (asalu3), Verksamhetschef

Godkänd av: Karin Loostrom Muth, (karlo2), Direktör

Giltig från: 2025-06-19

Giltig till: 2026-01-31

### Regional medicinsk riktlinje

## Ansvarsfördelning för medicinskt omhändertagande av vuxna med medfödd funktionsnedsättning

Fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2021–00716) mars 2022 giltig till april 2024.  
Utarbetad av Habilitering och hälsa och sektorsrådet i allmänmedicin. Uppdaterad av Regionalt  
programområde RPO Rehabilitering, Habilitering och Försäkringsmedicin

Västra Götalandsregionen har tagit fram regional medicinsk riktlinje som tar upp Ansvarsfördelning för medicinskt omhändertagande av vuxna med medfödd funktionsnedsättning.

Ett mycket bra dokument som tydligt tar upp primärvårdens ansvar. Finns också med vilket ansvar habilitering, specialistsjukvård m m. har.

Riktlinjerna gäller förmodligen oberoende om man bor i LSS-bostad och har hemsjukvård eller bor på annat och inte har hemsjukvård, men det borde framgå tydligare att så är fallet. Se mer på kommande bilder.

Denna version gäller för tiden 2025-06-19 – 2026-01-31. Innehållet har inte ändrats från den tidigare versionen som gällde 2025-01-17—2025-06-30. Det är t ex med samma text under ”Förändringar sedan tidigare version”.

Ur Regional medicinsk riktlinje - Ansvarsfördelning för medicinskt omhändertagande av vuxna med medfödd funktionsnedsättning:

*”Primärvården har ett helhetsansvar för medicinska, sociala och försäkringsmedicinska frågeställningar och står för den basala sjukvården för vuxna med medfödd funktionsnedsättning. Dessa patienter ska ha fast vårdkontakt i form av **läkarkontakt** och kallas till **årliga hälsokontroller**, se Bilaga 1: Årlig hälsokontroll. Lika viktig är en **fast sjuksköterskekontakt** och **ett etablerat samarbete mellan primärvård och kommun** kring enskilda patienter.” (version giltig t o m 2026-01-31)*

Detta utdrag ur riktlinjerna visar att primärvården har ansvar för fast vårdkontakt i form av läkarkontakt och att patienten kallas till årliga hälsokontroller.

Det är svårt för primärvården att fånga upp de personer som inte bor i LSS-bostad och som ska kallas till årlig hälsokontroll. Fordras i allmänhet att personen själv eller anhörig har begärt. Det ingår inte i i godmansuppdraget att ha kontakt med sjukvården.

Personer som bor i egen lägenhet med boendestöd, personlig assistans eller utan stöd har i allmänhet inte tillgång till fast sjuksköterskekontakt varken inom den kommunala verksamheten eller primärvården.

Bor man i en LSS-bostad kan man ha hemsjukvård. Då får man också i allmänhet tillgång till fast sjuksköterskekontakt genom kommunen. För att få hemsjukvård krävs att man antingen bor i en LSS-bostad eller att det finns ett uppdrag (medicinhantering, såromläggning etc).

## Olika boendeformer

- I egen lägenhet utan hjälp
- I egen lägenhet med boendestöd eller personlig assistans
- I föräldrahemmet
- I LSS-bostad (servicebostad eller gruppbo



Bild: FDUV

Förtydliga att inte alla bor i LSS-bostad

## Olika vårdkontakter

- I egen lägenhet eller i föräldrahemmet

Ska du själv eller anhörig ta kontakt med primärvården  
I de flesta fall ingen LSS-sköterska  
Läkare från primärvården

- I LSS-bostad

Hemsjukvård eller LSS-sjukvård  
LSS-sköterska från kommunen  
Läkare från primärvården

# Enkät FUB Västra Götaland

Eftersom vi inte kände oss hemma i beskrivningen av årliga hälsokontroller skickades en enkät till medlemmar i FUB Västra Götaland med följande frågor:

- 1 Har du utifrån anhörig med IF kontakt med habiliteringsläkare?
- 2 Har du utifrån anhörig med IF en fast läkarkontakt i primärvården?
- 3 Har du utifrån anhörig med IF en fast sjuksköterskekontakt i primärvården?
- 4 Har du själv tagit de här kontakterna med habilitering och primärvård?

I sammanställningen har endast svar från företrädare för vuxna personer som bor hemma hos föräldrar, i egen lägenhet med eller utan boendestöd<sup>1)</sup> eller assistans tagits med.

Boendestöd, en insats enligt Socialtjänstlagen.



Den här enkäten skickades ut till alla medlemmar med mailadress inom FUB Västra Götaland. Totalt fick vi 29 svar. En del avsåg barn. Av resterande svar avsåg 16 st personer som inte bodde i LSS-bostad och hade hemsjukvård.

## 16 SVAR FRÅN PERSONER SOM INTE HAR HEMSIJKVÅRD

Fråga	Ja	Nej
• Har du utifrån anhörig med IF kontakt med habiliteringsläkare?	5	11
• Har du utifrån anhörig med IF en fast läkarkontakt inom primärvården?	8	8
• Har du utifrån anhörig med IF en fast sjuksköterskekontakt inom primärvården?	3	13
• Har du själv tagit de här kontakterna med habiliteringen och primärvården?	15	1

Så här blev resultatet för dem som inte har hemsjukvård

Det är ju inte statistiskt säkerställt med så få svar, men vi upplever att det stödjer den uppfattning vi fått vi i kontakt med medlemmar. Det är anhöriga som tar kontakt med vården.

I tabellen ser vi att anhöriga i 15 av 16 fall tagit kontakt med vården. Dessa kontakter har i drygt hälften av fallen resulterat i en fast läkarkontakt.

Av dem som inte har hemsjukvård har drygt 80 % inte någon fast sjuksköterskekontakt.

## HUR FUNGERAR DET FÖR PERSONER SOM HAR HEMSJUKVÅRD

- Vi kan inte svara på hur det fungerar generellt för personer som har hemsjukvård eller LSS-sjukvård i regionen.
- Vanligt att en LSS-sjuksköterska är kopplad till grupp- eller servicebostaden.
- Vanligt att en vårdcentral är kopplad till grupp- eller servicebostaden.
- Det bör kartläggas om personer med hemsjukvård får individuella årskontroller.

I allmänhet kan du endast få hemsjukvård om du bor i LSS-bostad eller om det finns ett uppdrag (tex medicinhantering, omläggning av sår). Det kan se olika ut i olika kommuner.

Det vanliga är att kommunen gör en närområdesplan och listar de boende i samma LSS-bostad hos lämplig vårdcentral.

Tyvärr är det svårt att få svar på enkäter och det är ännu svårare att avgränsa frågorna, men det skulle varit bra med en kartläggning.

# Från Socialstyrelsens lägesrapport 2025

**Tabell 17. Behov av fortbildning bland distriktsläkare**

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

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

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

Utdrag ur Socialstyrelsens lägesrapport 2025 sid 96

## Behov av fortbildning inom primärvården

Hälso- och sjukvården, såväl primärvården som den specialiserade, möter ofta personer med funktionsnedsättning. Kompetens om funktionsnedsättningar och deras konsekvenser behöver därför öka.

I en tidigare kartläggning uppgav 95 procent av distriktsläkarna att de kommer i kontakt med patienter i målgruppen (patienter med omfattande och varaktig funktionsnedsättning). 46 procent uppger att de har ett tydligt basansvar för målgruppen. Drygt 10 procent av vårdcentralerna uppgav att de har tillräckligt med resurser för att kunna erbjuda anpassade och förberedda läkarbesök (till exempel längre tid, hembesök, tid att förbereda sig) och 29 procent erbjuder det delvis. Endast 12 procent av distriktsläkarna uppger att de har tillräcklig grundläggande kompetens gällande målgruppens sammanhållna medicinska behov ur ett helhetsperspektiv.

Omkring en tredjedel, 37 procent, uppger att de har delvis grundläggande kompetens.

Vidare uppger 9 procent att de inte fått någon särskild fortbildning på området.

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

Från  
Socialstyrelsens  
lägesrapport  
2025

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

Vi känner till två olika särskilda mottagningar och arbetssätt:

PRIMO – Primärvårdens medicinska omhändertagande (Västerbotten)

SMO – Samordnat medicinskt omhändertagande för vuxna med funktionsnedsättning (Region Sörmland, Stockholm m fl)

## Primo

Primärvårdens  
medicinska  
omhändertagande

Region Västerbotten gör en särskild satsning för att stärka det medicinska omhändertagandet inom primärvården för vuxna personer med medfödda och tidigt (före 16 år) förvärvade funktionsnedsättningar, med omfattande medicinsk problematik. Exempelvis gäller det personer med cerebral pares, Downs syndrom, ryggmärgsbråck, utvecklingsstörning och autism i kombination med utvecklingsstörning. Det handlar om ett anpassat arbetssätt, kontinuitet samt fördjupad kunskap om patientgruppen och dess behov.

Hälsocentralerna har uppdraget att erbjuda hälso- och sjukvård till alla men för att öka kunskapen och erfarenheten kommer några hälsocentraler i länet att bygga upp en särskild kompetens riktad mot patientgruppen. Primo, som verksamheten heter, är en planerad verksamhet där **funktionsnedsättningens konsekvenser är i fokus**. Besvär av andra slag, som exempelvis stukad fot, allergier handläggs som tidigare där personen är listad.

För dig som patient innebär det möjlighet till

- Ett fast team (arbetsterapeut, läkare, sjukgymnast och sjuksköterska) med kunskap om funktionsnedsättningen.
- Medicinsk undersökning utifrån funktionsnedsättning och behov.
- Individuellt anpassad uppföljning
- Mer tid vid besök
- Samverkan och samordning vid behov

I Västerbotten har man en kombination av PRIMO som finns på fyra hälsocentralen och den närliggande vårdcentralen. Hosta och stukad fot behandlas på den närliggande vårdcentralen. Årskontroller m m av PRIMO.

FUB Västerbotten skriver så här i sitt svar på kartläggningen som RiksFUB har gjort: ”Ingen information om PRIMO för de som inte har anhöriga/godemän som hjälpt till att hitta dessa specialister i form av läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska”

## SMO

samordnat medicinskt  
omhändertagande för  
vuxna personer med  
funktionsnedsättning

- **Region Sörmland och hälsoval gör tillsammans med habiliteringsverksamheten en särskild satsning för bättre och mer samordnad vård och stöd för vuxna personer med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar.**
- **För patienten innebär detta:**
  - En vårdcentral med extra engagemang och kunskap kring olika funktionsnedsättningar
  - Möjlighet till längre läkartider och att få träffa samma läkare vid varje besök
  - Utökad samarbete mellan olika yrkesgrupper, exempelvis läkare, sjuksköterska, sjukgymnast och psykolog
  - Utökad samarbete mellan olika vårdinstanser, exempelvis kommunens hälso- och sjukvård, habiliteringsverksamheten och specialistkliniker
  - Möjlighet till extra hjälp med samordning av dina olika insatser

SMO i Stockholm ska utvärderas (eller har precis utvärderats)

Här har man all kontakt med primärvården via SMO.

För primärvård för personer med omfattande funktionsnedsättningar bör närhetsprincipen gälla och då kan SMO fungera om det inte är för långa avstånd till vårdcentralen, t ex i Stockholmstrakten.

Det är långa avstånd både i Västra Götaland och Västerbotten och där kan det vara bättre med en kombinerad primärvård, typ PRIMO, där man listar sig för primärvård förutom den hjälp man får av teamet på PRIMO. Det bör också finnas ett samarbete mellan primärvård och PRIMO.



## Hur möter vi framtiden:

- Förtydliga i RMR-en att det finns olika boendeformer och hur primärvården ska fungera för dem som inte bor i LSS-bostäder
- Kartläggning av årskontroller
- Bättre följsamhet inom primärvården av RMR
- Primo-modellen införs i Västra Götaland