

Arbetsliv för alla?

En ESO-rapport om arbetsmarknaden
för personer med funktionsnedsättning

Magnus Carlsson

Stefan Eriksson

Dan-Olof Rooth

Rapport till

Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi

2026:4



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

Rapportserien finns på eso.expertgrupp.se.

Omslag: Multiply Solutions

Tryck: Multiply Solutions, Stockholm 2026

ISBN 978-91-525-1521-1 (tryck)

ISBN 978-91-525-1522-8 (pdf)

Förord

Varaktiga funktionsnedsättningar kan vara medfödda eller förvärvade, och nedsättningarna kan vara av olika typer och grader. Det kan handla om begränsningar av rörelseförmågan eller om kronisk sjukdom som gör vardagen mer komplicerad. Det finns också funktionsnedsättningar som är mer dolda, till exempel dyslexi och neuropsykiatriska diagnoser. Bland de som lever med funktionsnedsättning varierar situationen på arbetsmarknaden. Många kan arbeta i samma utsträckning som befolkningen i övrigt, medan andra inte kan arbeta alls utan individanpassning av arbetsplatsen eller arbetsvillkoren.

Svenska data från 2024 visar att personer med funktionsnedsättning i åldern 16–65 år hade lägre sysselsättning, högre arbetslöshet, lägre löneinkomster och färre arbetade timmar än den övriga befolkningen. Eftersom arbetsförmågan varierar skulle åtgärder som tillvaratar arbetskraftspotentialen hos de som kan arbeta, med adekvat stöd, hjälpmedel och anpassningar, ge både individuella och samhälleliga vinster – vilket är särskilt viktigt i en tid när allt färre ska försörja allt fler.

I den här rapporten till ESO använder Magnus Carlsson, Stefan Eriksson och Dan-Olof Rooth ett unikt datamaterial på individnivå för att göra detaljerade analyser av arbetsmarknadsutfall, ekonomi och hälsa för individer med olika typer av funktionsnedsättningar. De finner att den outnyttjade arbetskraftspotentialen är betydande, nästan 200 000 personer som potentiellt skulle kunna arbeta om arbetsmarknaden var mer inkluderande.

För att öka tillgängligheten till arbetsmarknaden för de med funktionsnedsättning finns ingen enskild mirakelkur, utan författarna lyfter fram flera typer av åtgärder. Till exempel insatser som främjar flexibilitet och individuell anpassning av arbetsplatser,

initiativ som förändrar attityder och åtgärder som minskar osäkerheter med att anställa människor med funktionsnedsättning.

Jag hoppas att den här rapporten kan bidra till att öka förståelsen för heterogeniteten i gruppen och den potential de med funktionsnedsättning besitter. Arbetsmarknaden för denna grupp är ett relativt lite studerat område som ESO inte tidigare adresserat. Jag är därför extra glad att den här rapporten nu har tagits fram. Arbetet med rapporten har följts av en referensgrupp bestående av personer med god insikt i ämnet. Gruppen har letts av Marie Torstensson Levander, ledamot i ESO:s styrelse. Som alltid i ESO-sammanhang svarar författarna själva för innehåll, slutsatser och förslag i rapporten.

Stockholm i april 2026

Johan Almenberg
Ordförande i ESO

Innehåll

Sammanfattning	9
Summary	29
1 Inledning	49
2 Bakgrund	57
2.1 Samhällets sätt att betrakta personer med funktionsnedsättning.....	57
2.2 Begreppen funktionsnedsättning, funktionshinder och nedsatt arbetsförmåga.....	61
2.3 Hur mäta vilka som har en funktionsnedsättning?.....	63
2.4 Kategorisering av funktionsnedsättningar	66
3 Översikt av arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning	71
3.1 Hur vanliga är funktionsnedsättningar?	71
3.2 Arbetsmarknadssituationen för personer med funktionsnedsättning.....	74
3.3 Utbildning	80
3.4 Ersättning från socialförsäkringar och mått på ohälsa	81
3.5 Upplevd diskriminering.....	83
3.6 Internationell jämförelse	85
3.7 Finns det en outnyttjad arbetskraftspotential?.....	86
3.8 Sammanfattning	90

4	Personer med rörelsenedsättning.....	93
4.1	Vad innebär en rörelsenedsättning?	93
4.2	Hur vanligt är rörelsenedsättning?	94
4.3	Vilken utbildning har personer med rörelsenedsättning?	96
4.4	Hur ser situationen på arbetsmarknaden ut för personer med rörelsenedsättning?	98
4.5	Hur omfattande är ohälsa och ersättningar från socialförsäkringar bland personer med rörelsenedsättning?.....	106
4.6	Vilka behov av anpassningar och stöd finns bland personer med rörelsenedsättning?	110
4.7	Upplever personer med rörelsenedsättning diskriminering?	113
4.8	Sammanfattning.....	115
5	Personer med kommunikativ funktionsnedsättning	117
5.1	Vad innebär en kommunikativ funktionsnedsättning?	117
5.2	Hur vanlig är en kommunikativ funktionsnedsättning?	118
5.3	Vilken utbildning har personer med kommunikativ funktionsnedsättning?.....	121
5.4	Hur ser situationen på arbetsmarknaden ut för personer med kommunikativ funktionsnedsättning?	123
5.5	Hur omfattande är ohälsa och ersättningar från socialförsäkringar bland personer med kommunikativ funktionsnedsättning?.....	131
5.6	Vilka behov av anpassningar och stöd finns bland personer med kommunikativ funktionsnedsättning?	135
5.7	Upplever personer med kommunikativ funktionsnedsättning diskriminering?	139
5.8	Sammanfattning.....	141

6	Personer med psykisk funktionsnedsättning	143
6.1	Vad innebär en psykisk funktionsnedsättning?	143
6.2	Hur vanligt är psykisk funktionsnedsättning?	144
6.3	Vilken utbildning har personer med psykisk funktionsnedsättning?	147
6.4	Hur ser situationen på arbetsmarknaden ut för personer med psykisk funktionsnedsättning?	149
6.5	Hur omfattande är ohälsa och ersättningar från socialförsäkringar bland personer med psykisk funktionsnedsättning?	157
6.6	Vilka behov av anpassningar och stöd finns hos personer med psykisk funktionsnedsättning?	162
6.7	Upplever personer med psykisk funktionsnedsättning diskriminering?	165
6.8	Sammanfattning	167
7	Personer med funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom	169
7.1	Vad innebär en funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom?	169
7.2	Hur vanligt är funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom?	172
7.3	Vilken utbildning har personer med funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom?	175
7.4	Hur ser situationen på arbetsmarknaden ut för personer med funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom?	177
7.5	Hur omfattande är ohälsa och ersättningar från socialförsäkringar bland personer med funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom?	184

7.6	Vilka behov av anpassningar och stöd finns hos personer med funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom?	188
7.7	Upplever personer med funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom diskriminering?	191
7.8	Sammanfattning.....	193
8	Personer med intellektuell funktionsnedsättning	195
8.1	Vad innebär en intellektuell funktionsnedsättning?	196
8.2	Hur vanligt är intellektuell funktionsnedsättning?	196
8.3	Vilken utbildning har personer med intellektuell funktionsnedsättning?.....	197
8.4	Hur ser situationen på arbetsmarknaden ut för personer med intellektuell funktionsnedsättning?	198
8.5	Hur omfattande är ohälsa och ersättningar från socialförsäkringar bland personer med intellektuell funktionsnedsättning?.....	202
8.6	Vilka behov av anpassningar och stöd finns hos personer med intellektuell funktionsnedsättning?	203
8.7	Upplever personer med intellektuell funktionsnedsättning diskriminering?	205
8.8	Sammanfattning.....	206
9	Åtgärder för personer med funktionsnedsättning	207
9.1	Nuvarande regelverk och åtgärder.....	207
9.2	Diskussion av dagens regelverk och åtgärder	226
10	En reformagenda	245
10.1	Utgångspunkter.....	245
10.2	Reformförslag.....	248
	Referenser.....	255
	Appendix.....	265

Sammanfattning

Sverige har genom det nationella målet för funktionshinderspolitiken åtagit sig att uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhället för personer med funktionsnedsättning.¹ I målet nämns arbetsmarknad och utbildning som speciellt prioriterade områden. Ett fokus på arbetsmarknadsdeltagande är viktigt då en stor mängd studier visar att personer som står utanför arbetsmarknaden ofta drabbas av såväl ohälsa som de negativa sociala och privatekonomiska konsekvenser som följer av utanförskap (Waddell och Burton 2006). Ett högt arbetskraftsdeltagande är även viktigt för samhällsekonomin genom att bidra till högre BNP och bättre offentliga finanser, något som är speciellt angeläget framöver då antalet personer i arbetsför ålder förväntas minska.

Det är dock tveksamt om dessa ambitiösa målsättningar uppnås. FN:s övervakningskommitté för funktionsrättskonventionen har nyligen kritiserat Sverige för att inte leva upp till konventionens krav och arbetsmarknadsstatistik visar stora gap i sysselsättning och arbetsinkomster.² Personer med funktionsnedsättning, som 2024 utgjorde cirka 12 procent av befolkningen i åldern 16–65 år, har avsevärt lägre sysselsättning och löneinkomster, högre arbetslöshet samt högre sannolikhet att befinna sig utanför arbetskraften. För att bättre uppfylla de fastslagna målsättningarna behövs reformer av dagens funktionshinderspolitik, vilket kräver ett detaljerat kunskapsunderlag om situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning.

¹ Se kapitel 1 för nuvarande nationellt mål. Det pågår ett arbete med att ta fram en ny nationell handlingsplan för funktionshinderspolitiken, se MFD (2025a). Det nationella målet bygger på FN-konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD), där artikel 27 behandlar arbetsmarknaden. Se MFD (2024a) för en svensk översättning av konventionstexten.

² Se t.ex. MFD (2024b) och SCB (2025).

Syftet med denna rapport är att bidra till ett sådant kunskapsunderlag genom att beskriva situationen på arbetsmarknaden för personer med olika typer av funktionsnedsättning samt att, utifrån denna beskrivning och aktuella forsknings- och myndighetsrapporter, dra slutsatser om reformbehov av dagens åtgärder. Rapporten bygger på ett unikt sammanlänkat datamaterial på individnivå (i) från flera olika datakällor (tilläggsundersökningen till Arbetskraftsundersökningarna (AKU) om personer med funktionsnedsättning och andra registerdata för arbetsmarknads-, utbildnings- och hälsorelaterade utfall) och (ii) under en längre tidsperiod (1996 och framåt), vilket möjliggör en detaljerad analys.

Funktionsnedsättning, funktionshinder och nedsatt arbetsförmåga är relativa begrepp

En viktig utgångspunkt för en diskussion av situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning är insikten om att funktionsnedsättning, funktionshinder och nedsatt arbetsförmåga alla är relativa begrepp som bör tolkas utifrån såväl individens funktionsförmåga som arbetsgivares och det övriga samhällets förmåga och vilja till öppenhet, inkludering och anpassning. I FN-konventionen definieras funktionsnedsättning som ”personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar, vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra”.³ En persons funktionsnedsättning samverkar således med samhällets strukturer, attityder och fysiska miljöer, vilket kan skapa ett funktionshinder. I ett öppet och inkluderande samhälle är därmed en funktionsnedsättning ett mindre problem då den inte i lika hög grad ger upphov till funktionshinder.

Även begreppet nedsatt arbetsförmåga, som inte har någon officiell definition, är ett relativt begrepp och bör ses som resultat av ett samspel mellan individens möjligheter att uppfylla de krav som ställs i en viss arbetsrelaterad situation och arbetsgivarens och det övriga samhällets förmåga och vilja att vidta åtgärder för att ge personer med funktionsnedsättning tillträde till alla delar av samhället på lika villkor som resten av befolkningen. Som framgår

³ Artikel 1, se MFD (2024a).

nedan tyder mycket på att en sådan förmåga och vilja saknas i dagsläget.

Personer med funktionsnedsättning har en sämre arbetsmarknadssituation än den övriga befolkningen

Rapporten inleds med en översiktlig beskrivning av situationen på arbetsmarknaden för personer som själva angett att de har en funktionsnedsättning, med betoning på de som också säger sig ha nedsatt arbetsförmåga. Beskrivningen visar bland annat att:

- Andelen av befolkningen som har en funktionsnedsättning är betydande. År 2024 uppgav knappt 12 procent av befolkningen mellan 16–65 år att de har en funktionsnedsättning och drygt 8 procent en funktionsnedsättning som innebär nedsatt arbetsförmåga (SCB 2025). Det motsvarar mer än en halv miljon individer.
- Sysselsättningsgapet gentemot den övriga befolkningen är stort och tämligen konstant över tid. År 2024 var sysselsättningsgapet mellan personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga och den övriga befolkningen drygt 34 procentenheter (46 procent respektive 80 procent; SCB 2025).
- Arbetslösheten är mer än dubbelt så hög jämfört med den övriga befolkningen. År 2024 var arbetslösheten bland personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga runt 21 procent (SCB 2025). Dessa personer är dessutom ofta långtidsarbetslösa och utgör drygt 30 procent av alla långtidsarbetslösa (över 24 månaders arbetslöshet) personer (Arbetsförmedlingen 2025b).
- Skillnaden i löneinkomster – som avspeglar både arbetad tid och konsumtionsmöjligheter/levnadsstandard – är också betydande och tämligen konstant över tid. I den ålder där löneinkomsterna i befolkningen når sin topp (45–50 år) är inkomsten för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga enbart runt 40 procent av inkomsten för den övriga befolkningen.

- Många av de personer som har en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga och är sysselsatta har i dagsläget olika former av anpassningar på arbetsplatsen och/eller anställningar med stöd från samhället, till exempel anpassningar av arbetstid, arbetstempo och arbetsuppgifter eller lönebidrag.
- En grov överslagsberäkning visar att den outnyttjade arbetskraftspotentialen bland personer med funktionsnedsättning är betydande och uppgår till uppemot 200 000 personer, vilka med en mer inkluderande arbetsmarknad potentiellt skulle kunna arbeta.

Personer med funktionsnedsättning är en heterogen grupp

Personer med funktionsnedsättning är en mycket heterogen grupp, och deras situation på arbetsmarknaden varierar betydligt med typ av funktionsnedsättning, grad av nedsatt arbetsförmåga och ålder. Det är därför missvisande att, som ibland förekommer i samhällsdebatten, betrakta personer med funktionsnedsättning som en homogen grupp med liknande situation, förutsättningar och behov.⁴

För att belysa denna heterogenitet och möjliggöra en diskussion av behovet av reformer av funktionshinderspolitiken innehåller rapporten därför separata kapitel med en detaljerad beskrivning av situationen på arbetsmarknaden för fem olika kategorier av funktionsnedsättning: rörelsenedsättning, kommunikativ funktionsnedsättning, psykisk (psykiatrisk och neuropsykiatrisk) funktionsnedsättning, funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom och intellektuell funktionsnedsättning.

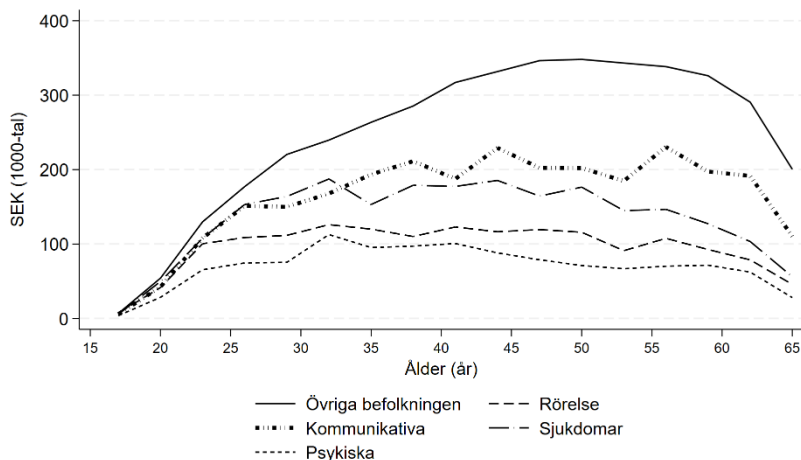
Heterogeniteten illustreras i figur 1 som visar åldersprofilen för reala löneinkomster för personer med nedsatt arbetsförmåga i de olika kategorierna.⁵ Figuren visar att i den ålder där löneinkomsterna når sin topp (45–50 år) är inkomsten, som andel av inkomsten för den övriga befolkningen, 22 procent för personer med psykisk

⁴ I rapporten presenterar vi dock ibland resultat för hela gruppen för att ge en enkel helhetsbild.

⁵ Kategorin personer med intellektuell funktionsnedsättning visas inte i figuren då denna grupp är liten i vårt datamaterial; se nedan samt mer utförligt i kapitel 8.

funktionsnedsättning, 34 procent för personer med rörelsenedsättning, 49 procent för personer med funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom och 58 procent för personer med kommunikativ funktionsnedsättning. Motsvarande andel för alla personer med funktionsnedsättning är, som tidigare nämnts, runt 40 procent.

Figur 1 Real löneinkomst, efter ålder



Not: Figuren visar reallöneinkomst (2019 års prisnivå) över ålder för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning med nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Personer med rörelsenedsättning

Analysen av personer med en rörelsenedsättning visar bland annat att:

- Personer med en rörelsenedsättning utgör en betydande andel av gruppen med funktionsnedsättning (34 procent i vårt datamaterial).⁶ Runt 3 procent av befolkningen hade en rörelsenedsättning 2019 (det sista året i vårt datamaterial). Andelen har minskat i omfattning över tid.

⁶ En person kan ha angett mer än en funktionsnedsättning och därför summerar inte andelarna över de fem kategorierna till 100 procent.

- De flesta (runt 90 procent) som har en rörelsenedsättning uppger också att de har nedsatt arbetsförmåga (mycket eller delvis).
- Andelen med en rörelsenedsättning uppvisar ett tydlig åldersmönster med stigande förekomst i takt med ökande ålder, vilket avspeglar att denna typ av funktionsnedsättning i många fall troligen har orsakats av arbetsrelaterade skador och åldersrelaterade sjukdomar.
- Situationen på arbetsmarknaden för personer som har en rörelsenedsättning utan nedsatt arbetsförmåga ser nästan likadana ut som för den övriga befolkningen medan personer med delvis eller mycket nedsatt arbetsförmåga har betydligt lägre sysselsättning och löneinkomster (se figur 1 ovan).
- Personer som har en rörelsenedsättning med delvis eller mycket nedsatt arbetsförmåga har en hög förekomst av sjukpenning, sjukersättning och uppvisar höga värden på mått på ohälsa (kontakter med sjukvården och läkemedelsuttag). De har också ofta behov av olika typ av anpassningar på arbetsplatsen.
- Runt 30 procent av gruppen med en rörelsenedsättning och nedsatt arbetsförmåga upplever sig vara utsatta för diskriminering i arbetslivet.

Personer med kommunikativ funktionsnedsättning

Analysen av personer med en kommunikativ funktionsnedsättning (t.ex. synnedsättning, hörselnedsättning eller dyslexi) visar bland annat att:

- Personer med kommunikativ funktionsnedsättning utgör 23 procent av personerna med funktionsnedsättning i vårt datamaterial. År 2019 hade runt 3 procent av befolkningen en sådan nedsättning. Andelen har minskat något över tid, förutom vad gäller dyslexi som har ökat i omfattning.

- De flesta personer som har en kommunikativ funktionsnedsättning uppger att de inte har någon (runt hälften), eller endast delvis (runt en tredjedel) nedsatt arbetsförmåga.
- Andelen med en kommunikativ funktionsnedsättning uppvisar inget tydligt åldersmönster.
- Situationen på arbetsmarknaden för personer som har en kommunikativ funktionsnedsättning utan nedsatt arbetsförmåga eller med delvis nedsatt arbetsförmåga är snarlik situationen för den övriga befolkningen, medan de med mycket nedsatt arbetsförmåga har en markant sämre situation med lägre sysselsättning och löneinkomster (se figur 1 ovan).
- Personer som har en kommunikativ funktionsnedsättning och mycket nedsatt arbetsförmåga har en hög förekomst av sjukpenning och sjukersättning samt uppvisar höga värden på mått på ohälsa. De har också ofta behov av olika typ av anpassningar på arbetsplatsen.
- Trots den bättre situationen på arbetsmarknaden relativt övriga grupper upplever sig runt 30 procent av gruppen med en kommunikativ funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga vara utsatta för diskriminering i arbetslivet.

Personer med psykisk funktionsnedsättning

Analysen av personer med en psykisk (psykiatrisk eller neuropsykiatrisk) funktionsnedsättning visar bland annat att:

- Runt 13 procent av personerna med funktionsnedsättning i vårt datamaterial har en psykisk funktionsnedsättning. Andelen har ökat över tid, speciellt vad gäller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. År 2019 hade runt 3 procent av befolkningen en psykisk funktionsnedsättning.
- De flesta (runt 80 procent) personer som har en psykisk funktionsnedsättning uppger också att de har nedsatt arbetsförmåga (mycket eller delvis).
- Andelen med en psykisk funktionsnedsättning uppvisar inget tydligt åldersmönster.

- Situationen på arbetsmarknaden för personer som har en psykisk funktionsnedsättning med nedsatt arbetsförmåga är betydligt sämre än för den övriga befolkningen vad gäller sysselsättning och löneinkomster (se figur 1 ovan). Detta gäller speciellt de som har en psykiatrisk funktionsnedsättning. Även personer med psykisk funktionsnedsättning som inte innebär nedsatt arbetsförmåga har dock ett sämre arbetsmarknadsutfall vad gäller till exempel löneinkomster än den övriga befolkningen.
- Personer som har en psykisk funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga har en hög förekomst av sjukpenning och sjukersättning samt uppvisar höga värden på mått på ohälsa. De har också ofta behov av olika typ av anpassningar på arbetsplatsen.
- Personer som har en psykisk funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga upplever sig oftare än andra grupper vara utsatta för diskriminering (nästan 40 procent).

Personer med funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom

Analysen av personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom (t.ex. astma/allergi, diabetes eller hjärtkärlsjukdomar) visar bland annat att:

- Personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom utgör den största gruppen med funktionsnedsättning i vårt datamaterial (runt 42 procent). Knappt 5 procent av befolkningen hade en sådan funktionsnedsättning 2019. Andelen har minskat en del över tid, men utvecklingen är något svårtolkad och skiljer sig åt mellan grupper med olika kroniska sjukdomar.
- De flesta (över hälften) med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom uppger att de inte har nedsatt arbetsförmåga.
- Andelen med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom uppvisar ett tydligt åldersmönster, vilket

avspeglar att en sådan funktionsnedsättning ofta uppstår senare i livet och orsakas av åldrandet i sig eller livsstilsfaktorer.

- Situationen på arbetsmarknaden för personer som har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom utan nedsatt arbetsförmåga eller med delvis nedsatt arbetsförmåga är snarlik situationen för den övriga befolkningen, medan de med mycket nedsatt arbetsförmåga har en betydligt sämre situation med markant lägre sysselsättning och löneinkomster (se figur 1 ovan).
- Personer som har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom och nedsatt arbetsförmåga har en hög förekomst av sjukpenning och sjukersättning samt uppvisar höga värden på mått på ohälsa. De har också ofta behov av olika typ av anpassningar på arbetsplatsen.
- Runt 25 procent av gruppen med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom som medför nedsatt arbetsförmåga upplever sig vara utsatta för diskriminering i arbetslivet.

Personer med intellektuell funktionsnedsättning

Analysen av personer med en intellektuell funktionsnedsättning visar bland annat att:

- Runt 1 till 1,5 procent av befolkningen har en intellektuell funktionsnedsättning. I vårt datamaterial har dock enbart runt 0,1 procent av befolkningen en sådan funktionsnedsättning 2019.
- De flesta personer som har en intellektuell funktionsnedsättning uppges att de också har nedsatt arbetsförmåga.
- Situationen på arbetsmarknaden för personer som har en intellektuell funktionsnedsättning är betydligt sämre än för den övriga befolkningen vad gäller sysselsättning och löneinkomster. Många av dessa personer har aldrig kommit in på arbetsmarknaden och har efter sina studier i den anpassade

grund- och gymnasieskolan deltagit i daglig verksamhet snarare än i arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Även den disponibla inkomsten är mycket låg i denna grupp.

- Personer som har en intellektuell funktionsnedsättning har en hög förekomst av sjukersättning samt uppvisar höga värden på mått på ohälsa.
- Personer som har en intellektuell funktionsnedsättning upplever sig ibland vara utsatta för diskriminering.

Förklaringar till dagens situation på arbetsmarknaden

Forskningen om funktionsnedsättning och arbetsmarknad fokuserar ofta på individens begränsningar, speciellt avseende funktionsnedsättningen i sig. Mycket talar dock för att begränsningar och hinder vad gäller arbetslivets struktur, krav, organisering och flexibilitet utgör minst lika viktiga förklaringsfaktorer till dagens situation på arbetsmarknaden. Exempel på befintliga strukturer som snarare stjälper än hjälper är:

- *Arbetet med rehabiliteringsplaner för återgång i arbete har brister.* Att andelen med sjukersättning ökar med åldern kan ses som att ohälsan ökar, men kan också bero på bristande anpassning av arbetsmiljön. Arbetsgivare har en lagstadgad skyldighet att upprätta och genomföra en rehabiliteringsplan för återgång till arbete när en anställd har en långvarig sjukskrivning. Denna plan ska inkludera anpassningar i arbetsmiljön för att möjliggöra en återgång till arbete. Enligt Försäkringskassan (2025h) anger 30 procent av långvarigt sjukskrivna att de känner till att deras arbetsgivare tagit fram en plan för återgång i arbete, medan två tredjedelar anger att de fått någon form av anpassning. Försäkringskassan, som har ett ansvar för samordning och tillsyn, kan begära in rehabiliteringsplaner från arbetsgivaren. ISF (2021) visar att i endast 5 procent av de 330 000 sjukfallsärenden som analyserades i studien fanns en rehabiliteringsplan registrerad hos Försäkringskassan. Sedan dess har situationen förbättrats, men 2025 är det fortfarande enbart i cirka 40 procent av fallen som en rehabiliteringsplan finns registrerad. Dessa planer

varierar dessutom i kvalitet. Få fall rapporterades vidare till Arbetsmiljöverket. Det antyder att Försäkringskassan brister i sitt samordnings- och tillsynsansvar.

- *Arbetet med aktiva åtgärder har brister.* Diskrimineringsombudsmannen (DO) jobbar med diskrimineringslagens krav på aktiva åtgärder, där alla arbetsgivare ska arbeta med aktiva åtgärder för att förebygga diskriminering på arbetsplatsen. Om en arbetsgivares arbete med detta trots påpekande från DO har brister kan DO göra en framställan om vitesföreläggande till Nämnden mot diskriminering, men ingen sådan framställan har gjorts sedan 2017. Regeringen gav 2024 DO i uppdrag att stärka arbetsgivares förebyggande och främjande arbete vad gäller etnisk tillhörighet och religion eller annan trosuppfattning. I samband med detta uppdrag har DO granskat tolv offentligt ägda bolags förebyggande arbete, och endast två av bolagen visade sig uppfylla kraven för att förebygga diskriminering. Det förefaller önskvärt att regeringen tydligt styr (och tilldelar resurser för) DO:s arbete mot mer av tillsyn, specifikt tillsynen av hur lagen efterlevs vad gäller funktionsnedsättning.
- *Bristande samordning mellan myndigheter med ansvar för situation på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning.* Ett illustrativt exempel är lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (Finsam), vilken gör det möjligt för Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, regioner och kommuner att samverka för att stödja personer som behöver samordnad rehabilitering. Riksrevisionen finner att samordningen ofta brister i effektivitet, där arbetssökande med funktionsnedsättning inte alltid ges ändamålsenligt stöd och ibland faller mellan stolarna (Riksrevisionen 2025).
- *Bristande styrning av statliga myndigheter.* Ett illustrativt exempel är ”Praktik i staten” som infördes 2016 med syftet att skapa 1 000 praktikplatser per år hos statliga myndigheter för nyanlända och personer med funktionsnedsättning. År 2023 var endast 150 praktikplatser tillsatta. Statskontoret skriver i en studie av åtgärden att myndigheterna inte har prioriterat målet i sin interna styrning (Statskontoret 2024).

- *Arbetsgivare har ofta förutfattade meningar och bristande kunskap om arbetskapaciteten hos personer med funktionsnedsättning.* I exemplet ovan var det svårt att få fram praktikplatser, men där det lyckades hade praktiken ett bra utfall. Drygt fyra av tio av de som fick en praktikplats hade ett jobb 90 dagar efter avslutad praktik. Kampanjer som visar på arbetsförmågan hos personer med funktionsnedsättning förändrar attityden till gruppen; för Arbetsförmedlingens kampanj ”Gör plats” ökade andelen arbetsgivare som har en positiv inställning till arbetsförmågan hos personer med funktionsnedsättning från 10 till 40 procent. Vidare visar kausala studier av rekryteringsprocesser att arbetsgivare ofta väljer bort personer med funktionsnedsättning, trots relevanta kvalifikationer för tjänsten. När arbetsgivare inför åtgärder som syftar till att lösa problem i arbetsmiljön avseende bristande flexibilitet och anpassning av arbetsmiljön ökar sysselsättningen för personer med funktionsnedsättning (se t.ex. nästa punkt).
- *Bristande flexibilitet i anställningsförhållanden.* Funktionshinderrörelsen har i årtionden efterfrågat flexibilitet vad gäller bland annat arbetstider, vilket även anges som en viktig typ av anpassning av arbetsplatsen i vårt datamaterial. Ett tydligt exempel är möjligheten till distansarbete, vilket en nylig studie visar gett en kraftigt ökad sysselsättning för personer med funktionsnedsättning i USA (Rooth m.fl. 2025).
- *Avsaknad av individuell anpassning och matchning av arbetsmiljön.* När det sker en systematisk individuell anpassning och matchning av arbetsmiljön enligt etablerade metoder, som SIUS/IPS⁷, ökar sysselsättningen markant för personer med funktionsnedsättning (Fogelgren m.fl. 2023).
- *Långa handläggningstider.* Arbetsförmedlingens handläggningstider för registrering av en funktionshinderskod och långa tider innan adekvata arbetshjälpmedel tillhandahålls av Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan försvårar situationen för många personer med funktionsnedsättning. En registrering av en funktionshinderskod krävs för att få tillgång

⁷ SIUS är en förkortning för särskild stödperson för introduktions- och uppföljningsstöd. IPS är en förkortning för individanpassat stöd för arbete.

till särskilda insatser, men det tar i genomsnitt över 500 dagar till beslut (Regeringens skrivelse 2025). Det finns också gränsdragningsproblem mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan vad gäller att få tillgång till arbetshjälpmedel, vilket medför att en person kan få vänta upp till ett år på ett beslut (Akavia 2025). Långa väntetider på hjälpmedel gör det svårt att konkurrera om lediga jobb.

- *Osäkerhet om företagshälsovårdens kvalitet.* Såväl Försäkringskassan som Arbetsmiljöverket anger att företagshälsovården har en viktig roll att spela för förbättrade anpassningar av arbetsmiljön. En nylig avhandling från Örebro universitet visar att endast en tredjedel av alla anställda har tillgång till en väl fungerande företagshälsovård (Mouazzen 2025). Cirka fyra av tio saknar helt företagshälsovård och hälften av dessa är anställda i mindre företag, där personer med funktionsnedsättning ofta är anställda.
- *Minskad användning av många stödåtgärder.* Antalet beviljade stödåtgärder riktade till personer med funktionsnedsättning, där lönebidrag är det vanligaste, har minskat under senare år (Regeringens skrivelse 2025).

Sammantaget är det högst troligt att ofördelaktiga strukturer som dessa hindrar personer med funktionsnedsättning från att nå reguljära arbeten. Det finns dock också några ljusglimtar, varav följande kan nämnas:

- Stigande sjuktal, inte minst på grund av psykisk ohälsa, har lett till att arbetsmiljölagsstiftningen har förändrats i riktning mot ökade krav på arbetsgivare att skapa en inkluderande arbetsmiljö. SAM (Systematiskt Arbetsmiljöarbete) och OSA (Organisatorisk och Social Arbetsmiljö) är centrala inslag för att skapa en bra arbetsmiljö där alla anställda kan trivas och prestera. Arbetsgivaren ska aktivt arbeta med SAM och OSA för att skapa en arbetsplats som fungerar för alla.
- Det finns även andra initiativ i samma riktning. Försäkringskassan är halvvägs i sitt treåriga projekt Momentum som samlar offentliga och privata aktörer kring hur ett mer hälsosamt och hållbart arbetsliv kan skapas. Projektet arrangerar diskussioner,

workshops och seminarier för att sprida praktiska verktyg och framgångsrika metoder. Det finns även ett arbete utifrån konceptet universell utformning av arbetsplatser, där flera organisationer och företag sedan 2018 samverkar för att skapa en mer inkluderande arbetsmiljö.

- Samstart är ett projekt med målet att öka möjligheterna för unga med funktionsnedsättning att få en bra övergång från skola till arbetsliv. Modellen bygger på ett kontinuerligt individualiserat stöd. Projektet, som drivs av Arbetsförmedlingen, var initialt ett pilotprojekt under åren 2019–23 i 16 kommuner, för att under åren 2023–25 utökas till runt 140 kommuner. Sedan början av 2025 införs modellen successivt i hela landet.

När processer som dessa kring en bättre fungerande arbetsmiljö nu är igång finns det goda skäl för staten att förstärka dessa genom att säkerställa att de leder till konkreta åtgärder som möjliggör en individuell arbetsplatsanpassning.

Utgångspunkter för en effektiv funktionshinderspolitik

Det finns ett tydligt behov av reformer för att förbättra dagens situation samt bättre leva upp till målet för funktionshinderspolitiken om full delaktighet på arbetsmarknaden. För att detta ska kunna uppnås bör målen för personer som i dagsläget har jobb på den reguljära arbetsmarknaden, är arbetslösa respektive befinner sig utanför arbetsmarknaden vara:

- Åtgärder för personer med funktionsnedsättning som är *sysselessatta* på den reguljära arbetsmarknaden bör ha som mål att dessa personer ska ges så goda förutsättningar som möjligt att förbli i arbete och fortsätta utvecklas på sina arbetsplatser.
- Åtgärder för personer med funktionsnedsättning som är *arbetslösa* bör ha som mål att öka förutsättningarna att få ut dem i arbete, och då i första hand till reguljära jobb.
- Åtgärder för personer med funktionsnedsättning som *befinner sig utanför arbetskraften* bör ha som mål att det ska finnas goda möjligheter att prova på arbete och andra aktiviteter utan att

riskera att förlora rätten till ersättning från socialförsäkringar, samtidigt som det ska finnas ett bra skyddsnät för personer med stora hälsoproblem.

En reformagenda

Vi drar slutsatsen att det inte finns någon enskild åtgärd som kan förväntas förändra dagens situation. Det som krävs är istället en kombination av åtgärder, där många innebär att de åtgärder som redan används reformeras och ges en ökad omfattning. Rent allmänt finns det ett tydligt behov av ökade satsningar riktade mot personer med funktionsnedsättning, vilket är en grupp med en mycket svag ställning på arbetsmarknaden.

De flesta av de reformer som beskrivs nedan är generella snarare än riktade mot grupper med vissa specifika funktionsnedsättningar. Skälet till det är att de flesta av reformförslagen är riktade mot arbetsgivare och/eller offentliga aktörer (som regeringen eller statliga myndigheter) snarare än individer. Alla insatser bör givetvis utformas med individen i centrum och anpassas efter situation, förutsättningar och behov, vilka kan se annorlunda ut beroende på den typ och grad av funktionsnedsättning som en person har.

En del av de reformer vi föreslår kan genomföras direkt då det redan finns forskningsstöd för att de har effekt. Andra förslag på reformer har mer osäker effekt och är därför lämpliga att genomföra i form av försöksverksamhet, vilken bör utformas så att den kan utvärderas av forskare. Det kräver att försöksverksamheten utformas i samråd med forskare och att deltagandet i åtgärderna randomiseras på ett lämpligt sätt.

Nedan återfinns våra reformförslag. Förslagen är grupperade efter innehåll och således inte rangordnade efter vilka förslag vi bedömer är viktigast.

Åtgärder för flexibilitet och individuell anpassning

- *Ökade möjligheter till flexibilitet.* Det kan till exempel ske genom distansarbete, deltidsarbete och arbetsdelning. Möjlighet till distansarbete verkar särskilt gynna personer med funktionsnedsättning. Även möjligheter till deltidsarbete utan

subventioner som lönebidrag och olika former av arbetsdelning (i kombination med sjukersättning för resterande tid) kan vara en bra anställningsform för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Detta bör speciellt kunna ske i sektorer där deltidarbete är vanligt förekommande. Här är det dock viktigt med samverkan med arbetsmarknadens parter då till exempel alltför utbrett deltidarbete kan skapa andra problem.

- *Åtgärder för ökad inkludering och tillgänglighet.* Staten (regeringen och ansvariga myndigheter) bör säkra att det arbete som redan bedrivs för att förbättra arbetsmiljön med avseende på psykisk ohälsa också innebär en ökad inkludering och tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning i allmänhet (t.ex. genom SAM och OSA). Det är viktigt att en skarp tillsyn sker så att såväl offentliga som privata arbetsgivare uppfyller kraven i lagstiftningen.
- *Skärpt tillsyn av rehabiliteringsplaner och aktiva åtgärder.* Staten (regeringen och ansvariga myndigheter) bör försäkra starkare tillsyn vad gäller arbetsgivaransvaret avseende rehabiliteringsplaner, speciellt att erforderliga och relevanta anpassningar i arbetsmiljön görs för att förhindra och fördröja övergång till sjukersättning. Detsamma gäller tillsyn av diskrimineringslagens krav på aktiva åtgärder mot diskriminering. Här föreligger också ett stort ansvar på arbetsmarknadens parter.
- *Ökad och förbättrad individuell anpassning och matchning av arbetsmiljön.* Det kan ske genom ökade satsningar på åtgärder som SIUS/IPS, där en stödperson hjälper individ och arbetsgivare att hitta och behålla ett arbete (dvs. stöd både till individen i arbetssökandet och till arbetsgivaren och individen under den första tiden efter en nyanställning) och/eller genom ett personligt biträde som finns tillgänglig på arbetsplatsen i de fall där ett mer varaktigt stöd behövs. Detta bör kunna hjälpa arbetsgivare att anpassa arbetsmiljön, minska arbetsgivares osäkerhet att anställa personer vars arbetsförmåga ses som svår att bedöma samt vara ett värdefullt stöd till individen i jobbsökandet.

- *Utred om företagshälsovården kan få en större roll.* Det gäller både för att tillgodose behovet av individanpassat stöd och för att i större utsträckning finnas tillgänglig för rådgivning till arbetsgivare om hur arbetsmiljön kan förändras i en mer flexibel och inkluderande riktning.

Åtgärder för att förändra attityder och öka viljan att anställa

- *Ökade satsningar på åtgärder som syftar till att kontinuerligt förändra arbetsgivares attityd till att anställa personer med funktionsnedsättning.* Det kan till exempel ske genom att Arbetsförmedlingen eller DO genomför kampanjer för att förändra arbetsgivares attityd till att anställa personer med funktionsnedsättning (t.ex. kampanjer liknande den tidigare använda ”Gör plats” eller den nu pågående ”Få jobbet gjort!”) och genom att DO arbetar mer intensivt med att informera om kraven i diskrimineringslagen på att arbetsgivare ska genomföra aktiva åtgärder mot diskriminering. Tydliga krav på (och finansiering av) detta bör inkluderas i myndigheternas regleringsbrev.
- *Överväga kvotering i statliga myndigheter.* Det är viktigt att arbetsgivare inom offentlig sektor, speciellt statliga myndigheter, föregår med gott exempel genom att själva anställa personer med funktionsnedsättning. Givet det bristfälliga utfallet för ”Praktik i staten” (där få myndigheter skapade praktikplatser trots ett tydligt uppdrag) kan kvotering vara nödvändigt för att få till en förändring och där tydliga riktlinjer ges i regleringsbreven. Även krav på någon form av inkluderingscertifiering kan användas för att öka medvetenheten bland alla anställda inom myndigheter om vikten av inkludering.
- *Överväga krav på inkludering vid offentlig upphandling.* Offentlig sektor har stora möjligheter att ställa krav vid offentlig upphandling av varor och tjänster och dessa krav bör kunna inkludera även krav på en inkluderande arbetsmiljö.
- *Ökad samverkan mellan myndigheter och civilsamhället.* Det finns ett flertal initiativ där företag, intresseorganisationer och

andra delar av civilsamhället arbetar med åtgärder för att skapa en mer inkluderande arbetsmarknad (t.ex. Skoopi, Fremia och Föreningen UUA). Offentliga myndigheter bör stödja denna typ av initiativ och medverka till att erfarenheter av framgångsrika metoder uppmärksammas och sprids.

- *Ökade möjligheter att prova på arbete och andra aktiviteter utan att riskera att förlora rätten till sjukersättning.* Detta är speciellt viktigt för personer med mycket nedsatt arbetsförmåga som bör ges möjlighet att arbeta utifrån sin arbetsförmåga. Det kräver specifika insatser utformade efter typ och grad av funktionsnedsättning.
- *Åtgärder där en offentlig aktör initialt har arbetsgivaransvaret.* Detta kan bidra till att ta bort den osäkerhet som kan finnas hos arbetsgivare att anställa en person med funktionsnedsättning och för att ge tid att fastställa omfattningen av nedsättningen i arbetsförmåga. Över tid bör dock en sådan anställning övergå i en reguljär anställning för att inte skapa inläsningseffekter eller osäkra anställningsförhållanden.

Åtgärder som tidigare har föreslagits och som tål att upprepas

- *Höjning av nivån på lönebidraget.* Mycket talar för att taket i lönebidraget är för lågt för att göra stödet attraktivt. En höjning av taket i ersättningen bör därför göras från dagens 20 000 kronor till exempelvis 35 000 kronor. Detta minskar arbetsgivarens kostnader för att anställa och bör leda till att lönebidrag används även för mer kvalificerade jobb med karriärmöjligheter. Det är också viktigt att lönebidraget är varaktigt då en arbetsgivare för att vilja anställa måste vara säker på att stödet betalas ut så länge nedsättningen av arbetsförmågan kvarstår.
- *Kortare handläggningstider hos Arbetsförmedlingen.* Det är viktigt att snabbt identifiera de personer som har en funktionsnedsättning så att lämpliga åtgärder blir tillgängliga. Eftersom arbetsförmågan är knuten till arbetsplatsen och dess möjlighet till anpassning är det lämpligt att bedömningen av arbetsförmågan sker (direkt) under en inledande provan-

ställning. Därmed undviks dagens situation där de arbets-sökande hinner bli långtidsarbetslösa innan de fått en funk-tionsnedsättningskod av Arbetsförmedlingen.

- *Centraliserad hjälpmedelsverksamhet.* Dagens verksamhet kännetecknas av en lång handläggning med flera myndigheter inblandade. Om arbetsgivare och individer kan vända sig till en myndighet blir det tydligare vem som har ansvaret och handläggningstiden kan minimeras.
- *Utveckla stödet vid övergång från utbildning till arbetsmarknad.* Det är viktigt att säkerställa att unga personer med funk-tionsnedsättning tidigt får det stöd och hjälp de behöver vad gäller övergången mellan utbildning och arbetsliv. Detta kan till exempel ske genom att arbetet med Samstart utvecklas och ges mer resurser.

Det bör slutligen betonas att Sverige genom det nationella målet för funktionshinderspolitiken och internationella åtaganden i FN-konventionens artikel 27 har satt upp höga ambitioner. För att lyckas med att uppnå dessa ambitioner krävs ett intensifierat arbete och mer resurser till arbetet med att förbättra situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning. Under senare år förefaller snarast detta arbete att ha minskat i omfattning. Sker inte en förändring återstår istället bara alternativet att sänka ambitionsnivån om en mer inkluderande arbetsmarknad för personer med funktionsnedsättning, vilket framstår som allt annat än önskvärt.

Summary

Sweden has, through the national objective for disability policy, committed itself to achieving equality in living conditions and full participation in society for persons with disabilities.⁸ The objective identifies the labour market and education as particularly prioritized areas. A focus on labour market participation is important because a large number of studies show that people who are outside the labour market often experience both poor health and the negative social and personal financial consequences that follow from exclusion (Waddell and Burton 2006). A high level of labour force participation is also important for the broader economy because it contributes to higher GDP and stronger public finances – something that will become especially important in the future as the number of people of working age is expected to decline.

It is, however, doubtful whether these ambitious goals are being achieved. The UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities has recently criticized Sweden for failing to meet the Convention's requirements, and labour market statistics show large gaps in employment and labour income.⁹ People with disabilities, who in 2024 made up about 12 percent of the population ages 16–65, have substantially lower employment and labour income, higher unemployment, and a higher likelihood of being outside the labour force. To better meet these stated objectives, reforms to current disability policy are needed, which in turn requires detailed knowledge of the labour market situation for people with disabilities.

⁸ See Chapter 1 for the current national objective. Work is underway to develop a new national action plan for disability policy; see MFD (2025a). The national objective is based on the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), in which Article 27 addresses the labour market. See MFD (2024a) for a Swedish translation of the convention text.

⁹ See, for example, MFD (2024b) and SCB (2025).

The purpose of this report is to contribute to such knowledge by describing the labour market situation for people with different types of disabilities and, together with current research and government reports, draw conclusions about the reforms needed to existing policy measures. The report is based on a unique linked individual level dataset (i) from several different data sources (the supplementary survey to the Labour Force Survey (LFS) on people with disabilities, together with other register data on labour market, educational, and health-related outcomes) and (ii) covering a long period of time (from 1996 onwards), which makes detailed analysis possible.

Disability, barriers related to disability, and reduced work capacity are relative concepts

An important starting point for discussing the labour market situation for people with disabilities is the recognition that disability, barriers related to disability, and reduced work capacity are all relative concepts that should be interpreted in light of both the individual's functional capacity and employers' and society's broader capacity and willingness to be open, inclusive, and accommodating. In the UN Convention, persons with disabilities are defined as "those who have long term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others."¹⁰ A person's disability thus interacts with social structures, attitudes, and physical environments, which can create barriers. In an open and inclusive society, a disability is therefore less likely to limit a person's participation.

The concept of reduced work capacity, which has no official definition, is also a relative one and should be understood as the result of an interaction between the individual's ability to meet the demands of a given work-related situation and employers' and society's broader capacity and willingness to take measures that give people with disabilities access to all parts of society on equal terms with the rest of the population. As discussed below, there is strong

¹⁰ Article 1; see MFD (2024a).

reason to believe that such capacity and willingness are currently lacking.

People with disabilities have a weaker labour market position than the rest of the population

The report begins with an overview of the labour market situation for people who self-report having a disability, with particular emphasis on those who also state that their work capacity is reduced. The overview shows:

- The share of the population with a disability is substantial. In 2024, just under 12 percent of the population ages 16–65 reported having a disability, and just over 8 percent reported a disability involving a reduced work capacity (SCB 2025). This corresponds to over half a million people.
- The employment gap relative to the rest of the population is large and fairly constant over time. In 2024, the employment gap between people with disabilities involving reduced work capacity and the rest of the population was just over 34 percentage points (46 percent versus 80 percent, respectively; SCB 2025).
- Unemployment is more than twice as high as in the rest of the population. In 2024, the unemployment rate among people with disabilities involving reduced work capacity was about 21 percent (SCB 2025). These individuals are also often long term unemployed and account for just over 30 percent of all long-term unemployed persons (more than 24 months of unemployment) (Arbetsförmedlingen 2025b).
- The difference in wage income – which reflects both hours worked and consumption opportunities/living standards – is also substantial and fairly constant over time. At the age when wage income in the population peaks (45–50 years), income for people with disabilities involving reduced work capacity is only about 40 percent of that of the rest of the population.
- A large fraction of those who have a disability involving reduced work capacity and are employed currently have

various forms of workplace accommodations and/or subsidized employment, such as adjusted working hours, work pace, and job tasks, or wage subsidies.

- A rough estimate suggests that the unused labour supply potential among people with disabilities is substantial and amounts to as many as 200,000 people who, in a more inclusive labour market, might potentially be able to work.

People with disabilities are a heterogeneous group

People with disabilities are a highly heterogeneous group, and their labour market situation varies substantially by type of disability, degree of reduced work capacity, and age. It is therefore misleading, as sometimes happens in public debate, to view people with disabilities as a homogeneous group with similar circumstances, conditions, and needs.¹¹

To illustrate this heterogeneity and make it possible to discuss the need for policy reform, the report therefore includes separate chapters with a detailed description of the labour market situation for five different categories of disability: mobility impairment, communication-related disability, mental disability (psychiatric and neurodevelopmental), disability resulting from chronic illness, and intellectual disability.

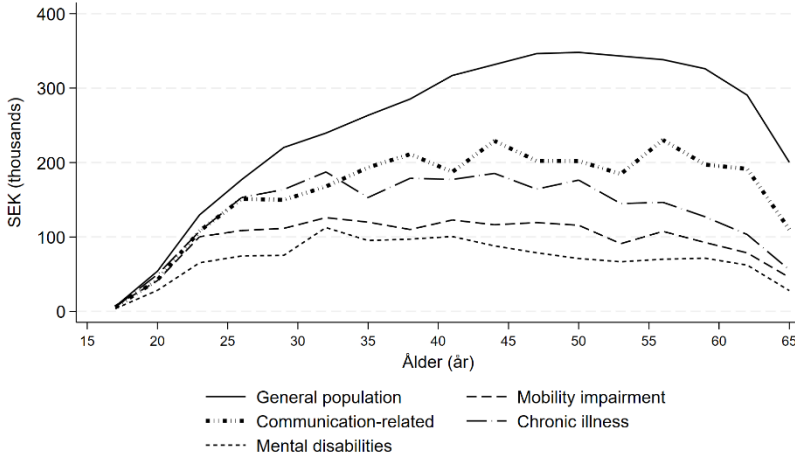
The heterogeneity is illustrated in Figure 1, which shows the age profile of real wage income for people with reduced work capacity in the different categories.¹²

The figure shows that, at the age when wage income peaks (45–50 years), income as a share of that of the rest of the population is 22 percent for people with mental disabilities, 34 percent for people with mobility impairments, 49 percent for people with disabilities resulting from chronic illness, and 58 percent for people with communication-related disabilities. The corresponding share for all people with disabilities is, as noted above, about 40 percent.

¹¹ In the report, however, we sometimes present results for the group as a whole in order to provide a simple overall picture.

¹² The category of people with intellectual disabilities is not shown in the figure because this group is small in our dataset; see below and, in more detail, Chapter 8.

Figure 1 Real wage income, by age



Note: The figure shows real wage income (2019 price level) by age for people who reported having a disability involving reduced work capacity and for the rest of the population.

People with mobility impairments

The analysis of people with mobility impairments shows:

- People with mobility impairments make up a substantial share of the population with a disability (34 percent in our dataset).¹³ About 3 percent of the population had a mobility impairment in 2019 (the final year in our dataset). This share has declined over time.
- Most people with a mobility impairment (about 90 percent) also report reduced work capacity (either severe or partial).
- The share with a mobility impairment shows a clear age pattern, with prevalence increasing with age, reflecting the fact that this type of disability in many cases was likely caused by work-related injuries and age-related illnesses.
- The labour market situation for people with a mobility impairment but no reduced work capacity looks almost the

¹³ A person may have reported more than one disability, and the shares across the five categories therefore do not sum to 100 percent.

same as that of the rest of the population, whereas people with partially or severely reduced work capacity have much lower employment and wage income (see Figure 1 above).

- People with a mobility impairment and partially or severely reduced work capacity have a high prevalence of sickness benefits, disability compensation, and poor health indicators (healthcare contacts and prescription drug use). They also often need various types of workplace accommodations.
- About 30 percent of the group with a mobility impairment and reduced work capacity report experiencing discrimination in the workplace.

People with communication-related disabilities

The analysis of people with communication-related disabilities (e.g., visual impairment, hearing impairment, or dyslexia) shows:

- People with communication-related disabilities account for 23 percent of people with disabilities in our dataset. In 2019, about 2 percent of the population had such a disability. The share has declined somewhat over time, except for dyslexia, which has instead become more common.
- Most people with a communication-related disability report having either no reduced work capacity (about half) or only partially reduced work capacity (about one-third).
- The share with a communication-related disability does not show any clear age pattern.
- The labour market situation for people with a communication-related disability but no reduced work capacity, or only partially reduced work capacity, is similar to that of the rest of the population, whereas those with severely reduced work capacity are in a markedly worse position, with lower employment and wage income (see Figure 1 above).
- People with a communication-related disability and severely reduced work capacity have a high prevalence of sickness benefits and disability compensation and show high levels on

indicators of poor health. They also often need various types of workplace accommodations.

- Despite their relatively better labour market situation compared with other groups, about 30 percent of the group with a communication-related disability and reduced work capacity report experiencing discrimination in working life.

People with mental disabilities

The analysis of people with mental (psychiatric or neurodevelopmental) disabilities shows:

- About 13 percent of people with disabilities in our dataset have a mental disability. The share has increased over time, especially with respect to neurodevelopmental disabilities. In 2019, about 3 percent of the population had a mental disability.
- Most people with a mental disability (about 80 percent) also report reduced work capacity (either severe or partial).
- The share with a mental disability does not show any clear age pattern.
- The labour market situation for people with a mental disability and reduced work capacity is substantially worse than that of the rest of the population in terms of employment and wage income (see Figure 1 above). This is especially true for those with psychiatric disabilities. However, even people with mental disabilities that do not involve reduced work capacity have worse labour market outcomes than the rest of the population, for example in terms of wage income.
- People with a mental disability and reduced work capacity have a high prevalence of sickness benefits and disability compensation and show high levels on indicators of poor health. They also often need various types of workplace accommodations.

- People with a mental disability and reduced work capacity are more likely than other groups to report experiencing discrimination (nearly 40 percent).

People with disabilities resulting from chronic illness

The analysis of people with disabilities resulting from chronic illness (e.g., asthma/allergies, diabetes, or cardiovascular disease) shows:

- People with disabilities resulting from chronic illness make up the largest disability group in our dataset (about 42 percent). Just under 5 percent of the population had such a disability in 2019. The share has declined somewhat over time, but the trend is somewhat difficult to interpret and differs across groups with different chronic illnesses.
- Most people with a disability resulting from chronic illness (more than half) report that they do not have reduced work capacity.
- The share with a disability resulting from chronic illness shows a clear age pattern, reflecting the fact that such disabilities often arise later in life and are caused by aging itself or by lifestyle factors.
- The labour market situation for people with a disability resulting from chronic illness but no reduced work capacity, or only partially reduced work capacity, is similar to that of the rest of the population, whereas those with severely reduced work capacity are in a substantially worse position, with markedly lower employment and wage income (see Figure 1 above).
- People with a disability resulting from chronic illness and reduced work capacity have a high prevalence of sickness benefits and disability compensation and show high levels on indicators of poor health. They also often need various types of workplace accommodations.

- About 25 percent of the group with a disability resulting from chronic illness that involves reduced work capacity report experiencing discrimination in working life.

People with intellectual disabilities

The analysis of people with intellectual disabilities shows:

- About 1 to 1.5 percent of the population has an intellectual disability. In our dataset, however, only about 0.1 percent of the population had such a disability in 2019.
- Most people with an intellectual disability also report reduced work capacity.
- The labour market situation for people with intellectual disabilities is substantially worse than that of the rest of the population in terms of employment and wage income. Many of these individuals have never entered the labour market and, after their schooling in adapted compulsory and upper secondary education, have participated in daily activity programs rather than work in the regular labour market. Disposable income is also very low in this group.
- People with intellectual disabilities have a high prevalence of disability compensation and show high levels on indicators of poor health.
- People with intellectual disabilities sometimes report experiencing discrimination.

Explanations for the current labour market situation

Research on disability and the labour market often focuses on individual limitations, especially those related to the disability itself. There is, however, strong reason to believe that limitations and barriers related to the structure, demands, organization, and flexibility of working life are at least equally important in explaining the current labour market situation. Examples of existing structures that hinder rather than help include the following:

- *There are shortcomings in the use of return-to-work rehabilitation plans.* The fact that the share receiving disability compensation rises with age can be seen as reflecting worsening health, but it may also be due to insufficient accommodation of the work environment. Employers have a legal obligation to develop and implement a return-to-work rehabilitation plan when an employee is on long-term sick leave. This plan is supposed to include workplace accommodations that make it possible for the employee to return to work. According to Försäkringskassan (2025h), 30 percent of people on long-term sick leave report knowing that their employer has developed a return-to-work plan, while two-thirds report having received some form of accommodation. The Social Insurance Agency, which has responsibility for coordination and oversight, can require employers to submit rehabilitation plans. ISF (2021) shows that in only 5 percent of the 330,000 sickness absence cases analysed in the study was a rehabilitation plan registered with the Social Insurance Agency. Since then, the situation has improved, but in 2025 a rehabilitation plan is still registered in only about 40 percent of cases. These plans also vary in quality. Few cases were referred onward to the Work Environment Authority. This suggests that the Social Insurance Agency is not fully carrying out its coordination and oversight responsibilities.
- *There are shortcomings in the work on active measures.* The Discrimination Ombudsman (DO) works with the requirements in the anti-discrimination law regarding active measures, under which all employers are required to work actively to prevent discrimination in the workplace. If an employer's efforts in this regard are inadequate, the DO may submit a request for a penalty payment to the Board against Discrimination, but no such request has been submitted since 2017. In 2024, the government tasked the DO with strengthening employers' preventive work with respect to ethnicity and religion. As part of that assignment, the DO reviewed the preventive efforts of twelve publicly owned companies, and only two were found to meet the legal requirements for preventing discrimination. It appears

desirable for the government to direct the DO's work more clearly toward oversight (and to allocate resources accordingly), specifically oversight of compliance with the law as it relates to disability.

- *Poor coordination among authorities responsible for the labour market situation for people with disabilities.* An illustrative example is the Act on Financial Coordination of Rehabilitation Measures (Finsam), which makes it possible for the Public Employment Service, the Social Insurance Agency, regions, and municipalities to collaborate in supporting people in need of coordinated rehabilitation. The Swedish National Audit Office finds that this coordination often lacks effectiveness, with jobseekers with disabilities not always receiving appropriate support and at times falling through the cracks (Riksrevisionen 2025).
- *Weak steering of government agencies.* An illustrative example is “Praktik i staten” (Internships in Government Agencies), introduced in 2016 with the aim of creating internship placements within government agencies for newly arrived refugees and people with disabilities. In 2023, only 150 placements had been filled. In a study of the program, the Swedish Agency for Public Management writes that agencies had not prioritized the goal in their internal management (Statskontoret 2024).
- *Employers often have preconceived notions and limited knowledge about the work capacity of people with disabilities.* In the example above, it was difficult to secure internship placements, but where this succeeded the outcomes were good: just over four in ten of those who obtained an internship had a job 90 days after the internship ended. Campaigns that highlight the work capacity of people with disabilities change attitudes toward the group; for the Public Employment Service campaign “Gör plats” the share of employers with a positive view of the work capacity of people with disabilities increased from 10 to 40 percent. In addition, causal studies of recruitment processes show that employers often screen out applicants with disabilities despite their having relevant qualifications for the position. When

employers introduce measures aimed at addressing problems related to insufficient flexibility and accommodation in the work environment, employment among people with disabilities increases (see, for example, the next point).

- *Insufficient flexibility in employment arrangements.* The disability rights movement has for decades called for flexibility in such areas as working hours, which is also identified in our data as an important type of workplace accommodation. A clear example is the possibility of working remotely, which a recent study shows has led to a sharp increase in employment among people with disabilities in the United States (Rooth m. fl. 2025).
- *Lack of individualized accommodation and job environment matching.* When there is systematic individualized accommodation and job environment matching based on established methods such as supported employment and individual placement support (SIUS/IPS), employment increases markedly for people with disabilities (Fogelgren m. fl. 2023).
- *Long processing times.* The Public Employment Service's processing times for registering a disability code, and the long delays before appropriate assistive devices for work are provided by the Public Employment Service or the Social Insurance Agency, worsen the situation for many people with disabilities. A registered disability code is required in order to access special measures, yet on average it takes more than 500 days to receive a decision (Regeringens skrivelse 2025). There are also boundary problems between the Public Employment Service and the Social Insurance Agency with respect to access to assistive devices for work, which means that a person may have to wait up to a year for a decision (Akavia 2025). Long waiting times for assistive devices for work make it difficult to compete for available jobs.
- *Uncertainty about the quality of occupational health services.* Both the Social Insurance Agency and the Work Environment Authority state that occupational health services have an important role to play in improving workplace

accommodations. A recent dissertation from Örebro University shows that only one-third of all employees have access to well-functioning occupational health services (Mouazzen 2025). About four in ten have no access to occupational health services at all, and half of them are employed in smaller firms, where people with disabilities are often employed.

- *Reduced use of many support measures.* The number of approved support measures targeted at people with disabilities, of which wage subsidies are the most common, has declined in recent years (Regeringens skrivelse 2025).

Taken together, it is highly likely that disadvantageous structures such as these prevent people with disabilities from obtaining regular jobs. There are, however, also some bright spots, including the following:

- Rising rates of sickness absence, not least due to mental ill-health, have led to changes in work environment legislation in the direction of stronger requirements on employers to create an inclusive work environment. SAM (Systematic Work Environment Management) and OSA (Organizational and Social Work Environment) are central elements in creating a good work environment in which all employees can thrive and perform. Employers are required to work actively with SAM and OSA to create a workplace that works for everyone.
- There are also other initiatives moving in the same direction. The Social Insurance Agency is halfway through its three-year Momentum project, which brings together public and private actors around how to create a healthier and more sustainable working life. The project organizes discussions, workshops, and seminars to spread practical tools and successful methods. There is also ongoing work based on the concept of universal design of workplaces, in which several organizations and companies have collaborated since 2018 to create a more inclusive work environment.
- Samstart is a project aimed at increasing opportunities for young people with disabilities to make a successful transition

from school to working life. The model is based on continuous individualized support. The project, run by the Public Employment Service, initially operated as a pilot in 16 municipalities during 2019–23, and was expanded to around 140 municipalities during 2023–25. Since the beginning of 2025, the model has gradually been rolled out nationwide.

Now that processes such as these aimed at creating a better functioning work environment are underway, there are strong reasons for the government to reinforce them by ensuring that they lead to concrete measures that make individualized workplace accommodations possible.

Starting points for an effective disability policy

There is a clear need for reforms to improve the current situation and better fulfil the goal of full participation in the labour market. To achieve this, the goals for people who currently have jobs in the regular labour market, are unemployed, or are outside the labour market should be the following:

- Measures for people with disabilities who are *employed* in the regular labour market should aim to ensure that they are given the best possible conditions for remaining in work and continuing to develop in their workplaces.
- Measures for people with disabilities who are *unemployed* should aim to improve the conditions for getting them into work, primarily into regular jobs.
- Measures for people with disabilities who are *outside the labour force* should aim to ensure that there are good opportunities to try work and other activities without risking the loss of entitlement to social insurance benefits, while at the same time maintaining a strong safety net for people with major health problems.

A reform agenda

We conclude that no single measure can be expected to change the current situation. What is needed instead is a combination of measures, many of which involve reforming existing measures and expanding their scope. More generally, there is a clear need for increased investments targeted at people with disabilities, a group with a very weak position in the labour market.

It should be noted that most of the reforms described below are general rather than targeted to groups with specific disabilities. The reason is that most of the proposed reforms are directed at employers and/or public actors (such as the government or government agencies) rather than individuals. All interventions should, of course, be designed with the individual at the centre and adapted to each person's circumstances, capacities, and needs, which may differ depending on the type and degree of disability a person has.

Some of the reforms we propose can be implemented directly because there is already research evidence that they are effective. Other proposed reforms have more uncertain effects and are therefore suitable for implementation as pilot programs, which should be designed so that they can be evaluated by researchers. That requires pilot programs to be designed in consultation with researchers and participation in the measures to be randomized in an appropriate way.

Our reform proposals are presented below. They are grouped by content and are therefore not ranked in order of importance.

Measures to increase flexibility and individualized accommodation

- *Expanded opportunities for flexibility.* This could include, for example, remote work, parttime work, and job sharing. The possibility of remote work appears to be especially beneficial for people with disabilities. Opportunities for parttime work without subsidies such as wage subsidies, as well as various forms of job sharing (combined with disability compensation for the remaining time), may also be suitable employment arrangements for people with disabilities involving reduced work capacity. This should be particularly feasible in sectors

where part-time work is common. At the same time, cooperation with the social partners is important here, since excessively widespread part-time work may create other problems.

- *Measures to increase inclusion and accessibility.* The government and government agencies should ensure that the work already being carried out to improve the work environment with respect to mental ill-health also leads to greater inclusion and accessibility for people with disabilities more generally (for example through SAM and OSA). Strict supervision is essential to ensure that both public and private employers comply with legal requirements.
- *Stricter inspection of rehabilitation plans and active measures.* The government and government agencies should ensure stricter inspection of employer responsibility with respect to rehabilitation plans, especially to make sure that necessary and relevant workplace accommodations are made in order to prevent or delay transition into disability compensation. The same applies to the anti-discrimination law's requirements for active measures against discrimination. The social partners also bear major responsibility here.
- *Expanded and improved individualized accommodation and job environment matching.* This could be done through greater investment in measures such as SIUS/IPS, in which a support person helps both the individual and the employer to find and retain work (that is, support both for the individual during the job search and for the employer and the individual during the initial period after a new hire), and/or through a personal assistant available in the workplace in cases where more lasting support is needed. This should help employers adapt the work environment, reduce employers' uncertainty about hiring people whose work capacity is seen as difficult to assess, and provide valuable support to individuals during the job search.
- *Examine whether occupational health services could play a larger role.* This applies both to meeting the need for individualized support and to making occupational health services more

available to advise employers on how the work environment can be made more flexible and inclusive.

Measures to change attitudes and increase willingness to hire

- *Greater investment in measures aimed at changing employers' attitudes toward hiring people with disabilities.* This could be done, for example, through campaigns by the Public Employment Service or the DO designed to change employer attitudes toward hiring people with disabilities (for example, campaigns similar to the earlier "Gör plats" campaign or the current "Få jobbet gjort!" campaign), and through more intensive work by the DO to inform employers about the anti-discrimination law's requirement that they implement active measures against discrimination. Clear requirements for this work (along with funding) should be included in the agencies' annual appropriation directions from the government.
- *Consider hiring quotas in government agencies.* It is important that employers in the public sector, especially government agencies, lead by example by employing people with disabilities themselves. Given the weak results of "Praktik i staten" (where few agencies created internship placements despite a clear mandate), quotas may be necessary to bring about change, with clear guidance provided in the agencies' annual appropriation directions from the government. Requirements for some form of inclusion certification could also be used to increase awareness among all agency employees of the importance of inclusion.
- *Consider inclusion requirements in public procurement.* The public sector has significant opportunities to impose requirements in public procurement of goods and services, and these requirements should also be able to include demands for an inclusive work environment.
- *Greater collaboration between government agencies and civil society.* There are several initiatives in which companies, interest organizations, and other parts of civil society are

working on measures to create a more inclusive labour market (for example Skoopi, Fremia, and the UUA Association). Public authorities should support this type of initiative and help ensure that successful methods are recognized and disseminated.

- *Expanded opportunities to try work and other activities without risking the loss of entitlement to disability compensation.* This is especially important for people with severely reduced work capacity, who should be given the opportunity to work to the full extent of their capacity. This requires specific measures tailored to the type and degree of disability involved.
- *Measures in which a public actor initially takes the employer responsibility.* This could help remove the uncertainty employers may feel about hiring a person with a disability and provide time to determine the extent of reduced work capacity. Over time, however, such employment should transition into regular employment in order to avoid lock-in effects or insecure employment conditions.

Measures that have been proposed before and bear repeating

- *Raise the ceiling on the wage subsidy (lönebidrag).* There is strong reason to believe that the current ceiling on the wage subsidy is too low to make it attractive. The ceiling should therefore be raised from the current SEK 20,000 to, for example, SEK 35,000. This would reduce employers' costs of hiring and should lead to wage subsidies also being used for more qualified jobs with career prospects. It is also important that the wage subsidy be long-term, since employers will only want to hire if they can be confident that the subsidy will continue to be paid as long as the reduction in work capacity remains.
- *Shorter processing times at the Public Employment Service.* It is important to identify people with disabilities quickly so that appropriate measures can be made available. Because work capacity is tied to the workplace and its ability to provide accommodations, it is appropriate for work capacity to be

assessed (directly) during an initial trial employment period. This would avoid the current situation in which jobseekers become long-term unemployed before receiving a disability code from the Public Employment Service.

- *Centralized provision of assistive devices for work.* The current system is characterized by lengthy and cumbersome processing involving several authorities. If employers and individuals could turn to a single authority, it would be clearer who is responsible and processing times could be minimized.
- *Strengthen support in the transition from education to the labour market.* It is important to ensure that young people with disabilities receive the support and assistance they need early on in the transition from education to working life. This could, for example, be done by further developing Samstart and providing it with more resources.

Finally, it should be emphasized that through the national disability policy objective and international commitments under Article 27 of the UN Convention, Sweden has set ambitious goals. Achieving these ambitions will require intensified efforts and more resources devoted to improving the labour market situation for people with disabilities. In recent years, if anything, these efforts appear to have declined rather than expanded. If no change occurs, the only remaining alternative will be to lower the level of ambition for a more inclusive labour market for people with disabilities, which would be highly undesirable.

1 Inledning¹⁴

Det nationella målet för funktionshinderspolicen är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhället för personer med funktionsnedsättning. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas.¹⁵

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD; specifikt artikel 27) syftar till att skydda och stärka mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Sverige ratificerade konventionen 2008. Därefter formulerade regeringen den nationella målsättningen ovan och där nämns att arbetsmarknad och utbildning är prioriterade områden.¹⁶ Arbetsmarknadsdeltagande är viktigt eftersom en stor mängd studier visar att personer som står utanför arbetsmarknaden ofta drabbas av såväl ohälsa som de negativa sociala och privatekonomiska konsekvenser som följer av utanförskap (Waddell och Burton 2006). Arbetskraftsdeltagandet är även viktigt för samhällsekonomin genom att bidra till högre BNP och bättre offentliga finanser.

Det är dock tveksamt om dessa ambitiösa målsättningar uppnås. FN:s övervakningskommitté för funktionsrättskonventionen har

¹⁴ Arbetet med rapporten har vuxit fram i nära dialog med ett flertal personer och organisationer. Vi vill rikta ett särskilt tack till vår väldigt engagerade och engagerande referensgrupp, som med värdefulla synpunkter, kritiska kommentarer och konstruktiva förslag har bidragit till att skärpa våra analyser och inte minst fördjupa våra funderingar kring lämpliga åtgärder. Rapporten hade definitivt haft ett annorlunda innehåll utan era insatser. Vi vill också rikta ett stort tack till Lars Lööv (Arbetsmiljöverket), Mikael Klein (MISA), Marianne Boge (CSR Sweden), Emil Erdtman (Independent Living), Emma Lundgren (Conexi), Lennart Karlsson och Fredrik Stockhaus (SRF), Lisa Gustavsson (Iris Hadar), Anderz Malgodal (AKG), Stefan Tengman (Matchedin) och Lars Ahlenius (IWork, Stockholms Stad) för inspiration, fakta och idéer till rapportens innehåll. Vi är också tacksamma för finansiellt stöd från Vetenskapsrådet [anslagnummer: 2022-01878] för det forskningsarbete som ligger till grund för rapporten. Avslutningsvis, det är givetvis vi författare som ensamt bär ansvar för rapportens innehåll och slutsatser.

¹⁵ Regeringens proposition (2017).

¹⁶ Det pågår för närvarande ett arbete med att ta fram en ny nationell handlingsplan för funktionshinderspolicen, se MFD (2025a).

nyligen kritiserat Sverige för att inte leva upp till konventionens krav (MFD 2024b) och arbetsmarknadsstatistik visar stora gap i sysselsättning och löneinkomster.

Livsvillkoren för personer med funktionsnedsättning, som 2024 utgjorde cirka 12 procent av befolkningen i åldern 16–65 år, är generellt sett sämre än för den övriga befolkningen (MFD 2025b; SCB 2025). Sysselsättning och löneinkomster är lägre, samtidigt som arbetslösheten och andelen som befinner sig utanför arbetskraften är högre, för personer med funktionsnedsättning.

För att samhället ska kunna utforma effektiva politiska åtgärder för att uppnå den nationella målsättningen behövs ett detaljerat kunskapsunderlag om situationen för personer med funktionsnedsättning på viktiga samhällsområden som på arbetsmarknaden. Syftet med denna rapport är att bidra till ett sådant kunskapsunderlag. Särskilt fokus läggs på hur situationen för personer med funktionsnedsättning kan förbättras genom att deras arbetskaper tas till vara på ett bättre sätt än i dagsläget.

Personer med funktionsnedsättning är en mycket heterogen grupp, och deras situation på arbetsmarknaden varierar betydligt med framförallt typ av funktionsnedsättning, grad av nedsatt arbetsförmåga och ålder. Det är därför missvisande att, som ibland förekommer i samhällsdebatten, betrakta personer med funktionsnedsättning som en homogen grupp med liknande situation, förutsättningar och behov. Vilka konsekvenser en funktionsnedsättning medför påverkas i hög grad av i vilken utsträckning samhället är anpassat för att ge full delaktighet. Det krävs ett samspel mellan individ, arbetsgivare och samhälle. För att ta tillvara arbetskraftspotentialen bland personer med funktionsnedsättning behöver samhället hitta sätt att minska de barriärer som skapar funktionshinder och därmed försvårar deltagande i arbetslivet. Till exempel kan distansarbete eliminera behovet av pendling och därmed möjliggöra ett ökat arbetskraftsdeltagande för personer med vissa funktionsnedsättningar. En mer tillåtande syn på flexibilitet och anpassning bland arbetsgivare vad gäller arbetstider, arbetstempo och andra faktorer förefaller vara viktig.

Anpassningen av arbetsmiljön kan se olika ut beroende på typen av funktionsnedsättning. För personer med rörelsenedsättning kan det innebära anpassningar av den fysiska arbetsmiljön. För personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, som till exempel

nedsett syn eller hörsel, kan det behövas kommunikationshjälpmedel som talsyntes eller teckenspråkstolk. För personer med en psykiatrisk funktionsnedsättning kan ett anpassat arbetstempo behövas, medan personer med en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, till exempel som en följd av adhd, kan behöva stöd med tidshantering och att organisera sina arbetsuppgifter. För personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, till exempel astma/allergi, diabetes eller hjärt- och kärlsjukdomar, kan det innebära anpassningar i form av flexibla arbetstider. Personer med en intellektuell funktionsnedsättning kan ha behov av olika former av anpassat arbete och annat stöd.

Situationen för personer med funktionsnedsättning kan också se olika ut beroende på om funktionsnedsättningen medför en nedsatt arbetsförmåga. Personer med en mindre nedsättning av arbetsförmågan kan tänkas ha en nästan lika stark anknytning till arbetsmarknaden som personer utan funktionsnedsättning, medan personer med en mycket stor nedsättning av arbetsförmågan kan tänkas ha en betydligt svagare ställning på arbetsmarknaden.

Situationen för personer med funktionsnedsättning kan dessutom se olika ut beroende på personens ålder. En del funktionsnedsättningar är vanligare bland äldre personer på grund av åldersrelaterade hälsotillstånd. Den naturliga åldrandeprocessen kan leda till ökad förekomst av till exempel rörelsenedsättning samt syn- och hörselnedsättning. Andra funktionsnedsättningar ökar dock inte på samma sätt med åldern utan är istället huvudsakligen antingen medfödd (t.ex. neuropsykiatrisk och intellektuell funktionsnedsättning) eller uppstår oberoende av åldrandet. Även graden av nedsättning i arbetsförmågan från en befintlig funktionsnedsättning kan öka med åldern. Det kan slutligen finnas skillnader baserade på kön och etnicitet.

Det finns en omfattande internationell litteratur om individeffekter på arbetsmarknaden av funktionsnedsättningar.¹⁷ Den svenska litteraturen är dock mer begränsad. Två nyligen skrivna forskningsöversikter (Danermark m.fl. 2021; Tideman m.fl. 2020) betonar behovet av mer forskning, särskilt studier som följer

¹⁷ Exempel på studier med longitudinella data är Haveman och Wolfe (1990), Bound och Waidmann (2002), Charles (2003) samt Meyer och Mok (2019). För nordiska studier se till exempel Højbjerg m.fl. (2023), Højbjerg m.fl. (2024) och andra rapporter från Nordens välfärdscenter, <https://nordicwelfare.org/>. Se även Bodilsen m.fl. (2023) för erfarenheter från Danmark.

personer över längre tidsperioder (dvs. longitudinella studier). De svenska studierna är i de flesta fall begränsade vad gäller tillgången på data, där antalet observationer endast möjliggör en analys av övergripande mönster. Rapporterna använder ofta enstaka specifika år av antingen tilläggsundersökningen till Arbetskraftsundersökningarna om funktionsnedsättning (i resten av rapporten benämnd AKU-funk) eller Undersökningarna av Levnadsförhållanden (ULF).

Bland de studier som gjorts sedan 1990-talet kan följande nämnas. I SOU (2001) studeras fem olika grupper med funktionsnedsättning med data från ULF för åren 1988–89 och 1996–99. Studien finner att sysselsättningsgraden är lägre för personer med funktionsnedsättning under båda de studerade tidsperioderna. Studien finner dock inga tecken på att kopplingen till arbetsmarknaden under 1990-talskrisen försämrades mer för personer med funktionsnedsättning än för den övriga befolkningen. Andra studier som finner liknande mönster är SCB (1992a) och (1992b), Socialstyrelsen (1992), Tideman (2000) och Riksförsäkringsverket (2003).

Ds (2008), vars huvudsyfte är att mäta antalet personer med funktionsnedsättning, undersöker också anknytningen till arbetsmarknaden. Studien finner att anknytningen generellt är låg, men att den varierar mycket mellan olika grupper. Socialstyrelsen (2010) studerar levnadsförhållanden för vuxna personer med funktionsnedsättning med registerdata och data från en enkät. Studien finner att andelen personer med löneinkomst är lägre bland personer med funktionsnedsättning jämfört med den övriga befolkningen. Boman (2015) använder data från AKU och dess tilläggsundersökning för att undersöka betydelsen av ett antal olika typer av funktionsnedsättning för sannolikheten att ha ett arbete. Studien undersöker också om det finns skillnader i yrkesfördelningen mellan personer med olika typer av nedsättningar samt jämfört med den övriga befolkningen. Resultaten visar att både funktionsnedsättningar generellt och typen av funktionsnedsättning har betydande inverkan på arbetsmarknadsutfallet. Särskilt stora är problemen för personer med en psykisk funktionsnedsättning.

SOU (2012) är en av få svenska rapporter som har länkat samman data från flera år och olika datakällor. Utredningens syfte var att föreslå reformer av de arbetsmarknadspolitiska insatserna för

personer med funktionsnedsättning. Som en bakgrund till förslagen gjordes en analys av arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning, där det konstaterades att de har betydligt sämre möjligheter till reguljärt arbete. I utredningen redogörs bland annat för vilka funktionsnedsättningar som är vanligast, arbetskraftsstatus för personer i de olika kategorierna och ålderns betydelse i en rad dimensioner. En mer aktuell rapport är SOU (2024), vars uppdrag var att utvärdera de senaste årens förändringar i sjukförsäkringens regelverk. Även SOU (2025b) analyserar situationen för personer med funktionsnedsättning med betoning på Samhall. Riksrevisionen (2025) analyserar Arbetsförmedlingens arbete med personer med funktionsnedsättning. Många av de ovan nämnda studierna diskuterar även reformförslag (se diskussionen i kapitel 9). Det finns också ett antal studier som fokuserar på situationen för personer med specifika diagnoser. Till exempel visar Rydberg (2010) att det bland döva är dubbelt så vanligt att vara överkvalificerad för sitt arbete jämfört med den övriga befolkningen. Studien visar också att många har jobb med lönebidrag, men att det sällan skulle behövas om arbetsmiljön anpassades. Falk m.fl. (2016), Topor m.fl. (2019) och Eliason (2023) analyserar olika mått på arbetsmarknadsutfall för personer med psykiatriska diagnoser.

Slutligen finns SCB:s årliga rapporter som beskriver resultaten från AKU-funk (se t.ex. SCB 2025).¹⁸ För varje års undersökning sammanställer SCB olika arbetsmarknadsutfall från undersökningen för personer med funktionsnedsättning och gör jämförelser gentemot den övriga befolkningen. Genomgående visar dessa rapporter att personer med funktionsnedsättning har lägre sysselsättning, högre arbetslöshet, lägre löneinkomster och färre arbetade timmar än den övriga befolkningen.

Vad som ofta saknas i de tidigare studierna är en detaljerad analys av situationen för personer med olika typer av funktionsnedsättning, med olika grad av nedsatt arbetsförmåga och i olika åldrar.

Vår rapport bygger på ett unikt sammanlänkat datamaterial på individnivå från flera olika datakällor. Utgångspunkten är AKU och AKU-funk för tidsperioden 1996–2019. Dessa data kombineras med mikrodata från andra register hos Statistikmyndigheten (SCB) med arbetsmarknads-, utbildnings- och hälsorelaterade variabler. Det

¹⁸ Även Myndigheten för delaktighet publicerar årliga rapporter som följer upp målnuppfyllelsen i funktionshinderspolitiken (se t.ex. MFD 2025b).

sammanlänkade datamaterialet möjliggör en utförlig analys av situationen på arbetsmarknaden för personer med olika typ av funktionsnedsättning, olika grad av nedsatt arbetsförmåga och i olika åldrar. Där det behövs presenterar vi också data från andra datakällor, även för perioden efter 2019.

I rapporten analyserar vi situationen för personer med de flesta typer av funktionsnedsättningar. Genomgående delar vi upp analysen utifrån typ av funktionsnedsättning, grad av arbetsförmåga och ålder. Där det är relevant delar vi också upp analysen utifrån kön och etnicitet. Fokus är på situationen på arbetsmarknaden för vuxna personer med funktionsnedsättning, vilket gör att vi bortser från utfall på många andra viktiga samhällsområden. Vi diskuterar dock utbildnings- och hälsorelaterade utfall då dessa påverkar situationen på arbetsmarknaden. Genomgående diskuterar vi hur arbetskapaciteten hos personer med funktionsnedsättning kan tas tillvara på ett bättre sätt än i dagsläget och de reformer av dagens regelverk och åtgärder som kan behövas för att detta ska kunna uppnås.

Begreppet funktionsnedsättning kan definieras på flera olika sätt, men vi utgår från definitionen i FN-konventionen:

Personer med funktionsnedsättning innefattar bl.a. personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar, vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra (artikel 1).

När en person med *funktionsnedsättning* möter en icke anpassad omgivning uppstår ett *funktionshinder*. Begreppet *nedsatt arbetsförmåga* har ingen officiell definition, men används av bland annat Arbetsförmedlingen om personer som har en dokumenterad funktionsnedsättning som påverkar möjligheten att få eller behålla ett arbete.

Det bör noteras att funktionsnedsättning, funktionshinder och nedsatt arbetsförmåga alla är relativa begrepp som bör tolkas utifrån såväl individens egenskaper som arbetsgivares och övriga samhällets förmåga och vilja till öppenhet, inkludering och anpassning. Samhällets strukturer, attityder och fysiska miljöer kan, i samverkan med individuella funktionsnedsättningar, skapa funktionshinder. I ett öppet och inkluderande samhälle är således en funktionsnedsättning ett mindre problem eftersom den inte i lika hög grad ger upphov till funktionshinder och nedsatt arbetsförmåga.

Resten av rapporten är disponerad på följande vis. I kapitel 2 definieras och problematiseras begreppen funktionsnedsättning, funktionshinder och nedsatt arbetsförmåga. Där beskrivs och diskuteras också det datamaterial som används i rapporten. I kapitel 3 redogörs översiktligt för arbetsmarknadssituationen för personer med funktionsnedsättning och vilken utnyttjad arbetskraftspotential som kan finnas i denna grupp. I kapitel 4 till 8 analyseras situationen för fem kategorier av funktionsnedsättning: rörelsenedsättning, kommunikativ funktionsnedsättning, psykisk (psykiatrisk och neuropsykiatrisk) funktionsnedsättning, funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom och intellektuell funktionsnedsättning. I kapitel 9 beskriver vi huvuddragen i de regelverk och åtgärder som är relevanta för personer med funktionsnedsättning samt diskuterar, utifrån vår analys och aktuella forsknings- och myndighetsrapporter, hur dessa regelverk och åtgärder kan behöva förändras. Slutligen, i kapitel 10, beskriver vi ett antal förslag på reformer som kan förbättra situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning.

2 Bakgrund

I detta kapitel diskuterar vi hur samhällets sätt att betrakta personer med funktionsnedsättning har utvecklats över tiden, hur begreppen funktionsnedsättning, funktionshinder och nedsatt arbetsförmåga tolkas, olika sätt att mäta hur många personer som har en funktionsnedsättning samt hur vårt datamaterial ser ut och vilka kategoriseringar av funktionsnedsättningar som används i resten av rapporten.

2.1 Samhällets sätt att betrakta personer med funktionsnedsättning

I litteraturen finns det ett antal synsätt på innebörden av begreppen funktionsnedsättning och funktionshinder och dess konsekvenser på olika samhällsområden, som till exempel arbetsmarknaden.¹⁹ Det numera dominerande synsättet betonar att funktionsnedsättning, funktionshinder och nedsatt arbetsförmåga alla är relativa begrepp som bör tolkas som ett samspel mellan individ, arbetsgivare och samhälle. Här presenteras översiktligt några av de vanligaste ansatserna.

Den först utvecklade ansatsen brukar kallas den medicinska eller individuella modellen. I den betraktas funktionshinder primärt som ett medicinskt tillstånd, där individuella funktionsnedsättningar och hälsotillstånd betonas som grundorsaker. Detta synsätt lägger i stor utsträckning ansvaret på en person med funktionsnedsättning att själv anpassa sig till samhällets rådande normer genom medicinska interventioner, rehabilitering och terapier. Målet med dessa åtgärder är att göra personen så välfungerande som möjligt, det vill säga att i så stor utsträckning som möjligt fungera som någon utan funktionsnedsättning. Enligt detta synsätt ses till exempel en person med en rörelsenedsättning som någon som behöver en medicinsk behand-

¹⁹ Se till exempel Barnes och Mercer (2010) och Langtree (2010) för översikter.

ling eller rehabilitering för att återfå sin rörlighet och en person med autismspektrumtillstånd som någon som behöver diagnosticeras och få behandling som minskar svårigheterna med social interaktion.

På arbetsmarknaden förklarar den medicinska modellen lägre sysselsättning och inkomster för personer med funktionsnedsättning som ett resultat av individuella hälsotillstånd eller fysiska begränsningar och ser dessa problem som något som ska åtgärdas med medicinska interventioner eller rehabilitering så att en person med funktionsnedsättning kan uppnå de rådande normerna för vad som anses som välfungerande på arbetsmarknaden.

Den medicinska modellen har dock starkt ifrågasatts både av forskare och företrädare för funktionshindersrörelsen eftersom den i stort bortser från sociala och miljömässiga faktorer. I en studie med fokus på arbetsmarknadsutfall är detta synsätt uppenbart alltför snävt då det helt bortser från möjligheter och hinder på arbetsgivar-sidan. Att betrakta funktionshinder som individuella avvikelser från rådande normer kan också leda till att personer med funktionsnedsättning stigmatiseras och diskrimineras. Inom vården finns inslag av detta synsätt kvar då diagnossystem som ICD-10 och DSM-5 används vid diagnos och journalföring.²⁰ Den medicinska modellen har dock i stor utsträckning ersatts av andra ansatser i forskningslitteraturen.

Den sociala modellen för funktionshinder, som har sitt ursprung i funktionshinderrörelsens kritik mot de tidigare modellerna, skiljer sig från den medicinska modellen genom att funktionshinder inte ses som individuell brist utan som ett resultat av samhälleliga och miljömässiga barriärer. Ansatsen fokuserar på olika sätt att eliminera hinder och diskriminerande attityder för att därigenom skapa en öppen och inkluderande miljö. Ansvaret placeras således på samhället istället för på individen att hantera hinder och modellen betonar att diskriminering och exkludering är konsekvenser av samhälleliga faktorer. Ansatsen förespråkar förutom samhällsförändringar också starkt skydd av rättigheterna för personer med funktionsnedsättning (t.ex. mänskliga rättigheter). Den sociala modellen ser alltså bortom en person med en funktionsnedsättnings kroppsliga funktioner och betonar att funktionshinder är en samhällsfråga, där målet bör vara att förändra samhället i en mer inkluderande riktning.

²⁰ ICD-10 och DSM-5 är internationella klassificeringar av sjukdomar och hälsoproblem.

Ett exempel illustrerar skillnaden mellan den medicinska och den sociala modellen för en person som är rullstolsanvändare. Enligt den medicinska modellen är problemet personens funktionsnedsättning, medan den sociala modellen istället betonar att problemet är att samhället inte är anpassat efter personer som är rullstolsanvändare därför att till exempel arbetsplatser inte är tillgänglighetsanpassade. Det är således samhällets brist på anpassning som gör att en person med funktionsnedsättning upplever hinder och begränsningar i sin tillvaro.

Den sociala modellen förklarar den svagare kopplingen till arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning med hinder på arbetsplatser och andra delar av samhället snarare än med individuella brister. Ansatsen pekar på fysiska och attitydmässiga hinder, som dåligt anpassade arbetsplatser samt diskriminerande attityder och bristande engagemang hos arbetsgivare, som bidrar till att utesluta personer med funktionsnedsättning från arbetslivet.

Ytterligare ett synsätt på funktionsnedsättning är den biopsykosociala modellen (Engel 1977), vilken betraktar en funktionsnedsättning som inte enbart något medicinskt utan snarare resultatet av ett samspel mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Ansatsen visar att personers upplevelser av att ha en funktionsnedsättning inte bara påverkas av fysiska eller kognitiva begränsningar, utan också av tankar, känslor och beteenden samt den sociala miljö som omger dem. Ansatsen understryker således vikten av att ta hänsyn till alla dessa tre typer av faktorer för att förstå och hantera en funktionsnedsättning.

Enligt den biopsykosociala modellen är det ett komplext samspel mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer som leder till svagare arbetsmarknadskoppling för personer med funktionsnedsättning. Medicinskt eller biologiskt kan personer med funktionsnedsättning ha begränsningar som påverkar deras förmåga att utföra vissa arbetsuppgifter och det kan påverka anställningsbarheten. Modellen betonar dock också att det finns en psykologisk aspekt. Psykiska faktorer, som till exempel inlärd hjälplöshet, kan påverkas av andra personers attityder och diskriminering, vilket potentiellt kan påverka förmågan att få och bibehålla en anställning. Dessutom betonas starkt sociala aspekter som kan bidra till brist på anpassningar av arbetsplatser, stigma och diskriminering. Detta synsätt betonar att de tre typerna av faktorer kan samvariera och förstärka

varandra och därmed påverka anknytningen till arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning.

Ett närliggande koncept är ICF-modellen²¹, vilken är en klassifikation som har utvecklats av Världshälsoorganisationen (WHO). ICF-modellen kan användas för att beskriva och mäta en persons funktionstillstånd och funktionsnedsättning. Modellen bygger på den biopsykosociala modellen och beaktar därmed biologiska, psykologiska och sociala faktorer. ICF-modellen är ett verktyg för att konkret tillämpa det biopsykosociala synsättet. Den biopsykosociala modellen kan således ses som ett teoretiskt ramverk, medan ICF-modellen är en klassifikation som bygger på detta ramverk. Socialstyrelsen rekommenderar användning av ICF för att arbeta med funktion inom alla livsområden, från skola till äldreomsorg. ICF utgår från att en individ ses befinna sig i ständigt samspel med sin omgivning. ICF inkluderar aktivitets- och delaktighetsaspekter, personliga faktorer, omgivningsfaktorer och hur dessa samvarierar liksom underlättar eller hindrar personens vardagsfunderande.²²

Det officiella synsättet på funktionshinder i Sverige är numera det relativa där funktionshinder kan uppstå i spelet mellan en person med funktionsnedsättning och en icke anpassad omgivning. Det innebär att de funktionshinderskapande processerna kan minskas genom framförallt förändringar och anpassningar av omgivningen men också genom individriktade insatser.

De ovan beskrivna synsätten skiljer sig framförallt i hur de ser på personer med funktionsnedsättning och hur funktionshinder uppstår. Om nedsättningen ses som ett medicinskt problem hos personen själv eller som ett samhällsproblem som behöver angripas utifrån ett brett och inkluderande perspektiv med åtgärder på samhällsnivå. Utvecklingen av ansatserna speglar också hur synen på personer med funktionsnedsättning i samhället har förändrats över tiden. Historiskt har gruppen ofta betraktats som avvikande från de rådande normerna inom olika samhällsområden och de åtgärder som har förespråkats har ofta inneburit att personer med funktions-

²¹ ICF står för International Classification of Functioning, Disability and Health.

²² Vid Karolinska Institutets forskningscentrum KIND bedrivs forskning kring neuropsykiatriska funktionsnedsättningar med ICF-modellen som bas, till exempel en praktisk implementering av en svensk version av ICF Core Sets som syftar till att rikta om fokuset från diagnos till funktionsförmåga för såväl individen som samhället (vården, skolan och arbetsgivaren). Se <https://ki.se/kind>.

nedläggning dolts (t.ex. genom olika former av mer eller mindre påtvingad institutionsvård). Numera är istället utgångspunkten vanligen att samhället bör anpassas så att personer med funktionsnedläggning kan delta på alla viktiga samhällsområden på samma villkor som andra medborgare. Detta synsätt präglar också den FN-konvention om rättigheter för personer med funktionsnedläggning som ratificerades av Sverige 2008.

2.2 Begreppen funktionsnedläggning, funktionshinder och nedsatt arbetsförmåga

Innan vi analyserar situationen för personer med funktionsnedläggning behöver vi klargöra vad som menas med att en person har en funktionsnedläggning.²³ Att använda detta begrepp innebär ett uttalande om att en person med funktionsnedläggning avviker från en viss norm för vad som anses som en ”normal” funktion, men det är svårt att definiera vad en sådan ”normal” funktion innebär. En del föredrar därför att använda begreppet funktionsvariation för att tydligare markera att funktion snarare ska ses som en kontinuerligt varierande egenskap hos individer. Vi väljer dock att använda termen funktionsnedläggning.

Även om innebörden av begreppet funktionsnedläggning kan variera beroende på sammanhanget och syftet behöver vi en definition. Vi använder oss av den definition som återfinns i artikel 1 i FN-konventionen.

Personer med funktionsnedläggning innefattar bl.a. personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedläggningar, vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra.

Denna definition har fördelen att den både definierar gruppen och samtidigt betonar samspelet mellan individ, arbetsgivare och samhälle.

En annan vanlig definition som används av Socialstyrelsen är:

En funktionsnedläggning är en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. En funktionsnedläggning kan uppstå till följd av sjukdom eller annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad

²³ I Grönvik (2007) och SOU (2023) diskuteras utförligt hur funktionsnedläggning kan definieras och mätas.

*skada. Sådana sjukdomar, tillstånd eller skador kan vara av bestående eller av övergående natur.*²⁴

En funktionsnedsättning bör tolkas som en term som innefattar olika fysiska, mentala, sensoriska och kognitiva begränsningar som kan påverka en persons förmåga att utföra vissa aktiviteter eller delta fullt ut i samhället. Funktionsnedsättning innefattar inte enbart hälsotillståndet i sig, utan tar också hänsyn till de hinder och utmaningar som personen kan möta i sin omgivning och samhälle, vilket kan påverka möjligheten att leva ett aktivt och fullvärdigt liv.

Det är viktigt att notera att en funktionsnedsättning kan vara bestående eller temporär. Till exempel har en person som är förlamad i de flesta fall en bestående funktionsnedsättning, medan en person som har skadat sig i en arbetsplatsolycka kan ha en temporär funktionsnedsättning. Vi fokuserar på personer med en varaktig funktionsnedsättning.

Ett funktionshinder definieras av Socialstyrelsen som en ”begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen”.²⁵ Ett funktionshinder uppstår således när en person med en funktionsnedsättning möter till exempel en bristfälligt anpassad arbetsplats. Att ha en funktionsnedsättning innebär således inte per automatik att en person upplever ett funktionshinder. Det avgörande är om till exempel en arbetsplats är funktionell i relation till personens förutsättningar.

Begreppet nedsatt arbetsförmåga har ingen officiell definition, men används av bland annat Arbetsförmedlingen om personer som har en dokumenterad funktionsnedsättning som påverkar möjligheten att få eller behålla ett arbete. Begreppet arbetsförmåga kan tyckas ha en klar innebörd, men behöver vid närmare eftertanke problematiseras. Nedsatt arbetsförmåga kan ses antingen som en brist hos en person att uppfylla de krav som ställs i en (arbetsrelaterad) situation, men kan också ses som en brist hos arbetsgivaren eller samhället att vidta åtgärder för att se till att personer med funktionsnedsättning ges tillträde till alla delar av ett samhälle på lika villkor som resten av befolkningen. En diskussion som utgår från arbetsförmågan hos personer med funktionsnedsättning bör därför ha i åtanke att funktionsnedsättning, funktionshinder och nedsatt arbetsförmåga alla är relativa begrepp.

²⁴ Enligt Socialstyrelsens termbank, <https://termbank.socialstyrelsen.se/>.

²⁵ Enligt Socialstyrelsens termbank, <https://termbank.socialstyrelsen.se/>.

2.3 Hur mäta vilka som har en funktionsnedsättning?

Nästa fråga är vad som är ett bra sätt att mäta hur många personer som har en funktionsnedsättning. Detta är en svår fråga då det, som framgår ovan, inte finns någon entydig definition av begreppet funktionsnedsättning.

I praktiken finns det två huvudsakliga metoder som kan användas för att mäta antalet personer med funktionsnedsättning. En metod är att ställa frågor till ett urval av befolkningen om de själva anser att de har en funktionsnedsättning. En annan metod är att utgå från registerdata. Det kan vara patientregister som visar vilka personer som har diagnoser som kan anses påvisa förekomsten av en funktionsnedsättning, socialförsäkringsregister som visar utbetalningar av transfereringar riktade till personer med funktionsnedsättning eller register hos Arbetsförmedlingen som klassificerar arbetsökande som personer med funktionsnedsättning. Båda dessa metoder har såväl för- som nackdelar.

Fördelen med självrapporterade data är att de ger en bild av vilka personer som har sådana besvär som gör att de själva anser sig ha en funktionsnedsättning. Nackdelen är att dessa mått både kan under- och överskatta hur många som verkligen har en funktionsnedsättning. Å ena sidan kan det finnas personer som objektivt sett har en nedsättning som begränsar deras tillvaro, men som antingen inte inser det själva eller som inte vill svara att så är fallet i en enkät- eller intervjuundersökning (t.ex. för att de upplever detta som stigmatiserande). Å andra sidan kan det finnas personer som säger att de har en funktionsnedsättning trots att detta rent objektivt inte är fallet, till exempel som en förklaring till varför de inte har lyckats etablera sig på arbetsmarknaden. Till detta kommer problem med bortfall och selektion i enkät- och intervjuundersökningar.

Fördelen med registerbaserade data är att de tydligare kan baseras på en viss definition av innebörden av att ha en funktionsnedsättning (t.ex. vissa diagnoser eller erhållandet av en viss typ av ersättning) och att personer sedan kan kategoriseras utifrån dessa kriterier. Nackdelen är att det är svårt, eller kanske till och med omöjligt, att formulera kriterier för vilka som bör inkluderas. Det är dessutom inte säkert att alla personer som har en funktionsnedsättning har

diagnosticerats inom vården eller erhåller ersättning från transfereeringssystemen.

Internationellt är det vanligaste sättet att mäta förekomsten av funktionsnedsättningar att utgå från självrapporterade data. En ofta använd utgångspunkt är de frågor som ingår i Washington Group Short Set (WG-SS), vilka baseras på ett internationellt samarbete för att bland annat jämföra omfattningen av funktionsnedsättning i olika länder. Dessa frågor handlar ofta om ifall en person har problem att utföra olika typer av vardagssysslor och används bland annat i de svenska Undersökningarna av Levnadsförhållanden (ULF, vilken numera är en del av den EU-gemensamma undersökningen SILC).

I vår rapport använder vi självrapporterade data från en undersökning där deltagarna direkt tillfrågas om de har en funktionsnedsättning. Vi utgår från data från den tilläggsundersökning som SCB årligen genomför i samband med Arbetskraftsundersökningarna (AKU). AKU genomförs genom månadsvisa telefonintervjuer, där deltagarna är ett representativt urval av befolkningen i åldrarna 15–74 år (tidigare 16–64 år). Efter att intervjun för AKU har avslutats får deltagarna information om AKU-funk och därefter ställs en fråga om de anser sig tillhöra gruppen med funktionsnedsättning. Frågan har följande formulering:

Med funktionsnedsättning menas här att man kan ha nedsatt syn eller hörsel, ha tal- eller röstproblem, rörelsehinder, allergi eller någon form av psykisk funktionsnedsättning. Det kan också vara att man har diabetes, hjärt-lungproblem, mag-tarmsjukdom, psoriasis, epilepsi, dyslexi eller något liknande. Med den här definitionen, tillhör du gruppen som har en funktionsnedsättning?

AKU-funk genomfördes första gången år 1996 och har sedan ägt rum vartannat år fram till 2012 och därefter årligen 2013–19. Data för åren 2010 och 2012 finns dock inte bevarade hos SCB och kan därför inte användas. Efter 2019 har undersökningar genomförts med ett kraftigt reducerat antal frågor, vilket gör att dessa data inte kan användas för en analys uppdelad efter typ av funktionsnedsättning.

I AKU-funk ställs utöver frågan om personen anser sig ha en funktionsnedsättning en rad frågor om funktionsnedsättningen. Det ställs en fråga om typ av funktionsnedsättning (där det fanns 17 alternativ inklusive ett öppet. Frågan är: "Vilken/vilka funktions-

nedsättning/ar har Du?”. Svartalternativen är (viss variation finns i svartalternativens formulering mellan olika år) (i) astma/allergi eller annan överkänslighet, (ii) neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som t.ex. adhd, add, aspergers syndrom, autism, tourettes syndrom, (iii) diabetes, (iv) dyslexi, (v) dövhet, (vi) epilepsi, (vii) hjärt-/kärlsjukdom, (viii) hörselskada, (ix) mag- och tarmsjukdom, (x) lungsjukdom, (xi) psoriasis, (xii) psykisk funktionsnedsättning, (xiii) utvecklingsstörning, (xiv) rörelsehinder/rörelsenedsättning, (xv) stamning, språk-, tal- eller röststörning, (xvi) synnedsättning/blindhet och (xvii) annat.

I undersökningen ställs också frågor om hur mycket funktionsnedsättningen påverkar personens förmåga att utföra olika arbetsuppgifter (dvs. arbetsförmågan). Frågan är ”Bedömer Du att Din/dina funktionsnedsättning/ar medför att Din arbetsförmåga är nedsatt?”. För denna fråga finns det tre svartalternativ: (i) mycket, (ii) delvis och (iii) inte alls. Vidare ställs frågor om det finns ett behov av stöd eller anpassningar på arbetsplatsen samt frågor om upplevd diskriminering.

I genomsnitt är det ungefär 2 800 personer med en funktionsnedsättning per år som har besvarat AKU-funk. I det sammanslagna datamaterialet för åren 1996–2019 är det ungefär 39 000 personer. En viktig faktor för att kunna slå samman data från enskilda år av AKU-funk är att majoriteten av de frågor som ställs är desamma över tid. Det datamaterial som rapporten baseras på beskrivs mer i detalj i appendix.

Det bör noteras att AKU-funk består av upprepade tvärsnitt och således inte innebär att samma personer intervjuas vid mer än ett tillfälle. Det är således inte möjligt att följa en person över tiden i AKU-funk. De personer som intervjuas i AKU-funk kan dock följas över tiden i de andra register som ingår i vårt datamaterial.

En metodologisk utmaning i vår analys av upprepade tvärsnitt är att den variabel som anger om en individ har en funktionsnedsättning kan vara endogen, det vill säga samvariera med andra, icke observerbara, egenskaper som också påverkar olika arbetsmarknadsutfall. Om detta sker blir sambandet mellan funktionsnedsättning och till exempel sysselsättning svårt att tolka som orsak och verkan. Ett första potentiellt problem är selektion. Deltagandet i AKU och AKU-funk kan påverkas av faktorer som motivation och hälsa, vilka också påverkar möjligheten att arbeta. Ett andra möjligt

problem gäller förändringar i sammansättningen över tid. Den grupp som uppger att de har en funktionsnedsättning kan förändras mellan olika år. Om personer med en lindrig nedsättning i högre grad rapporterar funktionsnedsättning i senare undersökningar kan gruppen som helhet framstå som att ha fått en bättre situation och högre sysselsättningsgrad utan att individernas faktiska situation har förbättrats. Slutligen kan mätfel bidra till snedvridningar. Om benägenheten att uppge en funktionsnedsättning påverkas av till exempel arbetssituation eller livsomständigheter i övrigt kan det skapa ett samband mellan rapporteringen och arbetsmarknadsutfallen som inte speglar ett orsakssamband.

Vi försöker minska dessa typer av problem på olika sätt. För att korrigera för snedheter som kan uppstå till följd av urvalsdesign och selektivt bortfall i AKU-funk använder vi egna årsvisa kalibreringsvikter, eftersom de data vi erhåller från SCB saknar sådana. Viktningen syftar till att för varje år göra materialet så representativt som möjligt för den svenska befolkningen. Metoden beskrivs i appendix. Viktningen tenderar generellt att förstärka de skattade skillnaderna i utfallen mellan personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning och den övriga befolkningen, sannolikt eftersom vissa delgrupper inom gruppen med funktionsnedsättning är underrepresenterade i urvalet (vilket gör att de räknas upp relativt mer när materialet kalibreras) och samtidigt har en sämre arbetsmarknadssituation.

För att korrigera för problem med endogenitet har vi genomfört känslighetsanalyser där vi inkluderar kontrollvariabler för födelseår, kön och kommun samt där yngre individer följs framåt över tid i registerdata.²⁶ Analyserna visar kvalitativt liknande mönster oavsett metod, vilket tyder på att våra resultat är robusta.

2.4 Kategorisering av funktionsnedsättningar

För att vi ska kunna diskutera arbetsmarknadssituationen för personer med funktionsnedsättning måste vi dela upp gruppen på ett lämpligt sätt utifrån de olika svarsalternativen i AKU-funk. I detta avsnitt beskrivs den uppdelning som vi använder i resten av

²⁶ Endogenitet innebär, som nämnts ovan, att en förklarande variabel är korrelerad med feltermen, vilket gör att sambandet mellan variablerna blir snedvridet och inte visar den verkliga effekten.

rapporten, där gruppen med funktionsnedsättning delas upp i fem kategorier för typen av funktionsnedsättning och tre kategorier för graden av funktionsnedsättning.

Typ av funktionsnedsättning

Som tidigare har betonats är personer med funktionsnedsättning en mycket heterogen grupp. Därför behöver vi göra en lämplig kategorisering utifrån typen av nedsättning. En sådan kategorisering kan givetvis göras på många olika sätt. En bra uppdelning bör dels innebära att gruppen delas upp så att likartade funktionsnedsättningar ingår i samma kategori, dels ta hänsyn till de begränsningar som finns vad gäller datatillgänglighet.

Vi väljer att dela upp gruppen i fem kategorier: personer med rörelsenedsättning, personer med kommunikativ funktionsnedsättning, personer med psykisk (psykiatrisk och neuropsykiatrisk) funktionsnedsättning, personer med funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom och personer med intellektuell funktionsnedsättning.

Kategorin personer med rörelsenedsättning inkluderar funktionsnedsättningar som påverkar en persons förmåga att röra sig eller kontrollera sin kropp på ett koordinerat och funktionellt sätt. Det kan inkludera svårigheter med att gå, stå, sitta eller utföra andra rörelser. En rörelsenedsättning kan bero på många olika faktorer, som muskel- och leddskador/sjukdomar, neurologiska skador/sjukdomar eller medfödda skador/sjukdomar. Här ingår såväl mindre begränsningar i rörlighet som mer omfattande begränsningar som kan medföra behov av hjälpmedel, som till exempel en rullstol.

Kategorin personer med kommunikativ funktionsnedsättning inkluderar personer med nedsatt eller avsaknad av syn eller hörsel samt olika typer av tal- eller röstproblem (t.ex. stamning). Även dyslexi ingår i denna kategori.

Kategorin personer med psykisk funktionsnedsättning inkluderar personer med olika typer av såväl psykiatriska som neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Exempelvis som en följd av depression, bipolär sjukdom, psykoser, schizofreni, adhd/add och autismspektrumtillstånd.

Kategorin personer med funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom inkluderar personer med funktionsnedsättning som en följd av astma/allergi, diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, lungsjukdomar, psoriasis, epilepsi och andra kroniska sjukdomar.

Kategorin personer med intellektuell funktionsnedsättning inkluderar personer med olika typer av, ofta medfödd, intellektuell funktionsnedsättning.

Genom att använda denna kategorisering har vi ett tillräckligt omfattande datamaterial för att ge en tillförlitlig bild av situationen på arbetsmarknaden för respektive grupp, vilket inte är möjligt med en snävare uppdelning. I vissa fall redovisar vi även resultat för delgrupper inom varje kategori när detta är nödvändigt för att ge en bra bild av heterogenitet inom en viss grupp.

Det finns framförallt två grupper där vårt datamaterial har begränsningar. Det gäller dels personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, dels personer med intellektuell funktionsnedsättning. Det kan, till exempel, förklaras av att medvetenheten om neuropsykiatriska diagnoser betydelse har ökat först på senare år respektive av att utformningen av AKU-funk inte är anpassad för personer med en intellektuell funktionsnedsättning, vilket medför en låg svarsfrekvens i denna grupp. För dessa grupper kompletterar vi därför beskrivningen med data från andra källor.²⁷

Grad av nedsättning i arbetsförmåga

En andra uppdelning baseras på graden av nedsättning av arbetsförmågan. I de data som vi använder delas personer med funktionsnedsättning upp i tre kategorier: de som har ingen, delvis och mycket nedsatt arbetsförmåga.

I kategorin ingen nedsättning av arbetsförmågan ingår personer som i AKU-funk svarat att deras arbetsförmåga inte är nedsatt på grund av den funktionsnedsättning som de uppgett att de har. I kategorierna delvis eller mycket nedsatt arbetsförmåga ingår de

²⁷ Även för andra grupper kan andelen med en funktionsnedsättning i vårt datamaterial vara lägre än i andra datamaterial. Till exempel visar en Novus-undersökning genomförd för Hörselskadades Riksförbund (HRF) att en av fem vuxna i åldern 50–64 år uppger att de har en hörselnedsättning, se <https://hrf.se/nyheter/18-miljoner-svenskar-har-nedsatt-horsel-visar-ny-undersokning/>.

personer som i AKU-funk har svarat att deras arbetsförmåga är delvis respektive mycket nedsatt.

Ett potentiellt problem uppstår genom att en del personer i AKU-funk har uppgett att de har mer än en funktionsnedsättning. Vi inkluderar dessa personer i samtliga kategorier för de funktionsnedsättningar som deras svar visar att de tillhör. I vårt datamaterial är det 17 procent av personerna som uppger att de har mer än en funktionsnedsättning. Detta kan potentiellt påverka våra analyser om en av deras funktionsnedsättningar är den huvudsakliga förklaringen till att de uppgett att de har nedsatt arbetsförmåga medan övriga funktionsnedsättningar inte har någon nämnvärd effekt på deras arbetsförmåga. Det kan leda till att vi överskattar effekterna av de funktionsnedsättningar som inte nämnvärt påverkar arbetsförmågan. Vi utför därför en känslighetsanalys, där vi enbart inkluderar personer som endast uppgett en typ av funktionsnedsättning. Analysen visar att resultaten inte påverkas nämnvärt av denna potentiella problematik.

3 Översikt av arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning

I detta kapitel ger vi en översiktlig beskrivning av situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning. Vi beskriver hur många personer som har en funktionsnedsättning, deras arbetsmarknadssituation, utbildning, ersättningar från socialförsäkringar och mått på ohälsa samt upplevd diskriminering. Vi gör också en internationell jämförelse samt ger en bild av vilken outnyttjad arbetskraftspotential som med stor sannolikhet finns bland personer med funktionsnedsättning.

3.1 Hur vanliga är funktionsnedsättningar?

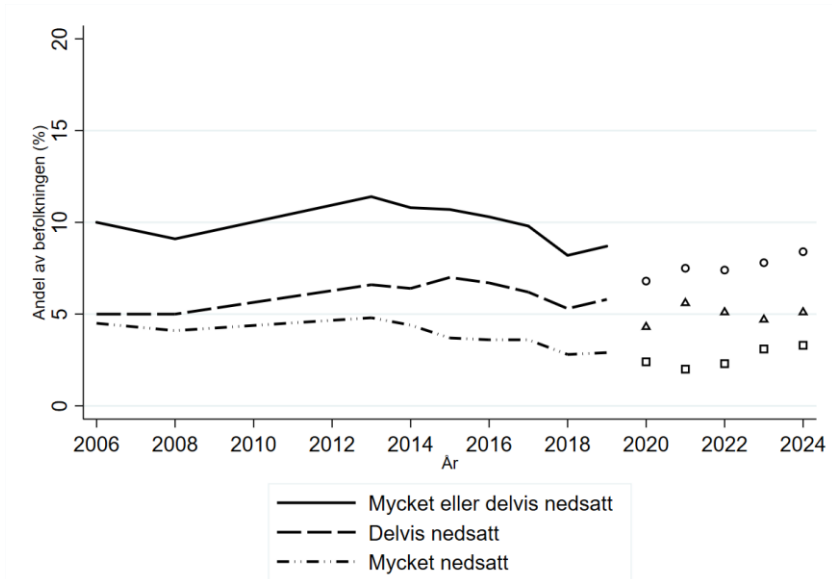
Andelen av befolkningen som uppger att de har en funktionsnedsättning varierar mellan olika undersökningar beroende på undersökningarnas utformning och genomförande (se avsnitt 2.3). Enligt AKU-funk hade 2024 knappt 12 procent av befolkningen mellan 16 och 65 år en funktionsnedsättning och drygt 8 procent en funktionsnedsättning som medför en nedsatt arbetsförmåga (SCB 2025). I resten av detta översiktskapitel fokuserar vi på personer som i AKU-funk uppgett att de har en funktionsnedsättning som medför en nedsatt arbetsförmåga, vilket är den grupp där problemen på arbetsmarknaden kan förväntas vara som störst.²⁸

Figur 3.1 visar andelen av befolkningen som uppgett att de har en funktionsnedsättning som innebär en nedsatt arbetsförmåga för

²⁸ I kommande kapitel, där situationen för personer med olika typer av funktionsnedsättningar diskuteras mer i detalj, analyseras även situationen för personer som i AKU-funk uppgett att de har en funktionsnedsättning som inte medför en nedsatt arbetsförmåga.

perioden 2006–24. Figuren visar att andelen har varit relativt konstant runt 10 procent under hela denna period.²⁹

Figur 3.1 Andel av befolkningen med en funktionsnedsättning som medför en nedsatt arbetsförmåga



Not: Figuren visar andel personer i befolkningen som uppgett att de har en funktionsnedsättning med en nedsättning av arbetsförmågan. Linjer fram till 2019 följt av punkter för att tydliggöra att datainsamlingen skett på ett annat sätt för perioden 2020–2024, vilket medför att statistiken inte är fullt jämförbar mellan olika mätpunkter.

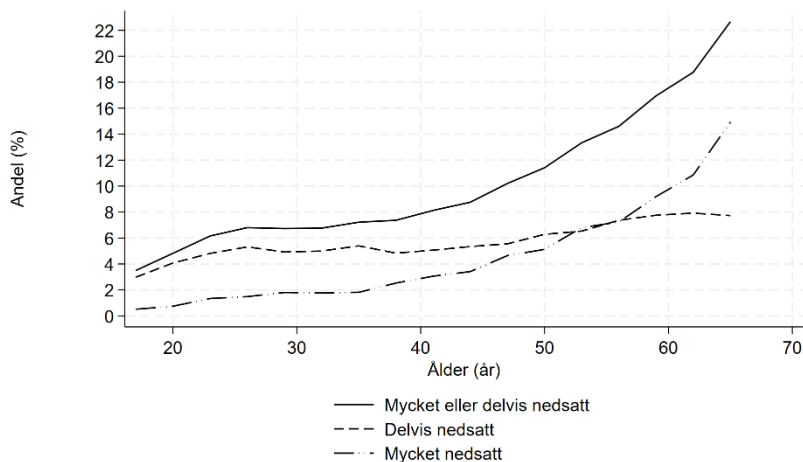
Källa: Situationen på arbetsmarknaden för personer med en funktionsnedsättning, SCB, olika årgångar.

Det finns en betydande heterogenitet mellan personer med olika typ av funktionsnedsättning, vilket analyseras närmare i kommande kapitel. Störst andel som uppger att de har en funktionsnedsättning som innebär en mycket nedsatt arbetsförmåga har personer med en rörelsenedsättning eller en psykisk funktionsnedsättning; nästan 50 procent av dessa personer har en funktionsnedsättning som innebär en mycket nedsatt arbetsförmåga. Bland personer med en kommunikativ funktionsnedsättning eller en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom är det runt 15–20 procent som har en mycket nedsatt arbetsförmåga. I de två sistnämnda kate-

²⁹ Figur A.1 i appendix visar motsvarande för personer med funktionsnedsättning som inte medför en nedsatt arbetsförmåga.

gorierna är det istället en majoritet som har en funktionsnedsättning som inte innebär en nedsatt arbetsförmåga.³⁰

Figur 3.2 Andel med en funktionsnedsättning som medför en nedsatt arbetsförmåga, efter ålder



Not: Figuren visar andel personer i befolkningen som uppgett att de har en funktionsnedsättning med en nedsättning av arbetsförmågan, efter ålder.

Ålder är också en viktig faktor för andelen personer med funktionsnedsättning som innebär en nedsatt arbetsförmåga. Figur 3.2 visar åldersprofiler för att illustrera vid vilken ålder andelen med nedsatt arbetsförmåga ökar. Andelarna som innebär mycket och delvis nedsatt arbetsförmåga ökar tydligt med ålder, men andelen med mycket nedsatt arbetsförmåga ökar extra kraftigt efter 45-årsåldern.

Utöver betydelsen av typ av funktionsnedsättning och ålder finns det skillnader mellan personer med olika utbildningsnivå, där personer med endast förgymnasial utbildning betydligt oftare har en nedsatt arbetsförmåga än personer med högre utbildning. Vidare är andelen med nedsatt arbetsförmåga något högre bland kvinnor och inrikes födda än bland män och utrikes födda.³¹

³⁰ Se tabell A.1 i appendix.

³¹ Se tabell A.1 i appendix.

3.2 Arbetsmarknadssituationen för personer med funktionsnedsättning

Vi övergår nu till att ge en översikt av situationen på arbetsmarknaden för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som medför en nedsatt arbetsförmåga.

3.2.1 Sysselsättning och arbetslöshet

I AKU definieras arbetskraften som de personer som är sysselsatta (dvs. har ett jobb på den reguljära arbetsmarknaden) samt de som är arbetslösa och aktivt söker arbete (medan personer som varken är sysselsatta eller arbetslösa anses stå utanför arbetskraften). Sysselsättningsgraden är den andel av befolkningen som har utfört minst en timmes arbete under referensveckan, vilket innebär att kravet på arbetets omfattning i timmar för att räknas som sysselsatt är väldigt lågt. Arbetslösheten består av de personer som tillhör arbetskraften, men som inte räknas som sysselsatta och som aktivt har sökt ett arbete under referensveckan. År 2024 var arbetskraftsdeltagandet, sysselsättningsgraden och arbetslösheten för personer med en funktionsnedsättning som medför en nedsatt arbetsförmåga 58, 46 respektive 21 procent. Motsvarande andelar för den övriga befolkningen var 88, 80 respektive 8 procent. Sysselsättningsgapet var således runt 34 procentenheter och arbetslösheten mer än dubbelt så hög (SCB 2025).

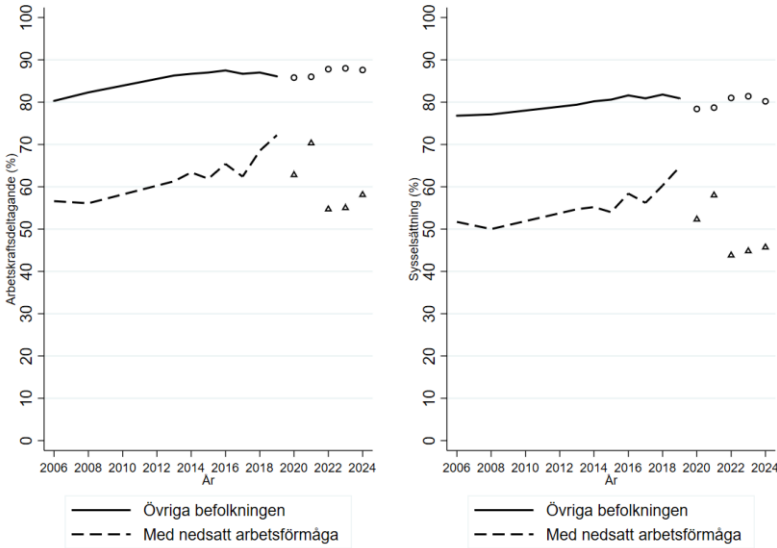
Figur 3.3 och 3.4 visar arbetskraftsdeltagande, sysselsättningsgrad, arbetslöshet och andel heltidsanställda för personer med en funktionsnedsättning som medför en nedsatt arbetsförmåga under tidsperioden 2006–24.

Figur 3.3 visar att det finns ett betydande och tämligen konstant sysselsättningsgap mellan personer med en funktionsnedsättning och den övriga befolkningen under hela tidsperioden.

Figur 3.4 visar att arbetslösheten har varit hög under hela tidsperioden. Fram till 2019 var arbetslösheten runt 10 procent, men är därefter högre. Förändringar av mätmetoden i AKU gör dock att utvecklingen över tid är svårtolkad. Till exempel antyder figuren att det åren efter pandemin har skett en betydande ökning av arbetslösheten bland personer med en funktionsnedsättning. Data över antalet arbetslösa inskrivna vid Arbetsförmedlingen visar dock inte

detta mönster. Figur 3.5 visar att antalet inskrivna arbetslösa varit tämligen konstant. I januari 2025 var 59 920 personer med en funktionsnedsättning registrerade som arbetslösa vid Arbetsförmedlingen (de utgör nästan 16 procent av de 380 580 inskrivna arbetslösa). Bland långtidsarbetslösa (över 24 månaders arbetslöshet) är motsvarande andel högre, drygt 31 procent (Arbetsförmedlingen 2025b).³²

Figur 3.3 Arbetskraftsdeltagande och sysselsättningsgrad

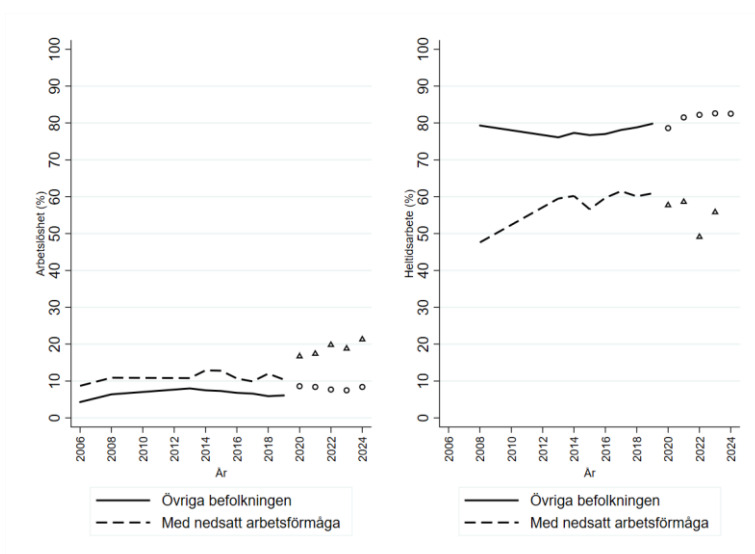


Not: Figuren visar arbetskraftsdeltagande och sysselsättningsgrad för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som innebär en nedsättning av arbetsförmågan samt för den övriga befolkningen. Linjer fram till 2019 följt av punkter för att tydliggöra att SCB vid denna tidpunkt ändrade mätmetod, vilket medför att statistiken inte är fullt jämförbar mellan olika mätpunkter.

Källa: "Situationen på arbetsmarknaden för personer med en funktionsnedsättning", SCB, olika årgångar.

³² Figur A.2 i appendix visar motsvarande för personer med en funktionsnedsättning som inte medför en nedsatt arbetsförmåga.

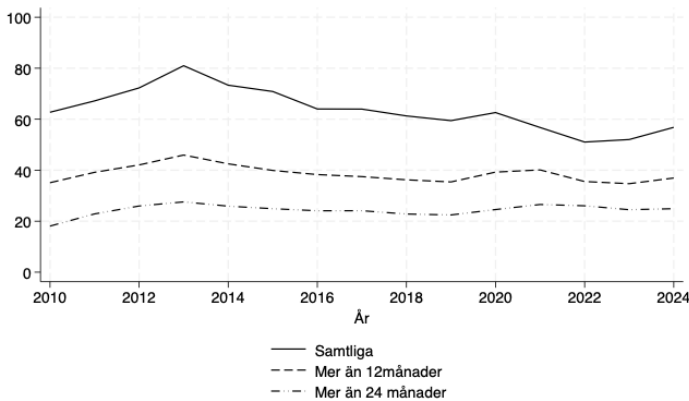
Figur 3.4 Arbetslöshet och andel heltidsarbete



Not: Figuren visar arbetslöshet och andel heltidsarbete för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som innebär en nedsättning av arbetsförmågan samt för den övriga befolkningen. Linjer fram till 2019 följt av punkter för att tydliggöra att SCB vid denna tidpunkt ändrade mätmetod, vilket medför att statistiken inte är fullt jämförbar mellan olika mätpunkter.

Källa: "Situationen på arbetsmarknaden för personer med en funktionsnedsättning", SCB, olika årgångar.

Figur 3.5 Antal arbetslösa med en funktionsnedsättning inskrivna vid Arbetsförmedlingen (1 000-tal)



Not: Figuren visar antalet arbetslösa (i tusental) inskrivna vid Arbetsförmedlingen som är registrerade av Arbetsförmedlingen som en person som har en funktionsnedsättning (vilket innebär nedsatt arbetsförmåga).

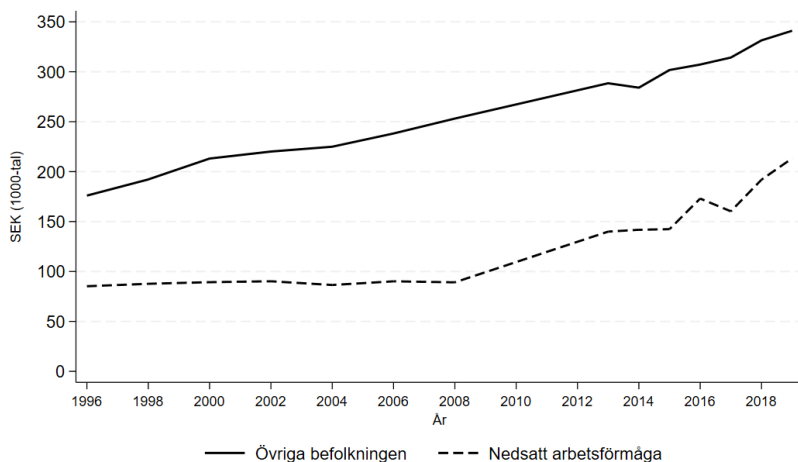
Källa: Månadsstatistik (september) från Arbetsförmedlingen.

3.2.2 Löneinkomster

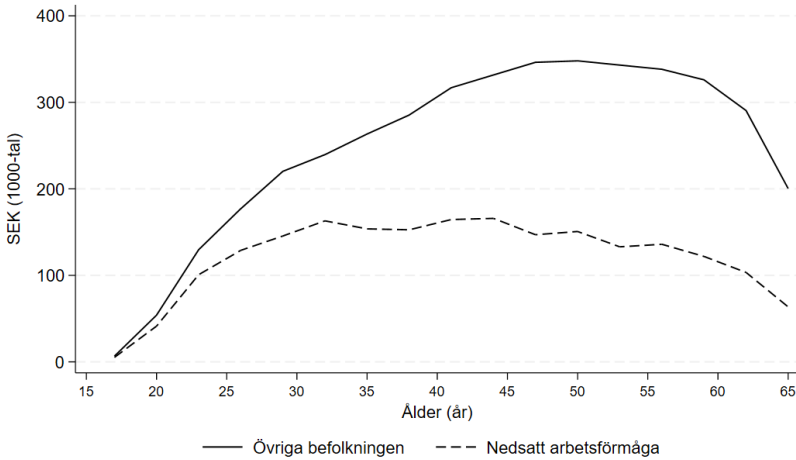
Ett annat mått på arbetsmarknadssituationen är reala löneinkomster. Löneinkomst är på flera sätt ett bättre mått på en grupps anknytning till arbetsmarknaden än sysselsättningsgraden då den avspeglar både antal arbetade timmar och konsumtionsmöjligheter/levnadsstandard. Realinkomsten räknas fram genom att dividera löneinkomsten från anställning och annat arbete under ett år med prisnivån. Figur 3.6 visar realinkomstens utveckling under perioden 2006–19 (2019 är det sista året i vårt datamaterial). Av figuren framgår tydligt att det finns ett betydande och tämligen konstant gap under hela tidsperioden. År 2019 var löneinkomsten för personer med funktionsnedsättning som innebär en nedsatt arbetsförmåga 63 procent av löneinkomsten för den övriga befolkningen.

Figur 3.7 illustrerar den reala löneinkomstens utveckling efter ålder. Figuren visar att gapet i inkomst ökar fram till 45 års ålder och är därefter relativt konstant. I den ålder där löneinkomsterna når sin topp (45–50 år) är inkomsten som andel av inkomsten för den övriga befolkningen enbart runt 40 procent. Det är också noterbart att gapet är tydligt redan för de yngsta individerna, det vill säga redan från inträdet på arbetsmarknaden.

Figur 3.6 Real löneinkomst



Not: Figuren visar reallöneinkomst (2019 års prisnivå) för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning med nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Figur 3.7 Real löneinkomst, efter ålder

Not: Figuren visar reallöneinkomst (2019 års prisnivå) över ålder för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning med nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

3.2.3 Anpassningar och stöd på arbetsplatsen

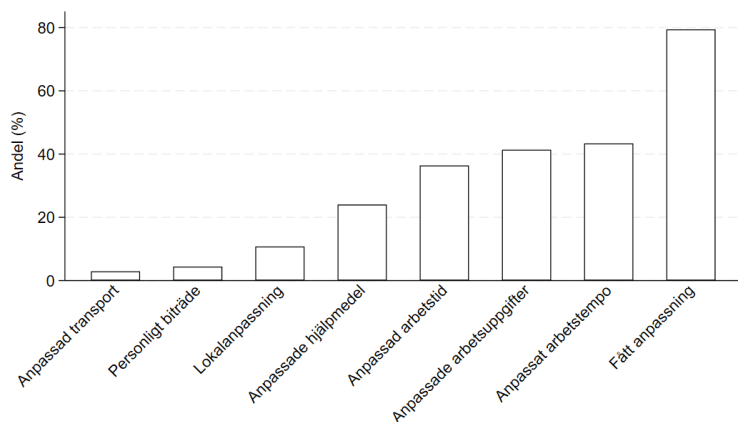
En annan viktig aspekt på arbetsmarknadssituationen för personer med funktionsnedsättning är att många av de som är sysselsatta erhåller olika typer av anpassningar och stöd på arbetsplatsen.

Figur 3.8 visar behovet av anpassningar. Runt 73 procent av de med en nedsatt arbetsförmåga har någon form av behov av anpassning på arbetsplatsen och runt 80 procent av de med behov har också fått någon form av anpassning. Av figuren framgår att de vanligaste typerna av anpassning gäller arbetstempo, arbetsuppgifter och arbetstid. Generellt, efterfrågas således primärt flexibilitet i arbetets organisation snarare än lokalanpassning och transport till arbetet.

En betydande andel av de personer med funktionsnedsättning som arbetar har en anställning med någon form av stöd från samhället. Figur 3.9 visar antalet personer med funktionsnedsättning som fått några av de vanligaste stöden (lönebidrag, skyddat arbete hos Samhall, SIUS och personligt biträde på arbetsplatsen; stöden diskuteras i kapitel 9). Under en genomsnittlig månad 2024 hade runt 62 000 lönebidrag, 20 700 skyddat arbete hos Samhall, 15 200 SIUS och 4 000 personligt biträde (Regeringen 2025). Figuren visar

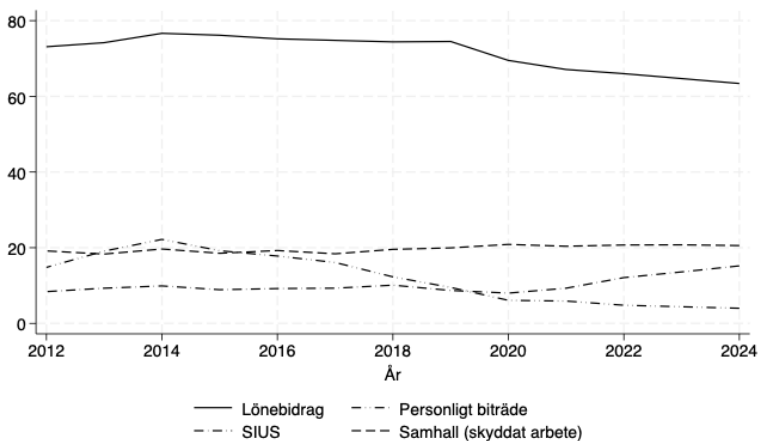
också att flera av stöden, speciellt lönebidrag och personligt biträde på arbetsplatsen, uppvisar en nedåtgående trend över tid.

Figur 3.8 Andel sysselsatta som behöver anpassningar och andel som fått det



Not: Figuren visar andelen som har angett att de har behov av anpassning på arbetsplatsen respektive de som fått sådan anpassning för sysselsatta som har angett att de har en funktionsnedsättning som innebär en nedsättning av arbetsförmågan.

Figur 3.9 Antal personer som får olika typer av stöd (1 000-tal)



Not: Figuren visar antalet sysselsatta personer (i tusental) med funktionsnedsättning (enligt Arbetsförmedlingen) som är anställda med lönebidrag, skyddad anställning hos Samhall, får stöd via SIUS eller har ett personligt biträde på arbetsplatsen. Genomsnitt per månad.

Källa: Budgetpropositionen för utgiftsområde 14, olika årgångar.

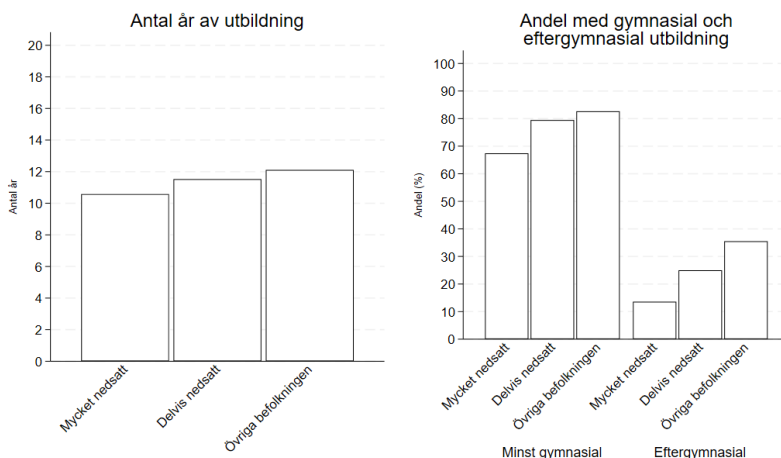
3.3 Utbildning

En av de absolut viktigaste faktorerna för en individs möjligheter på arbetsmarknaden är utbildning.³³ En högre utbildningsnivå ökar såväl individens produktivitet som anställningsbarhet (Becker 1993). Det är således viktigt att utbildningssystemet är tillgängligt även för personer med funktionsnedsättning.

Figur 3.10 visar andelen med gymnasieutbildning respektive någon form av eftergymnasial utbildning för personer över 25 år. Av figuren framgår att personer med funktionsnedsättning som medför en nedsatt arbetsförmåga (mycket eller delvis) har något färre antal år av utbildning och något lägre utbildningsnivå än den övriga befolkningen. Skillnaden är störst vad gäller andelen som deltagit i eftergymnasial utbildning. Totalt sett är dock skillnaderna relativt små. Figuren visar att en klar majoritet av personer med funktionsnedsättning har en slutförd gymnasieutbildning, vilket ofta brukar beskrivas som en förutsättning för att kunna etablera sig på arbetsmarknaden. Det är därför inte troligt att för lite utbildning är en huvudförklaring till skillnaderna i sysselsättningsgrad och löneinkomster mellan personer med funktionsnedsättning och den övriga befolkningen. Bristande utbildning kan dock vara ett problem för vissa grupper av personer med funktionsnedsättning, till exempel de som har sin skolgång i den anpassade grund- och gymnasieskolan. Den lägre graden av eftergymnasial utbildning kan också skapa ökade problem i takt med att arbetsmarknaden förändras i riktning mot ökade krav för anställningsbarhet.

³³ Utbildning är en aspekt på det bredare mått som brukar kallas humankapital och som utöver utbildning inkluderar yrkeskunskaper, personliga egenskaper, etc.

Figur 3.10 Utbildning



Not: Figuren visar antal år av utbildning och högsta uppnådda utbildningsnivå för personer som är över 25 år och som uppgett att de har en funktionsnedsättning som innebär en nedsättning av arbetsförmågan samt för den övriga befolkningen.

3.4 Ersättning från socialförsäkringar och mått på ohälsa

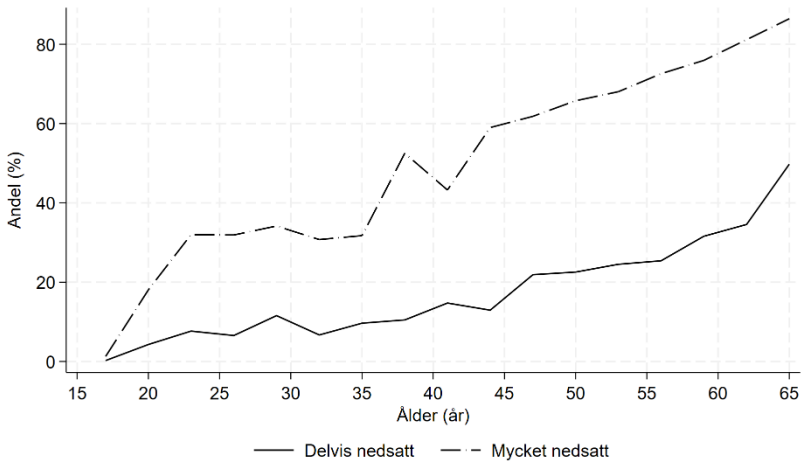
En annan aspekt på livsvillkoren för personer med en funktionsnedsättning är i vilken omfattning de har beviljats ersättning från olika socialförsäkringar, som till exempel sjukersättning, samt hur olika mått på ohälsa ser ut. Det bör här betonas att det är svårt att hitta direkta och tillförlitliga mått på ohälsa som kan användas för att förstå arbetsmarknadsutfall. Hur ohälsa påverkar möjligheterna till arbetskraftsdeltagande och sysselsättning påverkas i hög grad av hur inkluderande arbetsmarknaden är och i vilken utsträckning lämpliga anpassningar tillhandahålls.

Figur 3.11 visar andelen av befolkningen som har erhållit sjukersättning.³⁴ Vid 50 års ålder har drygt 20 och 60 procent av de med delvis respektive mycket nedsatt arbetsförmåga sjukersättning i

³⁴ Vi använder genomgående beteckningen sjukersättning även om ersättningen under delar av den tidsperiod som ingår i vårt datamaterial (före 2003) haft andra benämningar som förtidspension och sjukbidrag. Även aktivitetsersättning (som gäller personer i åldern 19–29 år) ingår om inte annat anges.

någon omfattning. Vid 60 års ålder har motsvarande andelar ökat till drygt 30 och nästan 80 procent.

Figur 3.11 Andelen som har sjukersättning, efter ålder

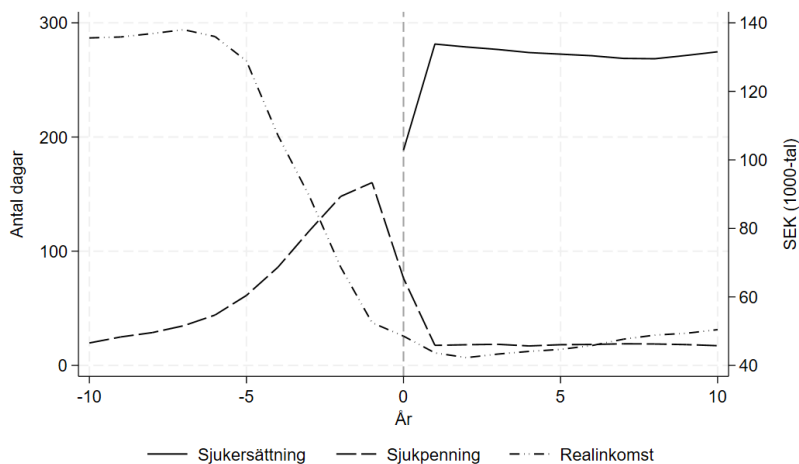


Not: Figuren visar andelen för varje ålder mellan 16–64 år som har en registrerad utbetalning av sjukersättning (inkl. aktivitetsersättning samt före år 2003 förtidspension och sjukbidrag) uppdelad efter grad av nedsättning av arbetsförmågan.

Ett illustrativt sätt att studera inflödet till sjukersättning är att följa individer åren före och efter att de har beviljats sjukersättning. Figur 3.12 visar sjukersättning, sjukpenning och reallöneinkomst för personer som vid en viss tidpunkt (tidpunkt 0 i figuren) har beviljats sjukersättning för första gången. Av figuren framgår tydligt att tiden fram till det att en person beviljats sjukersättning är en lång tid med kraftigt fallande löneinkomster och omfattande sjukskrivningar. Det framgår också att när sjukersättning väl har beviljats finns det nästan inget flöde tillbaka till arbete.³⁵ Figuren kan tolkas på två sätt. Mönstret kan återspegla en försämrad hälsoutveckling för individen med övergång från sjukpenning till sjukersättning. Alternativt kan det återspegla en brist på anpassning av arbetsmiljön vid sjukskrivning, där bristen på anpassning så småningom leder till ett utträde ur arbetslivet.

³⁵ Detta resultat visas även i Försäkringskassan (2025d).

Figur 3.12 Antal dagar med sjukersättning och sjukpenning samt reallöneinkomst över tid för personer med funktionsnedsättning



Not: Figuren visar, för en tioårsperiod före och efter det år en person första gången beviljades sjukersättning (år 0), antal dagar per år med sjukersättning och sjukpenning samt reallöneinkomst för personer med funktionsnedsättning. Inträde i aktivitetsersättning ingår inte.

I kommande kapitel visas andra, mer direkta, mått på ohälsa (t.ex. kontakter med sjukvården och läkemedelsuttag). Där framgår det att kontakter med sjukvården och läkemedelsuttag är betydligt mer vanligt förekommande bland personer med en funktionsnedsättning än i den övriga befolkningen. Ohälsa är således en faktor som bör beaktas i en analys av arbetsmarknadsutfallet för personer med en funktionsnedsättning, även om denna faktors betydelse, som nämnts ovan, påverkas av hur inkluderande arbetsmarknaden är.

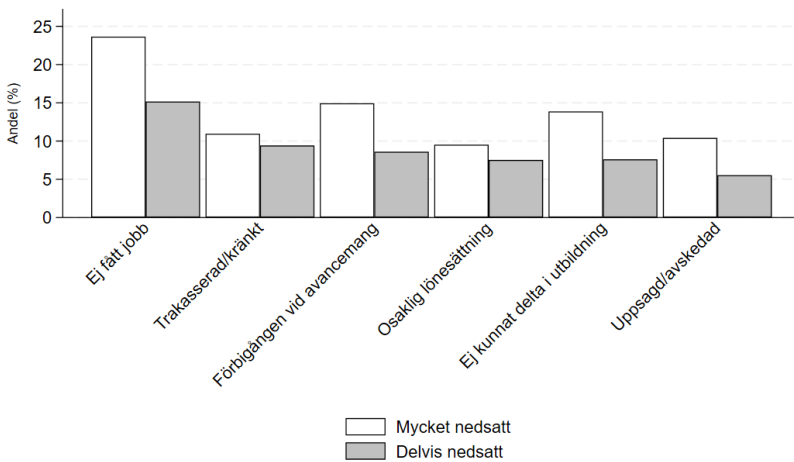
3.5 Upplevd diskriminering

En annan viktig aspekt är förekomsten av diskriminering i anställningsprocessen. Diskriminering är svår att mäta och upplevd särbehandling överensstämmer inte nödvändigtvis med faktisk särbehandling. Det kan finnas situationer där en person har blivit särbehandlad utan att ha märkt det. Till exempel kan jobbsökande som inte fått ett sökt jobb tro att det berott på att en annan sökande har haft bättre kvalifikationer, medan de i själva verket blivit bortvalda på grund av sin funktionsnedsättning. Omvänt kan jobb-

sökande tro att skälet till att de inte fick jobbet varit diskriminering, när det i själva verket funnits sökande med bättre meriter.

Figur 3.13 visar andelen som säger sig ha upplevt diskriminering, uppdelad efter sammanhang. Runt 26 procent har upplevt diskriminering i något sammanhang och den vanligaste situationen är vid jobbsökande. Trots svårigheten att tolka svar på frågor om upplevd diskriminering visar dessa resultat att det finns skäl att tro att personer med funktionsnedsättning diskrimineras av arbetsgivare.

Figur 3.13 Upplevd diskriminering



Not: Figuren visar andel som upplevt diskriminering av de personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning med nedsättning av arbetsförmåga.

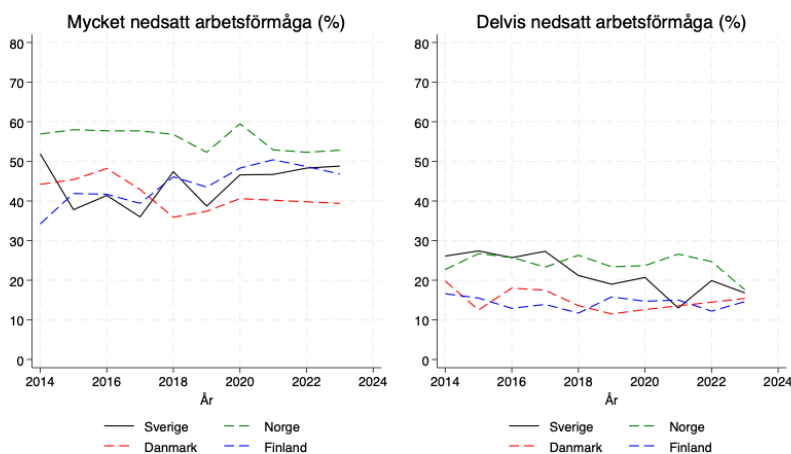
Dessa resultat bekräftas av ett antal såväl svenska som internationella experimentella studier, där fiktiva jobbansökningar skickas till arbetsgivare, vilket är en mer tillförlitlig metod att mäta diskriminering. Ett bra exempel på en svensk studie är Bjørnshagen m.fl. (2025) som visar att jobbsökande utan funktionsnedsättning hade en 33 procent högre sannolikhet att bli kontaktade av en arbetsgivare än rullstolsanvändare med liknande kvalifikationer, trots att de sökte jobb där funktionsnedsättningen inte borde påverka arbetsförmågan.³⁶

³⁶ Exempel på studier för andra länder är Baert (2016), Ameri m.fl., (2018), Bjørnshagen och Ugreninov (2021) samt Krogh och Bredgaard (2022).

3.6 Internationell jämförelse

Det är även intressant att göra en internationell jämförelse. För att kunna göra detta använder vi data från EU-SILC³⁷ och fokuserar på sysselsättningsgapet gentemot den övriga befolkningen. Detta illustreras i figur 3.14 och 3.15.

Figur 3.14 Sysselsättningsgapet i en skandinavisk jämförelse, 2014–23



Not: Figuren visar sysselsättningsgapet gentemot den övriga befolkningen för de med mycket och delvis nedsatt arbetsförmåga i Sverige, Danmark, Finland och Norge. Frågan är: "For at least the past 6 months, to what extent have you been limited because of a health problem in activities people usually do? Would you say you have been severely limited, limited but not severely, or not limited at all?"

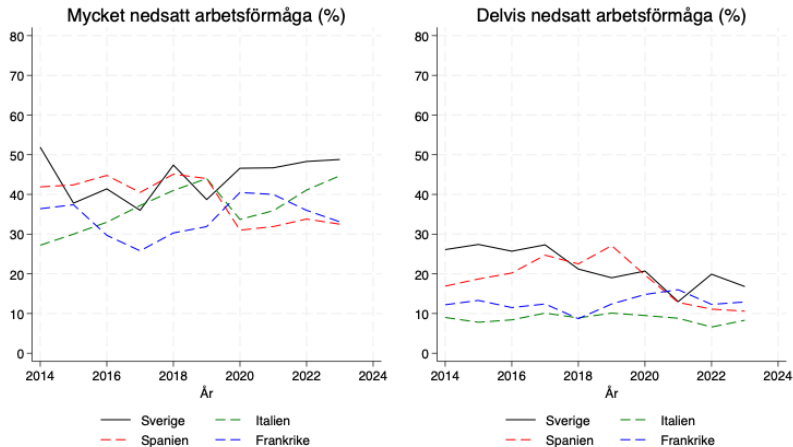
Källa: EU-SILC nedladdat från Eurostat.

Av figurerna framgår att det finns ett betydande sysselsättningsgap i samtliga länder. Visserligen finns det vissa skillnader i storleken på gapet, men det är svårt att hitta ett enskilt land som har lyckats markant bättre än övriga länder. Detta är något förvånande då det finns betydande skillnader mellan länder i hur funktionshinderspolitiken har utformats. I Norden har till exempel Danmark satsat på så kallade flexjobb medan Norge använt så kallade inkluderingsavtal (IA-avtal) och ökat samarbete mellan myndigheter (NAV). I andra europeiska länder, till exempel Frankrike och Spanien, finns det istället krav på arbetsgivare att anställa en viss kvot av personer

³⁷ EU-SILC är en förkortning för European Union Statistics on Income and Living Conditions.

med funktionsnedsättning. Avsaknaden av skillnader i sysselsättningsgapet mellan länder antyder att det är svårt att förändra dagens situation genom införandet av någon eller några enskilda åtgärder.

Figur 3.15 Sysselsättningsgapet i en europeisk jämförelse, 2014–23



Figuren visar sysselsättningsgapet gentemot den övriga befolkningen för de med mycket och delvis nedsatt arbetsförmåga i Sverige, Italien, Frankrike och Spanien. Frågan är densamma som i figur 3.14. Källa: EU-SILC nedladdat från Eurostat.

3.7 Finns det en outnyttjad arbetskraftspotential?

Mycket tyder på att det finns en outnyttjad arbetskraftspotential bland personer med en funktionsnedsättning. Till exempel är andelen som är arbetslösa (i bred mening) hög. Många av de som är sysselsatta är också anställda med olika former av ekonomiskt stöd och mycket tyder på att det förekommer diskriminering vid rekrytering, vilket kan medföra att en del sysselsatta inte har jobb som överensstämmer med deras kompetens och önskemål.

SCB rapporterar månadsvis det outnyttjade arbetskraftsutbudet (dvs. personer som är arbetslösa, undersysselsatta eller latent arbets-sökande) och i januari 2025 utgjorde det 685 000 heltidsarbeten (dvs. omräknat till 40 timmars arbetsvecka). Om vi antar att personer med en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga utgör cirka 10 procent av befolkningen så skulle gruppen i

vårt fall uppgå till drygt 68 000 personer. Mycket tyder dock på att detta är en underskattning av gruppens verkliga storlek. I detta avsnitt gör vi en grov uppskattning av hur stor den outnyttjade arbetskraftspotentialen kan vara bland personer med funktionsnedsättning.

Tabell 3.1 är ett försök att åskådliggöra var på arbetsmarknaden personer med funktionsnedsättning befann sig 2024. Utgångspunkten är SCB:s årliga rapport som anger antalet personer med en nedsatt arbetsförmåga, vilken detta år uppgick till 556 000 personer (SCB 2025). I samma rapport framgår också antalet arbetslösa, antalet sysselsatta samt antalet utanför arbetskraften, vilka uppgick till 69 000 (12,4 procent), 254 000 (45,7 procent) och 233 000 (41,9 procent). För var och en av dessa grupper använder vi statistik från olika källor för att göra en mer detaljerad uppdelning.

För gruppen (inskrivna) arbetslösa anger Arbetsförmedlingen att antalet arbetslösa med en funktionsnedsättning uppgick till 58 501 personer i november 2024.³⁸ Drygt 64 procent av de arbetslösa har varit arbetslösa längre än tolv månader (37 729 personer) och drygt 43 procent (25 216 personer) har varit arbetslösa längre än 24 månader. Bland arbetslösa utan funktionsnedsättning har endast en femtedel varit arbetslösa mer än 24 månader (17,8 procent). Merparten av de arbetslösa med en funktionsnedsättning (66 procent) deltog i en arbetsmarknadspolitisk åtgärd. Den vanligaste åtgärden är jobb- och utvecklingsgarantin, som utgör 71 procent, följt av förberedande insatser och jobbgarantin för ungdomar (Arbetsförmedlingen 2025b).³⁹

³⁸ För 2024 avviker således SCB och Arbetsförmedlingen i sina mått på antalet arbetslösa, men andra år sammanfaller de nästan exakt. För 2023 uppskattar till exempel SCB att gruppen uppgår till 53 000 personer, medan antalet arbetslösa inskrivna hos Arbetsförmedlingen var 53 472 personer i november samma år.

³⁹ Våra data visar att cirka 20 procent av de arbetslösa också uppbär sjukersättning.

Tabell 3.1 Arbetskraftsreserven för personer med en nedsatt arbetsförmåga, 2024

Typ av aktivitet	Antal	Andel (%)
Totalt antal personer	556 000	
Arbetslösa	69 000	12,4
öppet arbetslösa	23 100	
i program	45 900	
varav jobb- och utvecklingsgarantin	32 700	
Sysselsatta	254 000	45,7
Lönebidrag	62 000	
Samhall	23 000	
Sjukersättning (25–50%)	38 100	
Sjukpenning 90+	35 600	
Ej behov (27%)	68 600	
Övriga (restpost)	26 700	
Utanför arbetskraften	233 000	41,9
Sjukersättning (100%)	130 500	
Sjukpenning 90+	28 000	
Ekonomiskt bistånd	14 000	
Övriga (restpost)	60 500	

Not: Tabellen visar var personer med nedsatt arbetsförmåga befinner sig på arbetsmarknaden 2024. Siffrorna är hämtade från SCB (2025), Arbetsförmedlingen (2025) samt beräkningar baserade på våra data. Antalet öppet arbetslösa och i arbetsmarknadspolitiska åtgärder har räknats om för att stämma med antalet från SCB (2025). Antalet arbetslösa inskrivna hos Arbetsförmedlingen uppgick i november 2024 till 58 501 personer, varav 19 625 var öppet arbetslösa och 38 876 i arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Antalet öppet arbetslösa i tabellen erhålles genom att multiplicera 69 000 med 0,335 (19 625/58 501).

I AKU räknas personer som sysselsatta även om de har en anställning med lönebidrag, är anställda hos Samhall eller delvis har sjukersättning. Det genomsnittliga antalet personer (per månad) som var anställda med lönebidrag år 2024 är enligt Regeringen (2025) runt 62 000 personer. Antalet som är anställda vid Samhall uppgick vid slutet av 2024 till cirka 23 000 personer enligt Samhall (2025). Med våra data kan vi räkna ut andelen personer som erhåller sjukersättning samtidigt som de är sysselsatta. För åren 2016–19 (vi behöver slå ihop flera år för att få precision i skattningen) hade 15 procent av de sysselsatta sjukersättning, vilket extrapolerat till år 2024 blir 38 100 personer.⁴⁰ Utöver detta hade 14 procent i våra data sjukpenning mer än 90 dagar, vilket extrapolerat till 2024 utgör

⁴⁰ Nedsättningen i arbetsförmåga är oftast mindre än 50 procent. Det är endast ett fåtal som kvarstår på arbetsmarknaden när sjukersättningen överstiger 50 procent.

35 600 personer. Totalt är således närmare två tredjedelar (63 procent) av de sysselsatta anställda med någon form av ekonomiskt stöd. Många av de sysselsatta har också behov av anpassningar på arbetsplatsen. Som tidigare nämnts har 73 procent av de med en nedsatt arbetsförmåga behov av anpassningar på arbetsplatsen och 80 procent har också fått detta. De som inte har behov av anpassning uppgår således till ungefär 68 600 personer (27 procent av 254 000 personer). Därutöver har vi en restpost om 26 700 personer som vi inte kan härleda till en viss kategori.

I gruppen som står utanför arbetskraften har 56 procent sjukersättning (enligt en liknande uppskattning från våra data som för de sysselsatta), vilket uppgår till 130 500 personer. Till skillnad från de som är sysselsatta är deras sjukersättningsgrad vanligtvis 100 procent (gäller för 85 procent). Våra data visar att 12 procent haft sjukpenning mer än 90 dagar samt att 6 procent uppbar försörjningsstöd. Dessa två grupper utgör extrapolerat till 2024 till 28 000 respektive 14 000 personer. Kvar blir en restpost om 60 500 personer för vilka vi finner att de har en liknande (fördelning av) disponibel inkomst som de som uppbar sjukersättning, sjukpenning eller försörjningsstöd.

Tabell 3.1 visar att en stor grupp, nästan två-tredjedelar av de sysselsatta, är anställda med någon form av ekonomiskt stöd. Vidare har en stor grupp av de arbetslösa varit arbetslösa under lång tid. Slutligen står en stor grupp utanför arbetskraften. Den senare gruppen är i verkligheten troligtvis ännu större. AKU underskattar nämligen antalet personer med vissa funktionsnedsättningar, speciellt de med intellektuell funktionsnedsättning som till stor del återfinns inom LSS-verksamheten (se kapitel 8). Socialstyrelsen (2025a) visar att drygt 40 000 personer i personkrets 1 i LSS deltog i daglig verksamhet under 2024.⁴¹

Ett illustrativt sätt att kvantifiera det outnyttjade arbetskraftsutbudet är att summera antalet personer som är arbetslösa med antalet personer som befinner sig utanför arbetskraften och angett att de skulle kunna arbeta om tillräckliga anpassningar tillhandahålls. I AKU-funk tillfrågades deltagarna om de själva anser sig kunna utföra ett förvärvsarbete om någon av de listade anpassningarna görs. Andelen som svarade ja var 45,2 procent. En överslags-

⁴¹ Personkrets 1 innefattar personer med intellektuell funktionsnedsättning, autism eller autismliknande tillstånd.

beräkning av arbetskraftspotentialen blir då 69 000 plus 45,2 procent av 233 000, vilket summerar till 174 000 personer. Detta är givetvis bara en grov uppskattning av det potentiella arbetskraftsutbudet bland personer med funktionsnedsättning. Om antalet i arbete på den reguljära arbetsmarknaden kunde ökas i denna omfattning skulle det dock ha betydande positiva effekter på samhällsekonomin.⁴² Därtill kommer de positiva hälsomässiga, sociala och privat-ekonomiska effekterna en sådan mer inkluderande arbetsmarknad skulle ha.

Behovet av fungerande åtgärder och reformer är således stort för att förändra dagens situation och leva upp till målen för den svenska funktionshinderpolitiken och de internationella åtaganden som Sverige förväntas uppfylla. Vi återkommer till en diskussion av åtgärder och reformer i kapitel 9 och 10.

3.8 Sammanfattning

Sammanfattningsvis finner vi att:

- Andelen av befolkningen som har en funktionsnedsättning är betydande. År 2024 uppgav knappt 12 procent av befolkningen mellan 16–65 år att de har en funktionsnedsättning och drygt 8 procent en funktionsnedsättning som innebär nedsatt arbetsförmåga (SCB 2025). Det motsvarar mer än en halv miljon individer.
- Sysselsättningsgapet gentemot den övriga befolkningen är stort och tämligen konstant över tid. År 2024 var sysselsättningsgapet mellan personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga och den övriga befolkningen drygt 34 procentenheter (46 procent respektive 80 procent; SCB 2025).

⁴² En grov uppskattning av de potentiella effekterna är följande. Om den totala sysselsättningen ökar med 150 000 personer medför det enligt inkomstmetoden en ökad BNP med nästan 88 miljarder kronor (beräknat utifrån medianinkomsten 37 100 kronor år 2024 och en arbetsgivaravgift på 31,42 procent), vilket motsvarar 1,4 procent av Sveriges BNP. En beräkning från Svenskt Näringsliv visar att en person som går från a-kassa till arbete kan förbättra de offentliga finanserna med 409 000 kr per år (se: <https://www.tn.se/arbetsmarknad/17949/nya-siffror-har-ar-den-verkliga-kostnaden-for-hojd-a-kassa/>). Den exakta siffran är förstås högst osäker, men används denna uppskattning skulle det motsvara 61 miljarder kronor om sysselsättningen ökar med 150 000 personer.

- Arbetslösheten är mer än dubbelt så hög jämfört med den övriga befolkningen. År 2024 var arbetslösheten bland personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga runt 21 procent (SCB 2025). Dessa personer är dessutom ofta långtidsarbetslösa och utgör drygt 30 procent av alla långtidsarbetslösa (över 24 månaders arbetslöshet) personer (Arbetsförmedlingen 2025b).
- Skillnaden i löneinkomster – som avspeglar både arbetad tid och konsumtionsmöjligheter/levnadsstandard – är också betydande och tämligen konstant över tid. I den ålder där löneinkomsterna i befolkningen når sin topp (45–50 år) är inkomsten för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga enbart runt 40 procent av inkomsten för den övriga befolkningen.
- Många av de personer som har en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga och är sysselsatta har i dagsläget olika former av anpassningar på arbetsplatsen och/eller anställningar med stöd från samhället, till exempel anpassningar av arbetstid, arbetstempo och arbetsuppgifter eller lönebidrag.
- En grov överslagsberäkning visar att den outnyttjade arbetskraftspotentialen bland personer med funktionsnedsättning är betydande och uppgår till uppemot 200 000 personer, vilka med en mer inkluderande arbetsmarknad potentiellt skulle kunna arbeta.

4 Personer med rörelsenedsättning

I detta kapitel analyseras situationen för personer med en funktionsnedsättning i form av en rörelsenedsättning. I separata avsnitt diskuteras vad det innebär för en person att ha en rörelsenedsättning, hur många personer som har en sådan nedsättning, vilken utbildning de har, hur deras situation på arbetsmarknaden ser ut, hur deras ersättningar från socialförsäkringar och mått på ohälsa ser ut, vilket behov de har av anpassningar och stöd samt i vilken utsträckning de upplever sig vara utsatta för diskriminering.

4.1 Vad innebär en rörelsenedsättning?

En rörelsenedsättning innebär att en person har problem med att röra sig eller kontrollera sin kropp på ett koordinerat och funktionellt sätt. Det kan medföra svårigheter att gå, stå, balansera, sitta eller utföra andra rörelser. Orsaken till detta kan vara såväl sjukdomar som skador, vilka kan vara medfödda eller ha uppstått under livets gång. Exempel på orsaker till rörelsenedsättning är muskel- och ledsjukdomar samt neurologiska sjukdomar och skador. En rörelsenedsättning kan innebära såväl mindre begränsningar i rörlighet (som t.ex. nedsatt rörlighet i rygg, axlar, händer eller andra leder) som mer omfattande nedsättningar (som t.ex. förlamningar). Svårare former av rörelsenedsättning kan ge upphov till ett omfattande behov av hjälpmedel i form av till exempel en rullstol.

En rörelsenedsättning kan påverka möjligheterna på arbetsmarknaden genom svårigheter att bemästra de fysiska krav som finns i vissa yrken, att jobba på arbetsplatser där det finns brister i arbetsmiljön och tillgängligheten, samt att ta sig till och från arbetsplatser om transportmöjligheterna är begränsade. Personer med en rörelse-

nedsättning kan också uppleva diskriminering på arbetsmarknaden. Om arbetslivet inte präglas av flexibilitet och vilja till anpassningar kan detta leda till minskade möjligheter till anställning och karriär samt på andra sätt försvåra deltagande i arbetslivet.

4.2 Hur vanligt är rörelsenedsättning?

Av de som uppger att de har en funktionsnedsättning i AKU-funk är det ungefär 34 procent som anger att de har en rörelsenedsättning. Figur 4.1 visar hur andelen personer i befolkningen med en rörelsenedsättning har utvecklats över tid. Andelen har minskat mer eller mindre kontinuerligt från knappt 7 procent 1996 till ungefär 3 procent 2019.⁴³

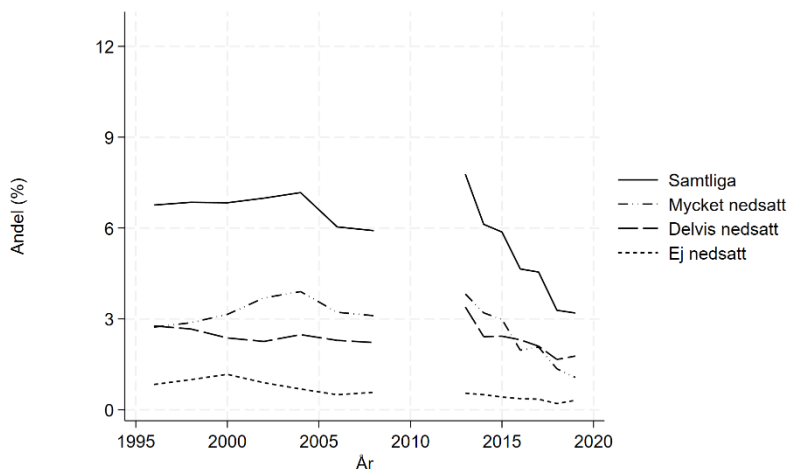
I figuren visas också andelen personer med en rörelsenedsättning uppdelad efter grad av nedsättning i arbetsförmågan. En klar majoritet av de med en rörelsenedsättning rapporterar nedsatt arbetsförmåga. Ungefär 49 procent uppger att de har mycket nedsatt arbetsförmåga, 41 procent delvis nedsatt arbetsförmåga och knappt 10 procent ingen nedsatt arbetsförmåga (över alla år i vårt data-material).

Minskningen över tid i andelen personer med en rörelsenedsättning kan bero på flera samverkande faktorer. Det är till exempel tänkbart att arbetslivet över tiden blivit mindre fysiskt krävande och att framsteg inom hälso- och sjukvården har förbättrat möjligheterna att behandla vissa typer av rörelsenedsättning, vilket kan ha minskat både förekomsten och konsekvenserna av en rörelsenedsättning.

Tabell 4.1 visar andelen personer i befolkningen med en rörelsenedsättning och olika grad av nedsatt arbetsförmåga, uppdelad efter några demografiska mått som ålder, kön och födelseland. Av tabellen framgår det att förekomsten av rörelsenedsättning ökar tydligt med åldern. I åldersgruppen 16–25 år är andelen 1,6 procent, medan den stiger till 5,3 procent i åldersgruppen 26–55 år. Den högsta andelen, 12,8 procent, återfinns i gruppen 56 år och äldre och det är också i denna åldersgrupp som andelen med mycket nedsatt arbetsförmåga är hög. Runt 60 procent av dessa personer har mycket nedsatt arbetsförmåga.

⁴³ Detta stämmer väl överens med utvecklingen över andelen som har beviljats sjukersättning, där andelen med sjukdomar i rörelseorganen har mer än halverats sedan 2003 enligt Försäkringskassan (2025e). Se även Johansson m.fl. (2018).

Figur 4.1 Andel personer i befolkningen med rörelsenedsättning



Not: Figuren visar andel personer i befolkningen som uppgett att de har en rörelsenedsättning, totalt och efter grad av nedsättning av arbetsförmågan.

Tabell 4.1 Andel (%) med rörelsenedsättning i olika demografiska grupper

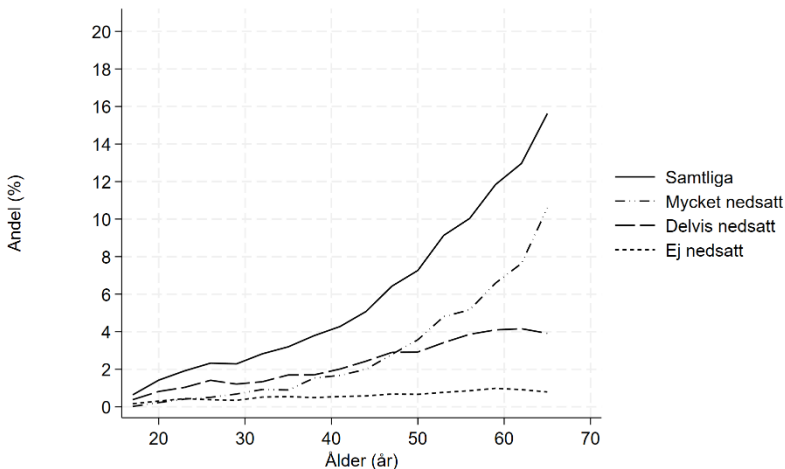
	Samtliga	Varav arbetsförmåga		
		Mycket nedsatt	Delvis nedsatt	Ej nedsatt
Ålder 16–25	1,6	0,3	0,9	0,3
Ålder 26–55	5,3	2,3	2,3	0,6
Ålder 56–	12,8	7,8	4,1	0,9
Man	4,9	2,2	2,0	0,6
Kvinna	6,7	3,5	2,7	0,6
Inrikes född	5,4	2,4	2,3	0,6
Utrikes född	5,6	3,1	2,1	0,4

Not: Tabellen visar andel personer i befolkningen som uppgett att de har en rörelsenedsättning i olika demografiska grupper, totalt och efter grad av nedsättning av arbetsförmågan.

Åldersprofilen i figur 4.2 bekräftar det tydliga sambandet mellan ålder och andelen personer med en rörelsenedsättning. Bland yngre personer är andelen bara någon enstaka procent, medan den är betydande bland äldre personer. Av figuren framgår också att andelen med mycket nedsatt arbetsförmåga börjar öka markant från 45-årsåldern. En förklaring till detta åldersmönster är att äldre personer dels kan ha drabbats av arbetsrelaterade skador och sjuk-

domar, dels kan ha ådragit sig åldersbetingade sjukdomar.⁴⁴ Ålder är således en viktig faktor för att förstå förekomsten av rörelsenedsättning.

Figur 4.2 Andelar personer med rörelsenedsättning, efter ålder



Not: Figuren visar andel personer i befolkningen som uppgett att de har en rörelsenedsättning efter ålder, totalt och efter grad av nedsättning av arbetsförmågan.

Av tabell 4.1 framgår också vissa könsskillnader. Kvinnor har en något högre andel med en rörelsenedsättning (6,7 procent) jämfört med män (4,9 procent). Tabellen visar också att skillnaden mellan inrikes och utrikes födda är liten (5,4 procent respektive 5,6 procent).

4.3 Vilken utbildning har personer med rörelsenedsättning?

Tabell 4.2 visar några mått på utbildningsnivån för personer med en rörelsenedsättning med olika grad av nedsättning i arbetsförmågan, samt motsvarande siffror för den övriga befolkningen. Andelen personer under 25 år som studerar vid intervju tillfället varierar från 37 procent bland dem med mycket nedsatt arbetsförmåga till

⁴⁴ Försäkringskassan (2025d) anger att en vanlig orsak till sjukersättning är att individer har jobbat i branscher med sämre arbetsmiljö.

56 procent för befolkningen utan funktionsnedsättning. När det gäller antal år av utbildning (bland dem över 25 år) har personer med en mycket nedsatt arbetsförmåga i genomsnitt 10,6 års utbildning, medan personer utan funktionsnedsättning har 12,4 års utbildning. Andelen med minst gymnasieutbildning (bland dem över 25 år) är högst bland befolkningen utan funktionsnedsättning (87 procent) och lägst bland dem med en rörelsenedsättning som innebär en mycket nedsatt arbetsförmåga (71 procent). Vidare är andelen med eftergymnasial utbildning (bland dem över 25 år) 12 procent för de med en mycket stor nedsättning i arbetsförmågan och 40 procent för befolkningen utan funktionsnedsättning. Dessa siffror visar att graden av nedsättning i arbetsförmågan har en betydande samvariation med utbildningsnivån. Alla grupper med en rörelsenedsättning har dock mindre utbildning, speciellt eftergymnasial utbildning, jämfört med den övriga befolkningen. En trolig förklaring är att personer med låg utbildning ofta har yrken där risken att drabbas av arbetsrelaterade skador och sjukdomar är högre. Trots att det finns vissa skillnader i uppnådd utbildningsnivå bör det dock noteras att en klar majoritet av personer med en rörelsenedsättning har minst gymnasieutbildning. Bristande utbildning kan således inte vara huvudförklaringen till gruppens sämre arbetsmarknadsutfall.

Tabell 4.2 Utbildning för personer med rörelsenedsättning

	Gradvis nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Studerar nu (%; under 25 år)	37,1	43,3	34,9	55,8
År av utbildning (över 25 år)	10,6	11,1	11,5	12,4
Gymnasial utb. (%; över 25 år)	71,3	78,3	80,4	87,4
Eftergymnasial utb. (%; över 25 år)	11,6	18,7	26,3	39,7

Not: Tabellen visar olika mått på utbildning för de personer som har uppgett att de har en rörelsenedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Tabell 4.3 visar samma utbildningsmått för kvinnor och män med och utan en rörelsenedsättning.⁴⁵ Generellt har kvinnor mer utbildning än män både bland personer med och utan en rörelsenedsättning. I övrigt liknar mönstret i tabellen motsvarande siffror för

⁴⁵ Tabell A.2 i appendix visar utbildningsmåten för personer med en rörelsenedsättning uppdelade efter födelseland. Där framgår att inrikes födda generellt har mer utbildning än utrikes födda, men att mönstret i övrigt är ganska likartat. Andelen utrikes födda med en rörelsenedsättning som har en eftergymnasial utbildning är dock mycket låg.

hela befolkningen. Den mest noterbara skillnaden finns återigen i andelen med eftergymnasial utbildning. Andelen med någon eftergymnasial utbildning är 19 procent för kvinnor med en rörelsenedsättning och 12 procent för män med en rörelsenedsättning, medan motsvarande andelar för den övriga befolkningen är 44 respektive 35 procent.

Tabell 4.3 Utbildning för personer med rörelsenedsättning, efter kön

	Rörelsenedsättning		Övriga befolkningen	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Studerar nu (%; under 25 år)	44,3	37,2	59,8	52,2
År av utbildning (över 25 år)	11,1	10,7	12,6	12,2
Gymnasial utb. (%; över 25 år)	78,6	70,4	89,4	85,4
Eftergymnasial utb. (%; över 25 år)	19,2	12,2	44,2	35,4

Not: Tabellen visar olika mått på utbildning för de som har uppgett att de har en rörelsenedsättning och för den övriga befolkningen efter kön.

4.4 Hur ser situationen på arbetsmarknaden ut för personer med rörelsenedsättning?

Nedan presenteras ett antal mått som belyser situationen på arbetsmarknaden för personer med en rörelsenedsättning; arbetsmarknadsstatus, inkomster samt skäl till att befinna sig utanför arbetskraften.

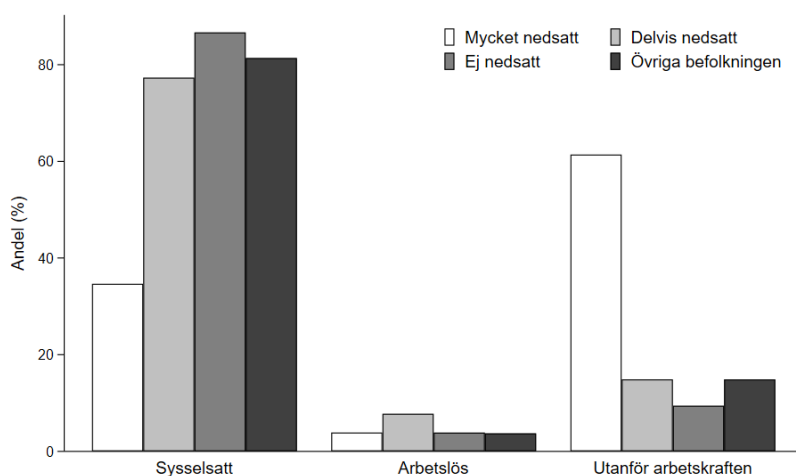
4.4.1 Arbetsmarknadsstatus

Figur 4.3 visar arbetsmarknadsstatus för personer med olika grad av nedsatt arbetsförmåga bland personer med en rörelsenedsättning, jämfört med den övriga befolkningen, och kategoriserar dem som sysselsatta, arbetslösa eller utanför arbetskraften. Den övriga befolkningen har den högsta sysselsättningsgraden, runt 80 procent. Personer med en rörelsenedsättning som inte påverkar deras arbetsförmåga eller som har en delvis nedsatt arbetsförmåga har en ungefär lika hög sysselsättning. Bland dem med mycket nedsatt arbetsförmåga är däremot sysselsättningsgraden markant lägre. För denna grupp är sysselsättningen knappt hälften så hög som för den övriga befolkningen. Noterbart är att personer med en mycket nedsatt

arbetsförmåga i hög grad befinner sig utanför arbetskraften, medan arbetslösheten är ganska lika i alla grupper.

Figur 4.4 visar sysselsättningsgraden uppdelad efter ålder för personer med olika grad av nedsatt arbetsförmåga jämfört med den övriga befolkningen.⁴⁶ Ett tydligt mönster är att den högsta sysselsättningsgraden återfinns i åldern runt 40–50 år. Personer med en rörelsenedsättning som medför en delvis nedsatt arbetsförmåga har en något lägre sysselsättning, men det är framförallt bland personer med en mycket nedsatt arbetsförmåga som sysselsättningen är låg.

Figur 4.3 Arbetsmarknadsstatus för personer med rörelsenedsättning



Not: Figuren visar arbetsmarknadsstatus för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Två kompletterade mått på arbetsmarknadsstatus är typ av anställning och antal arbetade timmar för de som är sysselsatta.

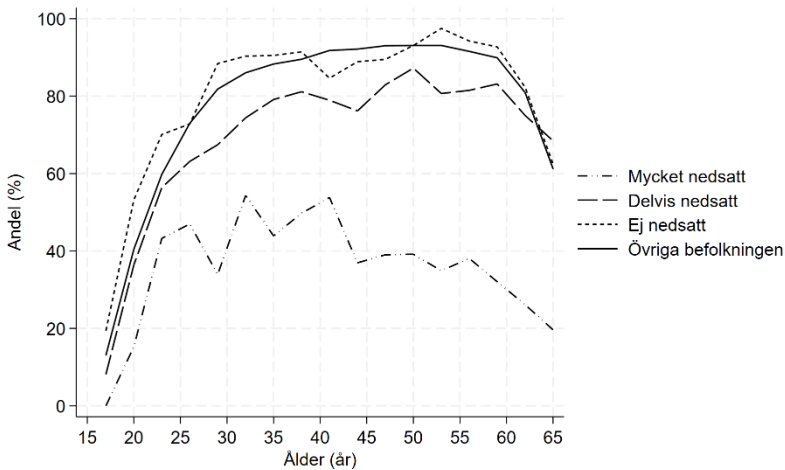
Figur A.3 i appendix visar andelen fast anställda, tidsbegränsat anställda samt egenföretagare. Figuren visar att den största andelen personer, oavsett grad av nedsatt arbetsförmåga, är fast anställda. Andelen sysselsatta med tidsbegränsad anställning eller som är egenföretagare är betydligt lägre i samtliga grupper. Skillnaderna i

⁴⁶ Tabell A.3 i appendix visar sysselsättningsgraden för personer i olika demografiska grupper. Av tabellen framgår återigen att det i samtliga demografiska grupper är bland dem med en mycket nedsatt arbetsförmåga som sysselsättningen är låg.

typ av anställning är således små mellan personer med en rörelsenedsättning och den övriga befolkningen.

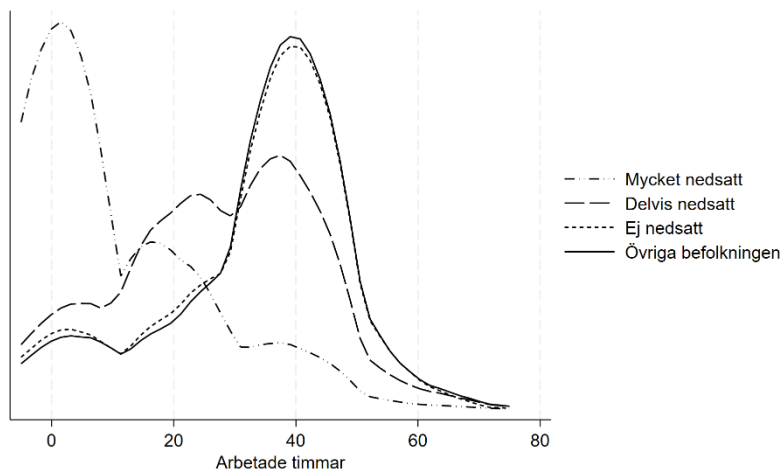
Antalet arbetade timmar uppgår i genomsnitt till 11, 28 och 33 timmar för de med mycket, delvis respektive ingen nedsatt arbetsförmåga. Det kan jämföras med motsvarande mått för den övriga befolkningen som är knappt 34 timmar. Figur 4.5 visar fördelningen av antalet arbetade timmar, uppdelad efter graden av nedsatt arbetsförmåga.

Figur 4.4 Sysselsättningsgrad för personer med rörelsenedsättning, efter ålder



Not: Figuren visar sysselsättningsgrad efter ålder för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Figur 4.5 Arbetade timmar för personer med rörelsenedsättning



Not: Figuren visar fördelningen av arbetade timmar för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Figuren visar att för personer med rörelsenedsättning utan nedsatt arbetsförmåga är fördelningen närmast identisk med fördelningen för den övriga befolkningen och de flesta arbetar runt 40 timmar per vecka. För personer med delvis nedsatt arbetsförmåga är fördelningen förskjuten åt vänster: Även om det vanligaste värdet fortfarande är runt 40 timmar så är det nästan lika vanligt att arbeta omkring 20 timmar. För personer med en rörelsenedsättning med mycket nedsatt arbetsförmåga är det tydligt att många varit frånvarande under hela mätveckan (dvs. har noll antal arbetade timmar på grund av exempelvis sjukdom), arbetat endast ett fåtal timmar eller arbetat runt 20 timmar, och en låg andel har arbetat 30 timmar eller mer. En del av dessa personer kan ha beviljats sjukersättning på till exempel 25 eller 50 procent (se kapitel 9).

4.4.2 Löneinkomst och disponibel inkomst

Löneinkomst är ett mått som ofta används för att visa en persons arbetsmarknadssituation och som har fördelen att det avspeglar både antal arbetade timmar och konsumtionsmöjligheter/levnadsstandard. Tabell 4.4 visar löneinkomst för personer med en rörelse-

nedsättning jämfört med den övriga befolkningen. Av tabellen framgår att personer med en mycket nedsatt arbetsförmåga har en genomsnittlig reallöneinkomst på 36 000 kr per år (inkomsten anges i 2019 års prisnivå) och de med en delvis nedsatt arbetsförmåga en reallöneinkomst på 152 000 kr per år. I kontrast har personer med en rörelsenedsättning som inte innebär en nedsatt arbetsförmåga en realinkomst på 223 000 kr per år och den övriga befolkningen en realinkomst på 236 000 kr per år.

Tabell 4.4 Realinkomster för personer med rörelsenedsättning

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Löneinkomst (tkr)	36	152	223	236
Disp. inkomst (tkr)	152	184	202	226

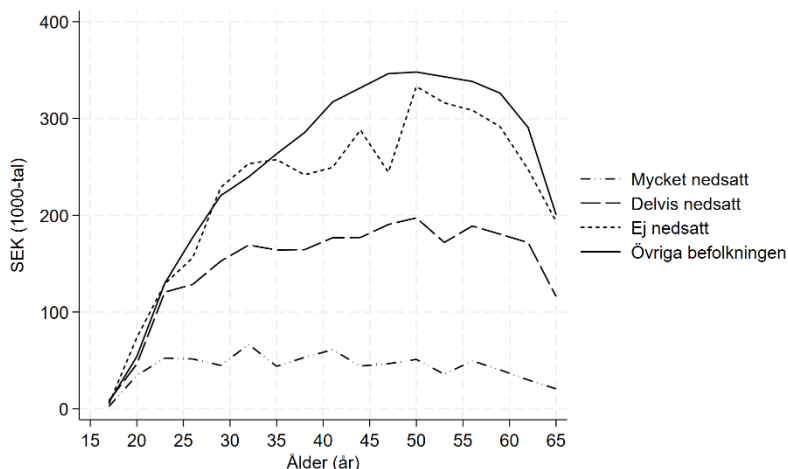
Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

För att se om transfereringssystemen kompenserar för de lägre löneinkomsterna bland personer med en rörelsenedsättning är det intressant att också titta på den disponibla inkomsten. Av tabell 4.4 framgår att den genomsnittliga årliga disponibla realinkomsten varierar betydligt mindre mellan grupperna än löneinkomsten: 152 000 kr för dem med mycket nedsatt arbetsförmåga, 184 000 kr för dem med delvis nedsatt arbetsförmåga, 202 000 kr för dem utan nedsatt arbetsförmåga och 226 000 kr för den övriga befolkningen.

Figur 4.6 visar hur genomsnittlig reallöneinkomst varierar med en persons ålder.⁴⁷

⁴⁷ Tabell A.4 i appendix visar måtten i tabell 4.4 uppdelade i ålderskategorier.

Figur 4.6 Real löneinkomst, efter ålder



Not: Figuren visar reallöneinkomst (2019 års prisnivå) över ålder för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Av figuren framgår att den övriga befolkningen har den högsta nivån av reallöneinkomst, följt av grupperna med en rörelsenedsättning som innebär ingen, delvis och mycket nedsatt arbetsförmåga. Alla grupper utom den sistnämnda har en positiv utveckling av löneinkomsten, där inkomsten når den högsta nivån i 50-årsåldern. De med en rörelsenedsättning som innebär mycket nedsatt arbetsförmåga har istället en närmast konstant löneinkomst oavsett ålder. Det bör noteras att skillnaderna i inkomst är betydligt mer markanta än skillnaderna i sysselsättning. Både personer med delvis och mycket nedsatt arbetsförmåga har betydligt lägre inkomster.⁴⁸ Figuren visar att i den ålder där löneinkomsterna når sin topp (45–50 år) är inkomsten för den övriga befolkningen 350 000 kr, medan inkomsten för de med delvis nedsatt arbetsförmåga är 194 000 kr (45 procent lägre) och för de med mycket nedsatt arbetsförmåga är den 49 000 kr. Inkomsten för den senare gruppen är därmed enbart 14 procent av den för den övriga befolkningen.

⁴⁸ Figur A.4 och A.5 i appendix visar att denna åldersprofil inte påverkas nämnvärt om data justeras för födelseår, kön och kommun eller om de personer som intervjuats före 40 års ålder följs framåt i tiden i data. Detta indikerar att figur 4.6 ger en korrekt bild av åldersprofilen för reallöneinkomsten.

Tabell 4.5 visar måtten på reala inkomster uppdelade efter kön.⁴⁹ För personer med en rörelsenedsättning har kvinnor en reallöneinkomst på 84 000 kr per år och en disponibel realinkomst på 156 000 kr, medan män i samma grupp har en reallöneinkomst på 124 000 kr och en disponibel realinkomst på 208 000 kr. I samtliga fall är dessa mått lägre än i den övriga befolkningen.

Tabell 4.5 Reala inkomster för personer med rörelsenedsättning, efter kön

	Rörelsenedsättning		Övriga befolkningen	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Löneinkomst (tkr)	84	124	203	268
Disp. inkomst (tkr)	156	208	198	252

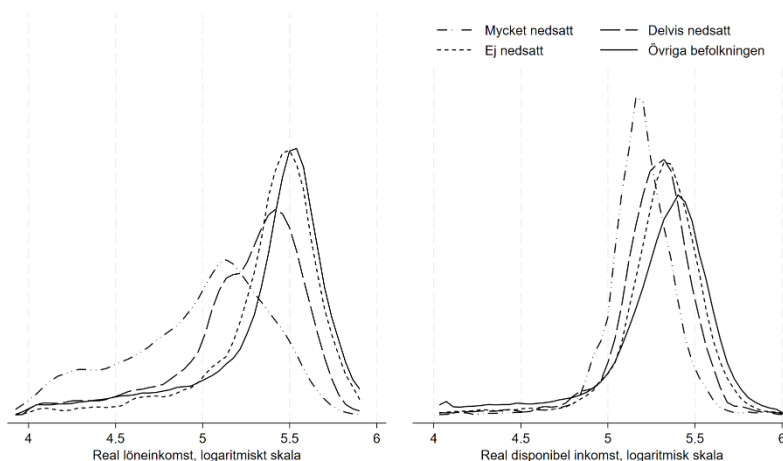
Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) för kvinnor och män som uppgett att de har en rörelsenedsättning samt för den övriga befolkningen.

Det är också av intresse att titta på fördelningen av inkomster. Figur 4.7 visar fördelningen för real löneinkomst (vänster figur) och disponibel realinkomst (höger figur), med logaritmisk skala på den horisontella axeln. Logaritmen av real inkomst omvandlar stora variationer i inkomster till en mer kompakt skala. Till exempel motsvarar ett logvärde på fyra en inkomst på 10 000 kr, medan ett logvärde på fem motsvarar 100 000 kr. En ökning med en enhet i logvärdet innebär således att inkomsten tiodubblas. Skalan gör det enklare att jämföra relativa förändringar och urskilja mönster, eftersom den komprimerar inkomstspannet och betonar proportionella snarare än absoluta skillnader.

Den vänstra figuren visar att för de med mycket nedsatt arbetsförmåga är fördelningen kraftigt förskjuten åt vänster, och hela 70 procent har en lägre inkomst än den för den 25:e percentilen i den övriga befolkningen (dvs. 25 procent har en inkomst lägre än 5,2). Motsvarande andel för de med delvis nedsatt arbetsförmåga är 37 procent.

⁴⁹ Tabell A.5 i appendix visar motsvarande siffror för inrikes och utrikes födda. Mönstren i skillnaderna mellan personer med en rörelsenedsättning och den övriga befolkningen är likartade oavsett födelseland, men inkomsterna är generellt sett lägre bland utrikes födda.

Figur 4.7 Real löneinkomst och disponibel realinkomst för personer med rörelsenedsättning (logaritmisk skala)



Not: Figuren visar fördelningen av reallöneinkomst (vänster figur) och disponibel realinkomst (höger figur) med logaritmiska skala för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

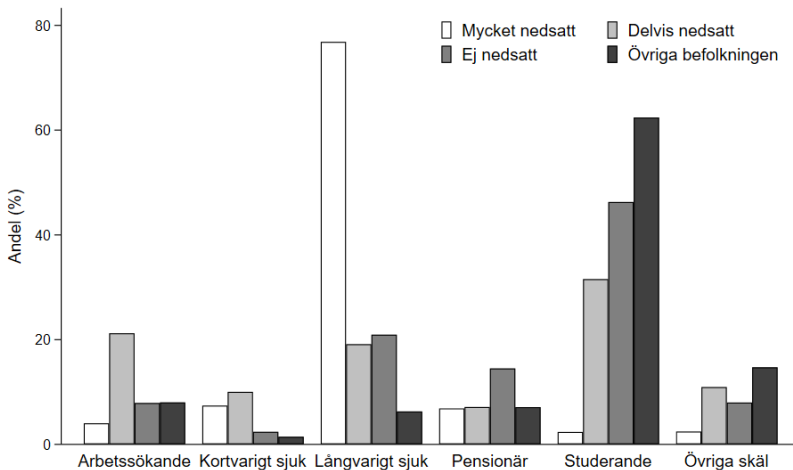
Fördelningarna för disponibel realinkomst i den högra figuren är mer lika varandra mellan grupperna. Fördelningarna för personer med en rörelsenedsättning som innebär delvis eller mycket nedsatt arbetsförmåga är mindre utdragna åt vänster och mer symmetriska (dvs. det är färre personer med låga inkomster). Fördelningen för den övriga befolkningen är dock fortfarande placerad längst till höger (dvs. de har högst inkomster), även om skillnaden är mindre.

4.4.3 Utanför arbetskraften

Det är även viktigt att förstå situationen för personer med funktionsnedsättning som befinner sig utanför arbetskraften. Figur 4.8 visar skälet till att personer med en rörelsenedsättning befinner sig utanför arbetskraften. Staplarna inom varje färgkategori (personer med en rörelsenedsättning som innebär mycket, delvis och ingen nedsatt arbetsförmåga, samt den övriga befolkningen summerar till 100 procent). Ett tydligt mönster är att personer med en rörelsenedsättning som innebär mycket nedsatt arbetsförmåga befinner sig

utanför arbetskraften i hög grad är långvarigt sjuka (78 procent), medan den vanligaste orsaken bland övriga grupper är studier.

Figur 4.8 Personer med rörelsenedsättning utanför arbetskraften



Not: Figuren visar olika kategorier utanför arbetskraften för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen. Arbets sökande avser latent arbets sökande och pensionärer är personer 64 år eller yngre.

4.5 Hur omfattande är ohälsa och ersättningar från socialförsäkringar bland personer med rörelsenedsättning?

Ohälsa kan vara ett viktigt hinder för deltagande på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning. Genom att analysera såväl indirekta mått (omfattningen av sjukskrivningar och sjukersättning) som mer direkta mått (vård dagar och läkemedelsuttag) på ohälsa belyser vi detta. Viktigt att notera är dock att ersättningar från socialförsäkringar, som sjukersättning, kan avspegla både ohälsa och brister i anpassning av arbetsmiljön.

4.5.1 Sjukpenning och sjukersättning

Tabell 4.6 visar omfattningen av ersättning i form av sjukpenning respektive sjukersättning för personer med en rörelsenedsättning

och olika grad av nedsatt arbetsförmåga jämfört med den övriga befolkningen. Tabellen visar att det är bland personer med mycket nedsatt arbetsförmåga som antal dagar med sjukpenning (drygt 59 dagar), andelen som beviljats sjukersättning (69 procent) och antal dagar med sjukersättning (214 dagar) är omfattande. Även bland dem med delvis nedsatt arbetsförmåga har 27 procent beviljats sjukersättning. Samtliga grupper med en rörelsenedsättning har dock en betydligt högre förekomst av sjukpenning och sjukersättning jämfört med den övriga befolkningen.

Tabell 4.6 Sjukpenning och sjukersättning för personer med rörelsenedsättning

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Sjukpenningdagar	59,3	32,4	12,2	6,0
Beviljats sjukersättning (%)	68,9	26,7	7,5	2,1
Sjukersättningsdagar	213,8	50,9	17,6	5,8

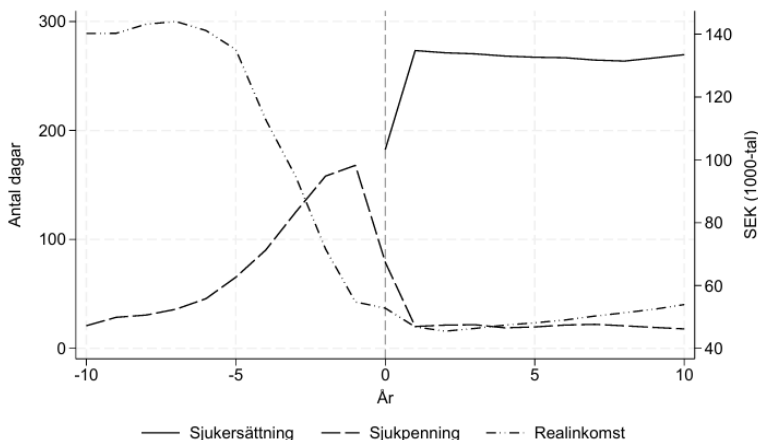
Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar per år för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen. Beviljats sjukersättning visar andelen (i procent) som fått minst en dags sjukersättning. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt, före 2003, förtidspension och sjukbidrag.

För att illustrera inflödet in i sjukersättning visar figur 4.9 sjukpenning, sjukersättning och reallöneinkomst för personer som vid en viss tidpunkt (tidpunkt 0 i figuren) har beviljats sjukersättning för första gången. Av figuren framgår att tiden fram till det att en person beviljats sjukersättning är en lång period med kraftigt fallande löneinkomster och omfattande sjukskrivningar. Det framgår också att när sjukersättning väl har beviljats finns det nästan inget flöde tillbaka till arbete.

Figur 4.10 illustrerar hur årligt antal dagar med sjukpenning respektive sjukersättning varierar med åldern. Speciellt noterbart är den mycket höga andelen med sjukersättning i de äldre åldersgrupperna.⁵⁰ Tabell 4.7 visar måtten uppdelade efter kön. Kvinnor har fler dagar med sjukpenning och sjukersättning än män.

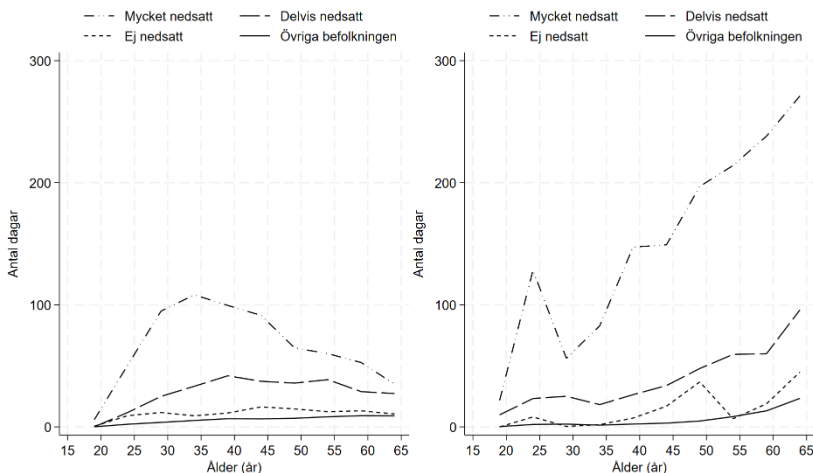
⁵⁰ Tabell A.6 i appendix visar de olika måtten i tabell 4.6 uppdelade i ålderskategorier.

Figur 4.9 Antal dagar med sjukersättning och sjukpenning samt reallöneinkomst över tid för personer med rörelsenedsättning



Not: Figuren visar, för en tioårsperiod före och efter det år en person första gången beviljades sjukersättning (år 0), antal dagar per år med sjukersättning och sjukpenning samt realinkomst (2019 års prisnivå) för personer med rörelsenedsättning. Inträde i aktivitetsersättning ingår inte.

Figur 4.10 Årligt antal dagar med sjukpenning och sjukersättning för personer med rörelsenedsättning efter ålder



Not: Figuren visar antal dagar per år med sjukpenning (vänster figur) och sjukersättning (höger figur) för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning och den övriga befolkningen, efter ålder. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt, före 2003, förtidspension och sjukbidrag.

Tabell 4.7 Sjukpenning och sjukersättning för personer med rörelsenedsättning, efter kön

	Rörelsenedsättning		Övriga	
	Man	Kvinna	Man	Kvinna
Sjukpenningdagar	39,5	45,9	4,0	8,1
Beviljats sjukersättning (%)	37,5	51,4	1,6	2,6
Sjukersättningsdagar	107,1	143,3	4,6	7,0

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar per år efter kön för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning och för den övriga befolkningen. Beviljats sjukersättning visar andelen (i procent) som fått minst en dags sjukersättning. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt, före 2003, förtidspension och sjukbidrag.

4.5.2 Vård dagar och läkemedelsuttag

Tabell 4.8 visar tre mått på ohälsa – antal vårdtillfällen i öppenvård (dvs. inom specialistvården), antal vårdtillfällen i slutenvård (dvs. sjukhusinläggningar) och antalet läkemedelsuttag per år. Det framgår tydligt att ohälsan är koncentrerad till personer med delvis eller mycket nedsatt arbetsförmåga. Antalet vårdtillfällen är tre till fyra gånger högre och antalet uttag av läkemedel nästan sex gånger högre för personer med mycket nedsatt arbetsförmåga jämfört med den övriga befolkningen. Tabell A.8 och A.9 i appendix visar samma mått uppdelade efter ålder respektive kön. Det framgår att det är i den äldsta åldersgruppen och bland kvinnor som ohälsomåtten är störst.

Tabell 4.8 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med rörelsenedsättning

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Vårdtillfällen (öppenvård)	1,8	1,5	0,9	0,6
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,3	0,2	0,1	0,1
Läkemedelsuttag	17,4	9,4	5,2	3,1

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

4.6 Vilka behov av anpassningar och stöd finns bland personer med rörelsenedsättning?

Här analyseras behov av anpassningar på arbetsplatsen respektive stöd i form av arbetsmarknadspolitiska åtgärder för personer med en rörelsenedsättning.

4.6.1 Anpassningar på arbetsplatsen

En viktig faktor för att personer med en funktionsnedsättning ska kunna delta på arbetsmarknaden, helt eller delvis, är att de får de anpassningar som de har behov av. Enligt arbetsmiljölagstiftningen ska en arbetsgivare tillgodose sina anställdas behov av anpassning (regelverket diskuteras mer utförligt i kapitel 9).

Tabell 4.9 visar behovet av anpassningar, och om dessa har tillhandahållits, för personer med en rörelsenedsättning, uppdelat efter grad av nedsatt arbetsförmåga. Det framgår att knappt 84 procent av de med mycket nedsatt arbetsförmåga och knappt 81 procent av de med delvis nedsatt arbetsförmåga har behov av hjälpmedel.

Tabell 4.9 Behov av anpassning för sysselsatta personer med rörelsenedsättning

	Grad av nedsättning	
	Mycket	Delvis
Andel med behov av hjälpmedel	83,6	80,5
Behov av . . .		
. . . personligt biträde	6,3	3,2
. . . anpassade hjälpmedel	34,3	31,1
. . . lokalanpassning	11,3	7,4
. . . anpassad arbetstid	56,9	35,7
. . . anpassat arbetstempo	62,9	44,8
. . . anpassade arb. uppg.	65,0	49,8
. . . anpassad transport	7,3	2,7
Andel som fått hjälpmedel	78,9	85,9

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar och som fått anpassning för sysselsatta personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan.

När det gäller typen av anpassning framgår det att bland de med mycket nedsatt arbetsförmåga har många behov av anpassade

hjälpmedel (34 procent), anpassad arbetstid (57 procent), anpassat arbetstempo (63 procent) och anpassade arbetsuppgifter (65 procent).

Det framgår också att av de med en rörelsenedsättning som innebär mycket (delvis) nedsatt arbetsförmåga är det drygt 79 (86) procent som har fått anpassningar av arbetsgivaren. De flesta av de som anger att de har ett behov av anpassning har således fått någon form av anpassning. Dessa siffror säger dock ingenting om de anpassningarna som har erhållits motsvarar behovet vad gäller omfattning och kvalitet.

Tabell 4.10 visar måtten på anpassningar, men nu uppdelade efter kön. Det framgår att drygt 82 procent av kvinnorna och 73 procent av männen har behov av anpassningar. Dessa könsskillnader drivs primärt av skillnader i behov av anpassade hjälpmedel, anpassad arbetstid och anpassat arbetstempo.⁵¹

Tabell 4.10 Behov av anpassning för sysselsatta personer med rörelsenedsättning, efter kön

	Kön	
	Man	Kvinna
Andel med behov av hjälpmedel	73,3	82,4
Behov av . . .		
. . . personligt biträde	3,9	4,1
. . . anpassade hjälpmedel	24,9	36,1
. . . lokalanpassning	6,3	10,3
. . . anpassad arbetstid	30,1	47,7
. . . anpassat arbetstempo	42,8	51,5
. . . anpassade arb. uppg.	52,1	51,4
. . . anpassad transport	3,2	4,7
Andel som fått hjälpmedel	83,6	83,2

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar och som fått anpassning för sysselsatta personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning, efter kön.

Tabell 4.11 visar måtten för personer som inte är sysselsatta.⁵² Frågan som ställs är om personen själv anser sig kunna utföra ett förvärvsarbete om någon av de listade anpassningarna görs. Tabellen visar att denna andel är 88 och 34 procent för dem med delvis respektive mycket nedsatt arbetsförmåga, vilket indikerar att det kan finnas en

⁵¹ Tabell A.11 i appendix visar motsvarande resultat uppdelade efter födelseland.

⁵² Se även tabell A.12 och A.13 i appendix för måtten uppdelade efter kön och födelseland.

omfattande arbetskraftspotential bland icke-sysselsatta givet att nödvändiga anpassningar görs. Att andelen är lägre bland personer med en mycket nedsatt arbetsförmåga är inte speciellt förvånande då dessa personer i många fall sannolikt har så stora hälsoproblem att de inte anser sig kunna arbeta även om anpassningar görs.

Tabell 4.11 Behov av anpassning för ej sysselsatta personer med rörelsenedsättning

	Grad av nedsättning	
	Mycket	Delvis
Andel med behov av anpassning	33,6	87,7
Behov av...		
... personligt biträde	7,4	11,9
... anpassade hjälpmedel	17,4	45,2
... lokalanpassning	10,2	21,3
... anpassad arbetstid	22,3	50,5
... anpassat arbetstempo	23,8	63,1
... anpassade arb. uppg.	28,9	76,9
... anpassad transport	9,2	13,3

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar för ej sysselsatta personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning, uppdelat efter grad av nedsättning av arbetsförmågan.

4.6.2 Arbetsmarknadspolitiska åtgärder

Arbetsmarknadspolitiska åtgärder syftar till att underlätta för personer att komma in på eller återvända till arbetsmarknaden och riktar sig särskilt till grupper med en svag ställning på arbetsmarknaden. Vi följer här, och i kommande kapitel, den kategorisering av sådana insatser i arbetsmarknadsutbildning och subventionerade anställningar som används av SCB (insatserna beskrivs mer i detalj i kapitel 9).

Arbetsmarknadsutbildning omfattar utbildningsinsatser, till exempel yrkesutbildningar, som har som syfte att stärka de arbetsökandes kompetens och därmed göra det lättare att få ett arbete. Subventionerade anställningar består av arbete och andra aktiviteter som sker ute på arbetsplatser med syfte att ge arbetslivserfarenhet och utveckla yrkesfärdigheter. Ett vanligt stöd riktat till personer med funktionsnedsättning är lönebidrag.

Tabell 4.12 visar att personer med en rörelsenedsättning har ett högre deltagande i arbetsmarknadspolitiska åtgärder jämfört med den övriga befolkningen. Till exempel har 9 procent av dem med mycket nedsatt arbetsförmåga och 12 procent av de med delvis nedsatt arbetsförmåga deltagit i arbetsmarknadsutbildning under året, jämfört med under 5 procent i den övriga befolkningen. Ett liknande mönster ses för subventionerade anställningar. Noterbart är att personer med en rörelsenedsättning som innebär delvis nedsatt arbetsförmåga deltar i högst grad. En tolkning av det är att dessa personer befinner sig på marginalen till deltagande i arbetskraften och därför får åtgärder i högre grad.

Tabell 4.12 Deltagande i arbetsmarknadspolitiska åtgärder för personer med rörelsenedsättning

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Andel (%) som deltagit under året				
Arbetsmarknadsutbildning	9,0	11,9	5,6	4,7
Subventionerad anställning	7,0	13,0	7,0	1,7

Not: Tabellen visar andel som deltagit i arbetsmarknadsutbildning och subventionerad anställning under året för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

4.7 Upplever personer med rörelsenedsättning diskriminering?

Personer med en rörelsenedsättning kan uppleva särbehandling och diskriminering på arbetsmarknaden som en följd av till exempel fördomar hos arbetsgivare och kollegor.

Tabell 4.13 visar andelen personer med en rörelsenedsättning som upplevt särbehandling i arbetslivet, uppdelad efter graden av nedsättning av arbetsförmågan. Bland personer med en rörelsenedsättning som innebär mycket, delvis och ingen nedsatt arbetsförmåga rapporterar drygt 30, 27 respektive 12 procent att de har upplevt någon form av särbehandling. Den vanligaste typen av upplevd särbehandling är att inte ha fått ett jobb (26 procent för de med mycket nedsatt arbetsförmåga). Dessa resultat överensstämmer med resultaten i den experimentella studien av Bjørnshagen m.fl. (2025).

Tabell 4.14 visar måtten uppdelade efter kön. Bland kvinnor med en rörelsenedsättning rapporterar 29 procent att de upplevt någon form av särbehandling, medan motsvarande andel för män är 23 procent. För personer med en rörelsenedsättning är det alltså något vanligare att uppleva särbehandling bland kvinnor.

Tabell 4.13 Upplevd diskriminering för personer med rörelsenedsättning

	Grad av nedsättning		
	Mycket	Delvis	Inte alls
Andel som upplevt särbehandling	30,2	27,1	12,1
Typ av upplevd särbehandling			
Ej fått jobb	26,4	17,6	7,5
Förbigången vid avancemang	15,9	8,2	5,2
Behandlad osakligt vid lönesättning	10,2	8,9	4,5
Utbildning som ej anpassats	13,7	7,5	1,3
Blivit uppsagd eller avskedad	11,3	6,6	1,7
Blivit trakasserad eller kränkt	10,7	8,5	3,7

Not: Tabellen visar andelen som upplevt särbehandling bland personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan.

Tabell 4.14 Upplevd diskriminering för personer med rörelsenedsättning, efter kön

	Kön	
	Kvinna	Man
Andel som upplevt särbehandling	28,5	22,5
Typ av upplevd särbehandling		
Ej fått jobb	19,5	20,6
Förbigången vid avancemang	12,1	8,8
Behandlad osakligt vid lönesättning	10,8	6,6
Utbildning som ej anpassats	11,9	5,0
Blivit uppsagd eller avskedad	8,5	7,8
Blivit trakasserad eller kränkt	10,6	6,9

Not: Tabellen visar andelen som upplevt särbehandling bland personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning, efter kön.

4.8 Sammanfattning

Sammanfattningsvis finner vi att:

- Personer med en rörelsenedsättning utgör en betydande andel av gruppen med funktionsnedsättning (34 procent i vårt data-material). Runt 3 procent av befolkningen hade en rörelsenedsättning 2019 (det sista året). Andelen har minskat i omfattning över tid.
- De flesta (runt 90 procent) som har en rörelsenedsättning uppger också att de har nedsatt arbetsförmåga (mycket eller delvis).
- Andelen med en rörelsenedsättning uppvisar ett tydlig åldersmönster med stigande förekomst i takt med ökande ålder, vilket avspeglar att denna typ av funktionsnedsättning i många fall troligen har orsakats av arbetsrelaterade skador och åldersrelaterade sjukdomar.
- Situationen på arbetsmarknaden för personer som har en rörelsenedsättning utan nedsatt arbetsförmåga ser nästan likadan ut som för den övriga befolkningen medan personer med delvis eller mycket nedsatt arbetsförmåga har betydligt lägre sysselsättning och löneinkomster.
- Personer som har en rörelsenedsättning med delvis eller mycket nedsatt arbetsförmåga har en hög förekomst av sjukpenning, sjukersättning och uppvisar höga värden på mått på ohälsa (kontakter med sjukvården och läkemedelsuttag). De har också ofta behov av olika typ av anpassningar på arbetsplatsen.
- Runt 30 procent av gruppen med en rörelsenedsättning och nedsatt arbetsförmåga upplever sig vara utsatta för diskriminering i arbetslivet.

5 Personer med kommunikativ funktionsnedsättning

I detta kapitel analyseras situationen för personer med funktionsnedsättningar relaterade till syn, hörsel, tal och språk. I separata avsnitt diskuteras vad det innebär för en person att ha en kommunikativ funktionsnedsättning, hur många personer som har en sådan funktionsnedsättning, vilken utbildning dessa personer har, hur deras situation på arbetsmarknaden ser ut, hur deras ersättningar från socialförsäkringar och mått på ohälsa ser ut, vilka behov de har av anpassningar och stöd samt i vilken utsträckning de upplever sig vara utsatta för diskriminering.

5.1 Vad innebär en kommunikativ funktionsnedsättning?

I kategorin personer med en kommunikativ funktionsnedsättning ingår personer med nedsatt syn eller hörsel, tal- eller röstproblem samt dyslexi.

En synnedsättning kan innebära olika grad av synförlust, från partiell syn till total blindhet. En synnedsättning kan orsakas av olika faktorer, till exempel ögonsjukdomar, ögonskador och neurologiska sjukdomar. Personer med en synnedsättning kan uppleva svårigheter med uppgifter som kräver god synskärpa, som läsning och bilkörning. Personer med en stor synnedsättning, eller som är blinda, använder ofta hjälpmedel som till exempel talsyntes. En synnedsättning kan påverka deltagandet på arbetsmarknaden genom att begränsa möjligheterna att arbeta i yrken med krav på god synförmåga eller att jobba på arbetsplatser där det finns brister i arbetsmiljön eller viljan till flexibilitet och anpassningar.

En hörselnedsättning innebär en delvis eller fullständig förlust av förmågan att uppfatta ljud. Det är en bred term som innefattar olika grader av hörselbortfall, från lindrigt till total dövhet. En hörselnedsättning kan vara medfödd eller ha uppstått senare i livet, till exempel genom exponering för höga ljud, sjukdom, skada eller som en följd av den naturliga åldrandeprocessen. Hjälpmedel kan behövas för att förbättra hörförmågan och avlasta kognitiv belastning. Personer som är döva kan använda teckenspråk för att kommunicera. Hörselskador och dövhet kan påverka deltagandet på arbetsmarknaden i situationer där muntlig kommunikation är viktig och adekvata anpassningar inte tillhandahålls på arbetsplatsen.

Stamning är en talstörning kännetecknad av störningar i det normala talflödet, ofta markerad av oavsiktliga upprepningar eller förlängningar av ljud, stavelser eller ord. En person som stammar kan också uppleva blockeringar i sitt tal. Stamning kan variera i svårighetsgrad och startar ofta under barndomen och kan kvarstå till vuxen ålder. Stamning kan påverka yrkesval och orsaka talrelaterad ångest i vissa situationer (t.ex. vid jobbintervjuer).

Dyslexi kännetecknas av svårigheter att läsa, skriva och stava, trots genomsnittlig (eller över) förmåga/intelligens. Personer med dyslexi kan till exempel uppleva problem med att känna igen och avkoda ord. Dyslexi kan påverka deltagandet på arbetsmarknaden för yrken där arbetsuppgifterna innefattar mycket läsande, skrivande och tolkning av skriftlig information. Det kan påverka yrkesval och begränsa karriärmöjligheterna, speciellt om adekvata anpassningar inte tillhandahålls på arbetsplatsen.

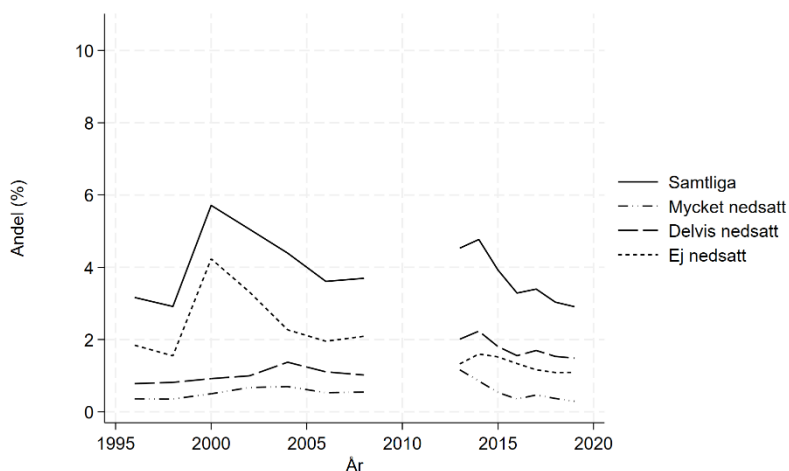
5.2 Hur vanlig är en kommunikativ funktionsnedsättning?

Av de som uppger att de har en funktionsnedsättning i AKU-funk är det ungefär 23 procent som anger att de har en kommunikativ funktionsnedsättning. Av dessa har ungefär 27 procent en synnedsättning, 46 procent en hörselnedsättning, 28 procent dyslexi och 4 procent övriga kommunikativa funktionsnedsättningar.⁵³ Figur 5.1 illustrerar hur andelen personer av befolkningen som har en

⁵³ Några personer har svarat att de har flera kommunikativa funktionsnedsättningar, vilket medför att procentalen summerar till mer än 100.

kommunikativ funktionsnedsättning har utvecklats över tid. Det verkar ha skett en viss nedgång över tiden, men mönstret är något svårtolkat då det skett förändringar i frågeformuleringen i AKU-funk som kan ha påverkat denna kategori speciellt mycket. Andelen med syn- och hörselnedsättning verkar ha minskat, medan andelen med dyslexi har ökat. Det sista året i vårt datamaterial (2019) var andelen i befolkningen med en kommunikativ funktionsnedsättning ungefär 3 procent.

Figur 5.1 Andel i befolkningen med kommunikativ funktionsnedsättning



Not: Figuren visar andel personer i befolkningen som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning, totalt och efter grad av nedsättning av arbetsförmågan.

I figuren visas också andelen personer med en kommunikativ funktionsnedsättning uppdelad efter graden av upplevd nedsättning i arbetsförmågan (under hela tidsperioden). De flesta har antingen ingen (1,9 procent) eller delvis (1,4 procent) nedsatt arbetsförmåga. Endast en mindre andel (0,5 procent) har mycket nedsatt arbetsförmåga. Tabell 5.1 visar att detta gäller för samtliga av de tre vanligaste typerna av kommunikativ funktionsnedsättning (dyslexi, hörsel- och synnedsättning).

Tabell 5.2 visar andelen personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, och med olika grad av nedsatt arbetsförmåga, uppdelad efter några demografiska mått. Av tabellen framgår det att förekomsten av denna typ av funktionsnedsättning ökar något med

åldern samt är något vanligare bland män och inrikes födda. Det är också i den äldsta åldersgruppen som de flesta med mycket nedsatt arbetsförmåga återfinns.

Tabell 5.1 Andel (%) med de tre vanligaste kommunikativa funktionsnedsättningarna

	Samtliga	Varav arbetsförmåga		
		Mycket nedsatt	Delvis nedsatt	Ej nedsatt
Dyslexi	1,2	0,1	0,5	0,6
Hörselnedsättning	2,0	0,3	0,8	1,0
Synnedsättning	1,2	0,2	0,3	0,6

Not: Tabellen visar andel personer i befolkningen som har uppgett att de har någon av de tre vanligaste kommunikativa funktionsnedsättningarna, totalt och efter grad av nedsättning av arbetsförmågan.

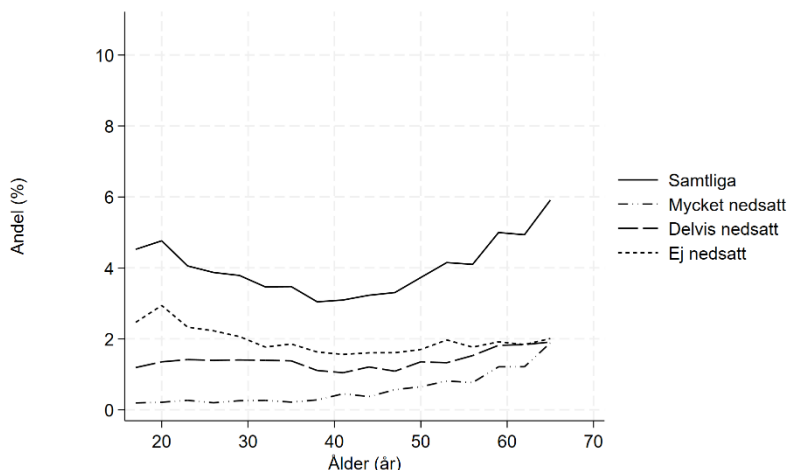
Tabell 5.2 Andel (%) med en kommunikativ funktionsnedsättning i olika demografiska grupper

	Samtliga	Varav arbetsförmåga		
		Mycket nedsatt	Delvis nedsatt	Ej nedsatt
Ålder 16–25	4,1	0,2	1,3	2,6
Ålder 26–55	3,5	0,5	1,3	1,7
Ålder 56–	5,1	1,3	1,8	1,9
Man	4,2	0,5	1,4	2,3
Kvinna	3,4	0,6	1,3	1,5
Inrikes född	3,9	0,5	1,4	2,0
Utrikes född	2,6	0,6	1,1	0,9

Not: Tabellen visar andel personer i befolkningen som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning i olika demografiska grupper, totalt och efter grad av nedsättning av arbetsförmåga.

Åldersprofilen i figur 5.2 bekräftar att den högsta andelen med denna typ av funktionsnedsättning återfinns i de äldsta åldersgrupperna.

Figur 5.2 Andelar med kommunikativ funktionsnedsättning, efter ålder



Not: Figuren visar andel personer i befolkningen som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning, totalt och efter grad av nedsättning av arbetsförmågan.

5.3 Vilken utbildning har personer med kommunikativ funktionsnedsättning?

Tabell 5.3 visar olika mått på utbildningsnivån för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning och olika grad av nedsatt arbetsförmåga samt motsvarande siffror för den övriga befolkningen. Andelen personer under 25 år som studerar vid intervju tillfället varierar från 52 procent bland dem med mycket nedsatt arbetsförmåga till 56 procent för befolkningen utan funktionsnedsättning. När det gäller antal år av utbildning har personer med mycket nedsatt arbetsförmåga i genomsnitt 11,1 års utbildning, medan personer utan funktionsnedsättning har 12,4 års utbildning. Andelen med slutförd gymnasieutbildning är högst bland befolkningen utan funktionsnedsättning (87 procent) och lägst bland dem med funktionsnedsättning som innebär mycket nedsatt arbetsförmåga (75 procent). Vidare är andelen med någon eftergymnasial utbildning 19 procent för de med mycket stor nedsättning i arbetsförmågan och 40 procent för befolkningen utan funktionsnedsättning. Dessa siffror visar att det framförallt är personer som har en mycket nedsatt arbetsförmåga som har en lägre utbildningsnivå, men

skillnaderna är betydligt mindre än bland personer med en rörelse- nedsättning. Även i denna kategori har tre av fyra minst slutförd gymnasieutbildning, vilket indikerar att bristande utbildning inte bör vara en huvudförklaring till skillnaderna i arbetsmarknadsutfall.

Tabell 5.3 Utbildning för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Studerar nu (%; under 25 år)	51,8	50,6	56,1	55,8
År av utbildning (över 25 år)	11,1	12,0	11,8	12,4
Gymnasial utb. (%; över 25 år)	75,0	84,7	82,6	87,4
Eftergymnasial utb. (%; över 25 år)	19,0	33,5	30,5	39,7

Not: Tabellen visar olika mått på utbildning för personer som har uppgett att de har en kommunikationsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Tabell 5.4 visar utbildningsmått för de tre vanligaste typerna av kommunikativ funktionsnedsättning. Av tabellen framgår att det är i andelen med eftergymnasial utbildning som skillnaderna gentemot den övriga befolkningen är som störst. Den lägsta andelen finns bland personer med dyslexi (26 procent). Återigen ser vi dock att i samtliga grupper har en klar majoritet minst slutförd gymnasieutbildning; andelen (>80 procent) ligger mycket nära motsvarande andel för den övriga befolkningen.

Tabell 5.4 Utbildning för personer med de tre vanligaste kommunikativa funktionsnedsättningarna

	Typ av funktionsnedsättning			Övriga befolkningen
	Dyslexi	Hörsel	Syn	
Studerar nu (%; under 25 år)	56,4	50,6	60,0	54,8
År av utbildning (över 25 år)	11,7	11,8	11,8	12,3
Gymnasial utb. (%; över 25 år)	82,5	82,0	82,8	87,3
Eftergymnasial utb. (%; över 25 år)	25,9	31,6	29,0	39,7

Not. Tabellen visar olika mått på utbildning för personer med de tre vanligaste kommunikativa funktionsnedsättningarna (dyslexi, hörselnedsättning och synnedsättning) samt för den övriga befolkningen.

Tabell 5.5 visar utbildningsmått för kvinnor och män med och utan en kommunikativ funktionsnedsättning. Generellt har kvinnor mer utbildning än män både bland personer med och utan en sådan funktionsnedsättning.

Den mest noterbara skillnaden finns bland män, där andelen med gymnasial och eftergymnasial utbildning är tydligt lägre bland personer med en kommunikativ funktionsnedsättning.⁵⁴

Tabell 5.5 Utbildning för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, efter kön

	Kommunikationsnedsättning		Övriga befolkningen	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Studerar nu (%; under 25 år)	60,5	52,2	59,8	52,2
År av utbildning (över 25 år)	12,2	11,4	12,6	12,2
Gymnasial utb. (%; över 25 år)	86,8	78,7	89,4	85,4
Eftergymnasial utb. (%; över 25 år)	37,3	24,1	44,2	35,4

Not: Tabellen visar olika mått på utbildning för de som har uppgett att de har en kommunikationsnedsättning och för den övriga befolkningen efter kön.

5.4 Hur ser situationen på arbetsmarknaden ut för personer med kommunikativ funktionsnedsättning?

Nedan presenteras samma mått som i föregående kapitel för att belysa situationen på arbetsmarknaden för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning.

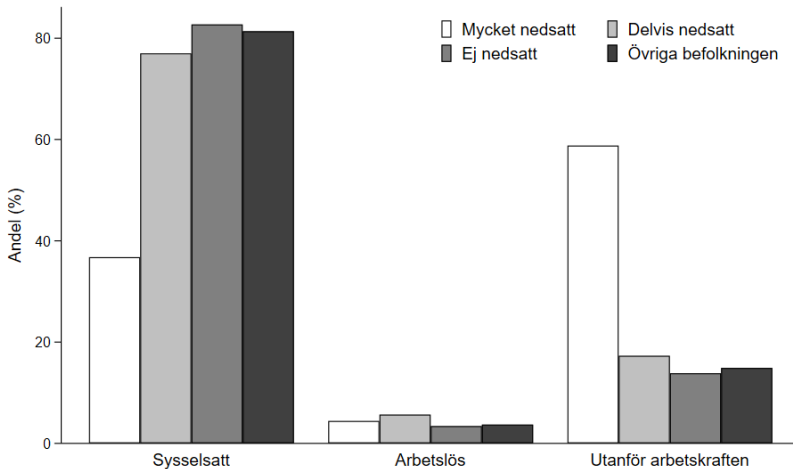
5.4.1 Arbetsmarknadsstatus

Figur 5.3 visar arbetsmarknadsstatus för personer med olika grad av nedsatt arbetsförmåga för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, jämfört med den övriga befolkningen, och kategoriserar dem som sysselsatta, arbetslösa eller utanför arbetskraften. Personer med en kommunikativ funktionsnedsättning som inte påverkar deras arbetsförmåga eller som har delvis nedsatt arbetsförmåga har i princip en lika hög sysselsättning som den övriga befolkningen (upp emot 80 procent). Bland dem med mycket nedsatt arbetsförmåga är däremot sysselsättningsgraden betydligt lägre (under 40 procent). Noterbart är att personer med mycket nedsatt

⁵⁴ Tabell A.14 i appendix visar utbildningsmått uppdelade efter födelseland.

arbetsförmåga även i denna grupp i hög grad befinner sig utanför arbetskraften, medan arbetslösheten är ganska lika i alla grupper.

Figur 5.3 Arbetsmarknadsstatus för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning



Not: Figuren visar arbetsmarknadsstatus för personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning, totalt och efter grad av nedsättning av arbetsförmågan samt för den övriga befolkningen.

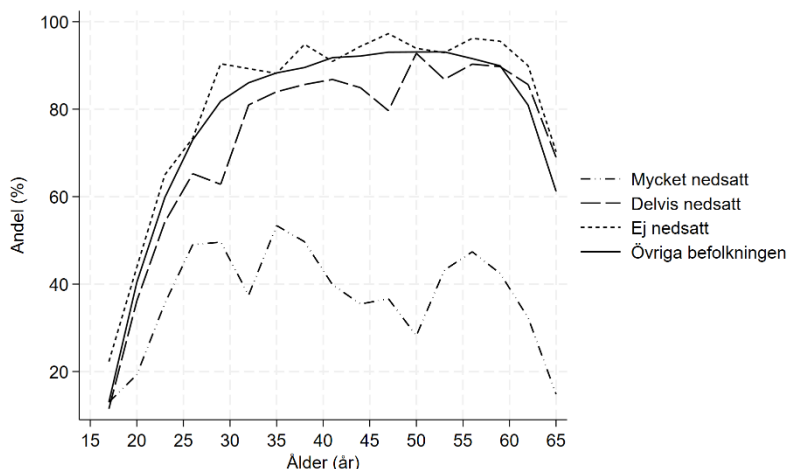
Figur 5.4 visar sysselsättningsgraden uppdelad efter ålder för personer med olika grad av nedsatt arbetsförmåga jämfört med den övriga befolkningen. Noterbart är att det är personer med en kommunikativ funktionsnedsättning med mycket nedsatt arbetsförmåga som har en markant lägre sysselsättning medan de med delvis eller ingen nedsatt arbetsförmåga har nästan samma sysselsättning som den övriga befolkningen oavsett ålder.

I tabell A.15 i appendix visas sysselsättningsgraden för personer med de tre vanligaste typerna av kommunikativ funktionsnedsättning.⁵⁵ Det framgår att sysselsättningsgraden är hög bland personer med en hörselnedsättning (80 procent), men betydligt lägre bland personer med en synnedsättning (67 procent) eller dyslexi (68 procent). Bland de med en synnedsättning så är det gruppen med mycket nedsatt arbetsförmåga som har en lägre sysselsättningsgrad,

⁵⁵ Tabellen visar också sysselsättningsgraden för personer i ett antal andra demografiska grupper. Av tabellen framgår att det är bland dem med mycket nedsatt arbetsförmåga som sysselsättningen är låg.

medan för personer med dyslexi så är sysselsättningsgraden tydligt lägre både för dem med delvis och mycket nedsatt arbetsförmåga.

Figur 5.4 Sysselsättningsgrad efter ålder för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning



Not: Figuren visar sysselsättningsgrad efter ålder för personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

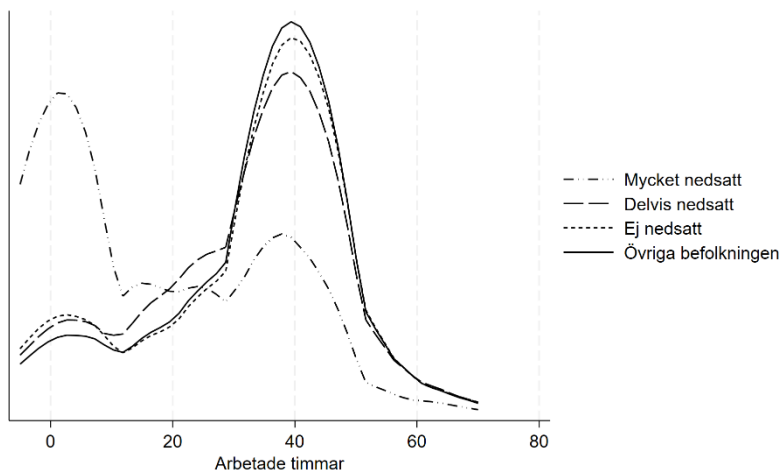
Två kompletterande mått på arbetsmarknadsstatus är typ av anställning och antal arbetade timmar för de som är sysselsatta.

Figur A.6 i appendix visar andelen fast anställda, tidsbegränsat anställda samt egenföretagare. Figuren visar att den största andelen personer, oavsett grad av nedsatt arbetsförmåga, är fast anställda. Andelen sysselsatta med tidsbegränsad anställning eller som är egenföretagare är betydligt lägre i samtliga grupper. Skillnaderna i typ av anställning är således små mellan personer med en kommunikativ funktionsnedsättning och den övriga befolkningen.

Antalet arbetade timmar uppgår i genomsnitt till 18, 32 och 33 timmar för de med mycket, delvis respektive ingen nedsatt arbetsförmåga. Det kan jämföras med motsvarande mått för den övriga befolkningen som är knappt 34 timmar. Skillnaden gentemot den övriga befolkningen är således liten förutom för personer med mycket nedsatt arbetsförmåga. Figur 5.5 visar fördelningen av antalet arbetade timmar uppdelad efter graden av nedsatt arbetsför-

måga. Det framgår tydligt att det är fördelningen för personer med mycket nedsatt arbetsförmåga som avviker från de övriga fördelningarna, vilket visas av att kurvan är förskjuten till vänster. För denna grupp är det vanligast att ha varit frånvarande under hela mätveckan (dvs. har noll antal arbetade timmar på grund av exempelvis sjukdom) eller ha arbetat endast ett fåtal timmar.

Figur 5.5 Arbetade timmar för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning



Not: Figuren visar fördelningen av arbetade timmar för personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

5.4.2 Löneinkomst och disponibel inkomst

Tabell 5.6 visar löneinkomsten och den disponibla inkomsten för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning jämfört med den övriga befolkningen (inkomsterna mäts i 2019 års prisnivå). Det framgår att personer med mycket nedsatt arbetsförmåga har en genomsnittlig reallöneinkomst på 64 000 kr per år, de med delvis nedsatt arbetsförmåga tjänar i genomsnitt 200 000 kr per år och de med ingen nedsatt arbetsförmåga har en realinkomst på 211 000 kr per år. Det kan jämföras med den övriga befolkningen som har en realinkomst på 236 000. Det är således de som har en mycket nedsatt arbetsförmåga som har låga löneinkomster. Av tabellen framgår

också att den disponibla realinkomsten är betydligt jämnare för de fyra grupperna.

Tabell 5.7 visar måtten för personer med de tre vanligaste typerna av kommunikativ funktionsnedsättning. Det framgår att personer med dyslexi och synnedsättning har lägre löneinkomster (156 000 respektive 163 000) jämfört med övriga.

Figur 5.6 visar hur genomsnittlig reallöneinkomst utvecklas med åldern.⁵⁶

Tabell 5.6 **Reala inkomster för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning**

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Löneinkomst (tkr)	64	200	211	236
Disp. inkomst (tkr)	156	206	191	226

Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) för personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

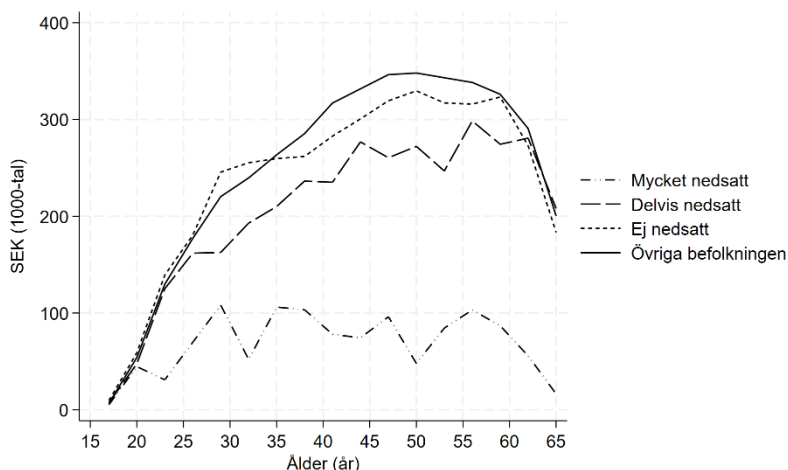
Tabell 5.7 **Reala inkomster för personer med de tre vanligaste kommunikativa funktionsnedsättningarna**

	Dyslexi	Syn	Hörsel	Övriga befolkningen
Löneinkomst (tkr)	163	156	213	236
Disp. inkomst (tkr)	177	167	209	226

Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) för personer som uppgett att de har dyslexi, synnedsättning eller hörselnedsättning, samt för den övriga befolkningen.

⁵⁶ Tabell A.16 visar måtten i tabell 5.6 uppdelade efter ålder.

Figur 5.6 Real löneinkomst, efter ålder



Not: Figuren visar reallöneinkomst (2019 års prisnivå) över ålder för personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Figuren visar att den övriga befolkningen har den högsta nivån av reallöneinkomst, följt av grupperna med en kommunikativ funktionsnedsättning som innebär ingen, delvis och mycket nedsatt arbetsförmåga. Alla grupper utom de med mycket nedsatt arbetsförmåga har en positiv utveckling av löneinkomsten över livet. De med mycket nedsatt arbetsförmåga har istället en mycket låg och nästan konstant löneinkomst över livet.⁵⁷ Figuren visar att i den ålder där löneinkomsterna når sin topp (45–50 år) är inkomsten för den övriga befolkningen 350 000 kr, medan inkomsten för de med delvis nedsatt arbetsförmåga är 267 000 kr (24 procent lägre) och för de med mycket nedsatt arbetsförmåga är den 70 000 kr. Inkomsten för den senare är därmed enbart 20 procent av den för den övriga befolkningen.

Tabell 5.8 visar måtten på reala inkomster uppdelade efter kön.⁵⁸ Kvinnor med en kommunikativ funktionsnedsättning har en reallöneinkomst på 156 000 kr per år och en disponibel realinkomst på 174 000 kr, medan män i samma grupp har en reallöneinkomst på

⁵⁷ Figur A.7 och A.8 i appendix visar att denna åldersprofil inte påverkas nämnvärt om data justeras för födelseår, kön och kommun eller om de personer som intervjuats före 40 års ålder följs framåt i tiden i data.

⁵⁸ Tabell A.17 i appendix visar motsvarande mått uppdelade efter födelseland.

204 000 kr och en disponibel realinkomst på 201 000 kr. I samtliga fall är dessa mått lägre än i den övriga befolkningen.

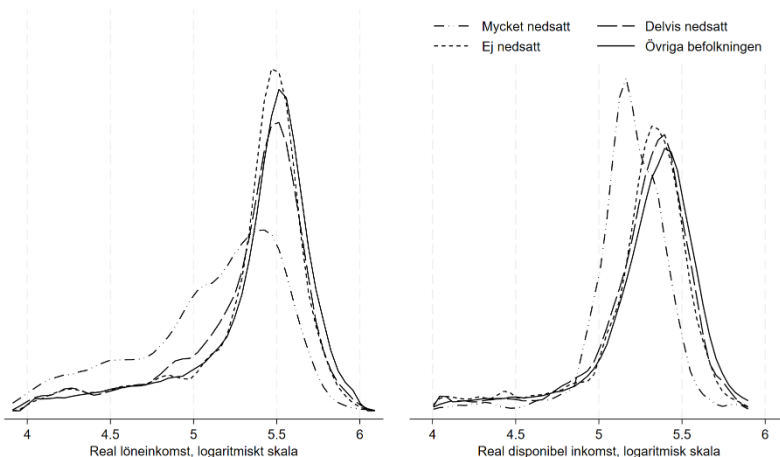
Tabell 5.8 **Reala inkomster för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, efter kön**

	Kommunikation		Övriga befolkningen	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Löneinkomst (tkr)	156	204	203	268
Disp. inkomst (tkr)	174	201	198	252

Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) för kvinnor och män som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning samt för den övriga befolkningen.

Figur 5.7 visar fördelningen för real löneinkomst (vänster figur) och disponibel realinkomst (höger figur), med logaritmisk skala på den horisontella axeln. Den vänstra figuren visar att för de med mycket nedsatt arbetsförmåga är fördelningen förskjuten åt vänster jämfört med övriga grupper, och något mer än hälften (55 procent) har en lägre inkomst än den för den 25:e percentilen i den övriga befolkningen (dvs. 25 procent har en lägre inkomst än 5,2). Däremot avviker inte andelen för de med delvis nedsatt arbetsförmåga (27 procent) från den för den övriga befolkningen. Fördelningarna för disponibel realinkomst i den högra figuren är mer lika varandra mellan grupperna.

Figur 5.7 Real löneinkomst och disponibel realinkomst för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning (logaritmisk skala)

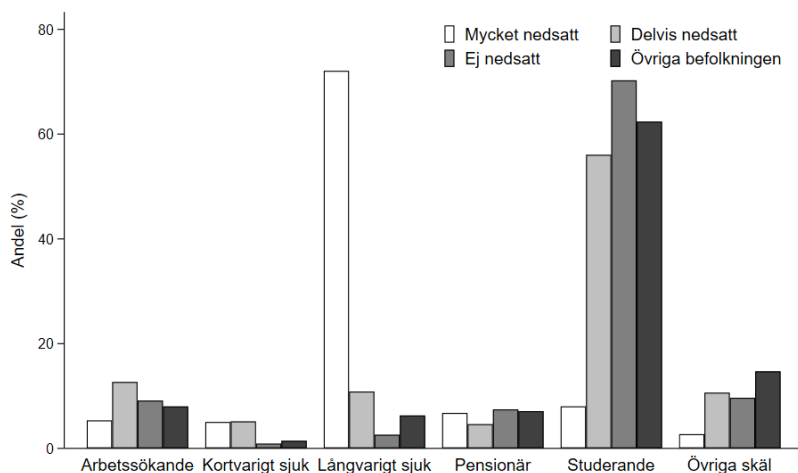


Not: Figuren visar fördelningen av reallöneinkomst (vänster figur) och disponibel realinkomst (höger figur) med logaritmiska skala för personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

5.4.3 Utanför arbetskraften

Figur 5.8 visar skälet till att personer med en kommunikativ funktionsnedsättning befinner sig utanför arbetskraften. Staplarna inom varje färgkategori (personer med funktionsnedsättning som innebär mycket, delvis och ingen nedsatt arbetsförmåga samt den övriga befolkningen) summerar till 100 procent. Ett tydligt mönster är att personer med mycket nedsatt arbetsförmåga som befinner sig utanför arbetskraften i hög grad är långvarigt sjuka, medan den vanligaste orsaken i övriga grupper är studier. Övriga skillnader är små.

Figur 5.8 Personer med en kommunikativ funktionsnedsättning utanför arbetskraften



Not: Figuren visar olika kategorier utanför arbetskraften för personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen. Arbets sökande avser latent arbets sökande och pensionärer är personer 64 år eller yngre.

5.5 Hur omfattande är ohälsa och ersättningar från socialförsäkringar bland personer med kommunikativ funktionsnedsättning?

Här analyseras ett antal indirekta mått på ohälsa för att se i vilken utsträckning ohälsa kan vara ett hinder för arbetsmarknadsdeltagande. Det är dock viktigt att notera att ersättningar från socialförsäkringar, som sjukersättning, kan avspegla både ohälsa och brister i anpassning av arbetsmiljön.

5.5.1 Sjukpenning och sjukersättning

Tabell 5.9 visar omfattningen av ersättning i form av sjukpenning respektive sjukersättning för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning och olika grad av nedsatt arbetsförmåga samt den övriga befolkningen.

Tabellen visar att det är bland personer med mycket nedsatt arbetsförmåga som antal dagar med sjukpenning (runt 40 dagar),

andelen som beviljats sjukersättning (59 procent) och antal dagar med sjukersättning (187 dagar) är omfattande. Även de med en funktionsnedsättning med delvis nedsatt arbetsförmåga har dock en betydligt högre förekomst av sjukpenning (15 dagar) respektive sjukersättning (24 dagar) jämfört med den övriga befolkningen (6 respektive 6 dagar).

Tabell 5.9 Sjukpenning och sjukersättning för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Sjukpenningdagar	40,0	14,5	5,1	6,0
Beviljats sjukersättning (%)	58,6	10,6	2,7	2,1
Sjukersättningsdagar	187,4	24,2	6,5	5,8

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar per år för personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen. Beviljats sjukersättning visar andelen (i procent) som fått minst en dags sjukersättning. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före 2003 förtidspension och sjukbidrag.

Tabell 5.10 visar måtten för de tre vanligaste typerna av kommunikativ funktionsnedsättning. Sjukpenning och sjukersättning är vanligare bland personer med en hörsel- eller synnedsättning än bland personer med dyslexi.

Tabell 5.10 Sjukpenning och sjukersättning för personer med de tre vanligaste kommunikativa funktionsnedsättningarna

	Dyslexi	Syn	Hörsel	Övriga befolkningen
Sjukpenningdagar	9,5	17,3	14,1	6,0
Beviljats sjukersättning (%)	6,2	20,3	13,7	2,1
Sjukersättningsdagar	17,7	61,4	37,0	5,8

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar per år, samt andel som beviljats sjukersättning, för personer som uppgett att de har dyslexi, synnedsättning eller hörselnedsättning, samt för den övriga befolkningen. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före 2003 förtidspension och sjukbidrag.

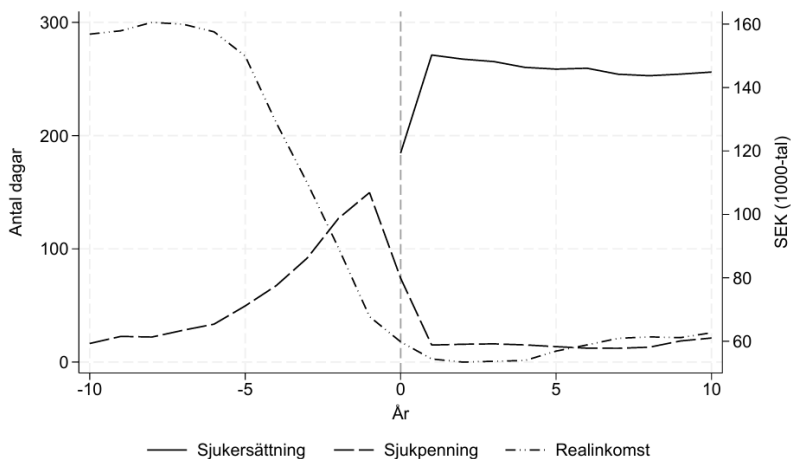
Figur 5.9 belyser att vägen till sjukersättning även i denna kategori ofta är en lång period med fallande inkomster och omfattande sjukskrivningar.

Figur 5.10 illustrerar hur årligt antal dagar med sjukpenning respektive sjukersättning varierar med åldern. Speciellt noterbart är

återigen den höga andelen med sjukersättning i de äldre åldersgrupperna.⁵⁹

Tabell 5.11 visar måtten uppdelade efter kön. Här framgår att kvinnor har fler dagar med sjukpenning och sjukersättning än män.

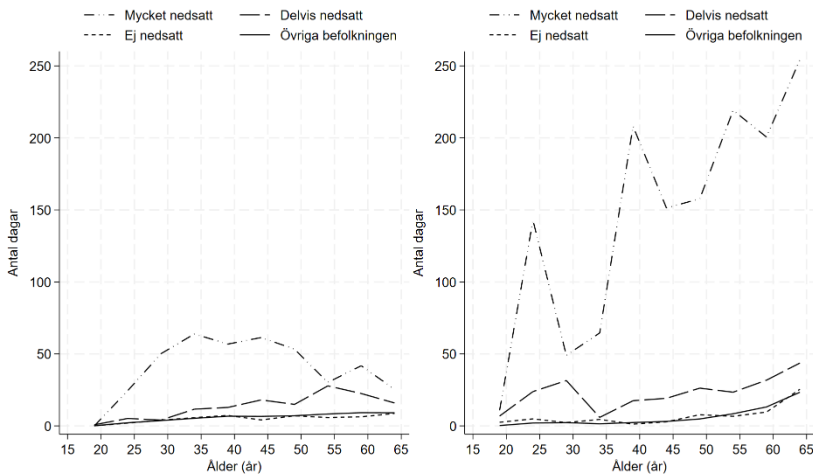
Figur 5.9 Antal dagar med sjukersättning och sjukpenning samt reallöneinkomst över tid för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning



Not: Figuren visar, för en tioårsperiod före och efter det år man första gången erhöll sjukersättning (år 0), antal dagar per år med sjukersättning och sjukpenning samt realinkomst för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning. Inträde i aktivitetsersättning ingår inte.

⁵⁹ Tabell A.18 visar måtten uppdelade efter olika ålderskategorier.

Figur 5.10 Årligt antal dagar med sjukpenning och sjukersättning för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, efter ålder



Not: Figuren visar antal dagar per år med sjukpenning (vänster figur) och sjukersättning (höger figur) för personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning och den övriga befolkningen efter ålder. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före 2003 förtidspension och sjukbidrag.

Tabell 5.11 Sjukpenning och sjukersättning för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, efter kön

	Kommunikativa		Övriga befolkningen	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Sjukpenningdagar	16,9	10,6	8,1	4,0
Beviljats sjukersättning (%)	17,5	10,8	2,6	1,6
Sjukersättningsdagar	49,9	31,2	7,0	4,6

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar per år efter kön för personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning och för den övriga befolkningen. Beviljats sjukersättning visar andelen (i procent) som fått minst en dags sjukersättning. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före 2003 förtidspension och sjukbidrag.

5.5.2 Vård dagar och läkemedelsuttag

Tabell 5.12 visar tre mått på ohälsa – antal vårdtillfällen i öppenvård (dvs. inom specialistvården), antal vårdtillfällen i slutenvård (dvs. sjukhusinläggningar) och antalet läkemedelsuttag per år. Det framgår tydligt att ohälsan är koncentrerad till personer med mycket nedsatt arbetsförmåga. Antalet vårdtillfällen är över tre gånger högre

och antalet uttag av läkemedel mer än fem gånger högre för personer med mycket nedsatt arbetsförmåga jämfört med den övriga befolkningen.

Tabell 5.12 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Vårdtillfällen (öppenvård)	2,2	1,2	0,6	0,6
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,4	0,1	0,1	0,1
Läkemedelsuttag	17,3	5,9	2,5	3,1

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en kommunikationsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Tabell 5.13 visar ohälsomåttén uppdelade efter de tre vanligaste typerna av kommunikativ funktionsnedsättning. Det finns inga större skillnader mellan de tre grupperna. Tabell A.20 och A.21 i appendix visar måttén uppdelade efter ålder respektive kön. Det är tydligt att det är i den äldsta åldersgruppen och bland kvinnor som ohälsomåttén är störst.

Tabell 5.13 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med de tre vanligast kommunikativa funktionsnedsättningarna

	Dyslexi	Syn	Hörsel	Övriga befolkningen
Vårdtillfällen (öppenvård)	1,0	1,2	0,9	0,6
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,1	0,2	0,1	0,1
Läkemedelsuttag	5,1	6,6	5,6	3,1

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har dyslexi, synnedsättning eller hörselnedsättning, samt för den övriga befolkningen.

5.6 Vilka behov av anpassningar och stöd finns bland personer med kommunikativ funktionsnedsättning?

Här analyseras behov att anpassningar på arbetsplatsen respektive stöd i form av arbetsmarknadspolitiska åtgärder för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning.

5.6.1 Anpassningar på arbetsplatsen

Tabell 5.14 visar behovet av anpassningar, och om dessa har tillhandahållits, för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, uppdelat efter grad av nedsättning. Det framgår att knappt 83 procent av de med mycket nedsatt arbetsförmåga och drygt 65 procent av de med delvis nedsatt arbetsförmåga har behov av hjälpmedel. Tabellen visar också att det framförallt är personer med en hörsel- eller synnedsättning som har behov av anpassningar.

När det gäller typen av anpassning framgår det att bland de med mycket nedsatt arbetsförmåga har många behov av anpassade hjälpmedel (43 procent), anpassad arbetstid (46 procent), anpassat arbetstempo (56 procent) och anpassade arbetsuppgifter (55 procent).

Det framgår även att av de med en funktionsnedsättning som innebär mycket (delvis) nedsatt arbetsförmåga är det drygt 78 (75) procent som har fått anpassning från arbetsgivaren. De flesta har således fått någon form av anpassning, men dessa siffror säger dock ingenting om de anpassningarna som har erhållits motsvarar behovet vad gäller omfattning och kvalitet.

Tabell 5.15 visar behovet av anpassningar och om dessa har tillhandahållits för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, uppdelat efter kön. Det framgår att 59 procent av kvinnorna och 49 procent av männen har behov av hjälpmedel. Det är dock män som i högst grad får sina behov av anpassning tillgodosedda (79 respektive 73 procent).⁶⁰

⁶⁰ Figur A.23 i appendix visar motsvarande resultat uppdelade efter födelseland.

Tabell 5.14 Behov av anpassning för sysselsatta personer med en kommunikativ funktionsnedsättning

	Grad av nedsättning		Typ av nedsättning		
	Mycket	Delvis	Dyslexi	Hörsel	Syn
Andel med behov av hjälpmedel	82,7	65,1	43,7	58,8	59,8
Behov av . . .					
... personligt biträde	10,7	3,9	5,3	1,9	5,1
... anpassade hjälpmedel	42,6	34,7	18,5	36,5	34,4
... lokalanpassning	21,5	15,5	4,1	18,8	14,4
... anpassad arbetstid	46,1	15,5	8,1	14,9	23,2
... anpassat arbetstempo	55,5	26,2	22,1	19,6	26,8
... anpassade arb. uppg.	55,3	26,4	20,9	20,0	28,5
... anpassad transport	6,3	2,0	0,3	0,8	8,9
Andel som fått hjälpmedel	78,3	75,5	72,3	75,8	83,6

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar och som fått anpassning för sysselsatta personer med kommunikativa funktionsnedsättningar, uppdelat efter graden av nedsättning av arbetsförmågan samt efter typ av nedsättning: dyslexi, hörselnedsättning och synnedsättning.

Tabell 5.16 visar motsvarande för icke-sysselsatta (och som svarat om de själva anser sig kunna utföra ett förvärvsarbete om någon av de listade anpassningarna görs).⁶¹ Även här uppger 41 och 81 procent av de med mycket respektive delvis nedsatt arbetsförmåga att de skulle kunna arbeta om de får lämpliga anpassningar, vilket är en indikation på att det här finns ett outnyttjat arbetskraftsutbud. Det visar vikten av att arbetsgivare är öppna för anpassning av arbetsplatsen.

⁶¹ Se även tabell A.24 och A.25 i appendix för måtten uppdelade efter kön och födelseland.

Tabell 5.15 Behov av anpassning för sysselsatta personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, efter kön

	Kön	
	Man	Kvinna
Andel med behov av hjälpmedel	49,0	58,7
Behov av . . .		
. . . personligt biträde	2,6	4,7
. . . anpassade hjälpmedel	26,4	32,6
. . . lokalanpassning	8,8	17,1
. . . anpassad arbetstid	11,0	17,7
. . . anpassat arbetstempo	19,6	24,3
. . . anpassade arb. uppg.	30,3	23,6
. . . anpassad transport	1,5	2,4
Andel som fått hjälpmedel	78,8	73,2

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar och som fått anpassning för sysselsatta personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning, efter kön.

Tabell 5.16 Behov av anpassning för ej sysselsatta personer med en kommunikativ funktionsnedsättning

	Grad av nedsättning		Typ av nedsättning		
	Mycket	Delvis	Dyslexi	Hörsel	Syn
Andel med behov av anpassning	41,1	81,4	69,0	51,8	50,0
Behov av . . .					
. . . personligt biträde	11,9	13,8	13,8	7,9	11,7
. . . anpassade hjälpmedel	22,6	43,8	36,0	33,8	26,2
. . . lokalanpassning	15,6	19,0	12,1	20,8	16,9
. . . anpassad arbetstid	26,5	38,7	31,5	29,2	27,2
. . . anpassat arbetstempo	27,7	51,9	44,8	29,0	33,5
. . . anpassade arb. uppg.	32,1	56,9	45,4	37,2	38,7
. . . anpassad transport	12,2	7,1	5,2	3,9	19,3

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar för ej sysselsatta personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning, uppdelad efter grad av nedsättning av arbetsförmågan samt för personer med dyslexi, hörselnedsättning och synnedsättning.

5.6.2 Arbetsmarknadspolitiska åtgärder

Tabell 5.17 visar att personer med en kommunikativ funktionsnedsättning har högre deltagande i arbetsmarknadspolitiska åtgärder jämfört med den övriga befolkningen. Till exempel har 9 procent av dem med mycket nedsatt arbetsförmåga deltagit i arbetsmarknadsutbildning, jämfört med knappt 5 procent i den övriga befolk-

ningen. Ett liknande mönster ses för subventionerade anställningar. En uppdelning av dessa mått för personer med olika typ av kommunikativ funktionsnedsättning återfinns i tabell A.26 i appendix. Det kan noteras att förekomsten av arbetsmarknadsutbildning och subventionerad anställning, är högre bland personer med dyslexi jämfört med personer med övriga typer av kommunikativ funktionsnedsättning.

Tabell 5.17 Deltagande i arbetsmarknadspolitiska åtgärder för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Andel (%) som deltagit under året				
Arbetsmarknadsutbildning	9,1	9,3	5,2	4,7
Subventionerad anställning	10,2	6,8	3,4	1,7

Not: Tabellen visar andel som deltagit i arbetsmarknadsutbildning och subventionerad anställning under året för personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

5.7 Upplever personer med kommunikativ funktionsnedsättning diskriminering?

Tabell 5.18 visar andelen personer med en kommunikativ funktionsnedsättning som upplevt särbehandling i arbetslivet, uppdelad efter graden av nedsatt arbetsförmåga. Bland personer med mycket, delvis och ingen nedsatt arbetsförmåga rapporterar 36, 25 respektive 8 procent att de upplevt någon form av särbehandling. De vanligaste typerna av upplevd särbehandling är att inte ha fått ett jobb och att ha blivit förbigången vid avancemang (25 respektive 22 procent för de med mycket nedsatt arbetsförmåga).

Tabell 5.19 visar motsvarande mått för de tre vanligaste typerna av kommunikativ funktionsnedsättning. Det är framförallt personer med dyslexi (22 procent) och synnedsättningar (24 procent) som svarat att de upplevt särbehandling.

Tabell 5.18 Upplevd diskriminering för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning

	Grad av nedsättning		
	Mycket	Delvis	Inte alls
Andel som upplevt särbehandling	35,8	24,5	8,3
Typ av upplevd särbehandling			
Ej fått jobb	24,6	15,5	3,6
Föribigången vid avancemang	21,5	8,2	2,2
Behandlad osakligt vid lönesättning	11,2	6,7	2,1
Utbildning som ej anpassats	17,3	8,7	2,6
Blivit uppsagd eller avskedad	11,4	3,5	0,4
Blivit trakasserad eller kränkt	18,7	9,9	3,3

Not: Tabellen visar andelen som upplevt särbehandling bland personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan. Samtliga siffror är viktade med calw_greg; delraderna visar andelen som svarat *Ja*. Siffrorna är avrundade till en decimal.

Tabell 5.20 visar andelen personer med en kommunikativ funktionsnedsättning som upplevt särbehandling i arbetslivet, uppdelad efter kön. Bland kvinnor rapporterar 22 procent att de upplevt någon form av särbehandling, medan motsvarande andel för män är 17 procent. För personer med en kommunikativ funktionsnedsättning är det alltså något vanligare att uppleva särbehandling bland kvinnor.

Tabell 5.19 Upplevd diskriminering för personer med de tre vanligaste kommunikativa funktionsnedsättningarna

	Typ av nedsättning		
	Dyslexi	Hörsel	Syn
Andel som upplevt särbehandling	22,1	15,9	23,6
Typ av upplevd särbehandling			
Ej fått jobb	13,4	8,6	12,9
Föribigången vid avancemang	8,5	5,5	5,6
Behandlad osakligt vid lönesättning	4,9	5,4	7,1
Utbildning som ej anpassats	7,2	5,4	10,8
Blivit uppsagd eller avskedad	3,5	3,1	3,8
Blivit trakasserad eller kränkt	10,6	7,0	8,3

Not: Tabellen visar andelen som upplevt särbehandling bland personer som uppgett att de har dyslexi, hörselnedsättning eller synnedsättning.

Tabell 5.20 Upplevd diskriminering för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, efter kön

	Kön	
	Kvinna	Man
Andel som upplevt särbehandling	21,8	17,3
Typ av upplevd särbehandling		
Ej fått jobb	11,2	11,4
Förbigången vid avancemang	7,8	5,5
Behandlad osakligt vid lönesättning	6,5	4,3
Utbildning som ej anpassats	8,7	5,2
Blivit uppsagd eller avskedad	3,5	2,9
Blivit trakasserad eller kränkt	9,5	7,2

Not: Tabellen visar andelen som upplevt särbehandling bland personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning efter kön.

5.8 Sammanfattning

Sammanfattningsvis finner vi att:

- Personer med kommunikativ funktionsnedsättning utgör 23 procent i vårt datamaterial. År 2019 hade runt 3 procent av befolkningen en sådan nedsättning. Andelen har minskat något över tid, förutom vad gäller dyslexi som istället har ökat i omfattning.
- De flesta personer som har en kommunikativ funktionsnedsättning uppger att de har ingen (runt hälften), eller endast delvis (runt en tredjedel), nedsatt arbetsförmåga.
- Andelen med en kommunikativ funktionsnedsättning uppvisar inget tydligt åldersmönster.
- Situationen på arbetsmarknaden för personer som har en kommunikativ funktionsnedsättning utan nedsatt arbetsförmåga eller med delvis nedsatt arbetsförmåga är snarlik situationen för den övriga befolkningen, medan de med mycket nedsatt arbetsförmåga har en markant sämre situation med lägre sysselsättning och löneinkomster.
- Personer som har en kommunikativ funktionsnedsättning och mycket nedsatt arbetsförmåga har en hög förekomst av sjukpenning och sjukersättning samt uppvisar höga värden på mått

på ohälsa. De har också ofta behov av olika typ av anpassningar på arbetsplatsen.

- Trots den bättre situationen på arbetsmarknaden relativt övriga grupper upplever sig runt 30 procent av gruppen med en kommunikativ funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga vara utsatta för diskriminering i arbetslivet.

6 Personer med psykisk funktionsnedsättning

I detta kapitel analyseras situationen för personer med en psykisk funktionsnedsättning. I separata avsnitt diskuteras vad det innebär för en person att ha en psykisk funktionsnedsättning, hur många personer som har en sådan funktionsnedsättning, vilken utbildning dessa personer har, hur deras situation på arbetsmarknaden ser ut, hur deras ersättningar från socialförsäkringar och mått på ohälsa ser ut, vilka behov de har av anpassningar och stöd samt i vilken utsträckning de upplever sig vara utsatta för diskriminering.

6.1 Vad innebär en psykisk funktionsnedsättning?

I kategorin psykisk funktionsnedsättning ingår personer med psykiatrisk eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

En psykiatrisk funktionsnedsättning påverkar en persons tankar, känslor, beteenden eller en kombination av dessa. En psykiatrisk funktionsnedsättning kan yttra sig på olika sätt och i varierande grad, från lätt till allvarlig. Exempel på diagnoser är depression, ångestsjukdomar, schizofreni, bipolär sjukdom och ätstörningar. Dessa tillstånd uppstår ofta på grund av en komplex samverkan av genetiska, biologiska, miljömässiga och psykologiska faktorer. Diagnos och behandling involverar ofta psykiatriker, psykologer, terapeuter och andra specialister inom psykisk ohälsa. Behandlingen kan omfatta psykoterapi, läkemedel, livsstilsförändringar och stöd från vårdteam inom psykisk ohälsa. En psykiatrisk funktionsnedsättning kan påverka deltagandet på arbetsmarknaden genom att till exempel medföra lägre produktivitet och högre sjukfrånvaro, speciellt om adekvata anpassningar inte tillhandahålls på arbetsplatsen. Stigma och diskriminering kan också hämma karriärutveckling.

En neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, där adhd är den vanligaste diagnosen, kan medföra olika utmaningar. Adhd kännetecknas av ouppmärksamhet, hyperaktivitet och impulsivitet. En person med adhd kan ha svårt att bibehålla uppmärksamhet, organisera uppgifter och behålla fokus. Adhd antas bero på en kombination av genetiska, neurologiska och miljömässiga faktorer. Behandling kan innefatta kognitiv beteendeterapi och läkemedel. Adhd kan skapa svårigheter med fokus, tidshantering och impuls kontroll. Om lämpliga anpassningar inte tillhandahålls kan det skapa problem med att bibehålla uppmärksamhet, hålla deadlines och fatta välgrundade beslut på arbetsplatsen. Samarbete kan också påverkas av uppmärksamhetsrelaterade problem. Utöver adhd finns det även andra neuropsykiatriska diagnoser som kan ge en funktionsnedsättning; till exempel autismspektrumtillstånd (AST, vilket är ett samlingsnamn för olika autismsdiagnoser som autism, autismsliknande tillstånd och Aspergers syndrom) och Tourettes syndrom.

Flexibilitet, anpassningar, ökad medvetenhet och en stödjande arbetsmiljö kan mildra de utmaningar som följer av olika typer av psykisk funktionsnedsättning.

6.2 Hur vanligt är psykisk funktionsnedsättning?

Av de som uppger att de har en funktionsnedsättning i AKU-funk, är det ungefär 13 procent som anger att de har en psykisk funktionsnedsättning. Av dessa har ungefär 75 procent en psykiatrisk funktionsnedsättning och 25 procent en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Figur 6.1 illustrerar andelen personer som har en psykisk funktionsnedsättning över tid. Av figuren framgår tydligt att andelen med en psykisk funktionsnedsättning har ökat över tiden. Detta gäller speciellt för andelen med en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Det sista året i vårt datamaterial (2019) var andelen av befolkningen som svarat att de har en psykisk funktionsnedsättning ungefär 3,1 procent. Det är troligt att AKU-funk underskattar andelen med en psykisk funktionsnedsättning i befolkningen, speciellt vad gäller andelen med en neuropsykiatrisk nedsättning. Andra studier anger att andelen av befolkningen med en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning är betydligt högre. Fast m.fl. (2024) rapporterar till exempel att prevalensen av adhd och AST var

7,6 respektive 1,1 procent i ett datamaterial med svenska tolv-åringar.⁶² I figuren visas också andelen personer med en psykisk funktionsnedsättning uppdelad efter graden av upplevd nedsättning av arbetsförmågan. Av figuren framgår att många av de med en psykisk funktionsnedsättning också har en nedsatt arbetsförmåga. År 2019 hade ungefär 2,5 procent av befolkningen en nedsatt arbetsförmåga till följd av en psykisk funktionsnedsättning.

Tabell 6.1 visar att det är speciellt vanligt att personer med en psykiatrisk funktionsnedsättning har en nedsatt arbetsförmåga.

Figur 6.1 Andel personer i befolkningen med en psykisk funktionsnedsättning



Not: Figuren visar andel personer i befolkningen som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning, totalt och efter grad av nedsättning av arbetsförmågan.

Tabell 6.2 visar andelen personer med en psykisk funktionsnedsättning och olika grad av nedsatt arbetsförmåga uppdelad efter några demografiska mått. Av tabellen framgår det att förekomsten av psykisk funktionsnedsättning är ganska lika i alla åldersgrupper, men är vanligare bland kvinnor och inrikes födda.

⁶² Willcutt (2012) finner i en metaanalys av 86 forskningsstudier att andelen med adhd är 5,9–7,1 procent bland barn och ungdomar. Socialstyrelsen (2023) analyserar statistik över läkemedelsuttag för adhd läkemedel och visar att bland skolbarn 10–17 år hade närmare 8 procent av pojkarna och drygt 4,5 procent av flickorna sådana läkemedelsuttag 2022. Bland vuxna 25–64 år var motsvarande siffror runt 1,5 respektive 1,7 procent.

Tabell 6.1 Andel (%) med en neuropsykiatrisk eller en psykiatrisk funktionsnedsättning

	Samtliga	Varav arbetsförmåga		
		Mycket nedsatt	Delvis nedsatt	Ej nedsatt
Neuropsykiatriska	0,7	0,2	0,4	0,1
Psykiatriska	2,0	1,1	0,8	0,1

Not: Tabellen visar andel personer i befolkningen som har uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning, totalt och efter grad av nedsättning av arbetsförmågan.

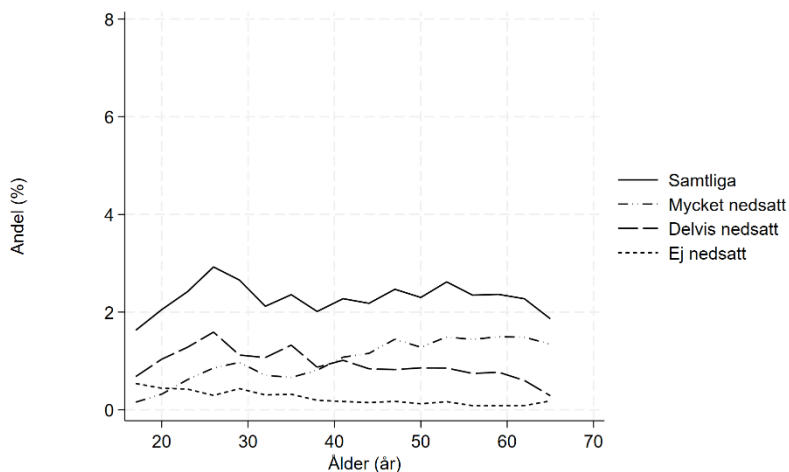
Tabell 6.2 Andel (%) med en psykisk funktionsnedsättning i olika demografiska grupper

	Samtliga	Varav arbetsförmåga		
		Mycket nedsatt	Delvis nedsatt	Ej nedsatt
Ålder 16–25	2,1	0,5	1,2	0,4
Ålder 26–55	2,3	1,1	1,0	0,2
Ålder 56–	2,2	1,5	0,6	0,1
Man	1,8	0,8	0,8	0,3
Kvinna	2,7	1,3	1,1	0,2
Inrikes född	2,3	1,0	1,0	0,2
Utrikes född	1,8	1,0	0,6	0,2

Not: Tabellen visar andel personer i befolkningen som har uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning i olika demografiska grupper, totalt och efter grad av nedsättning av arbetsförmåga.

Åldersprofilen i figur 6.2 bekräftar att andelen med en psykisk funktionsnedsättning är ganska jämn över åldersgrupperna.

Figur 6.2 Andelar personer med en psykisk funktionsnedsättning, efter ålder



Not: Figuren visar andel personer med en psykisk funktionsnedsättning efter ålder, totalt och efter grad av nedsättning av arbetsförmågan.

6.3 Vilken utbildning har personer med psykisk funktionsnedsättning?

Tabell 6.3 visar olika mått på utbildningsnivån för personer med en psykisk funktionsnedsättning och olika grad av nedsättning i arbetsförmågan samt motsvarande siffror för den övriga befolkningen. Andelen personer under 25 år som studerar vid intervjutillfället varierar från 30 procent bland dem med mycket nedsatt arbetsförmåga till 56 procent för dem utan nedsatt arbetsförmåga. När det gäller antal år av utbildning har personer med mycket nedsatt arbetsförmåga i genomsnitt 11,3 års utbildning, medan personer utan funktionsnedsättning har 12,4 års utbildning. Andelen med slutförd gymnasieutbildning är högst bland befolkningen utan funktionsnedsättning (87 procent) och lägst bland dem med en funktionsnedsättning som innebär mycket nedsatt arbetsförmåga (77 procent). Vidare är andelen med någon eftergymnasial utbildning 22 procent för de med mycket stor nedsättning i arbetsförmågan och 40 procent för befolkningen utan funktionsnedsättning. Vi ser således att det i första hand är personer som har en mycket

nedsatt arbetsförmåga som har en lägre utbildningsnivå. Även i denna kategori har dock en klar majoritet (77 procent) minst en slutförd gymnasieutbildning, vilket återigen indikerar att bristande utbildning inte kan vara en huvudförklaring till skillnaderna i arbetsmarknadsutfall.

Tabell 6.3 Utbildning för personer med en psykisk funktionsnedsättning

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Studerar nu (%; under 25 år)	30,1	48,3	58,7	55,8
År av utbildning (över 25 år)	11,3	12,1	11,8	12,4
Gymnasial utb. (%; över 25 år)	76,6	86,5	80,5	87,4
Eftergymnasial utb. (%; över 25 år)	22,3	33,8	30,9	39,7

Not: Tabellen visar olika mått på utbildning för de personer som har uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Tabell 6.4 visar utbildningsmått för personer med en neuropsykiatrisk respektive psykiatrisk funktionsnedsättning. Skillnaderna är generellt sett små förutom för andelen som studerar nu, vilken är lägre för personer med psykiatrisk funktionsnedsättning.

Tabell 6.4 Utbildning för personer med en neuropsykiatrisk eller psykiatrisk funktionsnedsättning

	Typ av funktionsnedsättning		Övriga befolkningen
	Neuropsykiatrisk	Psykiatrisk	
Studerar nu (%; under 25 år)	54,0	38,7	55,8
År av utbildning (över 25 år)	11,7	11,6	12,4
Gymnasial utb. (%; över 25 år)	80,1	80,4	87,4
Eftergymnasial utb. (%; över 25 år)	27,2	27,2	39,7

Not: Tabellen visar olika mått på utbildning för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning (neuropsykiatriska och psykiatriska funktionsnedsättningar) och för den övriga befolkningen.

Tabell 6.5 visar utbildningsmått för kvinnor och män med och utan en psykisk funktionsnedsättning. Generellt har kvinnor mer utbildning än män både bland personer med och utan en psykisk funktionsnedsättning.⁶³

⁶³ I tabell A.27 i appendix visas utbildningsmått för personer med en psykisk funktionsnedsättning uppdelade efter födelse-land. Där framgår att det inte finns några större skillnader i mönstret mellan inrikes och utrikes födda personer.

Tabell 6.5 Utbildning för personer med en psykisk funktionsnedsättning, efter kön

	Psykiska		Övriga befolkningen	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Studerar nu (%; under 25 år)	45,1	51,0	59,8	52,2
År av utbildning (över 25 år)	11,9	11,4	12,6	12,2
Gymnasial utb. (%; över 25 år)	82,5	78,0	89,4	85,4
Eftergymnasial utb. (%; över 25 år)	31,3	21,8	44,2	35,4

Not: Tabellen visar olika mått på utbildning för personer som har uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning och för den övriga befolkningen efter kön.

6.4 Hur ser situationen på arbetsmarknaden ut för personer med psykisk funktionsnedsättning?

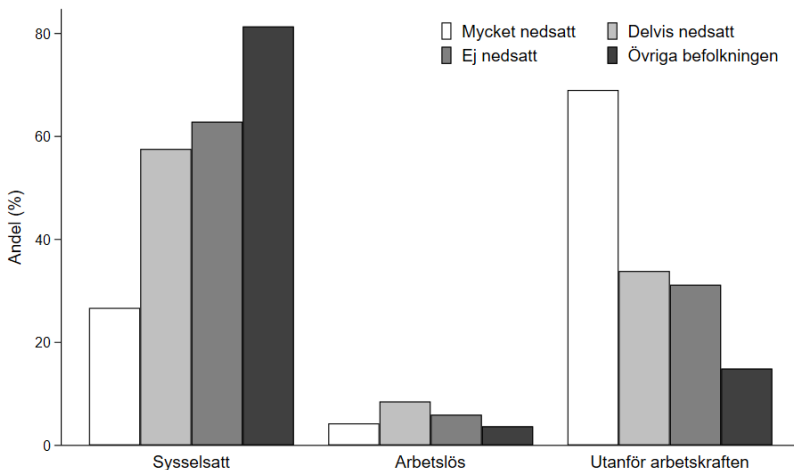
Nedan presenteras samma mått som i föregående kapitel för att visa situationen på arbetsmarknaden för personer med en psykisk funktionsnedsättning.

6.4.1 Arbetsmarknadsstatus

Figur 6.3 visar arbetsmarknadsstatus för personer med olika grad av nedsatt arbetsförmåga för personer med en psykisk funktionsnedsättning, jämfört med den övriga befolkningen, och kategoriserar dem som sysselsatta, arbetslösa eller utanför arbetskraften. Personer med en psykisk funktionsnedsättning som inte påverkar deras arbetsförmåga eller som har en delvis nedsatt arbetsförmåga har en tydligt lägre sysselsättning än den övriga befolkningen. Det är dock bland de med mycket nedsatt arbetsförmåga som sysselsättningen är avsevärt lägre. Noterbart är att personer med mycket nedsatt arbetsförmåga i hög grad befinner sig utanför arbetskraften snarare än i arbetslöshet. Det gäller även till viss del bland personer med delvis eller ingen nedsatt arbetsförmåga, men här är även arbetslösheten högre än för den övriga befolkningen.

Figur 6.4 visar sysselsättningsgraden uppdelad efter ålder för personer med olika grad av nedsatt arbetsförmåga jämfört med den övriga befolkningen. Noterbart är återigen att det är de med mycket nedsatt arbetsförmåga som har en markant lägre sysselsättning.

Figur 6.3 Arbetsmarknadsstatus för personer med en psykisk funktionsnedsättning



Not: Figuren visar arbetsmarknadsstatus för personer med en psykisk funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

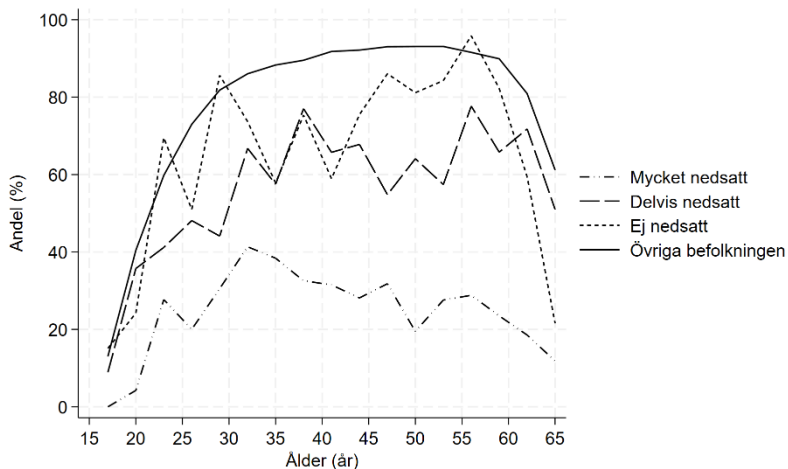
Tabell A.28 i appendix visar sysselsättningsgraden för personer i ett antal demografiska grupper. Det bör noteras att sysselsättningsgraden är lägre både bland de med en neuropsykiatrisk och de med en psykiatrisk funktionsnedsättning. Bland dem med mycket nedsatt arbetsförmåga är sysselsättningsgraden endast 33 respektive 36 procent och för de med delvis nedsatt arbetsförmåga 58 respektive 68 procent.

Två kompletterande mått på arbetsmarknadsstatus är typ av anställning och antal arbetade timmar för de som är sysselsatta. Figur A.9 i appendix visar typ av anställning för sysselsatta personer med en psykisk funktionsnedsättning, uppdelad efter grad av nedsatt arbetsförmåga. Generellt är skillnaderna mellan de olika grupperna relativt små vad gäller typ av sysselsättning. Det är dock något vanligare med tidsbegränsade anställningar bland de med en psykisk funktionsnedsättning och delvis eller ingen nedsatt arbetsförmåga.

Antalet arbetade timmar uppgår i genomsnitt till 12, 27 och 31 timmar för de med mycket, delvis respektive ingen nedsatt arbetsförmåga. Det kan jämföras med motsvarande mått för den övriga befolkningen som är knappt 34 timmar. Figur 6.5 visar fördel-

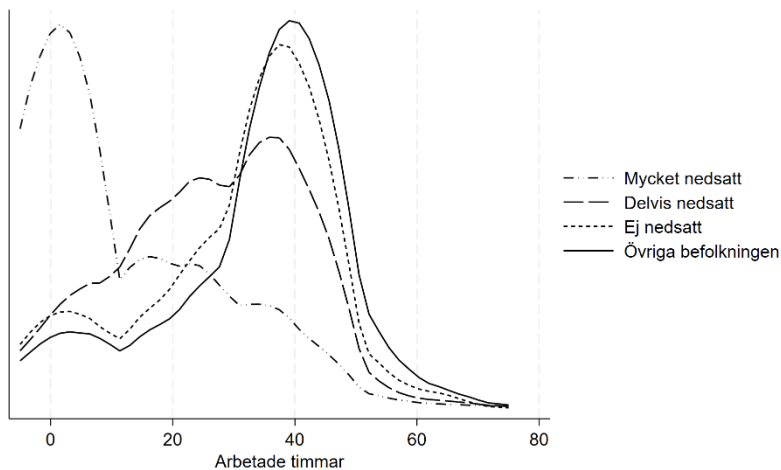
ningen av arbetade timmar bland personer med en psykisk funktionsnedsättning, uppdelade efter graden av nedsatt arbetsförmåga.

Figur 6.4 Sysselsättningsgrad för personer med en psykisk funktionsnedsättning, efter ålder



Not: Figuren visar arbetsmarknadsstatus för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Figur 6.5 Arbetade timmar för personer med en psykisk funktionsnedsättning



Not: Figuren visar fördelningen av arbetade timmar för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Figuren visar att de med en funktionsnedsättning som innebär delvis eller mycket nedsatt arbetsförmåga arbetar färre timmar än de med en funktionsnedsättning som inte innebär en nedsatt arbetsförmåga och den övriga befolkningen. Detta visas av att fördelningarna av arbetade timmar är förskjutna till vänster. För de med mycket nedsatt arbetsförmåga är det vanligast att ha varit frånvarande under hela mätveckan (dvs. har noll antal arbetade timmar på grund av exempelvis sjukdom) eller ha arbetat ett fåtal timmar.

6.4.2 Löneinkomst och disponibel inkomst

Tabell 6.6 visar löneinkomsten och den disponibla inkomsten för personer med en psykisk funktionsnedsättning jämfört med den övriga befolkningen (inkomster mäts i 2019 års prisnivå). Siffrorna visar att personer med mycket nedsatt arbetsförmåga har en genomsnittlig reallöneinkomst på 35 000 kr per år, de med delvis nedsatt arbetsförmåga tjänar i genomsnitt 115 000 kr per år och de med ingen nedsatt arbetsförmåga har en realinkomst på 142 000 kr per år. Det kan jämföras med den övriga befolkningen som har en realin-

komst på 236 000. Samtliga grupper med en psykisk funktionsnedsättning har således markant lägre löneinkomster än den övriga befolkningen. Speciellt stor är skillnaden för de med mycket nedsatt arbetsförmåga. Av tabellen framgår dock också att den disponibla realinkomsten är något jämnare; 150 000, 169 000, 161 000 och 226 000 för de fyra grupperna. Samtliga grupper med denna typ av funktionsnedsättning har dock en lägre disponibel inkomst än den övriga befolkningen.

Tabell 6.6 Reala inkomster för personer med en psykisk funktionsnedsättning

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Löneinkomst (tkr)	35	115	142	236
Disp. inkomst (tkr)	150	169	161	226

Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Tabell 6.7 visar en uppdelning av dessa mått för personer med en psykiatrisk respektive en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Det är främst för personer med en psykiatrisk funktionsnedsättning som dessa mått avviker mycket från den övriga befolkningen. Till exempel har de löneinkomster på endast 70 000 kr. Löneinkomsten är dock låg i båda grupperna.

Tabell 6.7 Reala inkomster för personer med en neuropsykiatrisk eller en psykiatrisk funktionsnedsättning

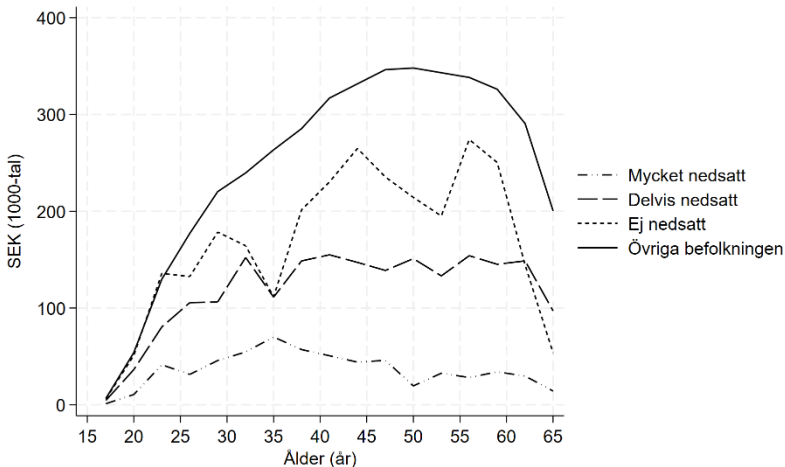
	Neuropsykiatrisk	Psykiatrisk	Övriga befolkningen
Löneinkomst (tkr)	96	70	236
Disp. inkomst (tkr)	153	158	226

Not: Tabellen visar inkomster i tusental kronor (2019 års prisnivå) för personer som uppgett att de har en neuropsykiatrisk eller psykiatrisk funktionsnedsättning, samt för den övriga befolkningen.

Figur 6.6 visar mer i detalj hur genomsnittlig reallöneinkomst utvecklas med åldern.⁶⁴

⁶⁴ Tabell A.30 i appendix visar måtten ovan, men är uppdelad efter ålder.

Figur 6.6 Real löneinkomst, efter ålder



Not: Figuren visar reallöneinkomst i 2019 års prisnivå över ålder för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Figuren visar att den övriga befolkningen har den högsta nivån av reallöneinkomst, följt av grupperna med funktionsnedsättning som innebär ingen, delvis och mycket nedsatt arbetsförmåga. Det är återigen tydligt att personer med denna typ av funktionsnedsättning som har en nedsatt arbetsförmåga har mycket låga löneinkomster jämfört med den övriga befolkningen.⁶⁵ Figuren visar att i den ålder där löneinkomsterna når sin topp (45–50 år) är inkomsten för den övriga befolkningen 350 000 kr, medan inkomsten för de med delvis nedsatt arbetsförmåga är 145 000 kr (59 procent lägre) och för de med mycket nedsatt arbetsförmåga är den 33 000 kr. Inkomsten för den senare är därmed enbart 9 procent av den för den övriga befolkningen.

Tabell 6.8 visar måtten för inkomst, uppdelade efter kön. För personer med en psykisk funktionsnedsättning har kvinnor en reallöneinkomst på 73 000 kr per år och en disponibel realinkomst på 160 000 kr, medan män har en reallöneinkomst på 83 000 kr och

⁶⁵ Figur A.10 och A.11 i appendix visar att denna åldersprofil inte påverkas nämnvärt om data justeras för födelseår, kön och kommun eller om de personer som intervjuats före 40 års ålder följs framåt i tiden i data.

en disponibel realinkomst på 153 000 kr. I samtliga fall är dessa mått lägre än i den övriga befolkningen.⁶⁶

Tabell 6.8 Reala inkomster för personer med en psykisk funktionsnedsättning, efter kön

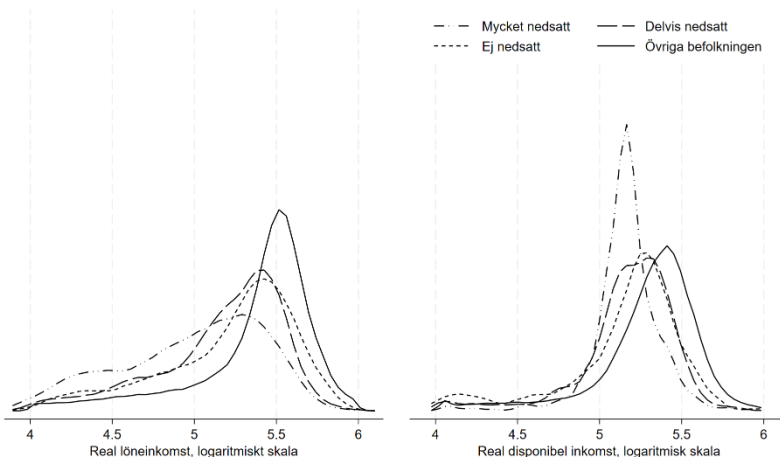
	Psykiska		Övriga befolkningen	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Löneinkomst (tkr)	73	83	203	268
Disp. inkomst (tkr)	160	153	198	252

Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) efter kön för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning och för den övriga befolkningen.

Figur 6.7 visar fördelningen för real löneinkomst (vänster figur) och disponibel realinkomst (höger figur), med logaritmisk skala på den horisontella axeln. Den vänstra figuren visar att för de med mycket nedsatt arbetsförmåga är fördelningen kraftigt förskjuten åt vänster, och hela 66 procent har en lägre inkomst än den för den 25:e percentilen i den övriga befolkningen (dvs 25 procent har en lägre inkomst än 5,2). Motsvarande andel för de med delvis nedsatt arbetsförmåga är 47 procent. Fördelningarna för disponibel realinkomst i den högra figuren är mer lika varandra mellan grupperna.

⁶⁶ Tabell A.29 i appendix visar motsvarande siffror uppdelade efter födelseland.

Figur 6.7 Real löneinkomst och disponibel realinkomst för personer med en psykisk funktionsnedsättning (logaritmisk skala)

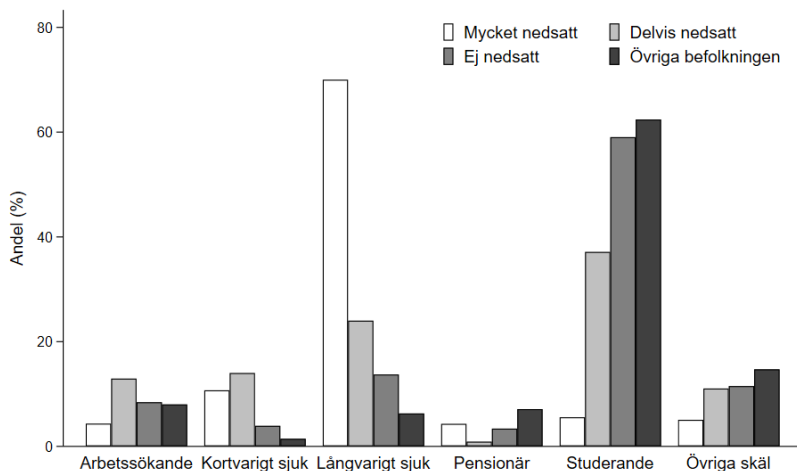


Not: Figuren visar fördelningen av reallöneinkomst (vänster figur) och disponibel realinkomst (höger figur) med logaritmisk skala för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

6.4.3 Utanför arbetskraften

Figur 6.8 visar skälet till att personer med en psykisk funktionsnedsättning befinner sig utanför arbetskraften. Staplarna inom varje färgkategori (personer med funktionsnedsättning som innebär mycket, delvis och ingen nedsatt arbetsförmåga samt den övriga befolkningen) summerar till 100 procent. Ett tydligt mönster är att personer med mycket nedsatt arbetsförmåga som befinner sig utanför arbetskraften i hög grad svarat att de är långvarigt sjuka, medan den vanligaste orsaken i övriga grupper är studier. Det bör också noteras att bland personer med delvis nedsatt arbetsförmåga är andelen latent arbetslösa högre än i övriga grupper, vilket indikerar att det kan finnas en outnyttjad arbetskraftspotential i denna grupp.

Figur 6.8 Personer med en psykisk funktionsnedsättning utanför arbetskraften



Not: Figuren visar olika kategorier utanför arbetskraften för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen. Arbetsökande avser latent arbetsökande och pensionärer är personer 64 år eller yngre.

6.5 Hur omfattande är ohälsa och ersättningar från socialförsäkringar bland personer med psykisk funktionsnedsättning?

Här analyseras ett flertal indirekta mått på ohälsa för att se i vilken utsträckning ohälsa kan vara ett hinder för deltagande på arbetsmarknaden. Viktigt att notera är dock att ersättningar från socialförsäkringar, som sjukersättning, kan avspegla både ohälsa och brister i anpassning av arbetsmiljön.

6.5.1 Sjukpenning och sjukersättning

Tabell 6.9 visar omfattningen av ersättning i form av sjukpenning respektive sjukersättning för personer med en psykisk funktionsnedsättning och olika grad av nedsatt arbetsförmåga samt den övriga befolkningen.

Tabellen visar att det är bland personer med mycket nedsatt arbetsförmåga som antal dagar med sjukpenning (runt 58 dagar),

andelen som beviljats sjukersättning (61 procent) och antal dagar med sjukersättning (198 dagar) är omfattande. Även de med en funktionsnedsättning med delvis och ingen nedsatt arbetsförmåga har dock en betydligt högre förekomst av sjukpenning respektive sjukersättning jämfört med den övriga befolkningen.

Tabell 6.9 Sjukpenning och sjukersättning för personer med en psykisk funktionsnedsättning

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Sjukpenningdagar	58,4	39,3	17,5	6,0
Beviljats sjukersättning (%)	61,1	24,0	13,7	2,1
Sjukersättningsdagar	198,4	59,8	42,3	5,8

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar per år för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen. Beviljats sjukersättning visar andelen (i procent) som fått minst en dags sjukersättning. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före 2003 förtidspension och sjukbidrag.

Tabell 6.10 visar en uppdelning av dessa mått för personer med en psykiatrisk respektive neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Måtten är högst bland personer med en psykiatrisk funktionsnedsättning, men jämfört med den övriga befolkningen är förekomsten mycket hög i båda grupperna.

Tabell 6.10 Sjukpenning och sjukersättning för personer med en neuropsykiatrisk eller psykiatrisk funktionsnedsättning

	Neuropsykiatrisk	Psykiatrisk	Övriga befolkningen
Sjukpenningdagar	27,2	52,1	6,0
Beviljats sjukersättning (%)	25,6	46,4	2,1
Sjukersättningsdagar	78,2	142,7	5,8

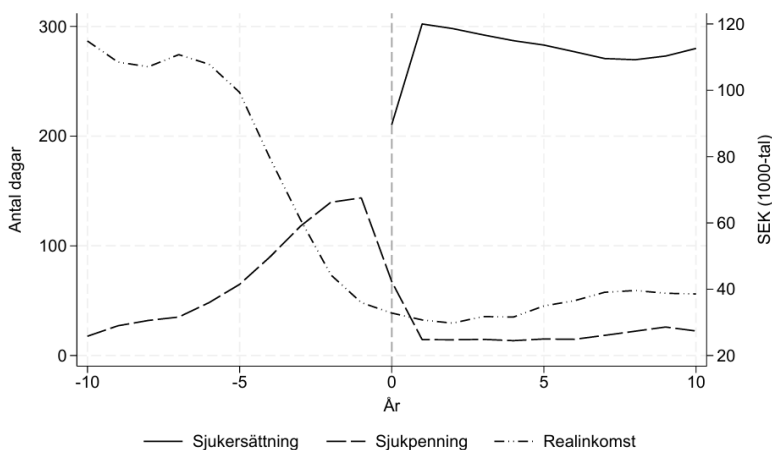
Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar per år, samt andel som beviljats sjukersättning, för personer som uppgett att de har en neuropsykiatrisk eller psykiatrisk funktionsnedsättning, samt för den övriga befolkningen. Siffrorna för sjukersättning inkluderar aktivitetsersättning samt förtidspension och sjukbidrag.

Figur 6.9 belyser på samma sätt som i föregående kapitel att vägen till sjukersättning ofta är en lång period med fallande inkomster och omfattande sjukskrivningar även för personer med denna typ av funktionsnedsättning.

Figur 6.10 illustrerar hur årligt antal dagar med sjukpenning respektive sjukersättning varierar med åldern. Figuren visar att sjuk-

penning och sjukersättning är betydligt vanligare bland personer med en psykisk funktionsnedsättning i samtliga åldersgrupper, men speciellt i de äldre åldersgrupperna.⁶⁷ Tabell 6.11 visar samma mått uppdelade efter kön. Här framgår att kvinnor har något fler dagar med sjukpenning och sjukersättning än män.

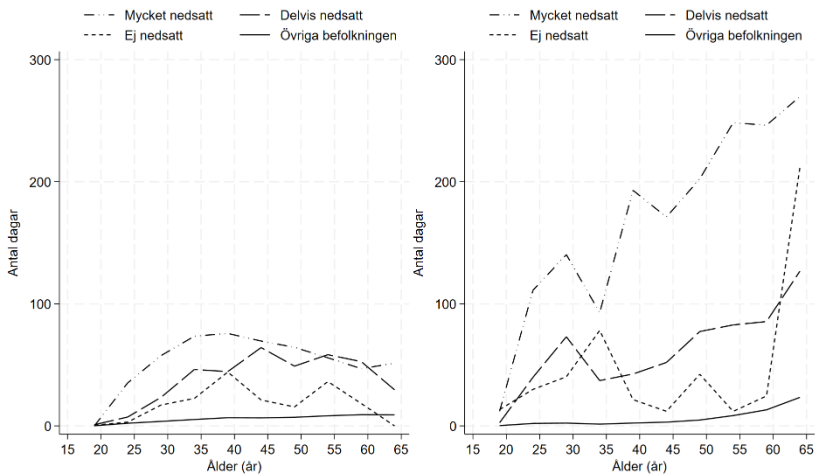
Figur 6.9 Antal dagar med sjukersättning och sjukpenning samt reallöneinkomst över tid för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning



Not: Figuren visar, för en tioårsperiod före och efter det år man första gången erhöll sjukersättning (år 0), antal dagar per år med sjukersättning och sjukpenning samt realinkomst för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning. Inträde i aktivitetsersättning ingår inte.

⁶⁷ Tabell A.31 visar måtten uppdelade efter olika ålderskategorier.

Figur 6.10 Årligt antal dagar med sjukpenning och sjukersättning för personer med en psykisk funktionsnedsättning, efter ålder



Not: Figuren visar antal dagar per år med sjukpenning (vänster figur) och sjukersättning (höger figur) för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning och för den övriga befolkningen efter ålder. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före 2003 förtidspension och sjukbidrag.

Tabell 6.11 Sjukpenning och sjukersättning för personer med en psykisk funktionsnedsättning, efter kön

	Psykiska funktionsnedsättningar		Övriga befolkningen	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Sjukpenningdagar	51,6	35,7	8,1	4,0
Beviljats sjukersättning (%)	42,1	39,8	2,6	1,6
Sjukersättningsdagar	127,2	124,2	7,0	4,6

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar per år efter kön för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning och för den övriga befolkningen. Beviljats sjukersättning visar andelen (i procent) som fått minst en dags sjukersättning. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före 2003 förtidspension och sjukbidrag.

6.5.2 Vård dagar och läkemedelsuttag

Tabell 6.12 visar tre mått på ohälsa – antal vårdtillfällen i öppenvård (dvs. inom specialistvården), antal vårdtillfällen i slutenvård (dvs. sjukhusinläggningar) och antalet läkemedelsuttag per år. Det framgår tydligt att ohälsan är koncentrerad till personer med mycket nedsatt arbetsförmåga. Antalet vårdtillfällen är runt fyra gånger högre och antalet uttag av läkemedel drygt åtta gånger högre för personer

med mycket nedsatt arbetsförmåga jämfört med den övriga befolkningen. Ohälsomåttan är dock höga även bland de med delvis eller ingen nedsatt arbetsförmåga jämfört med den övriga befolkningen.

Tabell 6.12 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med en psykisk funktionsnedsättning

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Vårdtillfällen (öppenvård)	2,5	2,2	1,7	0,6
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,3	0,2	0,3	0,1
Läkemedelsuttag	25,0	14,8	10,4	3,1

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan samt för den övriga befolkningen.

Tabell 6.13 visar en uppdelning av dessa mått för personer med en psykiatrisk respektive en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. I båda grupperna är ohälsomåttan höga jämfört med den övriga befolkningen.

Tabell 6.13 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med en neuropsykiatrisk eller psykiatrisk funktionsnedsättning

	Neuropsykiatrisk	Psykiatrisk	Övriga befolkningen
Vårdtillfällen (öppenvård)	2,9	2,2	0,6
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,3	0,3	0,1
Läkemedelsuttag	18,9	20,0	3,1

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en neuropsykiatrisk eller psykiatrisk funktionsnedsättning, samt för den övriga befolkningen.

Tabell A.33 och A.34 i appendix visar måtten uppdelade efter ålder respektive kön. Ohälsomåttan är höga i samtliga åldersgrupper jämfört med den övriga befolkningen samt något högre bland kvinnor än bland män.

6.6 Vilka behov av anpassningar och stöd finns hos personer med psykisk funktionsnedsättning?

Här analyseras behov att anpassningar på arbetsplatsen respektive stöd i form av arbetsmarknadspolitiska åtgärder för personer med en psykisk funktionsnedsättning.

6.6.1 Anpassningar på arbetsplatsen

Tabell 6.14 visar behovet av anpassningar, och om dessa har tillhandahållits, för personer med en psykisk funktionsnedsättning, uppdelat efter grad av nedsättning av arbetsförmågan. Det framgår att 86 och 80 procent av de med mycket respektive delvis nedsatt arbetsförmåga har behov av anpassningar. En uppdelning av dessa mått för personer med en psykiatrisk respektive en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning visar att andelen som behöver anpassningar är högre bland personer med en psykiatrisk funktionsnedsättning (81 respektive 65 procent).

Tabell 6.14 Behov av anpassning för sysselsatta personer med en neuropsykiatrisk eller en psykiatrisk funktionsnedsättning

	Grad av nedsättning		Typ av nedsättning	
	Mycket	Delvis	Neuro-psykiatrisk	Psykiatrisk
Andel med behov av anpassning	85,7	80,4	64,8	80,7
Behov av...				
... personligt biträde	15,2	8,8	11,3	9,7
... anpassade hjälpmedel	16,9	10,0	14,2	10,3
... lokalanpassning	14,1	10,3	10,9	10,4
... anpassad arbetstid	63,9	49,9	34,3	56,5
... anpassat arbetstempo	71,5	52,4	39,5	59,6
... anpassade arb. uppg.	56,1	37,4	33,1	42,3
... anpassad transport	4,6	1,5	1,7	2,5
Andel som fått anpassning	67,9	81,6	78,7	76,3

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar för sysselsatta personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning, uppdelat efter grad av nedsättning av arbetsförmågan samt efter neuropsykiatrisk och psykiatrisk funktionsnedsättning.

När det gäller typen av anpassning framgår det att bland de med mycket nedsatt arbetsförmåga har många behov av anpassad arbets-

tid (64 procent), anpassat arbetstempo (72 procent) och anpassade arbetsuppgifter (56 procent). Samma mönster gäller även de med delvis nedsatt arbetsförmåga. Det framgår även att av de med en funktionsnedsättning som innebär mycket (delvis) nedsatt arbetsförmåga är det 68 (82) procent som har fått en anpassning från arbetsgivaren, men dessa siffror säger dock ingenting om de anpassningarna som har erhållits motsvarar behovet vad gäller omfattning och kvalitet.

Tabell 6.15 visar behovet av anpassningar och om dessa har tillhandahållits för personer med en psykisk funktionsnedsättning, uppdelat efter kön. Det framgår att 79 procent av kvinnorna och 70 procent av männen har behov av anpassning. Det är dock männen som i högre utsträckning än kvinnorna fått sina behov av anpassning tillgodosedda (75 respektive 82 procent).⁶⁸

Tabell 6.16 visar motsvarande för personer som inte är sysselsatta (och som svarat om de själva anser sig kunna utföra ett förvärvsarbete om någon av de listade anpassningarna görs).⁶⁹ Även bland dessa personer finns många som säger sig kunna arbeta om någon av de listade anpassningarna tillhandahålls (47 och 88 procent bland dem med mycket respektive delvis nedsatt arbetsförmåga), vilket är en indikation på ett potentiellt arbetskraftsutbud.

Tabell 6.15 Behov av anpassning för sysselsatta personer med en psykisk funktionsnedsättning, efter kön

	Kön	
	Kvinna	Man
Andel med behov av hjälpmedel	78,5	70,0
Behov av . . .		
. . . personligt biträde	9,4	11,2
. . . anpassade hjälpmedel	13,1	9,0
. . . lokalanpassning	11,8	8,6
. . . anpassad arbetstid	53,4	42,7
. . . anpassat arbetstempo	57,6	45,6
. . . anpassade arb. uppg.	41,4	36,0
. . . anpassad transport	2,7	1,5
Andel som fått hjälpmedel	74,6	81,6

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar och som fått anpassning för sysselsatta personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning efter kön.

⁶⁸ Figur 6.15 i appendix visar motsvarande mått uppdelade efter födelseland.

⁶⁹ Se även tabell A.37 och A.38 i appendix för måtten uppdelade på kön och födelseland.

Tabell 6.16 Behov av anpassning för ej sysselsatta personer med en psykisk funktionsnedsättning

	Grad av nedsättning		Typ av nedsättning	
	Mycket	Delvis	Neuro- psykiatrisk	Psykiatrisk
Andel med behov av anpassning	46,8	87,9	69,2	56,2
Behov av...				
... personligt biträde	16,5	22,9	22,5	17,3
... anpassade hjälpmedel	13,8	20,7	23,3	13,0
... lokalanpassning	12,6	18,8	19,3	12,1
... anpassad arbetstid	34,4	68,7	51,9	42,6
... anpassat arbetstempo	35,1	67,1	50,9	42,4
... anpassade arb. uppg.	37,6	63,1	50,4	42,2
... anpassad transport	10,1	8,4	12,3	8,7

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar bland ej sysselsatta personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning, uppdelad efter grad av nedsättning av arbetsförmågan samt efter neuropsykiatrisk och psykiatrisk funktionsnedsättning.

6.6.2 Arbetsmarknadspolitiska åtgärder

Tabell 6.17 visar att personer med en psykisk funktionsnedsättning har betydligt högre deltagande i arbetsmarknadspolitiska åtgärder jämfört med den övriga befolkningen. Till exempel har 13 procent av dem med mycket nedsatt arbetsförmåga deltagit i arbetsmarknadsutbildning under året, jämfört med knappt 5 procent i den övriga befolkningen. Ett liknande mönster ses för subventionerade anställningar. Tabell A.39 i appendix visar dessa mått för personer med en neuropsykiatrisk respektive en psykiatrisk funktionsnedsättning.

Tabell 6.17 Deltagande i arbetsmarknadspolitiska åtgärder för personer med en psykisk funktionsnedsättning

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Andel (%) som deltagit under året				
Arbetsmarknadsutbildning	13,2	16,5	11,7	4,7
Subventionerad anställning	7,9	16,3	8,8	1,7

Not: Tabellen visar andel som deltagit i arbetsmarknadsutbildning och subventionerad anställning under året för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

6.7 Upplever personer med psykisk funktionsnedsättning diskriminering?

Tabell 6.18 visar andelen personer med en psykisk funktionsnedsättning som upplevt särbehandling i arbetslivet, uppdelad efter graden av nedsatt arbetsförmåga. Bland personer med mycket respektive delvis nedsatt arbetsförmåga rapporterar 37 respektive 39 procent att de har upplevt någon form av särbehandling. Bland dem utan nedsatt arbetsförmåga är motsvarande siffra 24 procent. Den vanligaste typen av upplevd särbehandling är att inte ha fått ett jobb (28 procent för de med mycket nedsatt arbetsförmåga). Många upplever sig också ha blivit trakasserade eller kränkta (runt 16 procent i de två grupperna med nedsatt arbetsförmåga).

Tabell 6.19 visar en uppdelning av dessa mått för personer med en psykiatrisk respektive en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Det är något mer vanligt att ha upplevt särbehandling bland personer med en psykiatrisk funktionsnedsättning, men andelen är tämligen hög i båda grupperna (38 respektive 34 procent).

Tabell 6.18 Upplevd diskriminering för personer med en psykisk funktionsnedsättning

	Grad av nedsättning		
	Mycket	Delvis	Inte alls
Andel som upplevt särbehandling	36,9	39,3	23,7
Typ av upplevd särbehandling			
Ej fått jobb	28,0	21,4	14,2
Förbigången vid avancemang	17,6	12,7	13,7
Behandlad osakligt vid lönesättning	12,7	12,2	6,9
Utbildning som ej anpassats	17,1	10,9	4,6
Blivit uppsagd eller avskedad	14,4	10,1	4,3
Blivit trakasserad eller kränkt	15,8	16,4	9,5

Not: Tabellen visar andelen som upplevt särbehandling bland personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan.

Tabell 6.19 Upplevd diskriminering för personer med en neuropsykiatrisk eller en psykiatrisk funktionsnedsättning

	Typ av funktionsnedsättning	
	Neuropsykiatrisk	Psykiatrisk
Andel som upplevt särbehandling	33,6	38,1
Typ av upplevd särbehandling		
Ej fått jobb	23,0	23,0
Förbigången vid avancemang	15,5	14,7
Behandlad osakligt vid lönesättning	10,0	12,5
Utbildning som ej anpassats	10,2	13,3
Blivit uppsagd eller avskedad	10,9	11,4
Blivit trakasserad eller kränkt	14,5	16,3

Not: Tabellen visar andelen som upplevt särbehandling bland personer som uppgett att de har en neuropsykiatrisk eller psykiatrisk funktionsnedsättning.

Tabell 6.20 visar andelen personer med en psykisk funktionsnedsättning som upplevt särbehandling i arbetslivet, uppdelad efter kön. Bland kvinnor rapporterar 38 procent att de upplevt någon form av särbehandling, medan motsvarande andel för män är 34 procent. Det är således något vanligare att uppleva särbehandling bland kvinnor.

Tabell 6.20 Upplevd diskriminering för personer med en psykisk funktionsnedsättning, efter kön

	Kön	
	Kvinna	Man
Andel som upplevt särbehandling	37,7	34,2
Typ av upplevd särbehandling		
Ej fått jobb	19,9	25,8
Förbigången vid avancemang	14,4	14,6
Behandlad osakligt vid lönesättning	13,3	9,4
Utbildning som ej anpassats	13,3	9,8
Blivit uppsagd eller avskedad	10,4	11,7
Blivit trakasserad eller kränkt	17,0	12,6

Not: Tabellen visar andelen som upplevt särbehandling bland personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning efter kön.

6.8 Sammanfattning

Sammanfattningsvis finner vi att:

- Runt 13 procent av personerna med funktionsnedsättning i vårt datamaterial har en psykisk funktionsnedsättning. Andelen har ökat över tid, speciellt vad gäller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. År 2019 hade runt 3 procent av befolkningen en psykisk funktionsnedsättning.
- De flesta (runt 80 procent) personer som har en psykisk funktionsnedsättning uppger också att de har nedsatt arbetsförmåga (mycket eller delvis).
- Andelen med en psykisk funktionsnedsättning uppvisar inget tydligt åldersmönster.
- Situationen på arbetsmarknaden för personer som har en psykisk funktionsnedsättning med nedsatt arbetsförmåga är betydligt sämre än för den övriga befolkningen vad gäller sysselsättning och löneinkomster. Detta gäller speciellt de som har en psykiatrisk funktionsnedsättning. Även personer med psykisk funktionsnedsättning som inte innebär nedsatt arbetsförmåga har dock ett sämre arbetsmarknadsutfall vad gäller till exempel löneinkomster än den övriga befolkningen.
- Personer som har en psykisk funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga har en hög förekomst av sjukpenning och sjukersättning samt uppvisar höga värden på mått på ohälsa. De har också ofta behov av olika typ av anpassningar på arbetsplatsen.
- Personer som har en psykisk funktionsnedsättning och nedsatt arbetsförmåga upplever sig oftare än andra grupper vara utsatta för diskriminering (nästan 40 procent).

7 Personer med funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom

I detta kapitel analyseras situationen för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom. I separata avsnitt diskuteras vad det innebär för en person att ha en sådan funktionsnedsättning, hur många personer som har en sådan funktionsnedsättning, vilken utbildning dessa personer har, hur deras situation på arbetsmarknaden ser ut, hur deras ersättningar från socialförsäkringar och mått på ohälsa ser ut, vilka behov de har av anpassningar och stöd, samt i vilken utsträckning de upplever sig vara utsatta för diskriminering.

7.1 Vad innebär en funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom?

I kategorin ingår personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom som astma och allergi, diabetes, hjärt- och kärlsjukdom, lungsjukdom, mag- och tarmsjukdom, psoriasis och epilepsi.

Astma är en kronisk andningsåkomma kännetecknad av inflammation och förträngning av luftvägarna. Astma utlöses ofta av olika miljöfaktorer eller stimuli, såsom allergener, föroreningar, motion, infektioner eller stress. Behandling av astma inkluderar antiinflammatoriska och luftrörsutvidgande läkemedel. Astma kan i arbetslivet medföra ökad sjukfrånvaro och minskad produktivitet.

Allergi är en immunreaktion på en substans som är harmlös för de flesta människor, men som kan utlösa symptom hos en allergisk person. Vanliga allergener är pollen, vissa livsmedel, djuvhår och

mögelsporer. När en allergisk person kommer i kontakt med ett allergen producerar immunsystemet antikroppar, vilket leder till frisättning av histamin. Denna frisättning kan orsaka allergiska symtom, från milda, som nysningar och klåda, till mer allvarliga reaktioner, som svårigheter att andas. Allergier kan hanteras genom att undvika allergener, använda läkemedel för att lindra symtom och, i svåra fall, med immunoterapi. Allergi kan i arbetslivet leda till ökad sjukfrånvaro och minskad produktivitet på grund av symtom som trötthet och koncentrationssvårigheter.

Diabetes är ett kroniskt tillstånd kännetecknat av förhöjda nivåer av blodglukos. Detta kan uppstå antingen till följd av att kroppen inte producerar tillräckligt med insulin eller att cellerna inte reagerar effektivt på det producerade insulinet. Det finns flera typer av diabetes, där de två huvudformerna är typ 1-diabetes (en autoimmun sjukdom där kroppens immunsystem attackerar och förstör insulinproducerande celler i bukspottkörteln) och typ 2-diabetes (där kroppen inte använder insulin på ett korrekt sätt). Behandling av diabetes innefattar ofta livsstilsförändringar och läkemedel för att reglera blodsockernivån. I arbetslivet kan diabetes orsaka ökad sjukfrånvaro och minskad produktivitet.

Hjärt- och kärlsjukdomar är sjukdomar som involverar hjärtat eller blodkärlen. Vanliga sjukdomar är kranskärlssjukdom, hjärtsvikt, hjärtklaffssjukdomar, åderförkalkning och högt blodtryck. Sjukdomarna kan leda till allvarliga komplikationer, till exempel hjärtattack och stroke. Livsstilsfaktorer, som kost, fysisk aktivitet och tobaksanvändning, samt genetiska faktorer bidrar till sjukdomarna. Behandling och förebyggande åtgärder innefattar ofta livsstilsförändringar, läkemedel och, i vissa fall, kirurgiska ingrepp. Hjärt- och kärlsjukdomar kan påverka arbetsmarknadsdeltagande genom att minska de drabbades fysiska kapacitet, påverka deras produktivitet och leda till ökad sjukfrånvaro.

Lungsjukdomar påverkar lungornas funktion. De kan påverka luftvägarna, lungvävnaden eller lungornas förmåga att utbyta syre och koldioxid med blodomloppet. Exempel på lungsjukdomar är kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), lungcancer och lungfibros. Symtom kan vara andningssvårigheter, hosta, väsande andning, bröstsmärta och luftvägsinfektioner. Orsakerna till lungsjukdomar varierar och kan bero på faktorer som rökning, miljöexponering, genetiska faktorer, infektioner och autoimmuna sjukdomar.

Behandlingen beror på den specifika lungsjukdomen och kan vara läkemedel, syrgasbehandling och livsstilsförändringar. Lungsjukdomar kan påverka möjligheten att delta i arbetslivet genom minskad fysisk kapacitet, minskad produktivitet och ökad sjukfrånvaro.

Mag- och tarmsjukdomar påverkar de organ som tar hand om kroppens matsmältning och näringsupptag. Sjukdomarna kan påverka matstrupen, magen, tarmsystemet, levern, gallblåsan eller bukspottkörteln. Symtomen kan variera och kan innebära buksmärta, uppblåsthet, diarré, förstoppning och andra matsmältningsbesvär. Orsakerna till mag- och tarmsjukdomar är mångfaldiga och innefattar genetiska faktorer, infektioner, autoimmuna reaktioner och livsstilsval. Behandling involverar ofta medicinska åtgärder, kostanpassning och andra livsstilsförändringar. Arbetslivet kan påverkas genom nedsatt produktivitet och ökad sjukfrånvaro.

Psoriasis är en kronisk autoimmun hudsjukdom kännetecknad av överproduktion av hudceller. Psoriasis medför att immunsystemet attackerar hudcellerna, vilket resulterar i bildandet av hudfläckar täckta av fjäll. Psoriasis exakta orsak är inte helt klarlagd, men antas involvera en kombination av genetiska och miljömässiga faktorer. Milda fall kan orsaka mindre irritation medan svårare fall kan leda till betydande obehag och påverkan på livskvaliteten. Behandlingsmetoder kan inkludera läkemedel, ljusbehandling och livsstilsförändringar. Psoriasis kan påverka deltagande i arbetslivet genom att sjukdomen kan orsaka fysiskt obehag, minskad rörlighet och psykologisk påfrestning av synliga hudfläckar.

Epilepsi är en neurologisk sjukdom kännetecknad av återkommande, oprovocerade anfall, vilka uppstår på grund av onormal elektrisk aktivitet i hjärnan. Hur kraftiga de epileptiska anfällen är kan variera från korta anfall eller muskelsammandragningar till mer allvarliga och långvariga kramper. Orsakerna till epilepsi kan vara genetiska faktorer, hjärnskador eller infektioner. Behandling innefattar vanligtvis läkemedel, och i vissa fall livsstilsförändringar eller kirurgiska ingrepp för att kontrollera eller minska frekvensen av anfall. Epilepsi kan påverka deltagande på arbetsmarknaden genom att orsaka problem i vissa arbetsmiljöer på grund av oförutsägbara anfall, men också genom biverkningar från läkemedel som påverkar arbetsprestationen.

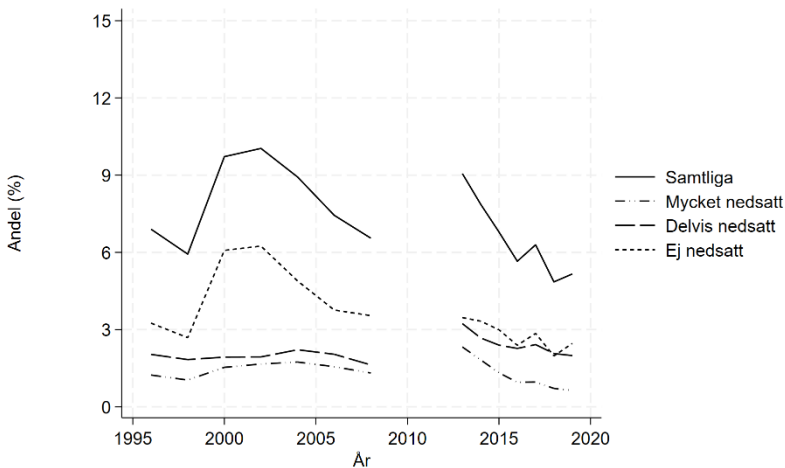
Funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom kan framförallt medföra negativa effekter i situationer där flexibilitet och

adekvata anpassningar av arbetsmiljön inte tillhandahålls på arbetsplatsen.

7.2 Hur vanligt är funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom?

Av de som uppger att de har en funktionsnedsättning i AKU-funk, är det ungefär 42 procent som anger att de har en funktionsnedsättning till följd av en kronisk sjukdom. Det är därmed den största gruppen i vårt datamaterial. Figur 7.1 illustrerar andelen personer som har denna typ av funktionsnedsättning över tid. Av figuren framgår att det skett en nedgång över tid, men mönstret är något svårtolkat då det skett förändringar i frågeformuleringen i AKU-funk som kan ha påverkat denna kategori speciellt mycket. En uppdelning av data på de fyra vanligaste delkategorierna (astma/allergi, diabetes, hjärta/kärl och mage/tarm) visar att en viss nedgång skett i de flesta av dessa kategorier över tid. Det sista året i vårt datamaterial (2019) var andelen av befolkningen som svarat att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom runt 4,9 procent.

Figur 7.1 Andel personer i befolkningen med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom



Not: Figuren visar andel personer i befolkningen som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, totalt och efter grad av nedsättning av arbetsförmågan.

I figuren visas också andelen personer med denna typ av funktionsnedsättning i befolkningen uppdelad efter graden av upplevd nedsättning i arbetsförmågan. Av figuren framgår att de flesta inte har nedsatt arbetsförmåga; i genomsnitt har drygt 1, 2 och 4 procent av befolkningen mycket, delvis respektive ingen nedsatt arbetsförmåga (under hela tidsperioden). Tabell 7.1 visar motsvarande andelar av befolkningen för de fyra vanligaste kroniska sjukdomarna. Mönstret att de flesta i denna kategori inte har en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga är tydligast bland dem med astma/allergi och diabetes.

Tabell 7.1 Andel (%) med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, de vanligaste kroniska sjukdomarna

	Samtliga	Varav arbetsförmåga		
		Mycket nedsatt	Delvis nedsatt	Ej nedsatt
Alla	7,9	1,5	2,4	4,0
Astma/allergi	3,8	0,5	1,2	2,1
Diabetes	1,5	0,3	0,4	0,8
Hjärta/kärl	1,0	0,4	0,3	0,3
Mage/tarm	1,2	0,3	0,5	0,4

Not: Tabellen visar andel personer i befolkningen som har uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, totalt och efter grad av nedsättning av arbetsförmågan.

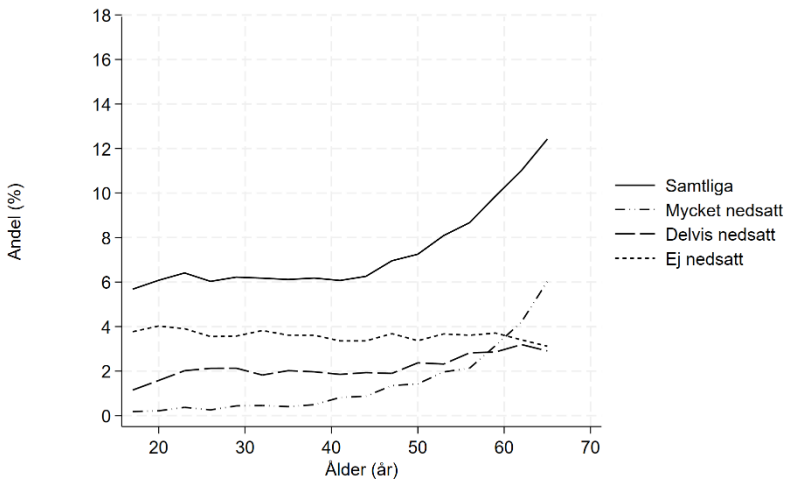
Tabell 7.2 visar andelen personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom med olika grad av nedsatt arbetsförmåga uppdelad efter några demografiska mått. Av tabellen framgår det att förekomsten av sådan funktionsnedsättning ökar tydligt med åldern. Det är också i den äldsta åldersgruppen som andelen med mycket nedsatt arbetsförmåga är högst.

Åldersprofilen i figur 7.2 bekräftar att andelen med denna typ av funktionsnedsättning ökar med åldern, speciellt från 45–50 årsåldern. Detta är föga förvånande då det är väl belagt att kroniska sjukdomar ofta drabbar personer i medelåldern, vilket kan förklaras av såväl den naturliga åldrandeprocessen som livsstilsval vad gäller rökning, kost och motion.

Tabell 7.2 Andel (%) med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom i olika demografiska grupper

	Samtliga	Varav arbetsförmåga		
		Mycket nedsatt	Delvis nedsatt	Ej nedsatt
Ålder 16–25	5,8	0,3	1,7	3,8
Ålder 26–55	6,7	1,0	2,1	3,6
Ålder 56–	10,6	4,1	3,0	3,5
Man	7,0	1,1	2,1	3,8
Kvinna	7,3	1,6	2,3	3,4
Inrikes född	7,0	1,1	2,2	3,8
Utrikes född	5,5	1,5	1,9	2,1

Not: Tabellen visar andel personer i befolkningen som har uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom i olika demografiska grupper, totalt och efter grad av nedsättning av arbetsförmåga.

Figur 7.2 Andelar personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter ålder

Not: Figuren visar andel personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, totalt och efter grad av nedsättning av arbetsförmågan.

7.3 Vilken utbildning har personer med funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom?

Tabell 7.3 visar olika mått på utbildningsnivån för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, uppdelade efter olika grad av nedsättning i arbetsförmågan, samt motsvarande siffror för den övriga befolkningen. Andelen personer under 25 år som studerar vid intervjutillfället varierar från 47 procent bland dem med mycket nedsatt arbetsförmåga till 56 procent för befolkningen utan funktionsnedsättning. När det gäller antal år av utbildning har personer med mycket nedsatt arbetsförmåga igenomsnitt 10,7 års utbildning, medan personer utan funktionsnedsättning har 12,4 års utbildning. Andelen med gymnasieutbildning är högst bland befolkningen utan funktionsnedsättning (87 procent) och lägst bland dem med en funktionsnedsättning som innebär mycket nedsatt arbetsförmåga (71 procent). Vidare är andelen med eftergymnasial utbildning 15 procent för de med mycket stor nedsättning i arbetsförmågan och 40 procent för befolkningen utan funktionsnedsättning. Vi ser således att det framförallt är personer som har mycket nedsatt arbetsförmåga som har en markant lägre utbildningsnivå, speciellt vad gäller högre utbildning. Även i denna kategori kan vi dock konstatera att en klar majoritet har minst slutförd gymnasieutbildning, vilket innebär att bristande utbildning inte bör vara en huvudförklaring till skillnader i arbetsmarknadsutfall jämfört med den övriga befolkningen.

Tabell 7.3 Utbildning för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Studerar nu (%; under 25 år)	46,5	48,2	54,7	55,8
År av utbildning (över 25 år)	10,7	11,8	12,0	12,4
Gymnasial utb. (%; över 25 år)	70,5	84,2	85,8	87,4
Eftergymnasial utb. (%; över 25 år)	15,1	29,2	33,4	39,7

Not: Tabellen visar olika mått på utbildning för de personer som har uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan, och för den övriga befolkningen.

Tabell 7.4 visar utbildningsmått för personer med de fyra vanligaste typerna av kroniska sjukdomar. Av tabellen framgår att det är i andelen med eftergymnasial utbildning som skillnaderna gentemot den övriga befolkningen är som störst. Personer med astma/allergi har ungefär lika mycket utbildning som den övriga befolkningen, medan personer med diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar har en något lägre utbildningsnivå.

Tabell 7.4 Utbildning för personer med de vanligaste kroniska sjukdomarna

	Typ av kronisk sjukdom			
	Astma/allergi	Diabetes	Hjärta/kärl	Mage/tarm
Studerar nu (%; under 25 år)	55,9	54,1	45,5	41,0
År av utbildning (över 25 år)	12,0	11,4	10,9	11,8
Gymnasial utb. (%; över 25 år)	86,1	78,8	71,0	83,5
Eftergymnasial utb. (%; över 25 år)	32,9	25,4	21,1	28,7

Not: Tabellen visar olika mått på utbildning för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom (astma/allergi, diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar samt mag- och tarmsjukdomar).

Tabell 7.5 visar utbildningsmått för kvinnor och män med och utan denna typ av funktionsnedsättning.⁷⁰ Generellt har kvinnor mer utbildning än män både bland personer med och utan denna typ av funktionsnedsättning.

Tabell 7.5 Utbildning för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter kön

	Sjukdomar		Övriga befolkningen	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Studerar nu (%; under 25 år)	56,0	51,2	59,8	52,2
År av utbildning (över 25 år)	11,9	11,5	12,6	12,2
Gymnasial utb. (%; över 25 år)	84,6	79,8	89,4	85,4
Eftergymnasial utb. (%; över 25 år)	32,3	24,8	44,2	35,4

Not: Tabellen visar olika mått på utbildning för personer som har uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom och för den övriga befolkningen efter kön.

⁷⁰ Tabell A.40 i appendix visar motsvarande mått uppdelade efter födelseland.

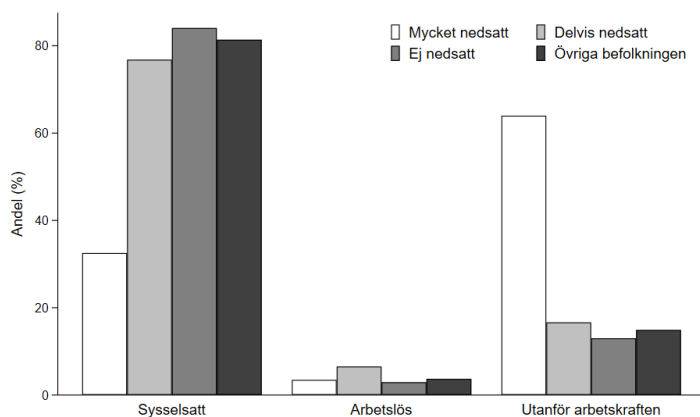
7.4 Hur ser situationen på arbetsmarknaden ut för personer med funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom?

Här presenteras samma mått som i föregående kapitel på arbetsmarknadsutfall för att belysa situationen för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom.

7.4.1 Arbetsmarknadsstatus

Figur 7.3 visar arbetsmarknadsstatus för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom med olika grad av nedsatt arbetsförmåga jämfört med den övriga befolkningen, och kategoriserar dem som sysselsatta, arbetslösa eller utanför arbetskraften. Personer med denna typ av funktionsnedsättning som har ingen eller delvis nedsatt arbetsförmåga har en nästan lika hög sysselsättning som den övriga befolkningen, medan de med mycket nedsatt arbetsförmåga har en betydligt lägre sysselsättning. Noterbart är återigen att icke-sysselsatta personer med mycket nedsatt arbetsförmåga i hög grad befinner sig utanför arbetskraften, medan arbetslösheten är ganska lika i alla grupper.

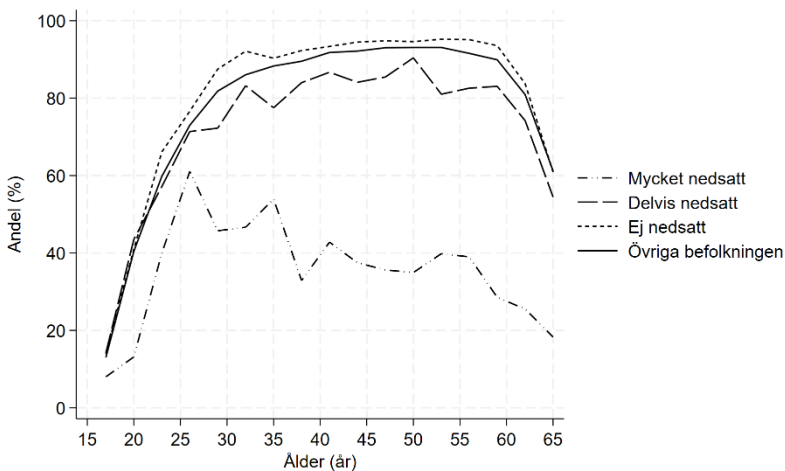
Figur 7.3 Arbetsmarknadsstatus för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom



Not: Figuren visar arbetsmarknadsstatus för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Figur 7.4 visar sysselsättningsgraden uppdelad efter ålder för personer med olika grad av nedsatt arbetsförmåga jämfört med den övriga befolkningen.⁷¹ Noterbart är att det är personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom med mycket nedsatt arbetsförmåga som har en markant lägre sysselsättning. För övriga grupper liknar sysselsättningsgraden den för övriga befolkningen.

Figur 7.4 Sysselsättningsgrad för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter ålder



Not: Figuren visar arbetsmarknadsstatus för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen efter ålder.

Två kompletterande mått på arbetsmarknadsstatus är typ av anställning och antal arbetade timmar för de som är sysselsatta.

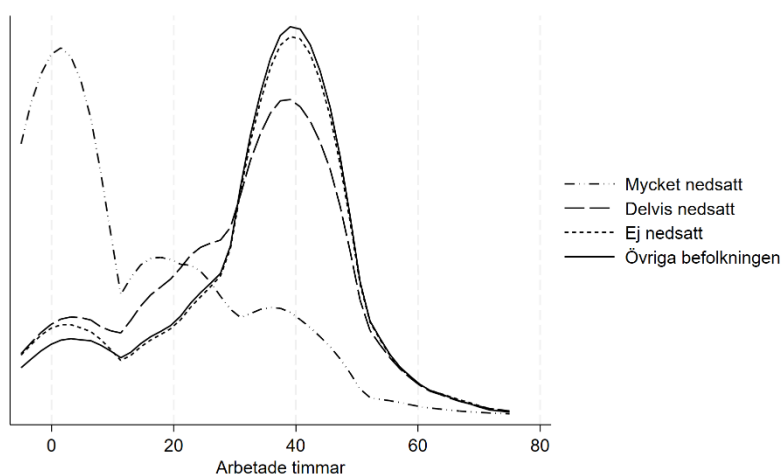
Figur A.12 i appendix visar typ av anställning för sysselsatta personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, uppdelad efter graden av nedsatt arbetsförmåga. Generellt är återigen skillnaderna mellan de olika grupperna små vad gäller typ av sysselsättning.

Antalet arbetade timmar uppgår i genomsnitt till 14, 31 och 33 timmar för de med mycket, delvis respektive ingen nedsatt arbetsförmåga. Det kan jämföras med motsvarande mått för den övriga

⁷¹ Tabell A.42 i appendix visar sysselsättningsgraden för personer i olika demografiska grupper. Av tabellen framgår återigen att det är bland dem med mycket nedsatt arbetsförmåga som sysselsättningen är låg.

befolkningen som är knappt 34 timmar per vecka. Figur 7.5 visar fördelningen av arbetade timmar bland personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, uppdelad efter grad av nedsatt arbetsförmåga. Det framgår återigen att de med en funktionsnedsättning som innebär mycket nedsatt arbetsförmåga arbetar betydligt färre timmar än de övriga grupperna, vilket visas av att fördelningarna av arbetade timmar är förskjutna till vänster. Många av dessa personer har varit frånvarande under hela mätveckan (dvs. har noll antal arbetade timmar på grund av exempelvis sjukdom) eller har arbetat runt 20 timmar per vecka. I övriga tre grupper är det vanligast att ha arbetat runt 40 timmar per vecka.

Figur 7.5 Arbetade timmar för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom



Not: Figuren visar fördelningen av arbetade timmar för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

7.4.2 Löneinkomst och disponibel inkomst

Tabell 7.6 visar löneinkomst och disponibel inkomst för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom jämfört med den övriga befolkningen (inkomsterna är mätta i 2019 års priser). Siffrorna visar att personer med mycket nedsatt arbetsförmåga har en genomsnittlig reallöneinkomst på 43 000 kr per år, de med delvis nedsatt arbetsförmåga tjänar i genomsnitt 181 000 kr

per år och de med ingen nedsatt arbetsförmåga har en realinkomst på 225 000 kr per år. Det kan jämföras med den övriga befolkningen som har en realinkomst på 236 000. Det är således framförallt personer med mycket nedsatt arbetsförmåga som har en låg löneinkomst, medan de med ingen eller delvis nedsatt arbetsförmåga har något lägre löneinkomster. Av tabellen framgår också att den disponibla realinkomsten är något jämnare; 149 000, 191 000, 204 000 och 226 000 för de fyra grupperna. Samtliga grupper med denna typ av funktionsnedsättning har dock en lägre disponibel inkomst än den övriga befolkningen.

Tabell 7.6 Realinkomster för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Löneinkomst (tkr)	43	181	225	236
Disp. inkomst (tkr)	149	191	204	226

Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Tabell 7.7 visar måtten för personer med de fyra vanligaste kroniska sjukdomarna. De med hjärt-kärlsjukdomar har lägst löneinkomster, 134 000 kr.

Tabell 7.7 Realinkomster för personer med de fyra vanligaste kroniska sjukdomarna

	Astma/allergi	Diabetes	Hjärta/kärl	Mage/tarm
Löneinkomst (tkr)	175	187	134	164
Disp. inkomst (tkr)	177	209	187	190

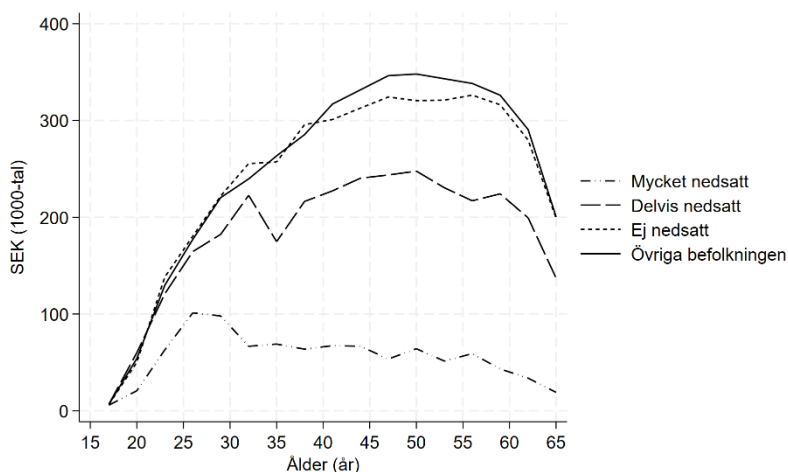
Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom (astma och allergi, diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar eller mag- och tarmsjukdomar) samt för den övriga befolkningen.

Figur 7.6 visar hur genomsnittlig reallöneinkomst utvecklas med åldern.⁷² Det framgår att den övriga befolkningen har den högsta nivån av reallöneinkomst, följt av grupperna med en funktionsnedsättning som innebär ingen, delvis och mycket nedsatt arbets-

⁷² Tabell A.41 i appendix visar måtten i tabell 7.6 uppdelade efter ålderskategorier.

förmåga.⁷³ Figuren visar att i den ålder där löneinkomsterna når sin topp (45–50 år) är inkomsten för den övriga befolkningen 350 000 kr, medan inkomsten för de med delvis nedsatt arbetsförmåga är 246 000 kr (30 procent lägre) och för de med mycket nedsatt arbetsförmåga är den 59 000 kr. Inkomsten för den senare är därmed enbart 17 procent av den för den övriga befolkningen.

Figur 7.6 Real löneinkomst för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter ålder



Not: Figuren visar reallöneinkomst (2019 års prisnivå) över ålder för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Tabell 7.8 visar måtten uppdelade efter kön.⁷⁴ För personer med denna typ av funktionsnedsättning har kvinnor en reallöneinkomst på 147 000 kr per år och en disponibel realinkomst på 169 000 kr, medan män har en reallöneinkomst på 202 000 kr och en disponibel realinkomst på 207 000 kr. I samtliga fall är dessa mått lägre än bland den övriga befolkningen.

⁷³ Figur A.13 och A.14 i appendix visar att åldersprofilen inte heller i denna kategori påverkas nämnvärt om data justeras för födelseår, kön och kommun eller om de personer som intervjuats följs framåt i tiden i data.

⁷⁴ Tabell A.43 i appendix visar motsvarande siffror för inrikes och utrikes födda.

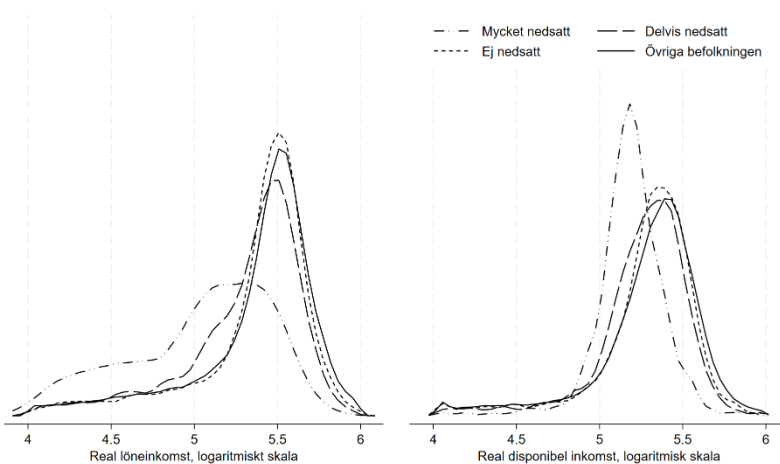
Tabell 7.8 Reala inkomster för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter kön

	Sjukdomar		Övriga befolkningen	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Löneinkomst (tkr)	147	202	203	268
Disp. inkomst (tkr)	169	207	198	252

Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) efter kön för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom och för den övriga befolkningen.

Figur 7.7 visar fördelningen för real löneinkomst (vänster figur) och disponibel realinkomst (höger figur), med logaritmisk skala på den horisontella axeln. Den vänstra figuren visar att för de med mycket nedsatt arbetsförmåga är fördelningen kraftigt förskjutet åt vänster, och hela 62 procent har en lägre inkomst än den för den 25:e percentilen i den övriga befolkningen (dvs. 25 procent har en inkomst lägre än 5,2). Motsvarande andel för de med delvis nedsatt arbetsförmåga är 31 procent. Fördelningarna för disponibel realinkomst i den högra figuren är mer lika varandra mellan de fyra grupperna.

Figur 7.7 Real löneinkomst och disponibel realinkomst för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom (logaritmisk skala)

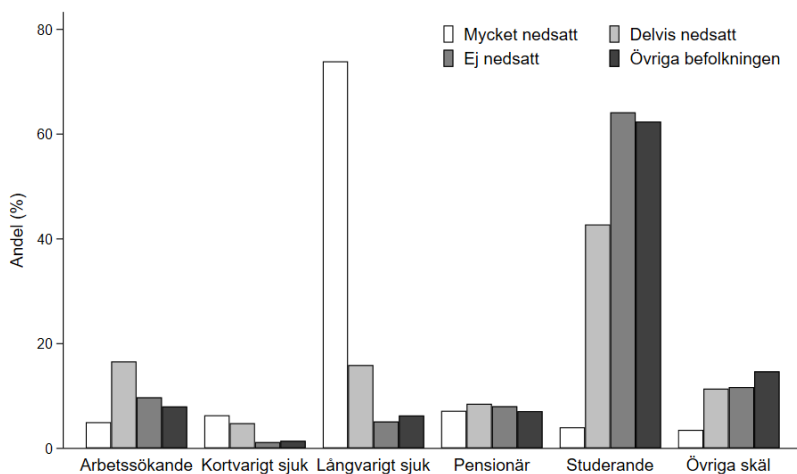


Not: Figuren visar fördelningen av reallöneinkomst (vänster figur) och disponibel realinkomst (höger figur) med logaritmisk skala för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

7.4.3 Utanför arbetskraften

Figur 7.8 visar skälet till att personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom befinner sig utanför arbetskraften. Staplarna inom varje färgkategori (personer med funktionsnedsättning som innebär mycket, delvis och ingen nedsatt arbetsförmåga samt den övriga befolkningen summerar till 100 procent). Ett tydligt mönster är att personer med mycket nedsatt arbetsförmåga befinner sig utanför arbetskraften i hög grad är långvarigt sjuka, medan den vanligaste orsaken i övriga grupper är studier. En annan noterbar sak är att personer med delvis nedsatt arbetsförmåga återfinns oftare än andra grupper i kategorin latent arbetssökande (dvs. som vill ha ett arbete, men som inte sökt jobb under mätveckan), vilket indikerar att det här kan finnas en outnyttjad arbetskraft.

Figur 7.8 Personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom utanför arbetskraften



Not: Figuren visar olika skäl till att befinna sig utanför arbetskraften för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen. Arbetssökande avser latent arbetssökande och pensionärer är personer 64 år eller yngre.

7.5 Hur omfattande är ohälsa och ersättningar från socialförsäkringar bland personer med funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom?

Här analyseras ett antal indirekta mått på ohälsa för att se i vilken utsträckning ohälsa kan vara ett hinder för deltagande på arbetsmarknaden. Det är dock viktigt att notera att ersättningar från socialförsäkringar, som sjukersättning, kan avspegla både ohälsa och brister i anpassning av arbetsmiljön.

7.5.1 Sjukpenning och sjukersättning

Tabell 7.9 visar omfattningen av ersättning i form av sjukpenning respektive sjukersättning för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom med olika grad av nedsatt arbetsförmåga samt den övriga befolkningen. Figuren visar att det är bland personer med mycket nedsatt arbetsförmåga som antal dagar med sjukpenning (49 dagar), andelen som beviljats sjukersättning (65 procent) och antal dagar med sjukersättning (206 dagar) är omfattande. Även de med en funktionsnedsättning med delvis nedsatt arbetsförmåga har dock en högre förekomst av sjukpenning respektive sjukersättning jämfört med de utan nedsatt arbetsförmåga och den övriga befolkningen.

Tabell 7.9 Sjukpenning och sjukersättning för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Sjukpenningdagar	49,2	19,7	7,4	6,0
Beviljats sjukersättning (%)	65,1	13,8	1,9	2,1
Sjukersättningsdagar	205,9	30,3	5,0	5,8

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar per år för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen. Beviljats sjukersättning visar andelen (i procent) som fått minst en dags sjukersättning. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före 2003 förtidspension och sjukbidrag.

Tabell 7.10 visar samma mått för personer med de fyra vanligaste typerna av kroniska sjukdomarna. Sjukpenning och sjukersättning är

mer vanliga i samtliga grupper jämfört med den övriga befolkningen, men speciellt vad gäller personer med hjärt- och kärlsjukdomar (35 respektive 118 dagar).

Tabell 7.10 Sjukpenning och sjukersättning för personer med astma och allergi, diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar samt mag- och tarmsjukdomar

	Astma/ allergi	Diabetes	Hjärta/kärl	Mage/tarm	Övriga bef.
Sjukpenningdagar	12,8	19,9	35,3	25,6	6,0
Beviljats sjukersättning (%)	10,9	21,9	40,1	25,7	2,1
Sjukersättningsdagar	32,0	64,9	117,5	74,8	5,8

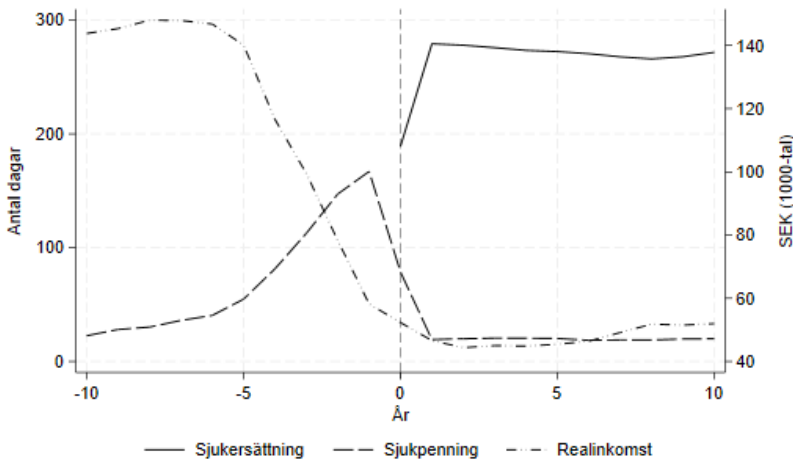
Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar per år, samt andel som beviljats sjukersättning, för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom (astma och allergi, diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar eller mag- och tarmsjukdomar) samt för den övriga befolkningen. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före 2003 förtidspension och sjukbidrag.

Figur 7.9 belyser att vägen till sjukersättning även för denna kategori ofta är en lång period med omfattande sjukskrivningar och fallande löneinkomster. Även här är dessutom utflödet ur sjukersättning närmast obefintligt.

Figur 7.10 visar hur årligt antal dagar med sjukpenning respektive sjukersättning varierar med åldern. Även här ser vi att sjukpenning och sjukersättning är betydligt vanligare bland personer med dessa typer av funktionsnedsättningar, speciellt bland äldre.⁷⁵ Tabell 7.11 visar slutligen samma mått uppdelade efter kön. Här framgår att kvinnor har något fler dagar med sjukpenning och sjukersättning än män.

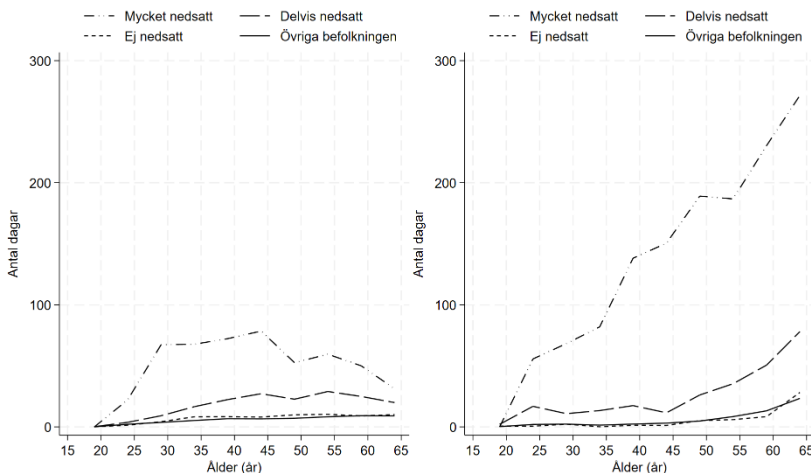
⁷⁵ Tabell A.44 visar måtten uppdelade efter olika ålderskategorier.

Figur 7.9 Antal dagar med sjukersättning och sjukpenning samt reallöneinkomst över tid för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom



Not: Figuren visar, för en tioårsperiod före och efter det år en person för första gången beviljats sjukersättning (år 0), antal dagar per år med sjukersättning och sjukpenning samt realinkomst (tkr i 2019 års prisnivå) för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom. Inträde i aktivitetsersättning ingår inte.

Figur 7.10 Årligt antal dagar med sjukpenning och sjukersättning för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter ålder



Not: Figuren visar antal dagar per år med sjukpenning (vänster figur) och sjukersättning (höger figur) för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom och för den övriga befolkningen efter ålder. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före 2003 förtidspension och sjukbidrag.

Tabell 7.11 Sjukpenning och sjukersättning för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter kön

	Sjukdomar		Övriga befolkningen	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man
Sjukpenningdagar	22,5	15,4	8,1	4,0
Beviljats sjukersättning (%)	20,6	15,1	2,6	1,6
Sjukersättningsdagar	59,6	44,5	7,0	4,6

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar per år efter kön för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom och för den övriga befolkningen. Beviljats sjukersättning visar andelen (i procent) som fått minst en dags sjukersättning. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före 2003 förtidspension och sjukbidrag.

7.5.2 Vård dagar och läkemedelsuttag

Tabell 7.12 visar tre mått på ohälsa – antal vårdtillfällen i öppenvård (dvs. inom specialistvården), antal vårdtillfällen i slutenvård (dvs. sjukhusinläggningar) och antalet läkemedelsuttag per år. Ohälsan är koncentrerad till personer med mycket nedsatt arbetsförmåga: Antalet vårdtillfällen är knappt fyra gånger högre och antalet uttag av läkemedel drygt sju gånger högre för personer med mycket nedsatt arbetsförmåga jämfört med den övriga befolkningen. Även övriga grupper har dock högre värden än den övriga befolkningen.

Tabell 7.12 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Vårdtillfällen (öppenvård)	2,3	1,5	0,9	0,6
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,5	0,2	0,1	0,1
Läkemedelsuttag	22,5	11,1	6,1	3,1

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan samt för den övriga befolkningen.

Tabell 7.13 visar ohälsomåtten uppdelade efter de fyra vanligaste typerna av kroniska sjukdomar. Det är främst personer med diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar samt mag- och tarmsjukdomar som har höga värden på dessa mått.

Tabell 7.13 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med de vanligaste kroniska sjukdomarna

	Astma/allergi	Diabetes	Hjärta/kärl	Mage/tarm
Vårdtillfällen (öppenvård)	0,9	1,7	1,8	2,1
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,1	0,2	0,5	0,3
Läkemedelsuttag	7,0	20,5	17,1	15,0

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom (astma och allergi, diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar eller mag- och tarmsjukdomar) samt för den övriga befolkningen.

Tabell A.46 och A.47 i appendix visar måtten uppdelade efter ålder respektive kön. Det är tydligt att det är i den äldsta åldersgruppen och bland kvinnor som ohälsomåttan är störst. Läkemedelsuttagen är dock höga i alla kategorier, vilket inte är förvånande då kroniska sjukdomar ofta behandlas med läkemedel.

7.6 Vilka behov av anpassningar och stöd finns hos personer med funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom?

Här analyseras behov att anpassningar på arbetsplatsen respektive stöd i form av arbetsmarknadspolitiska åtgärder för personer med en funktionsnedsättning till följd av en kronisk sjukdom.

7.6.1 Anpassningar på arbetsplatsen

Tabell 7.14 visar behovet av anpassningar, och om dessa har tillhandahållits, för personer med en funktionsnedsättning till följd av en kronisk sjukdom, uppdelat efter grad av nedsättning av arbetsförmågan. Det framgår att 84 och 66 procent av de med mycket respektive delvis nedsatt arbetsförmåga har behov av anpassningar. Detta är speciellt vanligt bland personer med hjärt- och kärlsjukdomar. Vad det gäller typen av anpassning framgår det att bland de med mycket nedsatt arbetsförmåga har många behov av anpassad arbetstid (57 procent), anpassat arbetstempo (63 procent) och anpassade arbetsuppgifter (57 procent). Vi ser också att av de med mycket respektive delvis nedsatt arbetsförmåga är det 77 och 78 procent som har fått en anpassning från arbetsgivaren, men dessa

siffror säger dock ingenting om de anpassningarna som har erhållits motsvarar behovet vad gäller omfattning och kvalitet.

Tabell 7.14 Behov av anpassning för sysselsatta personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom

	Grad			Typ av nedsättning		
	Mycket	Delvis	Astma/allergi	Diabetes	Hjärta/kärl	Mage/tarm
Andel med behov av hjälpmedel	84,4	66,2	43,9	38,9	64,1	58,6
Behov av . . .						
. . . personligt biträde	6,1	2,5	2,2	1,7	3,6	1,5
. . . anpassade hjälpmedel	21,8	15,4	12,9	10,1	10,0	11,2
. . . lokalanpassning	15,2	11,2	12,2	2,7	5,9	11,2
. . . anpassad arbetstid	56,7	26,3	12,8	22,3	38,6	31,8
. . . anpassat arbetstempo	63,3	35,6	20,9	21,6	46,9	36,2
. . . anpassade arb. uppg.	56,9	31,3	22,3	15,3	35,2	25,4
. . . anpassad transport	5,0	1,2	0,8	0,9	1,6	1,6
Andel som fått hjälpmedel	77,2	78,4	77,3	82,5	79,4	74,9

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar och som fått anpassning för sysselsatta personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning till följd av en kronisk sjukdom, uppdelad efter graden av nedsättning av arbetsförmågan samt efter typ av sjukdom: astma/allergi, diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och mag-/tarmsjukdomar.

Tabell 7.15 visar behovet av anpassningar och om dessa har tillhandahållits för personer med denna typ av funktionsnedsättning, uppdelat efter kön. Det framgår att 51 procent av kvinnorna och 42 procent av männen har behov av anpassningar. Det är dock män som i något högre utsträckning än kvinnor fått sina behov av anpassningar tillgodosedda (81 respektive 76 procent).

Tabell 7.16 samt A.50 och A.51 i appendix visar motsvarande för personer som inte är sysselsatta (och som svarat om de själva anser sig kunna utföra ett förvärvsarbete om någon av de listade anpassningarna görs). Relativt höga andelar av de icke-sysselsatta säger sig kunna arbeta om anpassningar tillhandahålls (34 och 74 procent bland dem med mycket respektive delvis nedsatt arbetsförmåga).

Tabell 7.15 Behov av anpassning för sysselsatta personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter kön

	Kön	
	Kvinna	Man
Andel med behov av hjälpmedel	50,9	41,8
Behov av...		
... personligt biträde	2,2	1,7
... anpassade hjälpmedel	12,8	9,2
... lokalanpassning	10,7	5,8
... anpassad arbetstid	22,8	17,9
... anpassat arbetstempo	28,1	23,0
... anpassade arb. uppg.	23,4	21,7
... anpassad transport	1,8	0,6
Andel som fått hjälpmedel	76,2	80,5

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar och som fått anpassning för sysselsatta personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom efter kön.

Tabell 7.16 Behov av anpassning för ej sysselsatta personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom

	Grad		Kronisk sjukdom			
	Mycket	Delvis	Astma/allergi	Dia-betes	Hjärta/kärl	Mage/tarm
Andel med behov av anpassning	33,5	73,9	46,8	45,7	34,0	46,7
Behov av...						
... personligt biträde	7,2	11,0	7,3	6,1	5,7	9,9
... anpassade hjälpmedel	14,1	22,8	17,6	18,3	11,4	15,3
... lokalanpassning	11,2	20,7	19,7	12,1	8,8	14,0
... anpassad arbetstid	21,2	44,2	24,5	29,7	22,8	32,9
... anpassat arbetstempo	25,2	49,7	27,5	31,7	26,2	35,7
... anpassade arb. uppg.	27,4	55,1	35,8	32,0	27,1	36,9
... anpassad transport	10,0	7,1	8,3	10,9	5,7	10,3

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar för ej sysselsatta personer som har uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, uppdelad efter grad av nedsättning av arbetsförmågan samt efter sjukdom: astma/allergi, diabetes, hjärt-kärlsjukdom och mag-/tarmsjukdom.

7.6.2 Arbetsmarknadspolitiska åtgärder

Tabell 7.17 visar att personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom har högre deltagande i arbetsmarknadspolitiska åtgärder jämfört med den övriga befolkningen. Till exempel har drygt 8 och 9 procent av dem med mycket respektive delvis nedsatt arbetsförmåga deltagit i arbetsmarknadsutbildning, vilket är betydligt mer än andelen under 5 procent i den övriga befolkningen. Ett liknande mönster ses för subventionerade anställningar.⁷⁶

Tabell 7.17 Deltagande i arbetsmarknadspolitiska åtgärder för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk

	Grad av nedsättning			Övriga befolkningen
	Mycket	Delvis	Inte alls	
Andel (%) som deltagit under året				
Arbetsmarknadsutbildning	8,3	9,3	4,1	4,7
Subventionerad anställning	5,8	6,8	2,1	1,7

Not: Tabellen visar andel som deltagit i arbetsmarknadsutbildning och subventionerad anställning under året för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

7.7 Upplever personer med funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom diskriminering?

Tabell 7.18 visar andelen personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom som upplevt särbehandling i arbetslivet, uppdelad efter graden av nedsättning i arbetsförmågan. Bland personer med mycket, delvis och ingen nedsatt arbetsförmåga rapporterar 30, 22 respektive 5 procent att de upplevt någon form av särbehandling. Den vanligaste typen av upplevd särbehandling är att inte ha fått ett jobb (22 procent för de med mycket nedsatt arbetsförmåga). Omfattningen av upplevd särbehandling är dock något lägre i denna kategori än i de kategorier som diskuterats i föregående kapitel, vilket inte är så förvånande då kroniska sjukdomar sannolikt inte är förknippade med samma stigmatisering som andra funktionsnedsättningar.

⁷⁶ En uppdelning av dessa mått för personer med de vanligaste typerna av kroniska sjukdomar återfinns i tabell A.52 i appendix.

Tabell 7.18 Upplevd diskriminering för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom

	Grad av nedsättning		
	Mycket	Delvis	Inte alls
Andel som upplevt särbehandling	30,0	22,0	4,6
Typ av upplevd särbehandling			
Ej fått jobb	22,1	12,9	2,1
Föribigången vid avancemang	15,6	8,2	0,7
Behandlad osakligt vid lönesättning	12,4	6,5	0,7
Utbildning som ej anpassats	14,6	6,4	1,2
Blivit uppsagd eller avskedad	10,2	4,7	0,4
Blivit trakasserad eller kränkt	11,2	8,7	1,7

Not: Tabellen visar andelen som upplevt särbehandling bland personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom med olika grad av nedsättning av arbetsför-mågan.

Tabell 7.19 visar motsvarande mått för de fyra vanligaste kroniska sjukdomarna. Det är framförallt personer med hjärt- och kärlsjukdomar (19 procent) samt mag- och tarmsjukdomar (24 procent) som svarat att de upplevt särbehandling.

Tabell 7.19 Upplevd diskriminering för personer med en funktionsnedsättning till följd av en kronisk sjukdom, de vanligaste

	Astma/allergi	Diabetes	Hjärta/kärl	Mage/tarm
Andel som upplevt särbehandling	14,9	14,5	19,0	24,2
Typ av upplevd särbehandling				
Ej fått jobb	7,6	10,1	15,2	12,1
Föribigången vid avancemang	4,3	5,6	8,6	5,5
Behandlad osakligt vid lönesättning	4,4	5,0	7,7	6,8
Utbildning som ej anpassats	5,3	3,5	4,5	8,4
Blivit uppsagd eller avskedad	3,2	3,5	4,8	6,1
Blivit trakasserad eller kränkt	6,5	4,9	6,1	9,2

Not: Tabellen visar andelen som upplevt särbehandling bland personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning till följd av astma/allergi, diabetes, hjärt-kärlsjukdom eller mag-/tarmsjukdom.

Tabell 7.20 visar andelen personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom som upplevt särbehandling i arbetslivet, uppdelad efter kön. Bland kvinnor rapporterar drygt 18 procent att de upplevt någon form av särbehandling, medan motsvarande andel för män är drygt 12 procent. För personer med denna

typ av funktionsnedsättning är det alltså återigen något vanligare att uppleva särbehandling bland kvinnor.

Tabell 7.20 Upplevd diskriminering för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter kön

	Kön	
	Kvinna	Man
Andel som upplevt särbehandling	18,2	12,4
Typ av upplevd särbehandling		
Ej fått jobb	9,7	7,9
Föribgången vid avancemang	5,2	4,2
Behandlad osakligt vid lönesättning	6,0	3,4
Utbildning som ej anpassats	5,9	3,3
Blivit uppsagd eller avskedad	3,9	3,1
Blivit trakasserad eller kränkt	7,1	4,4

Not: Tabellen visar andelen som upplevt särbehandling bland personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom efter kön.

7.8 Sammanfattning

Sammanfattningsvis finner vi att:

- Personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom utgör den största gruppen med funktionsnedsättning i vårt datamaterial (runt 42 procent). Knappt 5 procent av befolkningen hade en sådan funktionsnedsättning 2019. Andelen har minskat en del över tid, men utvecklingen är något svårtolkad och skiljer sig åt mellan grupper med olika kroniska sjukdomar
- De flesta (över hälften) med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom uppger att de inte har nedsatt arbetsförmåga.
- Andelen med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom uppvisar ett tydligt åldersmönster, vilket avspeglar att en sådan funktionsnedsättning ofta uppstår senare i livet och orsakas av åldrandet i sig eller livsstilsfaktorer.

- Situationen på arbetsmarknaden för personer som har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom utan nedsatt arbetsförmåga eller med delvis nedsatt arbetsförmåga är snarlik situationen för den övriga befolkningen, medan de med mycket nedsatt arbetsförmåga har en betydligt sämre situation med markant lägre sysselsättning och löneinkomster.
- Personer som har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom och nedsatt arbetsförmåga har en hög förekomst av sjukpenning och sjukersättning samt uppvisar höga värden på mått på ohälsa. De har också ofta behov av olika typ av anpassningar på arbetsplatsen.
- Runt 25 procent av gruppen med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom som medför nedsatt arbetsförmåga upplever sig vara utsatta för diskriminering i arbetslivet.

8 Personer med intellektuell funktionsnedsättning

I detta kapitel analyseras situationen för personer med en intellektuell funktionsnedsättning. I separata avsnitt diskuteras vad det innebär att ha en sådan funktionsnedsättning, hur många som har en sådan funktionsnedsättning, vilken utbildning dessa personer har, hur deras situation på arbetsmarknaden ser ut, hur deras ersättningar från socialförsäkringar och mått på ohälsa ser ut, vilka behov de har av anpassningar och stöd samt i vilken utsträckning de upplever sig vara utsatta för diskriminering.

Det finns skäl att anta att AKU-funk kraftigt underskattar andelen av befolkningen som har en intellektuell funktionsnedsättning då dessa personer kan vara svåra att nå under datainsamlingen till AKU, speciellt de med svår eller mycket svår intellektuell funktionsnedsättning. AKU är inte anpassad för personer med en intellektuell funktionsnedsättning. Detta medför att de resultat som redovisas i detta kapitel bör tolkas med viss försiktighet och att det inte är möjligt att redovisa resultaten på ett lika detaljerat sätt som för övriga fyra kategorier. Eftersom det är sannolikt att de personer som svarat i AKU-funk är de med lindriga former av intellektuell funktionsnedsättning är det rimligt att anta att arbetsmarknadsutfallen är sämre i hela gruppen med denna typ av funktionsnedsättning än vad som visas med vårt datamaterial. För att ge en mer komplett beskrivning redovisar vi därför även resultaten från studier med mer representativa datamaterial.

8.1 Vad innebär en intellektuell funktionsnedsättning?

En intellektuell funktionsnedsättning påverkar en persons kognitiva förmågor, som till exempel inläring, problemlösning och anpassning till vardagen. För en diagnos ska tre kriterier vara uppfyllda: i) den intellektuella förmågan ska ligga signifikant under genomsnittets (tolkas ofta som IQ under 70), ii) det ska finnas brister i adaptivt beteende (dvs. minskad självständighet och förmåga att fungera socialt i förhållande till sin ålder och kulturella gemenskap) och iii) tillståndet ska visa sig under barn- och ungdomsåren. En intellektuell funktionsnedsättning delas in i kategorier efter grad: lindrig, medelsvår, svår och mycket svår. Exempel på orsaker till en intellektuell funktionsnedsättning är Downs syndrom (en genetisk störning som orsakar intellektuell funktionsnedsättning och vissa fysiska kännetecken) och fragil X-syndromet (en ärftlig störning som orsakar intellektuell funktionsnedsättning, beteendeproblem och inlärningssvårigheter). För majoriteten är orsaken till funktionsnedsättningen dock okänd. En intellektuell funktionsnedsättning förekommer ofta tillsammans med andra diagnoser, till exempel autism, adhd, epilepsi eller motoriska nedsättningar. Personer med en intellektuell funktionsnedsättning omfattas ofta av insatser genom Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) och Socialtjänstlagen (SoL).⁷⁷ En intellektuell funktionsnedsättning kan påverka en persons möjligheter på arbetsmarknaden på många olika sätt. Det kan till exempel handla om svårigheter med att förstå instruktioner, att komma ihåg information eller att planera och organisera arbetsuppgifter. Med flexibilitet och rätt anpassningar på arbetsplatsen kan dock dessa utmaningar bemästras. Personer med en intellektuell funktionsnedsättning kan också påverkas negativt av fördomar och diskriminering.

8.2 Hur vanligt är intellektuell funktionsnedsättning?

Av de som uppger att de har en funktionsnedsättning i AKU-funk är det runt 0,6 procent (över alla år i vårt datamaterial) som anger att

⁷⁷ Se Socialstyrelsen (2025b) för en nulägesbild av dessa insatser.

de har en intellektuell funktionsnedsättning. Enligt dessa data skulle således andelen av befolkningen som har en intellektuell funktionsnedsättning vara endast runt 0,6 procent, varav de flesta också anger att deras funktionsnedsättning medför en nedsatt arbetsförmåga.

Som redan nämnts finns det skäl att anta att AKU-funk underskattar andelen av befolkningen som har en intellektuell funktionsnedsättning. Andra källor anger att andelen av befolkningen med intellektuell funktionsnedsättning är mellan 0,5–1,5 procent, varav de flesta har en lindrig intellektuell funktionsnedsättning. Till exempel visar Morinaga m.fl. (2024) att andelen tioåringar med intellektuell funktionsnedsättning var runt 1 procent år 2021, en andel som ökat över tid. I studien hade 46 och 32 procent även diagnostiserats med autism respektive adhd.⁷⁸

8.3 Vilken utbildning har personer med intellektuell funktionsnedsättning?

En betydande andel av personer med en intellektuell funktionsnedsättning har genomfört sin skolgång i den anpassade grund- och gymnasieskolan (före 2023 kallades dessa skolformer grundsärskola och gymnasiesärskola). Det är därför relevant att kort beskriva eleverna i dessa skolformer.

Enligt Skolverket (2025b) gick under läsåret 2024/25 cirka 1,5 procent av grundskoleeleverna i den anpassade grundskolan. Andelen elever som går i den anpassade grundskolan var runt 1 procent fram till läsåret 2018/19. Därefter har denna andel ökat kontinuerligt (Skolverket 2025a).

Efter den anpassade grundskolan kan eleverna fortsätta sin skolgång i den anpassade gymnasieskolan. Det är en fyraårig utbildning, vars mål är att ”ge elever med intellektuell funktionsnedsättning en anpassad utbildning som ska ge en god grund för yrkesverksamhet och fortsatta studier samt för personlig utveckling och ett aktivt deltagande i samhällslivet.”⁷⁹ Utbildningen i den anpassade gymnasie-

⁷⁸ Se också Ng m.fl. (2015) som visar en lägre andel bland personer över 55 år, 266 per 100 000 personer 2012.

⁷⁹ 18 kap. 2 § och 19 kap. 17 § i skollagen.

skolan består av nio nationella program, samt individuella program.⁸⁰ De nationella programmen syftar till att förbereda eleven för arbetslivet eller studier inom till exempel folkhögskola. Den anpassade gymnasieskolan ger inte behörighet till högskola eller universitet.

Skolverket (2024) redovisar statistik för de elever som gick ut den anpassade gymnasieskolan under åren 2020–22. Totalt var det 4 269 elever som avslutade sina studier under dessa år, varav majoriteten var pojkar (60 procent). En majoritet, 2 409 elever avslutade studier på de nationella programmen (56 procent), där de två vanligaste var Administration, handel och varuhantering och Hotell, restaurang och bageri (19 procent vardera).

8.4 Hur ser situationen på arbetsmarknaden ut för personer med intellektuell funktionsnedsättning?

Nedan presenteras ett antal mått som belyser situationen på arbetsmarknaden för personer med en intellektuell funktionsnedsättning; arbetsmarknadsstatus, inkomster samt skäl till att befinna sig utanför arbetskraften.

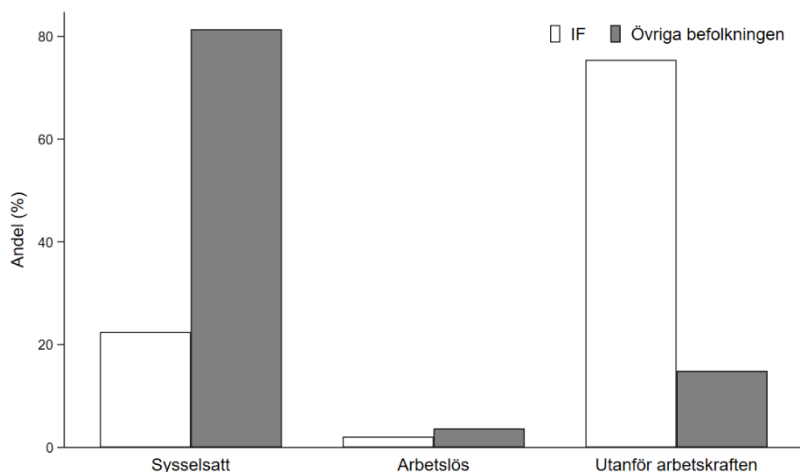
8.4.1 Arbetsmarknadsstatus

Figur 8.1 visar arbetsmarknadsstatus i AKU-funk för personer med en intellektuell funktionsnedsättning jämfört med den övriga befolkningen, och kategoriserar dem precis som i tidigare kapitel som sysselsatta (på den reguljära arbetsmarknaden), arbetslösa eller utanför arbetskraften. Den övriga befolkningen har en sysselsättningsgrad runt 80 procent. Det är tydligt att sysselsättningsgraden är betydligt lägre (runt 21 procent) och andelen som befinner sig utanför arbetskraften avsevärt högre (runt 77 procent) bland personer med en intellektuell funktionsnedsättning.

Då AKU-funk innehåller ett begränsat antal personer med en intellektuell funktionsnedsättning är det relevant att även analysera andra mer detaljerade datamaterial.

⁸⁰ De nationella programmen är Administration, handel och varuhantering; Estetiska verksamheter; Fastighet, anläggning och byggnation; Fordonsvård och godshandling; Hantverk och produktion; Hotell, restaurang och bageri; Hälsa, vård och omsorg; Samhälle, natur och språk; Skog, mark och djur.

Figur 8.1 Arbetsmarknadsstatus för personer med en intellektuell funktionsnedsättning



Not: Figuren visar arbetsmarknadsstatus för personer som uppgett att de har en intellektuell funktionsnedsättning (IF) och för den övriga befolkningen.

Skolverket (2024) analyserar arbetsmarknadsutfallet för de som gått i den anpassade gymnasieskolan. Eleverna från de olika avgångsåren har ett mycket snarlikt arbetsmarknadsutfall året efter avslutade studier, där ungefär hälften är i daglig verksamhet, 12 procent i arbete (varierar mellan 10 och 15 procent), 10 procent i studier (varierar mellan 9 och 11 procent) och övriga (cirka 30 procent) inte återfinns i varken daglig verksamhet, arbete eller studier.⁸¹ De som gick ut den anpassade gymnasieskolan 2020 kan följas två år efter avslutade studier. Då har andelen i daglig verksamhet ökat till 60 procent, andelen i arbete till 18 procent, medan andelen i studier ligger kvar på 10 procent. Det är dock en stor skillnad i utfallen mellan de som gått nationella eller individuella program. För de som gått de individuella programmen var hela 82 procent i daglig verksamhet och endast 6 procent hade ett arbete. För de som gått de nationella programmen var 45 procent i daglig verksamhet, 29 procent hade ett arbete och 12 procent deltog i studier. Ett annat data-material, HURPID (Halmstad University Register for Pupils with

⁸¹ Daglig verksamhet är en insats som vissa personer kan få enligt 9 § 10 p. lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Verksamheten ska erbjuda den enskilde stimulans, utveckling, meningsfullhet och gemenskap efter personens önskemål.

Intellectual Disability), framtaget vid Högskolan i Halmstad möjliggör en analys av de som gått ut den anpassade gymnasieskolan under en längre tidsperiod och med mer detaljerade utfall (se t.ex. Arvidsson 2016; Arvidsson m.fl. 2015; Luthra 2020). I HURPID ingår totalt 26 910 individer födda mellan 1973 och 2003. Registret omfattar i princip alla individer som gick ut gymnasiesärskolan mellan 2001 och 2020. I en av studierna med detta datamaterial följs 12 269 personer som avslutade den anpassade gymnasieskolan mellan 2001 och 2011. År 2011 hade 22 procent av dessa personer en anställning, varav 73 procent med någon form av subvention. Bland de övriga var 47 procent i daglig verksamhet och 7 procent i studier, vanligtvis på en folkhögskola.

8.4.2 Löneinkomst och disponibel inkomst

Tabell 8.1 visar löneinkomst och disponibel inkomst för personer med en intellektuell funktionsnedsättning jämfört med den övriga befolkningen (inkomsterna mäts i 2019 års prisnivå). Det framgår att den genomsnittliga reallöneinkomsten endast är 24 000 kronor per år. Det kan jämföras med den övriga befolkningen som har en realinkomst på 236 000 kronor. Som ett konkret mått på den låga löneinkomsten har 80 procent av personerna med en intellektuell funktionsnedsättning en löneinkomst under den 25:e percentilen i befolkningen. Skillnaderna mellan personer med en intellektuell funktionsnedsättning och den övriga befolkningen är således avsevärda vad gäller löneinkomster.

Av tabellen framgår också att den disponibla realinkomsten är något jämnare än för löneinkomsten, 101 000 respektive 226 000 kronor per år, men även för den disponibla inkomsten är skillnaden avsevärd. De exakta siffrorna är visserligen osäkra då datamaterialet är begränsat, men tabellen visar tydligt att både löneinkomst och disponibel inkomst är mycket låga i denna grupp jämfört med den övriga befolkningen. Detta aktualiserar frågan om ersättningsniveån är rimlig och om det finns en risk för en "fattigdomsfälla" för denna grupp.

Tabell 8.1 Reala inkomster för personer med en intellektuell funktionsnedsättning

	Intellektuell funktionsnedsättning	Övriga befolkningen
Löneinkomst (tkr)	24	236
Disp. inkomst (tkr)	101	226

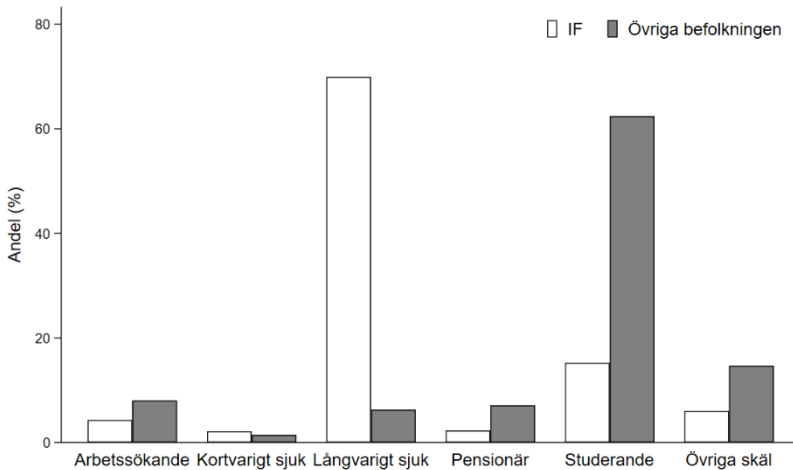
Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) för personer som uppgett att de har en intellektuell funktionsnedsättning (samtliga) och för den övriga befolkningen.

8.4.3 Utanför arbetskraften

Figur 8.2 visar skälet till att personer med en intellektuell funktionsnedsättning befinner sig utanför arbetskraften. Staplarna inom varje färgkategori (personer med en intellektuell funktionsnedsättning samt den övriga befolkningen summerar till 100 procent). Den tydligaste skillnaden är att personer med en intellektuell funktionsnedsättning som befinner sig utanför arbetskraften i mycket hög grad är långvarigt sjuka, medan den vanligaste orsaken i övriga grupper är studier. Många av dem utanför arbetskraften deltar i daglig verksamhet (drygt 40 000 personer i personkrets 1 i LSS år 2024 enligt Socialstyrelsen (2025a)).⁸²

⁸² Personkrets 1 innefattar personer med intellektuell funktionsnedsättning, autism eller autismliknande tillstånd.

Figur 8.2 Personer med en intellektuell funktionsnedsättning utanför arbetskraften



Not: Figuren visar olika kategorier utanför arbetskraften för personer som uppgett att de har en intellektuell funktionsnedsättning (IF) och för den övriga befolkningen. Arbets sökande avser latent arbets sökande och pensionärer är personer 64 år eller yngre.

8.5 Hur omfattande är ohälsa och ersättningar från socialförsäkringar bland personer med intellektuell funktionsnedsättning?

Här analyseras ett flertal indirekta och direkta mått på ohälsa för att se i vilken utsträckning ohälsa kan vara ett hinder för ett deltagande på arbetsmarknaden. Viktigt att notera är dock att ersättningar från socialförsäkringar, som sjukersättning, kan avspegla både ohälsa och brister i anpassning av arbetsmiljön.

8.5.1 Sjukpenning och sjukersättning

Tabell 8.2 visar omfattningen av ersättning i form av sjukpenning respektive sjukersättning för personer med en intellektuell funktionsnedsättning samt den övriga befolkningen. Tabellen visar att andelen som har beviljats sjukersättning (79 procent) och antal dagar med sjukersättning (272 dagar) är mycket omfattande.

Tabell 8.2 Sjukpenning och sjukersättning för personer med en intellektuell funktionsnedsättning

	Intellektuell funktionsnedsättning	Övriga befolkningen
Sjukpenningdagar	5,2	6,0
Beviljats sjukersättning (%)	78,7	2,1
Sjukersättningsdagar	271,5	5,8

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar per år för personer som uppgett att de har en intellektuell funktionsnedsättning (samtliga) och för den övriga befolkningen. Beviljats sjukersättning visar andelen (i procent) som fått minst en dags sjukersättning. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före 2003 förtidspension och sjukbidrag.

8.5.2 Vård dagar och läkemedelsuttag

Tabell 8.3 visar tre mått på ohälsa – antal vårdtillfällen i öppenvård (dvs. inom specialistvården), antal vårdtillfällen i slutenvård (dvs. sjukhusinläggningar) och antal läkemedelsuttag per år. Bland personer med en intellektuell funktionsnedsättning är antalet vårdtillfällen tre gånger högre och antalet uttag av läkemedel runt fem gånger högre jämfört med den övriga befolkningen.

Tabell 8.3 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med en intellektuell funktionsnedsättning

	Intellektuell funktionsnedsättning	Övriga befolkningen
Vårdtillfällen (öppenvård)	2,0	0,6
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,3	0,1
Läkemedelsuttag	16,3	3,1

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppen respektive slutenvård samt antal läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en intellektuell funktionsnedsättning (samtliga) och för den övriga befolkningen.

8.6 Vilka behov av anpassningar och stöd finns hos personer med intellektuell funktionsnedsättning?

Här analyseras behov av anpassningar på arbetsplatsen respektive stöd i form av arbetsmarknadspolitiska åtgärder för personer med en intellektuell funktionsnedsättning.

8.6.1 Anpassningar på arbetsplatsen

Tabell 8.4 Behov av anpassning för sysselsatta personer med en intellektuell funktionsnedsättning

	Intellektuell funktionsnedsättning
Andel med behov av hjälpmedel	82,5
Behov av. . .	
. . . personligt biträde	29,5
. . . anpassade hjälpmedel	10,0
. . . lokalanpassning	0,0
. . . anpassad arbetstid	49,5
. . . anpassat arbetstempo	64,7
. . . anpassade arb. uppg.	54,2
. . . anpassad transport	0,0
Andel som fått hjälpmedel	82,0

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar för sysselsatta personer som uppgett att de har en intellektuell funktionsnedsättning.

Tabell 8.4 visar behovet av anpassningar på arbetsplatsen, och om dessa har tillhandahållits, för sysselsatta personer med en intellektuell funktionsnedsättning. Det framgår att runt 83 procent har behov av anpassningar på sin arbetsplats. Ett vanligt behov för dem med mycket nedsatt arbetsförmåga är personligt biträde (30 procent). En majoritet har också behov av anpassade arbetsuppgifter (54 procent) och arbetstempo (65 procent).

8.6.2 Arbetsmarknadspolitiska åtgärder

Tabell 8.5 visar att personer med en intellektuell funktionsnedsättning har högre deltagande i arbetsmarknadspolitiska åtgärder jämfört med den övriga befolkningen när det gäller andelen som någon gång deltagit i åtgärder under året. Det gäller speciellt subventionerade anställningar. Det bör dock betonas att många personer med en intellektuell funktionsnedsättning återfinns inom daglig verksamhet via kommunerna snarare än inom arbetsmarknadspolitiska åtgärder via Arbetsförmedlingen.

Tabell 8.5 Deltagande i arbetsmarknadspolitiska åtgärder för personer med en intellektuell funktionsnedsättning

	Intellektuell funktionsnedsättning	Övriga befolkningen
Andel (%) som deltagit under året		
Arbetsmarknadsutbildning	6,4	4,7
Subventionerad anställning	6,4	1,7

Not: Tabellen visar andel som deltagit i arbetsmarknadsutbildning och subventionerad anställning under året för personer som uppgett att de har en intellektuell funktionsnedsättning och för den övriga befolkningen.

8.7 Upplever personer med intellektuell funktionsnedsättning diskriminering?

Tabell 8.6 visar andelen personer med en intellektuell funktionsnedsättning som har upplevt särbehandling i arbetslivet. Tabellen visar att den vanligaste typen av upplevd särbehandling är att inte ha fått ett jobb (14 procent). Det är något förvånande att andelen som säger sig ha upplevt diskriminering är lägre i denna grupp än i övriga grupper med funktionsnedsättning. Det bör dock betonas att en person kan vara utsatt för diskriminering utan att själv vara medveten om det, vilket kan vara en förklaring till den låga andelen som uppger att de upplevt diskriminering i just denna grupp.

Tabell 8.6 Upplevd diskriminering för personer med en intellektuell funktionsnedsättning

	Intellektuell funktionsnedsättning
Typ av upplevd särbehandling	
Ej fått jobb	14,4
Förbigången vid avancemang	9,0
Behandlad osakligt vid lönesättning	4,8
Utbildning som ej anpassats	9,0
Blivit uppsagd eller avskedad	1,4
Blivit trakasserad eller kränkt	2,1

Not: Tabellen visar andelen som upplevt olika typer av särbehandling bland personer som uppgett att de har en intellektuell funktionsnedsättning.

8.8 Sammanfattning

Sammanfattningsvis finner vi att:

- Runt 1 till 1,5 procent av befolkningen har en intellektuell funktionsnedsättning. I vårt datamaterial har dock enbart runt 0,1 procent av befolkningen en sådan funktionsnedsättning 2019.
- De flesta personer som har en intellektuell funktionsnedsättning uppger att de också har nedsatt arbetsförmåga.
- Situationen på arbetsmarknaden för personer som har en intellektuell funktionsnedsättning är betydligt sämre än för den övriga befolkningen vad gäller sysselsättning och löneinkomster. Många av dessa personer har aldrig kommit in på arbetsmarknaden och har efter sina studier i den anpassade grund- och gymnasieskolan deltagit i daglig verksamhet snarare än i arbete på den reguljära arbetsmarknaden. Även den disponibla inkomsten är mycket låg i denna grupp.
- Personer som har en intellektuell funktionsnedsättning har en hög förekomst av sjukersättning samt uppvisar höga värden på mått på ohälsa.
- Personer som har en intellektuell funktionsnedsättning upplever sig ibland vara utsatta för diskriminering.

9 Åtgärder för personer med funktionsnedsättning

I detta kapitel beskrivs först översiktligt de regelverk och åtgärder som är mest relevanta för personer med funktionsnedsättning. Därefter diskuteras, utifrån aktuella forsknings- och myndighetsrapporter, vilka effekter dagens regelverk och åtgärder kan förväntas ha. I nästa kapitel dras sedan slutsatser om de reformer som behövs för ett bättre utnyttjande av den arbetskraftspotential som finns bland personer med funktionsnedsättning som i dagsläget är sysselsatta, arbetslösa respektive befinner sig utanför arbetskraften.

9.1 Nuvarande regelverk och åtgärder

Här beskrivs de regelverk och åtgärder som är mest relevanta för personer med funktionsnedsättning: regler för sjukpenning samt sjuk- och aktivitetsersättning, arbetsgivares ansvar för tillgänglighets- och rehabiliteringsåtgärder, arbetsmarknadspolitiska åtgärder med särskild relevans för personer med funktionsnedsättning samt regler för att motverka diskriminering baserad på funktionsnedsättning. De statliga myndigheter som främst ansvarar för dessa frågor är Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Diskrimineringsombudsmannen (DO). Även arbetsgivare, samt mer indirekt företagshälsovården och övrig hälso- och sjukvård, är viktiga aktörer.

9.1.1 Sjukpenning och sjuk/aktivitetsersättning

Sjukpenning

Många personer med funktionsnedsättning är under långa perioder sjukskrivna. Långvariga sjukskrivningar sammanfaller också med att reglerna för sjukersättning har stramats åt för att motverka att personer permanent lämnar arbetskraften. Det är därför relevant att översiktligt beskriva sjukpenningssystemet.

En person som inte kan arbeta på grund av sjukdom kan beviljas sjukpenning. För att kunna få sjukpenning måste personen vara försäkrad för arbetsbaserade förmåner och ha en SGI (sjukpenninggrundande inkomst). För de personer som är anställda betalas de första 14 dagarna av sjukfrånvaro av arbetsgivaren i form av sjuklön med ett karensavdrag på 20 procent av genomsnittslönen för en kalendervecka (undantag finns vid upprepad sjukfrånvaro). Efter sju kalenderdagar krävs ett läkarintyg om att arbetsförmågan är nedsatt. Från dag 15, och från den första dagen för personer som är till exempel arbetslösa, betalas sjukpenning ut av Försäkringskassan. Sjukpenningen baseras på SGI och är knappt 80 procent av lönen upp till ett inkomsttak (max 1 259 kr per dag 2026). Efter dag 364 sänks ersättningen till 75 procent av SGI (undantag finns vid allvarlig sjukdom). Ersättningen kan omfatta 25, 50, 75 eller 100 procent. Det är Försäkringskassan som avgör om sjukpenning ska beviljas och det sker prövningar av arbetsförmågan enligt den så kallade rehabiliteringskedjan.

- Under de första 90 dagarna har en person rätt till sjukpenning om han eller hon inte kan utföra sitt vanliga arbete, eller ett annat tillfälligt arbete, hos sin arbetsgivare.
- Efter 90 dagar har en person bara rätt till sjukpenning om han eller hon inte kan utföra något arbete alls hos sin arbetsgivare.
- Efter 180 dagar har en person rätt till sjukpenning om han eller hon inte kan utföra något arbete på den vanliga arbetsmarknaden. När bedömningen görs om en person klarar av ett annat arbete på arbetsmarknaden sätts personens medicinska förutsättningar i relation till kraven i olika yrkesgrupper. Det finns dock några undantagssituationer när en persons arbetsförmåga kan bedömas i förhållande till arbete hos sin

nuvarande arbetsgivare även efter dag 180: i) om det är troligt att en person kommer att kunna gå tillbaka till arbete hos sin arbetsgivare med samma arbetstid innan det gått ett år sedan han eller hon blev sjukskriven, ii) om det finns särskilda skäl som talar för att en person kommer att kunna återgå till arbete hos sin arbetsgivare senast dag 550, iii) om en person har en allvarlig sjukdom eller får rehabilitering efter en olycka och iv) om en person är minst 63 år.

För egenföretagare bedöms arbetsförmågan i förhållande till de vanliga arbetsuppgifterna fram till och med dag 180. Därefter bedöms arbetsförmågan på samma sätt som för en anställd. För arbetslösa bedöms en persons arbetsförmåga i förhållande till arbeten på den vanliga arbetsmarknaden från den första sjukskrivningsdagen.

Det bör noteras att om Försäkringskassan avslår en ansökan om sjukpenning kan det uppstå en situation där en person ställs inför valet att antingen återgå till sitt nuvarande arbete eller, om personen inte klarar av detta, begära tjänstledighet på grund av hälsoskäl och anmäla sig som arbetslös hos Arbetsförmedlingen. Resultatet av detta kan bli att personen behöver söka försörjningsstöd hos socialtjänsten.

En person kan även beviljas sjukpenning när han eller hon genomgår en medicinsk behandling eller rehabilitering som syftar till att förebygga sjukdom, förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva en nedsättning av arbetsförmågan.

En person kan också ha rätt till rehabiliteringsersättning under den tid då han eller hon deltar i arbetslivsinriktad rehabilitering som avser att förkorta sjukdomstiden eller helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmågan.

Utformningen av sjukpenningssystemet, till exempel ersättningens nivå, varaktighet och krav, har diskuterats i stor omfattning och reglerna har ändrats vid ett antal tillfällen över åren, se till exempel SOU (2024).⁸³

I början av 2025 var antalet pågående sjukfall runt 200 000. Drygt 110 000 av dessa var minst 180 dagar, drygt 80 000 minst 365 dagar och drygt 55 000 minst 731 dagar. Runt 65 procent av sjukfallen gällde kvinnor. Den vanligaste diagnoskategorin var psykiska sjuk-

⁸³ Se även Försäkringskassan (2025b) som analyserar återgång till arbete från sjukpenning.

domar och syndrom samt beteendestörningar, vilket utgjorde nästan hälften av alla pågående sjukfall (Försäkringskassan 2025e).

Sjuk- och aktivitetsersättning

En vuxen person som har en sjukdom eller funktionsnedsättning som gör att han eller hon aldrig kommer att kunna arbeta heltid (stadigvarande nedsatt arbetsförmåga) kan beviljas sjukersättning. För personer upp till 60 år bedöms arbetsförmågan mot alla arbeten på arbetsmarknaden. För personer som är minst 61 år sker bedömningen istället mot de arbeten som personen har erfarenhet av under de senaste 15 åren eller annat lämpligt arbete som är tillgängligt för personen. Försäkringskassan fattar beslutet utifrån läkarutlåtanden som beskriver sjukdomen och funktionsförmågan. Om personen är 19–30 år kan istället aktivitetsersättning beviljas om nedsättningen kan antas bestå under minst ett år och ersättningen beslutas för max tre år åt gången. I ett beslut om aktivitetsersättning kan ingå att personen deltar i aktiviteter som kan antas ha en gynnsam inverkan på sjukdomstillståndet eller den fysiska eller psykiska prestationsförmågan.

Sjuk- eller aktivitetsersättning kan beviljas för 25, 50, 75 eller 100 procent. Vid bedömningen av nedsättningen av arbetsförmågan beaktas en persons förmåga att försörja sig själv genom förvärvsarbete på arbetsmarknaden. Om arbetsförmågan förbättras för en person som får sjuk- eller aktivitetsersättning ska rätten till ersättning omprövas.

Sjuk- och aktivitetsersättning kan ges som inkomstrelaterad ersättning eller garantiersättning. Inkomstrelaterad ersättning beräknas utifrån en antagandeinkomst som baseras på en persons bruttoårsinkomster inom en ramtid. Ersättningen är 64,7 procent av inkomsten under ramtiden och som mest 23 939 kr per månad (2026). Garantiersättning för en person som fyllt 30 år är 13 715 kr per månad (2026). För en person 19–30 år varierar garantiersättningen beroende på ålder från 12 235 till 13 468 kr per månad (2026). Samtliga belopp är före skatt och eventuellt bostadstillägg.

En person med sjuk- eller aktivitetsersättning kan ha rätt att prova på arbete eller studier. För ersättningsbeslut före 1 juli 2008 kan en person ansöka om steglös avräkning, vilket innebär att

sjukersättningen inte påverkas för inkomster upp till ett fribelopp (59 200 kr per år för personer med ersättning på heltid 2026).⁸⁴ För ersättningsbeslut efter 1 juli 2008 kan en person istället ansöka om vilande ersättning, vilket innebär att rätten till sjukersättning kvarstår om personen skulle avbryta aktiviteten. Personen får också ett skattefritt belopp som motsvarar 25 procent av den ersättning som är vilande.⁸⁵ Ersättningen kan vara vilande under högst två år. Det finns även möjlighet att arbeta högst fem timmar per vecka med politiskt eller ideellt arbete utan att det påverkar ersättningen. En person kan också studera med vilande ersättning.

Även utformningen av sjuk- och aktivitetsersättningssystemet har diskuterats i stor omfattning och reglerna har ändrats vid ett antal tillfällen över åren, se till exempel SOU (2021) och SOU (2024).⁸⁶

I början av 2025 hade nästan 220 000 personer sjukersättning och drygt 30 000 personer aktivitetsersättning. Runt 56 procent av dessa var kvinnor. Runt 56 procent har fått sjuk- eller aktivitetsersättning på grund av psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar. Drygt 170 000 (runt 78 procent) hade sjukersättning på 100 procent. För de med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga var andelen 95 procent (Försäkringskassan 2025e).

År 2024 var andelen ansökningar om sjukersättning som beviljades runt 49 procent. Det bör också noteras att enbart 638 personer i genomsnitt per månad hade vilande ersättning. Motsvarande siffra för personer med aktivitetsersättning var 367 personer. Knappt hälften av de som fick aktivitetsersättning deltog i någon form av aktivitet eller rehabiliteringsåtgärd (Försäkringskassan 2025a).

Många får dessutom bara garantiersättning; år 2024 49 procent bland män och 33 procent bland kvinnor. Speciellt vanligt är detta bland yngre personer (98 procent av dem som var 19 år, men endast 12 procent av dem mellan 60 och 64 år). Andelen med enbart garantiersättning har ökat kraftigt över tid (Försäkringskassan 2025f).

⁸⁴ Andersson (2018) analyserar effekterna av steglös avräkning och finner att reformen inte hade någon positiv effekt på arbetsutbud eller utbildningsnivåer.

⁸⁵ Vilande ersättning var möjligt även för beslut fattade före 1 juli 2008 och kallades då att arbeta med bibehållen ersättning.

⁸⁶ I en rapport från Försäkringskassan görs en detaljerad analys av sjukersättningens utveckling 2003–23 (Försäkringskassan 2025c).

Arbetskada

En person kan också beviljas ersättning för arbetskada. En arbetskada är en skada eller sjukdom till följd av olycksfall eller annan skadlig inverkan av arbetet. En skada ska anses ha uppkommit av arbetet om övervägande skäl talar för det.⁸⁷ Det bör noteras att en skada av psykisk eller psykosomatisk natur som är en följd av till exempel en företagsnedläggelse, bristande uppskattning av arbetsinsatser, vantrivsel och liknande inte räknas som en arbetskada.

En person som beviljas ersättning för inkomstförlust till följd av arbetskada har rätt till arbetsskadesjukpenning för inkomstförlust. Ersättningen är 80 procent av den faktiska inkomstförlusten. Vid bestående nedsättning av arbetsförmåga på grund av arbetskada kan en person ha rätt till livränta. Kriterier för livränta är att: i) skadan eller sjukdomen har uppstått på grund av arbetet eller på väg till eller från arbetet, ii) det finns ett medicinskt underlag som styrker att skadan eller sjukdomen påverkar förmågan att arbeta under minst ett år, iii) skadan eller sjukdomen gör att personen förlorar minst en femtondel av sin inkomst under minst ett år (där förlorad inkomst avser att förmågan att skaffa inkomst blir påverkad, till exempel genom behov att byta arbete, gå ner i arbetstid eller byta arbetsuppgifter under minst ett år) och iv) inkomstförlusten för år räknat är minst en fjärdedel av prisbasbeloppet det år då livräntan ska börja utgå. Livränta kan beviljas under en begränsad tid eller tills vidare. Livräntan ersätter inkomsten som förloras och det högsta beloppet per år är 7,5 prisbasbelopp, det vill säga 444 000 kr (2026).

9.1.2 Arbetsgivares ansvar för tillgänglighet, rehabilitering och arbetsmiljö

En arbetsgivare har ett omfattande ansvar för att genomföra tillgänglighets-, rehabiliterings- och arbetsmiljöåtgärder.

⁸⁷ Beviskravet övervägande skäl används för arbetsskadeprövningen när skadan eller besvären visat sig 1 juli 2002 eller senare. Om skadan visat sig tidigare kan det vara andra beviskrav som ska användas.

Tillgänglighetsansvar

Arbetsgivare är skyldiga att genomföra de tillgänglighetsåtgärder (stöd och anpassning) som är skäliga, där arbetsgivaren avgör vad som är skäligt utifrån en helhetsbedömning. Tillgänglighetsåtgärder ska dock inte bli en oproportionerlig börda för arbetsgivaren med hänsyn till faktorer som kostnaderna, den ekonomiska förmågan att bära kostnaderna, möjligheterna att vidta åtgärden och den effekt som åtgärden kan förväntas få för personen med funktionsnedsättningen.⁸⁸ Skyldigheten att vidta tillgänglighetsåtgärder startar när arbetsgivaren får kännedom om att en anställd har en funktionsnedsättning som medför en nedsatt arbetsförmåga.

Arbetsgivaren förväntas börja med en dialog med den anställda om hur funktionsnedsättningen påverkar arbetsförmågan och vilka åtgärder som kan vara lämpliga. Sedan ska arbetsgivaren utreda lämpliga tillgänglighetsåtgärder med syfte att komma fram till vilka åtgärder som kan ta bort eller minska funktionsnedsättningens påverkan på arbetsförmågan så att personen kan komma i en jämförbar situation med personer som inte har funktionsnedsättningen (dvs. ha samma möjlighet att utföra arbetet som någon utan funktionsnedsättningen). Det kan innefatta arbetshjälpmedel, förändringar i den fysiska arbetsmiljön samt förändringar i arbetsuppgifter, arbetstider eller arbetsmetoder. Arbetsgivaren kan ta hjälp av företagshälsovården för denna utredning. Därefter ska arbetsgivaren göra en helhetsbedömning av vilka av dessa åtgärder som är skäliga att genomföra. Allt detta ska dokumenteras. Myndigheten för arbetsmiljökunskap har i rapporten ”Riktlinjer för psykisk hälsa på arbetsplatsen” lagt fram en rad rekommendationer för hur ett sådant arbete kan bedrivas, där företagshälsovården ges en viktig roll (Myndigheten för arbetsmiljökunskap 2024).

Vid rekrytering får en arbetssökandes funktionsnedsättning bara påverka anställningsbeslutet om de anpassningar som krävs går utöver vad som är skäligt.⁸⁹ En utredning enligt ovan kan också användas för att avgöra om en arbetsgivares rehabiliteringsansvar för

⁸⁸ Det vore önskvärt med en precisering av vilka anpassningar som faller under ”oproportionerlig börda” och hur diskussionen sett ut kring vad som är praxis för om en åtgärd bedöms som ”skälig”. Till exempel har distansarbete blivit mer allmänt accepterat sedan pandemin, men det är oklart om detta kan ses som en ”skälig” anpassning.

⁸⁹ Studier visar att arbetsgivare ofta överskattar kostnaderna för arbetshjälpmedel och arbetsplatsanpassningar.

en anställd som är sjukskriven med anledning av sin funktionsnedsättning ska ses som fullgjort.

En arbetsgivare kan få bidrag till arbetshjälpmedel från Försäkringskassan för en anställd med en funktionsnedsättning eller sjukdom (som varit anställd mer än tolv månader). Bidraget kan beviljas för att köpa eller hyra ett arbetshjälpmedel, låta göra en expertundersökning för att ta reda på vilket hjälpmedel medarbetaren behöver, reparera ett arbetshjälpmedel, uppdatera eller uppgradera ett datorbaserat arbetshjälpmedel samt utbildning för att kunna använda ett arbetshjälpmedel. Bidraget täcker hälften av kostnaden för hjälpmedlet, men i normalfallet högst 50 000 kr. Arbetsgivaren betalar alltid 10 000 kr av kostnaden. En anställd med funktionsnedsättning kan också själv ansöka om bidrag till arbetshjälpmedel, även då är maxbeloppet i normalfallet 50 000 kr. ISF (2024a) visar att få arbetsgivare ansöker om detta bidrag (51 ansökningar 2023), medan det är vanligare att arbetstagare ansöker (2 913 ansökningar 2023). Studien lyfter fram att två orsaker till detta kan vara att maxbeloppet inte har ändrats sedan bidraget infördes och att det, på grund av självriskan, är billigare för arbetsgivaren om arbetstagaren själv ansöker.

Om en person varit anställd upp till tolv månader (eller längre om anställningen skett med t.ex. lönebidrag) kan arbetstagaren eller arbetsgivaren istället få bidrag till hjälpmedel från Arbetsförmedlingen. Bidraget är i normalfallet maximalt 100 000 kr per år.

Det delade ansvaret för bidrag till arbetshjälpmedel mellan Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan kan försvåra en snabb och ändamålsenlig tillgång till arbetshjälpmedel. Som betonas i till exempel Akavia (2025) är handläggningstiderna i många fall mycket långa, upp till ett år. Andra problem är att arbetshjälpmedel inte alltid får tas med vid byte av arbetsgivare och bara får användas på jobbet.

Om en anställds funktionsnedsättning i väsentlig grad påverkar arbetsförmågan trots att arbetsgivaren har vidtagit skäliga tillgänglighetsåtgärder kan det finnas sakliga skäl för uppsägning.⁹⁰ Innan en sådan uppsägning har dock arbetsgivaren en skyldighet att utreda om det finns möjlighet att omplacera den anställde. Visar omplaceringsutredningen att det inte finns något annat arbete som

⁹⁰ Fall som tas upp i tidningen Arbetaren indikerar att praxis kring arbetsgivares anpassning kan behöva ses över; <https://arbetet.se/?p=1447164>.

den anställde har tillräckliga kvalifikationer för kan det finnas sakliga skäl för en uppsägning. Det bör noteras att en anställds funktionsnedsättning/sjukdom i sig inte är ett sakligt skäl för uppsägning. I en situation där en funktionsnedsättning medför en stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan som är så väsentlig att den anställde inte längre kan utföra arbete av någon betydelse hos arbetsgivaren anses dock den nedsatta arbetsförmågan som sakligt skäl för en uppsägning.

Rehabiliteringsansvar

För en arbetsgivare gäller att när en anställd blir sjukskriven uppstår ett rehabiliteringsansvar, vilket innebär krav på arbetsanpassningar för att underlätta den anställdes återgång till arbetet. Åtgärderna ska beskrivas i en rehabiliteringsplan, vilken ska utformas i samråd med den anställde. Rehabiliteringsansvaret gäller oavsett om de anställdes sjukdom eller skada orsakats av arbetet eller inte. Det kan handla om anpassningar av arbetsuppgifter, arbetsplatsen eller arbetstider. En rehabiliteringsplan ska ange: i) de rehabiliteringsåtgärder som ska komma i fråga, ii) vem som har ansvaret för rehabiliteringsåtgärderna, iii) en tidsplan för rehabiliteringen och iv) de uppgifter i övrigt som behövs för att genomföra rehabiliteringen.

Kravet på en rehabiliteringsplan gäller om den anställde förväntas vara sjukskriven i minst 60 dagar. Planen ska tas fram senast dag 30 i sjukperioden. Bedömningen av hur länge den anställde förväntas vara sjukskriven görs genom samråd med den anställda eller utifrån läkarintyget. En plan behöver inte upprättas om den anställde i) förväntas kunna arbeta i samma omfattning som vanligt inom 60 dagar, ii) kommer att kunna arbeta igen utan några särskilda insatser, iii) hälsotillståndet gör att personen inte kommer kunna arbeta igen ens med rehabiliterande åtgärder eller iv) hälsotillståndet för tillfället innebär att personen inte kan delta i planeringen. Dessa skäl ska dokumenteras.

För att uppfylla rehabiliteringsansvaret kan en arbetsgivare ta hjälp av företagshälsovården. Enligt Försäkringskassan (2025h) anger 28 procent av de långtidssjukskrivna att de fått åtgärder via företagshälsovården. Åtgärderna kan omfatta såväl förebyggande insatser för en anställd som visar tecken på ohälsa som rehab-

iliteringsinsatser till en redan sjukskriven anställd för att underlätta en återgång till arbetet. För detta kan arbetsgivaren beviljas arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd från Försäkringskassan. För insatser som påbörjats från 2025 kan stödet som mest uppgå till 20 000 kr per anställd och år och sammanlagt 200 000 kr per arbetsgivare och år. Även bidrag till arbetshjälpmiddel kan beviljas.

ISF (2021) visar att arbetsgivares arbete med att upprätta rehabiliteringsplaner har brister. Studien visar att det visserligen är osäkert hur stor andel av alla arbetsgivare som upprättar en plan, men finner att det i endast 5 procent av de 330 000 sjukfallsärenden som studerades fanns en rehabiliteringsplan registrerad hos Försäkringskassan. Planerna upprättades dessutom ofta för sent och varierade i kvalitet. Studien visar också att Försäkringskassan brister i sitt tillsynsansvar och rapporterar få arbetsgivare till Arbetsmiljöverket. Sedan dess har situationen förbättrats, men 2025 var det fortfarande enbart i cirka 40 procent av fallen som en rehabiliteringsplan fanns registrerad hos Försäkringskassan (Försäkringskassan 2025g).

Det bör noteras att Försäkringskassan ska samordna och utöva tillsyn över de insatser som behövs för rehabiliteringen (det så kallade samordningsansvaret). Relevant att nämna är också Lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (Finsam), vilken gör det möjligt för Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, regioner och kommuner att samverka för att stödja personer som behöver samordnad rehabilitering. ISF (2024b) visar att samverkan har positiva effekter på individens arbetsmarknadssituation. Riksrevisionen visar dock att samordningen ofta brister i effektivitet, där arbetssökande med funktionsnedsättning inte alltid ges ändamålsenligt stöd och ibland faller mellan stolarna (Riksrevisionen 2025).⁹¹ Här kan också nämnas projektet Momentum som är ett treårigt projekt som samlar offentliga och privata aktörer kring hur ett mer hälsosamt och hållbart arbetsliv kan skapas. Projektet arrangerar diskussioner, workshops och seminarier för att sprida praktiska verktyg och framgångsrika metoder.⁹²

⁹¹ ISF (2023), ISF (2024b) och ISF (2025) diskuterar resultat från samordningsförbundens verksamhet.

⁹² Se <https://www.forsakringskassan.se/arbetsgivare/att-forebygga-sjukfranvaro/tillsammans-for-ett-hallbart-arbetsliv>.

Företagshälsovård

Som redan nämnts kan arbetsgivare ta hjälp av företagshälsovården i arbetet med att uppfylla sitt tillgänglighets- och rehabiliteringsansvar. Det finns inget generellt lagkrav som innebär att alla arbetsgivare måste erbjuda företagshälsovård till sina anställda. Enligt arbetsmiljölagen är dock arbetsgivare skyldiga att se till att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå (3 kap. 2c §). Enligt Arbetsmiljöverket (2023) ska arbetsgivaren ta hjälp av företagshälsovård, eller motsvarande expertis, om det inte finns tillräcklig kompetens inom den egna organisationen för det systematiska arbetsmiljöarbetet, eller arbetet med arbetsanpassning och rehabilitering. När företagshälsovård, eller motsvarande expertis anlitas, ska den ha tillräcklig omfattning, kompetens och resurser för detta arbete.

Mouazzen (2025) visar att endast en tredjedel av alla anställda har tillgång till en väl fungerande företagshälsovård. Cirka fyra av tio saknar helt företagshälsovård och hälften av dessa är anställda i mindre företag, där personer med funktionsnedsättning ofta är anställda (se nedan).

Generellt ansvar för en god arbetsmiljö

Betydelsen av en god arbetsmiljö för arbetstagarnas hälsa och produktivitet diskuteras bland annat i SKR (2025), Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2025) samt SOU (2025a). Genom att investera i en bättre arbetsmiljö kan arbetsrelaterade sjukdomar och kostnader för sjukfrånvaro minska, vilket gynnar såväl individerna som samhället i stort. Arbetsmiljölagen och dess föreskrifter innehåller krav på arbetsgivare att bedriva ett Systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM). Reglerna anger att arbetsgivaren systematiskt ska undersöka, bedöma risker, åtgärda och följa upp hela arbetsmiljön (fysisk, organisatorisk och social) för att förebygga olyckor och ohälsa. Arbetsgivare ska också inom ramen för SAM arbeta med Organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA) som fokuserar specifikt på hur arbetets organisation, ledarskap, sociala relationer och kränkande särbehandling påverkar de anställdas hälsa. Det är av yttersta vikt att arbetsgivare uppfyller såväl sitt ansvar för en god arbetsmiljö i stort som kraven på tillgänglighet, anpassning och

rehabilitering. En god arbetsmiljö gynnar alla anställda, men kan vara särskilt viktig för personer med funktionsnedsättning.

9.1.3 Arbetsmarknadspolitiska åtgärder

Det finns ett flertal arbetsmarknadspolitiska åtgärder som är relevanta för personer med funktionsnedsättning. Nedan beskrivs kortfattat de vanligaste formerna, vilka inkluderar både åtgärder speciellt riktade till personer med funktionsnedsättning och generella åtgärder som kan vara viktiga för dessa personer.

Subventionerade anställningar

I detta avsnitt beskriver vi fem typer av subventionerad anställning. De tre första (lönebidrag, jobb inom Samhall och skyddat arbete hos en offentlig arbetsgivare) är speciellt riktade till personer med funktionsnedsättning, medan de två sista (nystartsjobb och etableringsjobb) är generella insatser.

Lönebidrag

Lönebidrag är ett ekonomiskt bidrag till en arbetsgivares lönekostnader när arbetsgivaren anställer någon med en funktionsnedsättning. Det är en kompensation för nedsatt arbetsförmåga på grund av funktionsnedsättningen. Det finns tre former av lönebidrag: i) lönebidrag för utveckling i anställning (för att en person ska pröva på ett yrke eller kunna gå en utbildning under max två år), ii) lönebidrag för anställning (för att anpassa arbete och arbetsplats för en anställd under max åtta år) och iii) lönebidrag för trygghet i anställning (långvarigt stöd för att en anställd ska kunna behålla sitt jobb). Nivån på lönebidraget påverkas av lönekostnaden och arbetsförmågan hos den som anställs. Arbetsförmedlingen och arbetsgivaren gör tillsammans en bedömning av personens arbetsförmåga. Bidrag kan ges för den del av lönekostnaden som inte är högre än en bruttolön på 20 000 kr per månad för heltid. Arbetsgivaren kan också få ett utvecklingsbidrag för kostnader upp till 5 000 kr per månad. Det första beslutet om lönebidrag är vanligen högst ett år, men om den anställde har fortsatt behov av anpassning kan beslut tas om ytterligare perioder med bidrag. Den anställda ska

erhålla en lön som minst motsvarar den lägsta lönen enligt gällande kollektivavtal (eller som är likvärdig med ett kollektivavtal i branschen).

I början av 2025 fick 24 328 personer lönebidrag för anställning, 8 185 lönebidrag för utveckling i anställning (varav 1 769 för anställning hos Samhall) och 25 999 lönebidrag för trygghet i anställning (Arbetsförmedlingen 2025b). Antalet som får lönebidrag har minskat över tid, vilket illustreras i figur 9.1 nedan.

Jobb inom Samhall

Ett jobb inom Samhall kan ses som en fullt subventionerad anställning. Samhall är ett svenskt statsägt företag vars uppdrag är att skapa meningsfulla och utvecklande arbeten för personer med funktionsnedsättning. Arbetsförmedlingen anvisar medarbetare till Samhall och villkoren för att jobba hos Samhall är att en person har en funktionsnedsättning som påverkar arbetsförmågan negativt samt har ett behov av ett skyddat eller anpassat arbete. Arbetsförmågan ska vara så nedsatt att personen har svårt att få ett annat arbete och möjligheterna att få stöd med andra åtgärder ska först ha prövats. En anställning vid Samhall kan antingen vara i form av ett skyddat arbete eller lönebidrag för utveckling i anställning (se ovan). Målet med ett jobb inom Samhall är att den anställde ska utveckla sin arbetsförmåga och yrkeskompetens för att på sikt kunna få ett arbete hos en annan arbetsgivare. Den som är anställd hos Samhall får lön enligt kollektivavtal.

Vid slutet av 2024 uppgick antalet anställda vid Samhall till 23 059, varav 20 570 i form av skyddat arbete, 1 803 i form av lönebidrag för utveckling i anställning och 686 personer som arbetspraktik. Under 2024 fick 1 294 av Samhalls anställda ett nytt jobb utanför Samhall (Samhall 2025).

Skyddat arbete hos en offentlig arbetsgivare

Ett skyddat arbete hos en offentlig arbetsgivare är ett tidsbegränsat jobb som är anpassat efter förutsättningarna hos en person med funktionsnedsättning. Målet är att deltagaren ska utveckla sin arbetsförmåga och därmed förbättra möjligheterna till ett jobb.

Kriterierna för att få denna insats är: i) personen har en kognitiv funktionsnedsättning eller har nedsatt arbetsförmåga på grund av missbruks- eller beroendeproblem, ii) personen har rätt till stöd

enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller iii) personen har inte jobbat tidigare eller har varit borta från arbetslivet under lång tid på grund av svår psykisk sjukdom.

En person kan ha skyddat arbete i upp till tolv månader, men perioden kan förlängas. Deltagaren ska ha lön enligt kollektivavtal. Arbetsgivaren får ett bidrag till lönen enligt samma regler som gäller för lönebidrag.

I början av 2025 hade knappt 1 400 personer ett skyddat arbete hos en offentlig arbetsgivare (Arbetsförmedlingen 2025b).

Nystartsjobb

Även de generella stöden för långtidsarbetslösa, som nystartsjobb, kan användas för personer med funktionsnedsättning. Nystartsjobb innebär att arbetsgivare får ekonomisk ersättning motsvarande arbetsgivaravgiften för att anställa personer som varit borta från arbetslivet en längre tid, inklusive personer med en funktionsnedsättning. Åtgärden minskar arbetsgivarens lönekostnader och underlättar återinträdet på arbetsmarknaden.⁹³ En skillnad mellan denna subvention och övriga anställningsstöd är att nystartsjobb är en rättighet för de som uppfyller villkoren för stödet och alltså inte kräver ett beslut av Arbetsförmedlingen.

I början av 2025 hade drygt 1 500 personer med en funktionsnedsättning ett nystartsjobb.⁹⁴

Etableringsjobb

De nyligen introducerade etableringsjobben är primärt avsedda för nyanlända invandrare, men kan även användas för personer med funktionsnedsättning. De riktar sig till personer som har varit arbetslösa eller deltagit i ett arbetsmarknadspolitiskt program på heltid under minst 24 av de 27 månaderna närmast före ansökningsdagen. De centrala kollektivavtalen för etableringsjobb styr inom vilka yrken det är möjligt att anställa en person med ett etableringsjobb. Vi årsskiftet 2024/25 fanns det 111 branschavtal. Etableringsjobb beslutas av Arbetsförmedlingen, men liknar på många sätt nystartsjobben, förutom att subventionsgraden är högre då arbetsgivaren enbart betalar 7 999 kr per månad (2025) och

⁹³ Vid en avtalsenlig lön om 24 500 kr/mån och en arbetsgivaravgift om 31,42 procent så är subventionsgraden 20 procent för en person som deltar i jobb- och utvecklingsgarantin.

⁹⁴ Enligt Arbetsförmedlingens klassificering av personer med funktionsnedsättning. Motsvarar runt 8,6 procent av alla personer med ett nystartsjobb (Arbetsförmedlingen 2025b).

Försäkringskassan resten. Den högsta möjliga inkomsten (lön och ersättning) för ett etableringsjobb är 24 447 kr i månaden (2025), vilket innebär att inkomsten för ett etableringsjobb inom vissa avtalsområden är lägre än avtalsenlig lägsta lön enligt ordinarie kollektivavtal.⁹⁵ I sin nuvarande form är huvudregeln att etableringsjobb maximalt får innehåsa i två år och ska sedan övergå till en tillsvidareanställning på heltid hos arbetsgivaren.

I början av 2025 hade enbart 34 personer ett etableringsjobb och även i dagsläget är antalet under 100 personer (Arbetsförmedlingen 2025b). Om det inte visar sig möjligt att få upp omfattningen av etableringsjobben inom en snar framtid bör det nog övervägas om det omfattande arbetet med över 100 branschavtal på plats kan användas på något annat sätt, till exempel för provanställningar eller praktikplatser.

Stöd till individer och arbetsgivare

Här beskriver vi arbetslivsinriktade åtgärder som syftar till att matcha och anpassa en arbetsplats och en person till varandra. Inledningsvis får personen stöd och vägledning för att hitta ett arbete, men senare fungerar insatserna som ett stöd för såväl individ som arbetsgivare för en hållbar anställning. Arbetsstättet, ofta benämnt som "Supported Employment", växte fram i vård- och stödsystemet i USA under 1980-talet, specifikt inriktat på personer med intellektuell funktionsnedsättning. I början av 1990-talet väcktes intresset för metoden i Sverige och den används nu inom flera verksamheter.

Särskild stödperson för introduktions- och uppföljningsstöd (SIUS)

SIUS är ett stöd till arbetssökande med nedsatt arbetsförmåga på grund av en funktionsnedsättning och ges inom Arbetsförmedlingens verksamhet. Insatsen kan vara aktuell om en arbetssökande har behov av stöd för att finna, få, behålla eller återgå till ett arbete. Den ges av en arbetsförmedlare (SIUS-konsulent) med särskild kompetens i introduktionsmetodik. SIUS-konsulentens roll är ofta att finnas tillgänglig för arbetssökande och

⁹⁵ Enligt ett liknande exempel som det tidigare, dvs. vid en lön om 24 447 kr/mån och en arbetsgivaravgift om 31,42 procent, så är subventionsgraden cirka 70 procent.

arbetsgivare, men det kan också innebära att arbeta bredvid den arbetssökande under en tid.

Kriterierna för att beviljas SIUS är att en arbetssökande har nedsatt arbetsförmåga till följd av en funktionsnedsättning och ett behov av att av ett anpassat sätt introduceras i arbetsuppgifter.

Stöd av SIUS varierar utifrån behov och planeras i samverkan mellan Arbetsförmedlingen och arbetsgivaren. Introduktionsstöd får pågå i max sex månader och stödet är vanligen intensivast under de första dagarna för att därefter successivt trappas ned. Uppföljningsstöd pågår under minst tolv månader. Arbetsgivaren erhåller ingen ersättning, men SIUS-konsulentens insatser är kostnadsfria för arbetsgivaren.

Under 2024 deltog i genomsnitt 15 200 personer per månad i SIUS (Regeringen 2025). Denna andel har ökat under de senaste åren, vilket illustreras i figur 9.1 nedan.

Det kan också nämnas att SIUS-konsulenter är viktiga inom Samstart. Samstart är ett projekt med målet att öka möjligheterna för unga med funktionsnedsättning att få en bra övergång från skola till arbetsliv. Modellen bygger på ett kontinuerligt individualiserat stöd. Projektet, som drivs av Arbetsförmedlingen, var initialt ett pilotprojekt under åren 2019–23 i 16 kommuner, för att under åren 2023–25 utökas till runt 140 kommuner. Sedan början av 2025 införs modellen successivt i hela landet.⁹⁶ De elever som under sin skoltid har blivit identifierade och inskrivna i Samstart kan fortsätta i projektet även efter att de slutat skolan. Det innebär att de kan vara kvar i projektet även om de når anställning. Nyckelpersonen för denna sammanhållna process är SIUS-konsulenten som ska vara densamma över tiden från skola till arbetsliv.

Upphandlat ”Supported Employment”-liknande stöd inom LSS/SoL (IPS)

”Supported Employment”-liknande insatser utförda av andra aktörer upphandlas även via lagen om valfrihetssystem (LOV) och lagen om offentlig upphandling (LOU) inom ramen för lagen för stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL). I detta fall är det oftast metoden IPS (Individanpassat stöd till arbete) som används, vilken är utvecklad speciellt för personer med psykisk funktionsnedsättning. Grundtanken i denna

⁹⁶ Se Arbetsförmedlingen (2023).

metodik är placera och lära sig/utföra arbetet på arbetsplatsen istället för att först rusta individen med utbildning och arbetsträning. I insatsen ingår därför inte en bedömning av arbetsförmåga, utan istället betonas vikten av att snabbt hitta ett arbete som tar vara på personens motivation och intressen. En särskild stödperson med specifik utbildning i IPS-metoden stödjer och vägleder individen i att hitta och behålla ett arbete. Exempelvis bedriver Stockholms stad denna typ av verksamhet inom IWork. Andra exempel på organisationer som bedriver sådan verksamhet är Activa, Conexi, Iris, Matchedin och MISA.

Steg till arbete

Steg till arbete är en relativt ny upphandlad tjänst inom arbetslivsinriktad rehabilitering, riktad till personer med en funktionsnedsättning eller ohälsa som behöver stöd för att komma närmare arbetsmarknaden. Tjänsten består av fyra delar: kartläggning, planering av insatser, stärka och utveckla (rusta) samt hitta arbete (matcha). Insatsen innehåller därmed fler inslag än den mer förekommande Rusta/Matcha, men är mindre omfattande än SIUS. Steg till arbete kan pågå i upp till 13 månader. Steg till arbete är ett arbetsmarknadspolitiskt program och deltagaren får aktivitetsstöd från Försäkringskassan (Försäkringskassan 2025h).⁹⁷ Åtgärden har kritiserats för bristande effektivitet och missförhållanden (Regeringens skrivelse 2025). För närvarande diskuteras åtgärdens framtid.

Under år 2024 deltog 14 721 personer i Steg till arbete (Arbetsförmedlingen 2025a).

Personligt biträde

Bidrag för ett personligt biträde är avsett att underlätta för personer med funktionsnedsättning att få och behålla ett arbete. Det innebär att arbetsgivaren kan få ekonomiskt stöd för att avsätta tid för en medarbetare som hjälper den anställde med återkommande arbetsuppgifter eller arbetssituationer som personen inte klarar av på egen hand, men personligt biträde kan också vara en professionell arbetskonsulent, exempelvis hos företag som MISA eller Iris.

⁹⁷ Åtgärden ersätter insatsen Introduktion till arbete.

Bidraget kan uppgå till högst 60 000 kr per år, och för egenföretagare med stora kommunikationssvårigheter upp till 120 000 kr per år. Det finns ingen tidsgräns för bidragets varaktighet.

Under 2024 hade i genomsnitt 4 000 personer per månad ett personligt biträde på arbetsplatsen (Regeringen 2025). Antalet har minskat över tid, vilket framgår av figur 9.1 nedan.

Andra arbetsintroducerande åtgärder

För personer som ännu inte är fullt redo för ett reguljärt arbete finns några arbetsintroducerande åtgärder: arbetspraktik, arbetsträning (som återfinns inom jobb- och utvecklingsgarantin dvs. ett arbetsmarknadspolitiskt program) samt arbetsintegrerande övningsplatser. En person som vill pröva på ett jobb kan få hjälp med arbetspraktik. I samband med praktiken på arbetsplatsen kan arbetsförmedlaren se över behoven av anpassning. Arbetsträning bedrivs ofta hos ideburna organisationer, till exempel medlemsföretagen hos Skoopi och Fremia. Därutöver finns även yrkesintroduktion för personer med synnedsättning och yrkesintroduktion för teckenspråkiga.

Det finns även en tämligen omfattande verksamhet som bedrivs av kommuner med syfte att aktivera och stödja personer med funktionsnedsättning.

Andra stödjande åtgärder

Det finns två andra insatser riktade till personer med funktionsnedsättning som bör nämnas: bidrag till hjälpmedel på arbetsplatsen, som diskuterades ovan, för att kompensera för nedsättningen av arbetsförmågan och underlätta för personen att få eller behålla en anställning, delta i ett arbetsmarknadspolitiskt program eller delta i skolans arbetslivsorientering (normalt högst 100 000 kr per år) samt bidrag till litteratur och tolk för personer med syn- eller hörselnedsättning (kostnader för teckenspråkstolkning, skrivtolkning, tecken som stödtolkning, dövblindtolkning och inläsning på ljudmedier och högst 150 000 kr per år).

9.1.4 Diskriminering

Funktionsnedsättning är en av de sju diskrimineringsgrunderna i diskrimineringslagen, vilket innebär att diskriminering på denna grund är förbjuden inom arbetsliv, utbildning, hälso- och sjukvård, varor, tjänster och flera andra samhällsområden. En arbetsgivare får således inte utsätta en anställd eller arbetssökande med funktionsnedsättning för diskriminering.

I diskrimineringslagen definieras en funktionsnedsättning som varaktiga fysiska, psykiska eller begåvningsmässiga begränsningar av en persons funktionsförmåga. Det kan vara till följd av en skada eller en sjukdom som fanns vid födseln, har uppstått därefter eller kan förväntas uppstå. Tillfälliga begränsningar av en persons funktionsförmåga är dock inte en funktionsnedsättning i diskrimineringslagens mening.

Bristande tillgänglighet kan också vara diskriminering om en arbetsgivare inte genomför skäliga åtgärder för att en person med funktionsnedsättning ska kunna få tillgång till eller delta i verksamheten. Vad som är skäligt bedöms bland annat utifrån andra lagar för tillgänglighet och hur den enskilda situationen ser ut. Det innebär att en person med en funktionsnedsättning ska kunna få ta del av den aktuella verksamheten, men att det inte alltid behöver ske på exakt samma sätt som är möjligt för en person utan en funktionsnedsättning. Skillnaderna får dock inte vara större än vad som är sakligt påkallat. Bedömningen av detta ska göras utifrån till exempel vilka praktiska och ekonomiska förutsättningar en verksamhet har samt hur långvarig och omfattande relationen mellan den enskilde och verksamheten är.⁹⁸

År 2024 inkom 2 117 anmälningar till DO om diskriminering som har samband med funktionsnedsättning, vilket utgör nästan hälften av alla anmälningar. Av de anmälningar som gällde arbetslivet var motsvarande andel runt 34 procent. Antalet anmälningar har ökat över tid. Det finns ingen statistik om vad som hänt med dessa anmälningar, men generellt faller få arbetsgivare för diskriminering (DO 2025).

Enligt diskrimineringslagen ska dessutom alla arbetsgivare arbeta med aktiva åtgärder. Det innebär bland annat att de ska genomföra ett systematiskt arbete för att motverka diskriminering och verka för

⁹⁸ Även i detta fall vore det önskvärt med en precisering av "skäligt" innebär.

lika rättigheter och möjligheter i sina verksamheter. Detta ska ske genom att kartlägga, analysera, åtgärda och följa upp risker för diskriminering. Aktiva åtgärder diskuteras mer utförligt nedan.

Även införandet av EU:s direktiv för företagens hållbarhetsrapportering (CSRD) ställer krav på arbetsgivare. Denna rapportering gäller för större företag från och med räkenskapsåret 2025. Övriga företag kommer sedan gradvis att inkluderas.⁹⁹

Arbetsgivare har således både ett ansvar att genomföra förebyggande åtgärder (enligt diskrimineringslagens krav på aktiva åtgärder) och anpassningsåtgärder när sådana behov uppstår på arbetsplatsen (enligt tillgänglighetsansvaret i arbetsmiljölagstiftningen).

9.2 Diskussion av dagens regelverk och åtgärder

I detta avsnitt diskuterar vi vad aktuella forsknings- och myndighetsrapporter säger om effekterna av dagens regelverk och åtgärder. Mycket talar för att en av de viktigaste faktorerna för att förbättra dagens situation för personer med funktionsnedsättning är en inkluderande arbetsmiljö som är öppen för flexibilitet och anpassningar. Mycket av den existerande forskningen fokuserar dock på individinriktade åtgärder snarare än åtgärder för att förbättra och anpassa arbetsmiljön, vilket också återspeglas i diskussionen i detta avsnitt. Nedan diskuterar vi åtgärder som syftar till att minska arbetsgivares osäkerhet att anställa personer vars arbetsförmåga de uppfattar som osäker (t.ex. SIUS/IPS-liknande åtgärder), minska arbetsgivares kostnader att anställa personer med funktionsnedsättning (t.ex. lönebidrag och andra anställningsstöd) samt åtgärder som syftar till att förändra arbetsgivares attityder till personer med funktionsnedsättning (t.ex. informationskampanjer), samt initiativ av privata företag, intresseorganisationer och andra delar av civilsamhället för att stödja vägen till arbete för personer med funktionsnedsättning.

⁹⁹ Sedan räkenskapsåret 2008 har statligt ägda bolag varit tvungna att ha en hållbarhetsredovisning enligt GRI:s (Global Reporting Initiative) riktlinjer.

9.2.1 Åtgärder för att minska arbetsgivares osäkerhet vid anställningar

En viktig faktor som kan minska arbetsgivares vilja att anställa personer med funktionsnedsättning är om de upplever det som svårt att bedöma dessa personers arbetsförmåga. Två sätt att minska sådan osäkerhet är dels åtgärder som innebär stöd till både arbetsgivare och individ i samband med en anställning, dels att någon annan än arbetsgivaren initialt tar arbetsgivaransvaret.

Stöd till arbetsgivare och individ vid anställning

Många arbetsgivare uttrycker en osäkerhet vid nyanställningar om den arbetssökandes arbetsförmåga och därmed om den arbetssökande kan förväntas fungera i sin roll på arbetsplatsen. Osäkerheten kring att anställa en person med en funktionsnedsättning skulle kunna minska om en stödperson med god insikt om hur anpassningen mellan arbetsuppgifter och arbetstagare kan gå till finns tillgänglig på arbetsplatsen efter en anställning. Stödpersonen kan ha en omfattande roll inledningsvis, men kan därefter gradvis få en mer stöttande roll. Det är dock viktigt att stödet finns kvar så länge det finns ett behov. Stödet på arbetsplatsen kan till exempel vara i form av en arbeidskonsulent (t.ex. SIUS/IPS) eller ett personligt biträde. Valet av typ av stödperson kan göras utifrån vad som passar situationen bäst. Stödet kan ges antingen direkt av Arbetsförmedlingen eller genom samverkan med privata företag, intresseorganisationer eller andra delar av civilsamhället (t.ex. genom upphandling av tjänster). Även företagshälsovården kan ha en viktig roll här (se diskussionen i Myndigheten för arbetsmiljö-kunskap (2024)). Användandet av en sådan åtgärd kan ta bort en betydande del av osäkerheten om hur arbetsplatsen bäst introducerar den nyanställda till verksamheten, förenkla kontakter med myndigheter och förändra arbetsgivares attityder till att anställa personer med funktionsnedsättning i en positiv riktning.

Denna lösning ska inte bara ses som ett stöd till personer med en funktionsnedsättning att få ett arbete utan lika mycket som ett stöd till arbetsgivaren för att fullt ut ta tillvara på den nyanställdes kompetens genom att anpassa arbetsmiljön. Om en arbetsgivare upplever att den första rekryteringen av en person med funktions-

nedsättning som lyckad genom ett sådant stöd bör det leda till en ökad vilja att anställa fler personer i denna grupp.

Flera studier visar att ett utvecklat individuellt stöd i anställningsprocessen, som SIUS/IPS, kan ha stora positiva effekter på sysselsättningen för personer med psykisk funktionsnedsättning. IPS-metoden har studerats ingående med randomiserade kontroll-experiment. Ett vanligt resultat i dessa studier är att efter en uppföljningsperiod om cirka 18 månader har sysselsättningen fördubblats för gruppen som erhållit förstärkt stöd, jämfört med en kontrollgrupp som får traditionellt stöd (Brinchmann m.fl. 2020; Drake och Bond 2023; Marshall m.fl. 2014; Poutanen m.fl. 2024). Dessa studier visar också att effekten av IPS för personer med en psykisk funktionsnedsättning är liknande i olika länder, trots skillnader i välfärdssystem och arbetsmarknad. I en metastudie av Brinchmann m.fl. (2020) är andelen som erhållit ett arbete med IPS 55 procent jämfört med 20 procent i kontrollgruppen.

För svenskt vidkommande är det värt att nämna Bejerholm m.fl. (2015) och Fogelgren m.fl. (2023).¹⁰⁰ I Bejerholm m.fl. (2015) fick slumpmässigt utvalda individer IPS-stöd, medan kontrollgruppen fick ordinarie åtgärder. Efter 18 månader hade 46 procent i IPS-gruppen en anställning, medan enbart 11 procent i kontrollgruppen hade en anställning. Fogelgren m.fl. (2023) studerar Arbetsförmedlingens SIUS-metodik och inkluderar fler typer av psykisk funktionsnedsättning än Bejerholm m.fl. (2015). De finner att sysselsättningsgraden är cirka 50 procent högre för gruppen som fick extra stöd av en SIUS-konsulent (32 jämfört med 22 procent i sysselsättningsgrad).¹⁰¹ Internationellt har flera studier använt IPS-metodiken även för personer med fysisk funktionsnedsättning, till exempel ryggmärgsskador, och även här funnit kraftiga positiva effekter på sysselsättningen.¹⁰²

IPS-metodiken kräver betydligt mer resurser än traditionella metoder och har därför högre kostnader. Det är därför viktigt att göra en kostnadsintäktsanalys. Studien av Fogelgren m.fl. (2023) har enbart 18 månaders uppföljning och skulle således behöva en längre uppföljningshorisont. Med rimliga antaganden om framtiden så

¹⁰⁰ Se även Gustafsson (2014) för en observationsstudie.

¹⁰¹ De nämner att en förklaring till den lägre effektstorleken jämfört med IPS kan bero på att inte alla moment som IPS använder inkluderades.

¹⁰² Se t.ex. Whitworth m.fl. (2024). Det bör dock nämnas att dessa studier inte baseras på randomiserade experiment.

finner de dock att metodens intäkter överväger dess kostnader jämfört med ordinarie verksamhet. Detta trots att effekten är lägre än den som visats i internationella studier. Viktigt att notera är att beräkningarna i studien är rent monetära och inte inkluderar effekter på individens välbefinnande. Även Hultkrantz (2016) finner att ett införande av individuellt stöd kan vara samhällsekonomiskt lönsamt. I en intervention för personer som tagit examen från den anpassade gymnasieskolan ökade sysselsättningen med 25 procent för dem som erhållit individuellt stöd till arbete, och intäkterna från att gå från daglig verksamhet till lönebidrag översteg kostnaderna för de extra insatserna. IPS-metoden är accepterad av Socialstyrelsen och ingår i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende samt i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid adhd och autism.

Antalet personer som deltar i SIUS och liknande individanpassade stödåtgärder har visserligen ökat på senare tid (se figur 9.1 nedan), men det är fortfarande få personer med funktionsnedsättning som deltar. Detta framstår som förvånande givet de goda resultaten i utvärderingsstudierna.

Arbetsgivaransvaret

Ett annat sätt att minska arbetsgivares osäkerhet vid anställningar är att anpassa vem som har arbetsgivaransvaret och/eller anställningsformen.

En lösning är att samhället tar över arbetsgivaransvaret under en begränsad tidsperiod efter anställningen, speciellt för långtidsarbetslösa. I studien av Calmfors m.fl. (2017) anger 20 procent av företagen som aldrig använt anställningsstöd att de skulle bli mer benägna att göra det om Arbetsförmedlingen tog över arbetsgivaransvaret.¹⁰³ Det förefaller därmed rimligt att överväga om någon annan än arbetsgivaren kan ta det initiala arbetsgivaransvaret vid nyanställningar av personer med funktionsnedsättning som medför en nedsatt arbetsförmåga. Det kan till exempel vara Arbetsförmed-

¹⁰³ Även Behrenz m.fl. (2015) diskuterar detta.

lingen, någon annan statlig myndighet eller en kommun.¹⁰⁴ Det är dock viktigt att detta bara gäller under en begränsad period för att inte skapa inläsningseffekter eller oklara och/eller osäkra anställningsförhållanden.

En annan möjlighet är att inleda anställningen med en längre provanställning. I Behrenz m.fl. (2015) anger hälften av arbetsgivarna att en provanställning, i kombination med en lönesubvention, skulle kunna få dem att anställa en långtidsarbetslös eller nyanländ person. Det kan därmed vara rimligt att överväga om de befintliga anställningsstöden i ökad grad kan modifieras så att de inkluderar en längre provanställningsperiod. Detta måste dock vägas mot den anställdes behov av skydd mot omotiverade uppsägningar.

9.2.2 Anställningsstöd

Anställningsstöd för att öka arbetsgivares vilja att anställa arbetslösa är något som har använts under lång tid i svensk arbetsmarknadspolitik. Generella anställningsstöd har använts för personer med svag ställning på arbetsmarknaden, oftast för långtidsarbetslösa (t.ex. nystartsjobb som är stöd under en begränsad period), medan specifika anställningsstöd har använts för personer med funktionsnedsättning (t.ex. lönebidrag och jobb hos Samhall som oftast är mer långsiktiga stöd).

Väl riktade anställningsstöd har visat sig ha stora positiva effekter för deltagarna samtidigt som de endast ger upphov till begränsade undanträngningseffekter om de riktas till grupper med svag ställning på arbetsmarknaden (se t.ex. Calmfors m.fl. 2002; Card m.fl. 2018; Forslund 2018). För åtgärder riktade mot personer med funktionsnedsättning finner till exempel Eliason och Angelov (2014) stora positiva effekter i termer av högre förvärvsinkomst, disponibel inkomst och sysselsättning. Trots detta verkar arbetsgivare vara tveksamma till att använda sådana stöd. Ett flertal enkätstudier analyserar arbetsgivares attityder till anställningsstöd (se t.ex. Behrenz m.fl. 2015; Calmfors m.fl. 2017; Knutsson och Persson 2001; Statskontoret 2011). Studierna visar att många arbetsgivare inte känner till möjligheterna att anställa med stöd, upplever stöden

¹⁰⁴ I Arbetsmarknadsdepartementet (2015) föreslås en så kallad matchningsanställning, där en upphandlad matchningsaktör anställer långtidsarbetslösa som anvisats till dem av Arbetsförmedlingen och sedan hyr ut dessa personer till kundföretag under max 24 månader.

som krångliga samt tror att de som är berättigade till stöden saknar efterfrågad kompetens.

Lönebidrag

Gustafsson (2014) intervjuar arbetsgivare om hur de ser på det vanligaste stödet till personer med en funktionsnedsättning, lönebidraget.¹⁰⁵ Vanliga branscher var industri, handel och olika servicenäringar och de som anställdes fungerade oftast som ett komplement till övriga anställda, till exempel som assistenter. Anpassningarna på arbetsplatsen var också nästan uteslutande i form av minskat arbetstempo eller arbetstid. Eftersom jobben var av enklare karaktär såg de flesta av arbetsgivarna inte utveckling och karriär som möjlig på arbetsplatsen. Det framgick också att arbetsgivarna såg lönebidraget som en kompensation för en lägre arbetsförmåga och att i avsaknad av lönebidrag hade anställningen inte ägt rum. Gustafsson (2014) intervjuar även personer som är anställda med lönebidrag om hur de ser på sina jobb.¹⁰⁶ Många uttrycker att arbetet visserligen ger en social roll, men inte alltid överensstämmelse med deras egna önskemål. De som har en god och öppen kommunikation om sin funktionsnedsättning och vad den innebär med sin chef och andra anställda, samt erhåller stöd och anpassningar på arbetsplatsen, rapporterar dock en god trivsel. Detta visar hur viktig matchningen är för såväl den anställde som arbetsgivaren.

För att anställningsstöd ska fungera måste stödets utformning, vad gäller till exempel varaktighet, nivå och övriga villkor, vara väl genomtänkta. En aspekt på detta är att det är viktigt att den subventionerade anställningen tillåts vara stabil över tid (dvs. varaktig tills vidare, eller åtminstone en längre tid, men med en god uppföljning), vilket är speciellt viktigt om den anställdes arbetsförmåga inte kan förbättras trots anpassningar på arbetsplatsen. Om stöden är hårt tidsbegränsade är det troligt att arbetsgivares vilja att använda dem minskar avsevärt.

En annan viktig aspekt är att personer med en funktionsnedsättning har en varierande grad av nedsatt arbetsförmåga och att

¹⁰⁵ Se även Gustafsson m.fl. (2014).

¹⁰⁶ Se även Gustafsson m.fl. (2018).

anställningsstödet bör avspegla detta. Ett lågt tak för lönebidraget medför att arbetsgivare för många anställningar inte får full kompensation för nedsättningen i arbetsförmåga. Det medför att lönebidraget enbart blir attraktivt för enklare typer av jobb, vilket beskrivs i Gustafsson (2014). För att arbetsgivare ska se lönebidrag som användbart för jobb med mer kvalificerade arbetsuppgifter måste bidraget vara tillräckligt generöst för att kompensera arbetsgivaren för den lägre arbetsförmågan även vid högre lönenivåer. Detta är en förutsättning för att möjliggöra både ökad sysselsättning och utveckling och karriärmöjligheter på arbetsplatsen för de som anställs med stöd.

Lönebidragets subventionsgrad har blivit alltmer urholkad över tid.¹⁰⁷ Ett exempel illustrerar: den genomsnittlige personen med ett lönebidrag har en nedsatt arbetsförmåga om 68 procent och en bruttolön på 25 000 kr, vilket innebär att arbetsgivaren enbart får en kompensation strax över 50 procent.¹⁰⁸ Arbetsgivaren måste därför ha ett starkt icke-monetärt motiv för att anställa dessa personer. Denna problematik är troligen en viktig förklaring till nedgången av antalet personer som är anställda med lönebidrag (se figur 9.1 nedan). Det vore intressant att studera effekten av ett rejält ökat takbelopp för lönebidraget, till exempel till 35 000 kr från dagens 20 000 kr. En sådan ökning bör också synkroniseras med en mer precis bedömning av nedsättningen i arbetsförmågan. I våra samtal med olika företrädare för funktionshindersrörelsen framkommer det att nedsättningen idag ofta sätts utifrån att ge en rimlig kompensation givet att takbeloppet är lågt satt snarare än efter en bedömning av den verkliga nedsättningsgraden. Det medför också att diskussionen om vilken nedsättningsgrad lönebidraget ska baseras på fokuserar på att visa vad den anställde *inte* klarar av. Det bör betonas att ett mer generöst lönebidrag inte nödvändigtvis måste medföra en kraftig ökning i kostnaden för stödet. I ett system med ett högre tak för lönebidraget skulle bedömningen av arbetsförmågan kunna göras mer precist, vilket håller tillbaka kostnadsökningen. Ett potentiellt problem med ett mer generöst lönebidrag som måste beaktas är risken för missbruk och fusk, vilket kan minskas med en effektiv tillsyn av till exempel Arbetsförmedlingen.

¹⁰⁷ Denna problematik har lyfts fram i flera nyliga rapporter, se t.ex. Fremia (2023) och Svenskt Näringsliv (2024).

¹⁰⁸ Enligt en debattartikel i Svenska Dagbladet den 14 september 2024 skriven av ordföranden för Skoopi (de arbetsintegrerande sociala företagens intresseorganisation).

Andra typer av subventionerad anställning

En annan typ av subventionerad anställning som skulle kunna användas mer även för personer med en funktionsnedsättning är etableringsjobben. Här finns i dagsläget ett genomtänkt system med branschavtal och avsatta medel i statsbudgeten, men trots det används stödet i mycket ringa omfattning. De övriga typerna av subventionerade anställningar – jobb inom Samhall och skyddad anställning hos en offentlig arbetsgivare – är det dock mer tveksamt att öka omfattningen av. Inte minst givet den kritik som riktats mot Samhall (se t.ex. SOU (2025b)).

Förbättrad information om existerande stöd

Det kan vara så att arbetsgivare saknar kännedom om de stöd som finns, eller att de har felaktiga uppfattningar om stöden eller de personer som kan få stöden. Resultat från de studier som nämns ovan finner att dessa faktorer är viktiga. Runt var femte arbetsgivare uppger att de inte haft vetskap om stödets existens, och en lika stor andel att de inte velat använda stöden på grund av att de upplever stöden som krångliga att använda. Arbetsgivare som inte har använt subventioner tror i större utsträckning att kompetensen de söker inte finns bland personer som kan anställas med subventioner och att anställda med stöd skulle ha negativa effekter på arbetsplatsdynamiken. Det är dock viktigt att poängtera att merparten av intervjustudierna ovan inte berörde personer med funktionsnedsättning och de riktade stöden till dem. Dessa resultat antyder dock att informationskampanjer riktade till arbetsgivare skulle kunna vara en viktig åtgärd. Arbetsförmedlingen startade till exempel i september 2025 en ny kampanj – ”Få jobbet gjort!” – där målet är att öka arbetsgivares kunskap och förståelse för stöden (se även 9.2.4).

Flexibilitet som alternativ till anställningsstöd

Som tidigare nämnts kan anställningsstöd förväntas ha goda individeffekter och endast små undanträngningseffekter om stöden riktas mot grupper med en svag ställning på arbetsmarknaden och många arbetsgivare säger sig inte anställa utan dessa stöd. Detta

motiverar fortsatt användning av anställningsstöd för att förbättra arbetsmarknadssituationen för personer med funktionsnedsättning. Samtidigt har anställningsstöd, som lönebidrag, också potentiella negativa effekter: dels kan det uppstå fusk och missbruk av stöden, dels kan en alltför bred användning av stöden leda till en stigmatisering av de personer som erhåller stöd.

Det är därför relevant att ställa frågan om mer flexibla anställningsförhållanden kan ses som ett alternativ till anställningsstöd, åtminstone för en del av gruppen. Till exempel kan det argumenteras för att personer som enbart har ett behov av en anpassning av arbetstiden i normalfallet inte behöver en subventionerad anställning. I dessa fall kan det vara mer lämpligt med ett jobb på den reguljära arbetsmarknaden, men på deltid. Här är en tänkbar lösning att skapa möjligheter för flera personer att dela på en heltidstjänst. Det är också tänkbart att personer som har ett behov av anpassad arbetstid skulle kunna kombineras i team med andra personer med liknande behov av anpassningar. För dessa lösningar är det dock viktigt med samverkan med arbetsmarknadens parter, då till exempel alltför utbredd användning av deltidsarbete kan skapa andra problem.

Ett annat exempel på hur ökad flexibilitet kan användas är att arbetsgivare fortsätter ha en positiv inställning till distansarbete. Under pandemiåren blev distansarbete ett allmänt accepterat arbets sätt på många arbetsplatser, men nu pågår en diskussion om i vilken utsträckning distansarbete även fortsättningsvis ska accepteras. Rooth m.fl. (2025) visar att en ökad möjlighet till distansarbete sedan pandemiåren har haft en kraftigt positiv effekt på sysselsättningsgraden för personer med funktionsnedsättning i USA. Det talar för att en positiv inställning till flexibilitet, som till exempel distansarbete, kan underlätta för personer med funktionsnedsättning att få jobb utan anställningsstöd även i Sverige.

9.2.3 Var på arbetsmarknaden kan det finnas jobb för personer med funktionsnedsättning?

En intressant fråga är om det finns någon speciell del av arbetsmarknaden – till exempel sektor, storlek på arbetsstället eller yrke/bransch – där personer med funktionsnedsättning är över-

representerade. Är detta fallet kan det tala för att rikta åtgärder mot dessa delar av arbetsmarknaden.

I vilka sektorer jobbar personer med funktionsnedsättning?

Tabell 9.1 visar andelen (i procent) som är sysselsatta inom stat, region, kommun och privat sektor under 2024, för personer med funktionsnedsättning som medför en nedsatt arbetsförmåga samt för den övriga befolkningen (SCB 2025). Av tabellen framgår att andelen anställda i privat sektor är något högre bland personer med funktionsnedsättning jämfört med den övriga befolkningen (74,3 procent jämfört med 70,5 procent), medan andelen som är anställda i statlig sektor är betydligt lägre (2,5 procent jämfört med 6,3 procent). I övrigt är skillnaderna små.

För personer anställda med lönebidrag är andelen anställda i privata företag något högre. År 2022 var enligt Riksrevisionen (2023), 81 procent anställda i privata företag (64 procent) eller föreningar (17 procent), medan 19 procent var anställda inom offentlig sektor.

Tabell 9.1 Andel anställda i olika sektorer för personer med nedsatt arbetsförmåga, 2024

Sektor	Nedsatt arbetsförmåga	Övriga befolkningen
Stat	2,5	6,3
Region	5,5	5,3
Kommun	16,8	16,5
Privat	74,3	70,5

Not: Tabellen visar inom vilka olika sektorer personer med nedsatt arbetsförmåga arbetade 2024.

Källa: Tabell 13 i SCB (2025).

Dessa resultat visar att det inte är så att personer med funktionsnedsättning återfinns i en specifik sektor, vilket antyder att det inte finns en specifik sektor som i större utsträckning än andra erbjuder tillgängliga och inkluderande arbetsmöjligheter för personer med funktionsnedsättning.

Jobbar personer med funktionsnedsättning i små eller stora företag?

Tabell 9.2 visar andelen anställda inom privat sektor efter storlek på arbetsstället, för personer med funktionsnedsättning som medför en nedsatt arbetsförmåga samt för den övriga befolkningen. I detta fall använder vi data från vårt datamaterial för åren 2013–19 eftersom SCB (2025) inte innehåller information om arbetsställets storlek. I tabellen är det mest noterbara att personer med funktionsnedsättning i högre grad än den övriga befolkningen återfinns på arbetsställen med få anställda. Hälften av de med nedsatt arbetsförmåga jobbar i företag med 1–19 anställda jämfört med fyra av tio i den övriga befolkningen.

För personer med lönebidrag finns inte motsvarande data tillgängliga, men Riksrevisionen (2023) redovisar totalsiffror för flera typer av subventionerade anställningar. De visar att 2022 arbetade 51 procent i företag med 1–9 anställda och 26 procent i företag med 10–49 anställda. Även detta visar att personer med nedsatt arbetsförmåga ofta jobbar i mindre företag. Kanske finns det större tillgänglighetsbarriärer i stora företag eller större möjligheter till flexibilitet, anpassning och vilja att göra en samhällsinsats i mindre företag.

Tabell 9.2 Antal anställda i olika sektorer för personer med nedsatt arbetsförmåga, 2024

Företagsstorlek	Nedsatt arbetsförmåga	Övriga befolkningen
1–3	19,7	14,5
4–6	9,4	8,0
7–10	9,0	7,5
11–19	11,7	10,7
20–49	14,6	16,9
50–99-	8,5	10,1
100–499	12,1	15,0
500–	15,0	17,3

Not: Tabellen visar antalet anställda på de privata företag som personer med nedsatt arbetsförmåga arbetade inom 2019.

Källa: Egna beräkningar.

I vilka yrken jobbar personer med funktionsnedsättning?

Tabell 9.3 visar i vilka yrken personer med funktionsnedsättning som medför en nedsatt arbetsförmåga och den övriga befolkningen arbetade 2024 (yrkena är grupperade enligt SSYK; SCB 2025). Av tabellen framgår att personer med funktionsnedsättning är överrepresenterade i kategorierna service, omsorg och försäljning (27 procent jämfört med 18 procent) och enklare yrken (11 procent jämfört med 5 procent). Istället är de underrepresenterade i de tre första kategorierna, som omfattar yrken som vanligen kräver högskoleutbildning. Det är dock värt att notera att nästan en tredjedel av alla sysselsatta personer med funktionsnedsättning som medför en nedsatt arbetsförmåga återfinns i högkvalificerade yrken.

Hur bör resultaten tolkas?

Vad är implikationerna av de fördelningar vi har visat ovan vad gäller möjligheterna att öka sysselsättningen bland personer med funktionsnedsättning? Generellt visar resultaten att det inte verkar finnas någon speciell sektor, företagsstorlek eller yrke/bransch som passar avsevärt bättre än andra för personer med funktionsnedsättning. Dessa personer återfinns på hela arbetsmarknaden och i alla yrken. Det finns dock vissa skillnader som är värda att notera. Dels visar resultaten att personer med funktionsnedsättning oftare än den övriga befolkningen jobbar i mindre företag i privat sektor. Dels att personer med funktionsnedsättning i lägre grad än den övriga befolkningen återfinns i offentlig sektor, speciellt statlig sektor. Det sistnämnda är något förvånande då det man skulle förvänta sig att offentlig sektor, givet de ambitiösa målen för funktionshinderspolitiken, skulle föregå med gott exempel genom att i högre grad än andra arbetsgivare anställa personer med funktionsnedsättning.

Tabell 9.3 Andel anställda i olika yrkeskategorier för personer med nedsatt arbetsförmåga, 2024

Yrke	Nedsatt arbetsförmåga	Övriga befolkningen
Chef	1,9	6,8
Kräver fördjupad högskolekompetens	17,3	28,5
Kräver högskolekompetens	13,7	17,0
Admin och kundtjänst	10,0	7,1
Service, omsorg och försäljning	26,8	17,8
Lantbruk, skogsbruk, fiske	1,9	1,4
Bygg och tillverkning	10,8	9,6
Maskintillverkning och transport	6,6	6,4
Enklare yrken	10,8	4,8

Not: Tabellen visar inom vilka olika yrken personer med nedsatt arbetsförmåga arbetade 2024.

Källa: Tabell 16 i SCB (2025).

Ett illustrativt exempel på att statliga myndigheter inte tagit detta ansvar är ”Praktik i staten” där statliga myndigheter under 2016–23 hade i uppdrag att ta emot nyanlända och personer med funktionsnedsättning från Arbetsförmedlingen för praktik. Åtgärden utvärderas i Statskontoret (2024). För personer med funktionsnedsättning var det ursprungliga målet att skapa 1 000 praktikplatser per år hos olika statliga myndigheter. Senare sänktes målet till 500 praktikplatser. Dessa mål uppnåddes dock aldrig och över tiden minskade antalet praktikplatser. Under åtgärdens sista år tog myndigheterna endast emot omkring 150–170 praktikanter per år. Bland de som fick praktik förefaller dock åtgärden ha varit effektiv: drygt fyra av tio av dem som haft en praktikplats hade jobb 90 dagar efter avslutad praktik, varav de flesta en subventionerad anställning vid den myndighet som de hade gjort praktik på. Statskontoret påpekar i sin utvärdering att myndigheternas interna styrning varit svag då myndigheternas ledning inte skickat ut tydliga signaler internt inom sina organisationer om vikten av att ta fram praktikplatser.

Erfarenheterna från åtgärder som ”Praktik i staten” aktualiserar också frågan om hur myndigheter i offentlig sektor kan styras mot att i ökad utsträckning anställa personer med funktionsnedsättning. Ett potentiellt alternativ är krav på kvotering vid rekrytering inom offentlig sektor. Som nämndes i kapitel 3, används i dagsläget kvotering i flera andra europeiska länder för att öka sysselsättningen bland personer med funktionsnedsättning. Ett annat potentiellt

alternativ är att ställa krav på att upphandlade företag genomför inkluderingsåtgärder vid offentlig upphandling av varor och tjänster. Sådana åtgärder kan dock potentiellt medföra negativa effekter och/eller hamna i konflikt med annan lagstiftning och bör därför utredas ytterligare.

9.2.4 Attitydpåverkan och insatser från företag, intresseorganisationer och andra delar av civilsamhället

Det är tydligt att det finns ett behov av insatser som får fler arbetsgivare att tänka och agera i termer av social hållbarhet och inkludering.

En insats i sådan riktning är informationskampanjer som betonar hur viktigt det är att alla, oavsett förutsättningar, har en plats på arbetsmarknaden, att personer med en funktionsnedsättning i många fall har arbetsförmåga och kompetens som kan gynna företag och andra organisationer, samt att det finns ändamålsenligt stöd från samhällets sida för att hjälpa arbetsgivare med anpassningsåtgärder på arbetsplatsnivå.

Arbetsförmedlingen har på senare år bedrivit flera sådana kampanjer. Ett exempel är den tidigare genomförda kampanjen "Gör plats" vars syfte var att öka intresset för att anställa personer med en funktionsnedsättning. För denna kampanj visar en utvärdering från Arbetsförmedlingen flera positiva effekter (de Verdier m.fl. 2020). Utvärderingen visar att fyra av tio arbetsgivare uppger att de har blivit mer positivt inställda till att anställa en person med funktionsnedsättning efter att ha sett kampanjen. Studien finner även en positiv korrelation mellan antalet intresseanmälningar till Arbetsförmedlingen för att anställa med stöd och kampanjaktivitet. En annan kampanj är den nu pågående "Få jobbet gjort!". Det förefaller viktigt att Arbetsförmedlingen fortsätter med denna typ av kampanjer, vilket förutsätter att myndighetens regleringsbrev innehåller tydliga skrivningar om detta.

Arbetsförmedlingen har också tecknat nationella överenskommelser med stora arbetsgivare som innehåller avsiktsförklaringar om att ta emot vissa grupper av arbetssökande, däribland personer med en funktionsnedsättning. År 2020 fanns åtta överenskommelser med arbetsgivare om att anställa personer med en

funktionsnedsättning, men 2024 hade antalet halverats, varav två har löpt ut (se Riksrevisionen 2025).¹⁰⁹

DO jobbar också med information om diskrimineringslagens krav på aktiva åtgärder, det vill säga att alla arbetsgivare ska arbeta med aktiva åtgärder för att förebygga diskriminering på arbetsplatsen. Vid brister i detta arbete kan DO göra en framställan om ett vitesföreläggande till Nämnden mot diskriminering. Inga sådana beslut har dock tagits sedan 2017. Nämnden verkar således inte få några fall från DO. Regeringen gav 2024 DO i uppdrag att stärka arbetet med arbetsgivares aktiva åtgärder vad gäller etnisk tillhörighet och religion och annan trosuppfattning. I samband med detta uppdrag har DO granskat tolv offentligt ägda bolags förebyggande arbete, och endast två av bolagen visade sig uppfylla kraven för att förebygga diskriminering. DO:s lösning verkar vara mer stöd till arbetsgivare, och nämner inget om att använda vitesföreläggande som en påtryckande åtgärd.¹¹⁰ Det förefaller önskvärt att regeringen tydligt styr även DO:s arbete mot att få arbetsgivare att aktivt bedriva arbete för att främja ställningen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning genom aktiva åtgärder. Detta inkluderar att tilldela DO nödvändiga resurser för en effektiv tillsyn. Det bör också påpekas att det även ligger ett stort ansvar på arbetsmarknadens parter att se till att kraven på aktiva åtgärder följs.

En annan viktig insats är att förmå arbetsgivare att studera sin egen verksamhet – bedriver vi idag en verksamhet med syftet att öka företagets sociala hållbarhet?

Ett exempel på en sådan analys av den egna verksamheten är en utredning som har gjorts av Stockholms Stad. De visar i rapporten ”Stöd till unga vuxna med funktionsnedsättning att komma i arbete” att de inte uppfyller sin målsättning och föreslår åtgärder för att förändra sin verksamhet (Stadsrevisionen 2022). Det finns även exempel på företag i privat sektor som på ett liknande sätt arbetar med att förbättra den sociala hållbarheten inom sitt företag, till exempel sker detta i EY och Ikea.

Det förefaller också viktigt att uppmuntra initiativ från företag, intresseorganisationer och andra delar av civilsamhället, speciellt att

¹⁰⁹ Företagen som var med 2024 är Lindab, Unicus, Swedbank och Systembolaget.

¹¹⁰ DO skriver ”Utifrån resultatet av granskningen kommer DO i del två av uppdraget att se över och, om det behövs, komplettera sitt stöd för att stärka arbetsgivarnas förebyggande arbete mot diskriminering.” Se <https://www.do.se/om-do/pressrum/aktuellt/2025/2025-11-07-endast-2-av-12-offentligt-agda-bolag-uppfyller-kraven-pa-att-forebygga-diskriminering>.

framhäva företag och andra organisationer som bedriver ett ambitiöst arbete för att öka sysselsättningen bland personer med funktionsnedsättning, det vill säga lyfta fram goda exempel. Ett internationellt exempel illustrerar hur detta kan gå till. ”Valuable 500” är en oberoende organisation där 500 internationella storföretag (Apple, Google, Microsoft och Spotify m.fl.) tillsammans arbetar för att motverka exkludering av personer med funktionsnedsättning. De bedriver förändring genom koordinerad gemensam handling och håller varandra ansvariga för de utfästelser som de har gjort. Andra organisationer som också försöker samla företag kring dessa frågor är Zero Project och PurpleSpace. Nätverket ILO Business Disability (där även dessa organisationer ingår) syftar till att skapa en mer inkluderande arbetsmarknad för personer med en funktionsnedsättning runt om i världen. I Sverige finns CSR Sweden som är ett ideellt, icke-vinstdrivande nätverk som samlar företag som vill ta ett större ansvar för hållbar samhällsutveckling, både socialt, miljömässigt och ekonomiskt. Företaget Sodexo är ett av medlemsföretagen i CSR Sweden (andra är LKAB, Postnord och Vattenfall), och ingår även i Valuable 500 och ILO Business Disability. Därmed är det möjligt att ett liknande initiativ med enbart svenska företag skulle kunna skapas framöver, till exempel via CSR Sweden.

9.2.5 Hur har omfattningen av åtgärder för personer med funktionsnedsättning utvecklats över tid?

En förutsättning för att förbättra dagens situation för personer med funktionsnedsättning är att samhället satsar tillräckligt med resurser för att uppnå de ambitiösa målen för funktionshinderspolitiken. Det aktualiserar frågan om i vilken utsträckning myndigheter som Arbetsförmedlingen arbetar tillräckligt aktivt med att matcha företag med anställningsbehov och personer med en funktionsnedsättning. Här verkar det i dagsläget finnas flera problem.

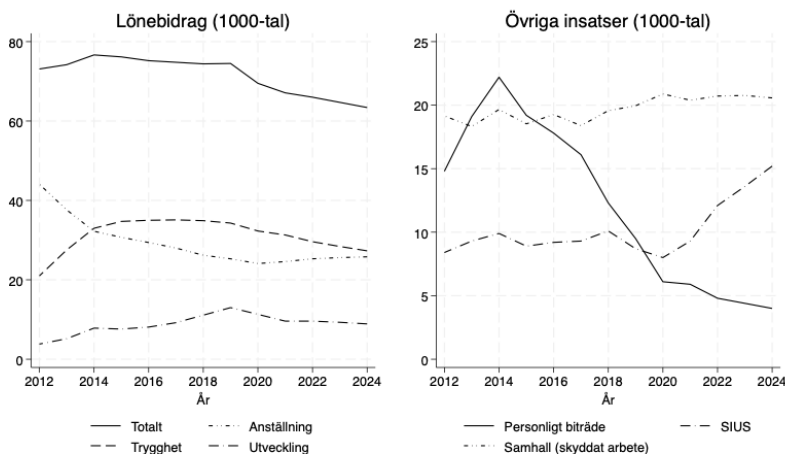
Ett första problem är att det ofta tar mycket lång tid innan Arbetsförmedlingen klassificerar en arbetssökande som en person som har en funktionsnedsättning. Enligt Arbetsförmedlingen var genomsnittstiden från inskrivning till identifierad funktionsned-

sättning 354 dagar i juni 2024 (Arbetsförmedlingen 2024).¹¹¹ Den långa tiden till klassificering har utpekats som ett stort problem av Almega (2023) och i en nylig granskning av Riksrevisionen (Riksrevisionen 2025). Om en person snabbt kan identifieras (t.ex. via egen utsaga som idag sker i den digitala inskrivningen) som en person med potentiell funktionsnedsättning finns också förutsättningar för att snabbt testa arbetsförmågan på en specifik arbetsplats och sätta in åtgärder som till exempel SIUS/IPS i ett tidigt skede. Ytterligare en fördel med en snabb placering på en arbetsplats är att utredningen om funktionsnedsättningen och graden av nedsatt arbetsförmåga i större utsträckning kan göras på arbetsplatsen och i takt med att den anställde anpassar sig till sina arbetsuppgifter.

Ett andra problem är att utvecklingen av många av de åtgärder som är riktade till personer med funktionsnedsättning verkar ha minskat i omfattning. Figur 9.1 visar att lönebidrag och personligt biträde på arbetsplatsen har minskat under de senaste åren. Figuren visar också att SIUS visserligen har blivit vanligare under senare år, men det är fortfarande en låg andel av personer med en funktionsnedsättning som får del av dessa åtgärder.

¹¹¹ Arbetsförmedlingen anger att de långa väntetiderna beror på omstruktureringar m.m. sedan pandemin, men väntetiderna var över 300 dagar även innan pandemin.

Figur 9.1 Antal personer med olika typer av stöd



Not: Figuren till vänster visar antalet sysselsatta personer med en funktionsnedsättning (enligt Arbetsförmedlingen) som är anställda med olika typer av lönebidrag: för anställning, för trygghet eller för utveckling. Genomsnitt per månad. Figuren till höger visar antalet personer som erhållit personligt biträde, SIUS eller är anställd med skyddat arbete inom Samhall.

Källa: Budgetpropositionen för utgiftsområde 14, olika årgångar. Uppgiften för Samhall är tagen från deras årsredovisning och anger antalet anställda inom kärnuppdraget (skyddad anställning). Om vi även skulle inkludera övriga kategorier av anställda så varierar de över tid, men uppgår till cirka 3 000 personer per år.

Ett tredje problem är långa handläggningstider vad gäller bidrag till arbetshjälpmedel. För arbetshjälpmedel finns också gränsdragningsproblem mellan Arbetsförmedling och Försäkringskassan vad gäller ansvarsfördelningen. En person med behov av arbetshjälpmedel kan i dagsläget få vänta upp till ett år på ett beslut.¹¹² Långa väntetider på hjälpmedel gör det svårt att konkurrera om lediga jobb.

Ett fjärde problem är förändringar i Arbetsförmedlingens arbetssätt. Riksrevisionen (2025) konstaterar att Arbetsförmedlingens arbete med arbetsgivarkontakter inte har prioriterats tillräckligt, bland annat på grund av att lokalkännedom och upparbetade kontakter har försvagats genom kontorsnedläggningar, centralisering och minskat matchningsarbete i egen regi. Många lokala arbetsförmedlingskontor har lagts ned (sedan 2019 har mer än hälften av alla lokala arbetsförmedlingskontor lagts ned) och arbetssökande har istället i ökad utsträckning hänvisats till digitala lösningar. Riksrevisionen (2025) visar också att Arbetsförmedlingen över tid har allt färre anställda i de yrkesroller som är relevanta för

¹¹² Se t.ex. Akavia (2025) och ISF (2024a).

att stödja personer med en funktionsnedsättning, vilket illustreras i tabell 9.4. Det är sannolikt att personer med funktionsnedsättning är en grupp som har drabbats speciellt hårt av förändringarna i Arbetsförmedlingens sätt att arbeta.

Sammantaget indikerar diskussionen ovan att det under de senaste åren skett en försvagning i arbetet med att förbättra situationen för personer med funktionsnedsättning snarare än den förstärkning som behövs för att nå de ambitiösa målsättningarna i det nationella målet för funktionshinderspolitiken och Sveriges internationella åtaganden på området.

Tabell 9.4 Antal anställda vid Arbetsförmedlingen med relevans för personer med funktionsnedsättning, 2018–24

Befattning	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Arbetsförmedlare	7 465	6 351	5 562	5 473	5 695	5 578	5 242
Arbetsterapeut/sjukgymnast	270	244	196	186	192	201	194
Företagsrådgivare	128	117	99	91	81	83	76
Psykolog	317	250	167	155	150	162	152
SIUS-konsulent	903	875	828	718	567	680	703
Socialkonsulent (socioonom)	194	157	45	40	49	53	48

Not: Tabellen visar antal anställda vid Arbetsförmedlingen med olika befattningar.

Källa: Tabell 1 på sidan 52 i Riksrevisionen (2025).

10 En reformagenda

Det är tydligt att dagens arbetsmarknadssituation för personer med funktionsnedsättning är dystert: gapen i sysselsättningsgrad, arbetslöshet och löneinkomster är betydande. Det medför en betydande risk för att dessa personer drabbas av de negativa hälsomässiga, sociala och privatekonomiska konsekvenser som ofta följer av att stå utanför arbetsmarknaden. Även samhällsekonomin påverkas negativt genom att gå miste om den produktion som dessa personer skulle kunna bidra med, samtidigt som statsfinanserna försvagas av lägre skatteintäkter och större kostnader för transfereringar från socialförsäkringarna. Som framgår av diskussionen i kapitel 3 finns det en betydande outnyttjad arbetskraftspotential bland personer med funktionsnedsättning, som idag antingen är arbetslösa eller står utanför arbetsmarknaden, som uppgår till uppemot 200 000 personer.

Det finns därför ett tydligt behov av reformer för att förbättra dagens situation samt bättre leva upp till målen i FN-konventionen och det nationella målet för funktionshinderspolitiken om full delaktighet på arbetsmarknaden. Ett problem vid utformningen av reformer är dock avsaknaden av tydliga forskningsresultat som kan vägleda sådana reformer. Det finns således ett mycket stort behov av mer forskning på detta område.

I detta avsnitt diskuterar vi reformbehovet vad gäller de regelverk och åtgärder som kan användas för att förbättra situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning.

10.1 Utgångspunkter

Innan vi går in på en diskussion av reformer är det lämpligt att diskutera vad målet om en bättre fungerande arbetsmarknad för

personer med funktionsnedsättning bör innehålla för personer som i dagsläget är sysselsatta på den reguljära arbetsmarknaden, är arbetslösa eller befinner sig utanför arbetsmarknaden.

Sysselsatta

Åtgärder för personer med funktionsnedsättning som är sysselsatta på den reguljära arbetsmarknaden bör ha som mål att dessa personer ska ges så goda förutsättningar som möjligt att förbli i arbete och fortsätta utvecklas på sina arbetsplatser.

För personer med funktionsnedsättning som har ett jobb så finns många av pusselbitarna för ett väl fungerande system redan på plats. Sverige har ett väl utbyggt socialförsäkringssystem, med sjukpenning, sjuk- och aktivitetsersättning och arbetsskadeersättning, där ersättning kan beviljas i olika grad beroende på nedsättningen av arbetsförmågan. Arbetsgivarna har även ett omfattande tillgänglighets- och rehabiliteringsansvar. Anställda skyddas dessutom av en anställningsskyddslagstiftning som ställer höga krav på arbetsgivaren innan en person med funktionsnedsättning kan sägas upp. Även om de formella regelverken finns på plats verkar det dock som om det finns brister i implementeringen och tillsynen av dessa regelverk.

Många av de problem som finns för denna grupp uppstår på grund av brist på flexibilitet och anpassning när en funktionsnedsättning uppstår, eller förvärras. Det är då viktigt att myndigheter (framförallt Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan), arbetsgivare och individ tillsammans samverkar för att möjliggöra en fortsatt anställning. Det kräver en flexibilitet och vilja hos arbetsgivaren att göra individuella anpassningar på arbetsplatsen. Det aktualiserar också behoven hos både arbetsgivare och individ att få stöd från relevanta myndigheter med olika former av anpassningar av arbetsplatsen, till exempel snabb tillgång till arbetshjälpmedel. Här har också företagshälsovården en viktig roll att spela. Saknas dessa möjligheter ökar risken att fler individer lämnar arbetskraften.

Arbetslösa

Åtgärder för personer med funktionsnedsättning som är arbetslösa bör ha som mål att öka förutsättningarna att få ut dem i arbete, och då i första hand till reguljära jobb.

För personer med funktionsnedsättning som är arbetslösa finns det en uppenbar risk att fastna i arbetslöshet då många arbetsgivare av olika skäl tvekar att anställa personer vars arbetsförmåga de tror är låg och/eller osäker. Eftersom dessa personer ofta är inskrivna hos Arbetsförmedlingen gäller det att åtgärder sätts in snabbt och att de åtgärder som används är de som forskningen visar är de mest effektiva. Det aktualiserar behovet av reformer vad gäller stöd till både arbetsgivare och individer såväl vid rekrytering som den första tiden efter nyanställningen (t.ex. genom SIUS/IPS och stöd till anpassningar på arbetsplatsen) samt, där det behövs, genom lönebidrag och andra typer av anställningsstöd. Det är även viktigt att Arbetsförmedlingen snabbare än idag identifierar vilka arbets sökande som har en funktionsnedsättning så att dessa personer får tillgång till de stödåtgärder som finns och att arbetet med matchning via arbetsgivarkontakter intensifieras. Saknas detta finns också för denna grupp en uppenbar risk att fler individer lämnar arbetskraften.

Personer utanför arbetskraften

Åtgärder för personer med funktionsnedsättning som befinner sig utanför arbetskraften bör ha som mål att det ska finnas goda möjligheter att prova på arbete och andra aktiviteter utan att riskera att förlora rätten till ersättning från socialförsäkringar, samtidigt som det ska finnas ett bra skyddsnät för personer med stora hälsoproblem.

För personer med funktionsnedsättning som befinner sig utanför arbetskraften har många en ohälsoproblematik som försvårar ett inträde på, eller en återgång till, arbetsmarknaden. Med nuvarande regler är vägen till att beviljas sjukersättning i många fall lång, ofta föregången av långa perioder med hög sjukfrånvaro och fallande löneinkomster. Ersättningen från sjuk- och aktivitetsersättningen är också i många fall tämligen låg. Dessa individer tillhör således en skyddsvärd grupp. Det finns dock starka tecken på att det även i denna grupp finns många personer som skulle vilja prova på arbete eller annan meningsfull aktivitet i någon form, inte minst bland unga

personer som aldrig fått en chans att komma in på arbetsmarknaden (t.ex. bland personer med en intellektuell funktionsnedsättning). Det aktualiserar behovet av att ge personer med sjuk- och aktivitetsersättning möjligheter att prova på arbete och andra meningsfulla aktiviteter i ökad utsträckning. Nuvarande regler medger vilande ersättning, men det förefaller som om många av dem som har beviljats dessa ersättningar är rädda att förlora sin ersättning om de provar att återgå till arbetskraften.¹¹³ Det förefaller därför viktigt att hitta former för att öka dessa personers möjligheter att prova på arbete och andra meningsfulla aktiviteter, vilket kräver stöd från relevanta myndigheter. Det är även viktigt att arbetsgivare är öppna för den flexibilitet och de anpassningar som kan krävas för att personer i denna grupp ska kunna träda in på arbetsmarknaden. För dessa individer är det även speciellt viktigt att myndigheter samverkar med civilsamhället, vilka kan ha bättre kunskap om dessa individers behov än myndigheter har.

10.2 Reformförslag

Vi drar slutsatsen att det inte finns någon enskild åtgärd som kan förväntas förändra dagens situation. Det som krävs är istället en kombination av åtgärder, där många innebär att de åtgärder som redan används reformeras och ges en ökad omfattning. Rent allmänt finns det ett tydligt behov av ökade satsningar riktade mot personer med funktionsnedsättning, vilket är en grupp med en mycket svag ställning på arbetsmarknaden. Det bör betonas att även om en ökad satsning medför ökade kostnader för staten initialt är de långsiktiga positiva effekterna på samhällsekonomin av en ökad sysselsättning bland personer med funktionsnedsättning – i form av högre BNP, ökade skatteintäkter och minskade transfereringar – betydande (se fotnot 42 i kapitel 3).

De flesta av de reformförslag som beskrivs nedan är generella snarare än riktade mot grupper med vissa specifika funktionsnedsättningar. Skälet till det är att de flesta av reformförslagen är riktade mot arbetsgivare och/eller offentliga aktörer (som regeringen eller

¹¹³ Det är således i första hand inte hårda regler kring vilande ersättning som är orsaken till låg användning av dessa möjligheter, se Försäkringskassan (2025d). Rapporten anger också att det är svårt för de som är intresserade av en vilande ersättning att hitta företaget att testa ett nytt jobb på.

statliga myndigheter) snarare än individer. Alla insatser bör givetvis utformas med individen i centrum och anpassas efter situation, förutsättningar och behov, vilka kan se annorlunda ut beroende på den typ och grad av funktionsnedsättning som en person har. Reformförslagen syftar framförallt till att eliminera de begränsningar och hinder vad gäller arbetslivets struktur, krav, organisering och flexibilitet som framstår som viktiga förklaringsfaktorer till dagens situation på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning. Förslagen syftar också till att stärka arbetsgivares vilja att anställa personer med funktionsnedsättning.

En del av de reformer vi föreslår kan genomföras direkt då det redan finns forskningsstöd för att de har effekt. Andra förslag på reformer har mer osäker effekt och är därför lämpliga att genomföra i form av försöksverksamhet, vilken bör utformas så att den kan utvärderas av forskare. Det kräver att försöksverksamheten utformas i samråd med forskare och att deltagandet i åtgärderna randomiseras på ett lämpligt sätt.¹¹⁴

Nedan återfinns våra reformförslag. Förslagen är grupperade efter innehåll och således inte rangordnade efter vilka förslag vi bedömer är viktigast.

Åtgärder för flexibilitet och individuell anpassning

- *Ökade möjligheter till flexibilitet.* Det kan till exempel ske genom distansarbete, deltidsarbete och arbetsdelning. Möjlighet till distansarbete verkar särskilt gynna personer med funktionsnedsättning. Även möjligheter till deltidsarbete utan subventioner som lönebidrag och olika former av arbetsdelning (i kombination med sjukersättning för resterande tid) kan vara en bra anställningsform för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Detta bör speciellt kunna ske i sektorer där deltidsarbete är vanligt förekommande. Här är det dock viktigt med samverkan med

¹¹⁴ Ett exempel som illustrerar problematiken: under 2025 anmälde sig 89 kommuner för att få ta del av statsbidrag för att utveckla funktionshinderspolitiken och göra samhället mer inkluderande (se <https://www.mfd.se/nyhetsarkiv/tio-modellkommuner-utvecklar-funktionshinderspolitiken/>). Tio kommuner valdes ut. Projekten kan visserligen leda till att viktiga lärdomar sprids, men dess effekt kan inte utvärderas då kommunerna som valdes ut inte var randomiserade.

arbetsmarknadens parter då till exempel alltför utbrett deltidsarbete kan skapa andra problem.

- *Åtgärder för ökad inkludering och tillgänglighet.* Staten (regeringen och ansvariga myndigheter) bör säkra att det arbete som redan bedrivs för att förbättra arbetsmiljön med avseende på psykisk ohälsa också innebär en ökad inkludering och tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning i allmänhet (t.ex. genom SAM och OSA). Det är viktigt att en skarp tillsyn sker så att såväl offentliga som privata arbetsgivare uppfyller kraven i lagstiftningen.
- *Skärpt tillsyn av rehabiliteringsplaner och aktiva åtgärder.* Staten (regeringen och ansvariga myndigheter) bör försäkra starkare tillsyn vad gäller arbetsgivaransvaret avseende rehabiliteringsplaner, speciellt att erforderliga och relevanta anpassningar i arbetsmiljön görs för att förhindra och fördröja övergång till sjukersättning. Detsamma gäller tillsyn av diskrimineringslagens krav på aktiva åtgärder mot diskriminering. Här föreligger också ett stort ansvar på arbetsmarknadens parter.
- *Ökad och förbättrad individuell anpassning och matchning av arbetsmiljön.* Det kan ske genom ökade satsningar på åtgärder som SIUS/IPS, där en stödperson hjälper individ och arbetsgivare att hitta och behålla ett arbete (dvs. stöd både till individen i arbetssökandet och till arbetsgivaren och individen under den första tiden efter en nyanställning) och/eller genom ett personligt biträde som finns tillgänglig på arbetsplatsen i de fall där ett mer varaktigt stöd behövs. Detta bör kunna hjälpa arbetsgivare att anpassa arbetsmiljön, minska arbetsgivares osäkerhet att anställa personer vars arbetsförmåga ses som svår att bedöma samt vara ett värdefullt stöd till individen i jobbsökandet.
- *Utred om företagshälsovården kan få en större roll.* Det gäller både för att tillgodose behovet av individanpassat stöd och för att i större utsträckning finnas tillgänglig för rådgivning till arbetsgivare om hur arbetsmiljön kan förändras i en mer flexibel och inkluderande riktning.

Åtgärder för att förändra attityder och öka viljan att anställa

- *Ökade satsningar på åtgärder som syftar till att kontinuerligt förändra arbetsgivares attityd till att anställa personer med funktionsnedsättning.* Det kan till exempel ske genom att Arbetsförmedlingen eller DO genomför kampanjer för att förändra arbetsgivares attityd till att anställa personer med funktionsnedsättning (t.ex. kampanjer liknande den tidigare använda ”Gör plats” eller den nu pågående ”Få jobbet gjort!”) och genom att DO arbetar mer intensivt med att informera om kraven i diskrimineringslagen på att arbetsgivare ska genomföra aktiva åtgärder mot diskriminering. Tydliga krav på (och finansiering av) detta bör inkluderas i myndigheternas regleringsbrev.
- *Överväga kvotering i statliga myndigheter.* Det är viktigt att arbetsgivare inom offentlig sektor, speciellt statliga myndigheter, föregår med gott exempel genom att själva anställa personer med funktionsnedsättning. Givet det bristfälliga utfallet för ”Praktik i staten” (där få myndigheter skapade praktikplatser trots ett tydligt uppdrag) kan kvotering vara nödvändig för att få till en förändring och där tydliga riktlinjer ges i regleringsbrevet. Även krav på någon form av inkluderingscertifiering kan användas för att öka medvetenheten bland alla anställda inom myndigheter om vikten av inkludering.
- *Överväga krav på inkludering vid offentlig upphandling.* Offentlig sektor har stora möjligheter att ställa krav vid offentlig upphandling av varor och tjänster och dessa krav bör kunna inkludera även krav på en inkluderande arbetsmiljö.
- *Ökad samverkan mellan myndigheter och civilsamhället.* Det finns ett flertal initiativ där företag, intresseorganisationer och andra delar av civilsamhället arbetar med åtgärder för att skapa en mer inkluderande arbetsmarknad (t.ex Skoopi, Fremia och Föreningen UUA). Offentliga myndigheter bör stödja denna typ av initiativ och medverka till att erfarenheter av framgångsrika metoder uppmärksammas och sprids.

- *Ökade möjligheter att prova på arbete och andra aktiviteter utan att riskera att förlora rätten till sjukersättning.* Detta är speciellt viktigt för personer med mycket nedsatt arbetsförmåga som bör ges möjlighet att arbeta utifrån sin arbetsförmåga. Det kräver specifika insatser utformade efter typ och grad av funktionsnedsättning.
- *Åtgärder där en offentlig aktör initialt har arbetsgivaransvaret.* Detta kan bidra till att ta bort den osäkerhet som kan finnas hos arbetsgivare att anställa en person med funktionsnedsättning och för att ge tid att fastställa omfattningen av nedsättningen i arbetsförmåga. Över tid bör dock en sådan anställning övergå i en reguljär anställning för att inte skapa inläsningseffekter eller osäkra anställningsförhållanden.

Åtgärder som tidigare har föreslagits och som tål att upprepas

- *Höjning av nivån på lönebidraget.* Mycket talar för att taket i lönebidraget är för lågt för att göra stödet attraktivt. En höjning av taket i ersättningen bör därför göras från dagens 20 000 kr till exempelvis 35 000 kr. Detta minskar arbetsgivarens kostnader för att anställa och bör leda till att lönebidrag används även för mer kvalificerade jobb med karriärmöjligheter. Det är också viktigt att lönebidraget är varaktigt då en arbetsgivare för att vilja anställa måste vara säker på att stödet betalas ut så länge nedsättningen av arbetsförmågan kvarstår.
- *Kortare handläggningstider hos Arbetsförmedlingen.* Det är viktigt att snabbt identifiera de personer som har en funktionsnedsättning så att lämpliga åtgärder blir tillgängliga. Eftersom arbetsförmågan är knuten till arbetsplatsen och dess möjlighet till anpassning är det lämpligt att bedömningen av arbetsförmågan sker (direkt) under en inledande provanställning. Därmed undviks dagens situation där de arbetssökande hinner bli långtidsarbetslösa innan de fått en funktionsnedsättningskod av Arbetsförmedlingen.
- *Centraliserad hjälpmedelsverksamhet.* Dagens verksamhet kännetecknas av en lång handläggning med flera myndigheter

inblandade. Om arbetsgivare och individer kan vända sig till en myndighet blir det tydligare vem som har ansvaret och handläggningstiden kan minimeras.

- *Utveckla stödet vid övergång från utbildning till arbetsmarknad.* Det är viktigt att säkerställa att unga personer med funktionsnedsättning tidigt får det stöd och hjälp de behöver i övergången mellan utbildning och arbetsliv. Detta kan till exempel ske genom att arbetet med Samstart utvecklas och ges mer resurser.

Det bör slutligen betonas att Sverige genom det nationella målet för funktionshinderspolitiken och internationella åtaganden i FN-konventionens artikel 27 har satt upp höga ambitioner. För att lyckas med att uppnå dessa ambitioner krävs ett intensifierat arbete och mer resurser till arbetet med att förbättra situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning. Under senare år förefaller snarast detta arbete att ha minskat i omfattning. Sker inte en förändring återstår istället bara alternativet att sänka ambitionsnivån om en mer inkluderande arbetsmarknad för personer med funktionsnedsättning, vilket framstår som allt annat än önskvärt.

Referenser

- Akavia. (2025). *Tillgång eller till besvär? Situationen i arbetslivet för akademiker med funktionsnedsättning*. Rapport. Akavia.
- Almega. (2023). *Så bryter vi långtidsarbetslösheten*. Almega.
- Ameri, M., Schur, L., Adya, M., Bentley, F. S., McKay, P., & Kruse, D. (2018). The disability employment puzzle: a field experiment on employer hiring behavior. *ILR Review*, 71 (2), 329–364.
- Andersson, J. (2018). *Ekonomiska incitament till arbete inom sjukförsäkringssystemet: effekter av steglös avräkning*. IFAU Rapport Nr 2018:6. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU).
- Arbetsförmedlingen. (2023). *Slutrapport: ESF-projekt Samstart 2019–2023*. Arbetsförmedlingen.
- Arbetsförmedlingen. (2024). *Identifiering och bedömning av arbetssökande med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga - Återrapport år 2024*. Arbetsförmedlingen.
- Arbetsförmedlingen. (2025a). *Arbetsförmedlingens årsredovisning 2024*. Arbetsförmedlingen.
- Arbetsförmedlingen. (2025b). *Statistikverktyget – Arbetssökande*. <https://arbetsformedlingen.se/statistik/statistikverktyget/arbets-sokande-manad>, Arbetsförmedlingen.
- Arbetsmarknadsdepartementet. (2015). *Matchningsanställningen – nya vägar till jobb*, Dnr: A2015/881/A. Arbetsmarknadsdepartementet.
- Arbetsmiljöverket. (2023). *Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2023:1) om systematiskt arbetsmiljöarbete – grundläggande skyldigheter för dig med arbetsgivaransvar*. Arbetsmiljöverket.

- Arvidsson, J. (2016). *Sysselsättning och social rättvisa: En nationell registerstudie om 12 269 unga vuxna med intellektuell funktionsnedsättning*, Avhandling, Högskolan i Halmstad.
- Arvidsson, J., Widén, S., & Tideman, M. (2015). Post-school options for young adults with intellectual disabilities in Sweden. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, 2 (2), 180–193.
- Baert, S. (2016). Wage subsidies and hiring chances for the disabled: some causal evidence. *European Journal of Health Economics*, 17 (1), 71–86.
- Barnes, C., & Mercer, G. (2010). *Exploring Disability*. Polity.
- Becker, G. S. (1993). *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education* (3. utg.). University of Chicago Press.
- Behrenz, L., Delander, L., Frödin, O., Mathieu, C., Månsson, J., & Ottosson, M. (2015). *Arbetsgivares perspektiv på subventionerade anställningar*. Linnéuniversitetet och Lunds universitet.
- Bejerholm, U., Areberg, C., Hofgren, C., Sandlund, M., & Rinaldi, M. (2015). Individual placement and support in Sweden—a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69 (1), 57–66.
- Bjørnshagen, V., Rooth, D.-O., & Ugreninov, E. (2025). Disability, gender, and hiring discrimination: A field experiment. *European Societies*, 27 (4), 644–673.
- Bjørnshagen, V., & Ugreninov, E. (2021). Disability disadvantage: experimental evidence of hiring discrimination against wheelchair users. *European Sociological Review*, 37 (5), 818–833.
- Bodilsen, S. T., Nielsen, S. A., & Rosholm, M. (2023). Measuring Employment Readiness for Hard-to-Place Individuals. IZA Discussion Paper No. 16626. IZA.
- Boman, T. (2015). *Situationen på den svenska arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning*. Avhandling. Studies from the Swedish Institute for Disability Research 96. Örebro universitet.
- Bound, J., & Waidmann, T. (2002). Accounting for recent declines in employment rates among working-aged men and women with disabilities. *Journal of Human Resources*, 231–250.

- Brinchmann, B., Widding-Havneraas, T., Modini, M., Rinaldi, M., Moe, C. F., McDaid, D., Park, A.-L., Killackey, E., Harvey, S. B., & Mykletun, A. (2020). A meta-regression of the impact of policy on the efficacy of individual placement and support. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141 (3), 206–220.
- Calmfors, L., Danielsson, P., Kolm, A.-S., Pekkarinen, T., & Skedinger, P. (2017). *Arbetsmarknadsekonomisk rapport: Tudelningarna på arbetsmarknaden*. Arbetsmarknads-ekonomiska rådet.
- Calmfors, L., Forslund, A., & Hemström, M. (2002). *Vad vet vi om den svenska arbetsmarknadspolitikens sysselsättningseffekter?*. Rapport 2002:8. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU).
- Card, D., Kluve, J., & Weber, A. (2018). What works? A meta analysis of recent active labor market program evaluations. *Journal of the European Economic Association*, 16 (3), 894–931.
- Charles, K. K. (2003). The longitudinal structure of earnings losses among worklimited disabled workers. *Journal of Human Resources*, 38 (3), 618–646.
- Danermark, B., Gustafsson, J., Norstedt, M., & Flyckt, K. (2021). *Tillgängligt arbetsliv: möjligheten till arbete för personer med funktionsnedsättning*. Forte.
- de Verdier, H., Eilola, M., & Wallin, C. (2020). *Kampanjen Gör plats! Slutrapport Arbetsförmedlingens informationskampanj*. Af-2018/0008 1586-30. Arbetsförmedlingen.
- DO. (2025). *Statistik över anmälningar 2015–2024 - Årlig statistikrapport från Diskrimineringsombudsmannen*. Rapport 2025:1. Diskrimineringsombudsmannen.
- Drake, R. E., & Bond, G. R. (2023). Individual placement and support: History, current status, and future directions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, 2 (3), e122.
- Ds (2008). *De funktionsnedsattas ekonomiska förhållanden*. Departementsserien Ds 2008:78.
- Eliason, M. (2023). The financial situation before and after first-time psychiatric in-patient diagnosis of schizophrenia spectrum, bipolar, and major depressive disorder. *Economics & Human Biology*, 49, 101231.

- Eliason, M., & Angelov, N. (2014). *Lönebidrag och skyddat arbete: en utvärdering av särskilda insatser för sökande med funktionshinder*. Rapport 2014:24. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU).
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129–136.
- Falk, J., Burström, B., Dalman, C., Jörgensen, L., Bruce, D., & Nylén, L. (2016). Employment and income among first-time cases diagnosed with non-affective psychosis in Stockholm, Sweden: a follow-up study 2004/2005–2010. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 259–267.
- Fast, K., Wentz, E., Roswall, J., Strandberg, M., Bergman, S., & Dahlgren, J. (2024). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and autism in 12-year-old children: A population-based cohort. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 66 (4), 493–500.
- Fogelgren, M., Ornstein, P., Rödin, M., & Thoursie, P. S. (2023). Is supported employment effective for young adults with disability pension?: Evidence from a Swedish Randomized Evaluation. *Journal of Human Resources*, 58 (2), 452–487.
- Forslund, A. (2018). *Subventionerade anställningar – avvägningar och empirisk evidens*. Rapport 2018:14. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU).
- Fremia. (2023). *Höjt tak för lönebidragen – En effektiv väg till arbete och delaktighet*. Fremia.
- Försäkringskassan. (2025a). *Försäkringskassans årsredovisning 2024*. Försäkringskassan.
- Försäkringskassan. (2025b). *Långa trender i återgång i arbete*. Socialförsäkringsrapport Nr 2025:8. Försäkringskassan.
- Försäkringskassan. (2025c). *Sjukersättning 2003–2023 – en kunskapssammanställning*. Socialförsäkringsrapport Nr 2025:9. Försäkringskassan.
- Försäkringskassan. (2025d). *Sjukersättningens utveckling över tid: Vem har sjukersättning?.* Korta analyser Nr 2025:2. Försäkringskassan.

- Försäkringskassan. (2025e). *Sjukfall* [11 september 2025]. <https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistikdatabas#!/sjuk>. Försäkringskassan.
- Försäkringskassan. (2025f). *Socialförsäkringen i siffror 2025*. Försäkringskassan.
- Försäkringskassan. (2025g). *Svar på regeringsuppdrag i regleringsbrev 2025 om arbetet med arbetsgivarens plan för återgång i arbete och samordning* (Regeringsuppdrag). Dnr FK2025/000536. Försäkringskassan.
- Försäkringskassan. (2025h). *Återgång i arbete vid längre sjukskrivning: Slutrapport i ett större analysprojekt om rehabilitering och återgång i arbete*. Rapport Nr 2025:7. Försäkringskassan.
- Grönvik, L. (2007). *Definitions of Disability in Social Sciences: Methodological Perspectives*. Avhandling, Uppsala universitet.
- Gustafsson, J. (2014). *Supported employment i en svensk kontext: förutsättningar när personer med funktionsnedsättning når, får och behåller ett arbete*. Avhandling. Studies from the Swedish Institute for Disability Research 59. Örebro universitet.
- Gustafsson, J., Peralta, J., & Danermark, B. (2018). Supported employment and social inclusion: Experiences of workers with disabilities in wage subsidized employment in Sweden. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 20 (1), 26–36.
- Gustafsson, J., Peralta, J. P., & Danermark, B. (2014). The employer's perspective: employment of people with disabilities in wage subsidized employments. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 16 (3), 249–266.
- Haveman, R., & Wolfe, B. (1990). The economic wellbeing of the disabled: 1962-84. *Journal of Human Resources*, 25 (1), 32–54.
- Hultkrantz, L. (2016). Intellectuellt funktionshindrades etablering på arbetsmarknaden – kommunerna kan göra mycket mer. *Ekonomisk Debatt*, 44 (7), 65–76.
- Højbjerg, A., Jakobsen, V., Thuesen, F., Witt Rosenberg, A., Lang Thomsen, R., & Stubkjær, L. (2024). *What works and for whom?: An overview of employment instruments among vulnerable groups in the Nordics*. Nordic Council of Ministers.

- Højbjerg, A., Kildahl Nielsen, S., Jakobsen, V., Thuesen, F., Lang Thomsen, R., Saikku, P., Mesiäislehto, M., Korpi, T., Lorentzen, T., & Celine Hardonk, S. (2023). *Barriers to employment for vulnerable groups in the Nordic countries*. Nordic Council of Ministers.
- ISF. (2021). *Förstärkt rehabilitering för återgång i arbete: en granskning av arbetsgivares, Försäkringskassans och Arbetsmiljöverkets arbete med sjukskrivna personers plan för återgång i arbete*. Rapport Nr 2021:9. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF).
- ISF. (2023). *Samordnat stöd gör skillnad: En analys av effekterna av samordningsförbundens verksamhet på individnivå*. Rapport 2023:2. Inspektionen för Socialförsäkringen (ISF).
- ISF. (2024a). *Bidrag till hjälpmedel på jobbet: En granskning av hur bidraget till arbetshjälpmedel från Försäkringskassan fungerar*. Rapport 2024:11. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF).
- ISF. (2024b). *Samordnat stöd leder till bättre försörjning: En analys av hur försörjningen påverkas för personer som får stöd av den teamverksamhet som finansieras av samordningsförbunden*. Rapport Nr 2024:12. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF).
- ISF. (2025). *Försäkringskassans samordningsuppdrag: En granskning av uppdraget om samordnad rehabilitering av anställda med nedsatt arbetsförmåga*. Rapport Nr 2025:3. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF).
- Johansson, P., Laun, L., Palme, M., & Stensöta, H. O. (2018). *Drivkrafter och möjligheter till ett förlängt arbetsliv*. SNS Förlag.
- Knutsson, H., & Persson, K. (2001). *Funktionshindrade personer med nedsatt arbetsförmåga: ett arbetsgivarperspektiv*. Rapport 2001:5. Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU).
- Krogh, C., & Bredgaard, T. (2022). Unequal? A field experiment of recruitment practises towards wheelchair users in Denmark. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 24 (1), 266–276.
- Langtree, I. C. (2010). *Models of Disability: Types and Definitions*. Disabled World. Hämtad 27 oktober 2025, från <https://www.disabledworld.com/definitions/disability-models.php>.

- Luthra, R. (2020). *Falling through the cracks: A study on young adults with intellectual disability not involved in employment, education or daily activity*. Avhandling. Högskolan i Halmstad.
- Marshall, T., Goldberg, R. W., Braude, L., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., George, P., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Supported employment: assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65 (1), 16–23.
- Meyer, B. D., & Mok, W. K. (2019). Disability, earnings, income and consumption. *Journal of Public Economics*, 171, 51–69.
- MFD. (2024a). *Allmän kommentar nr 8 om rätten till arbete och sysselsättning för personer med funktionsnedsättning*. Rapport Nr 2024:12. Myndigheten för delaktighet (MFD).
- MFD. (2024b). *Sammanfattande kommentarer avseende Sveriges kombinerade andra och tredje periodiska rapport*. Rapport Nr 2024:17. Myndigheten för delaktighet (MFD).
- MFD. (2025a). *När delaktighet blir verklighet: Förslag till nationell handlingsplan för funktionshinderspolitiken 2026–2031*. Rapport Nr 2025:24. Myndigheten för delaktighet (MFD).
- MFD. (2025b). *Uppföljning av funktionshinderspolitiken 2024*. Rapport 2025:12. Myndigheten för delaktighet (MFD).
- Morinaga, M., Ahlqvist, V. H., Lundberg, M., Hollander, A.-C., Rai, D., & Magnusson, C. (2024). Changes in the prevalence of intellectual disability among 10-year-old children in Sweden during 2011 through 2021: a total population study. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 16, Article number: 58.
- Mouazzen, A.-K. (2025). *Interprofessional team collaboration and work environment in the occupational health service in Sweden: The professionals' perspective*. Avhandling. Örebro Studies in Medicine 328. Örebro universitet.
- Myndigheten för arbetsmiljökunskap. (2024). *Riktlinjer för psykisk hälsa på arbetsplatsen*. Riktlinje 1, version 2. Myndigheten för arbetsmiljökunskap.
- Myndigheten för arbetsmiljökunskap. (2025). *Funktionsnedsättning och arbetsmiljö: kunskap för ett hållbart arbetsliv*. Kunskapssammanställning Nr 2025:1. Myndigheten för arbetsmiljökunskap.

- Ng, N., Sandberg, M., & Ahlström, G. (2015). Prevalence of older people with intellectual disability in Sweden: a spatial epidemiological analysis. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59 (12), 1155–1167.
- Poutanen, J., Juvonen-Posti, P., & Unkila, K. (2024). Sustainable employability in supported employment and Individual Placement and Support interventions in the context of the characteristics of work and perspectives of the employers: A scoping review. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 61 (2), 201–218.
- Regeringen. (2025). *Budgetpropositionen för 2025/26*.
- Regeringens proposition. (2017). *Nationellt mål och inriktning för funktionshinderspolitiken*. Prop. 2016/17:188.
- Regeringens skrivelse. (2025). *Riksrevisionens rapport om Arbetsförmedlingens stöd till personer med funktionsnedsättning*. Regeringens skrivelse 2025/26:72.
- Riksrevisionen. (2023). *Subventionerade anställningar – att motverka fel i ett system med allvarliga risker*. RiR 2023:17. Riksrevisionen.
- Riksrevisionen. (2025). *Granskningsrapport: Arbetsförmedlingens stöd till personer med funktionsnedsättning*. RiR 2025:20. Riksrevisionen.
- Rooth, D.-O., Bloom, N., & Dahl, G. B. (2025). *Distansarbete och sysselsättning bland personer med funktionsnedsättning*. SNS Analys Nr 115. Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS).
- Rydberg, E. (2010). *Deaf people and the labour market in Sweden*. Avhandling. Studies from the Swedish Institute for Disability Research 32. Örebro universitet.
- Samhall. (2025). *Samhall årsredovisning 2024*. Samhall.
- SCB. (2025). *Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning 2024*. Statistiska centralbyrån (SCB).
- Skolverket. (2024). *Sysselsättning efter avslutad anpassad gymnasieskola: Beskrivande statistik – Sysselsättning hösten 2020, 2021 och 2022*. Rapport 2024:1032. Skolverket.

- Skolverket. (2025a). *Den ökade andelen elever i anpassad grundskola*. Rapport 2025:10. Skolverket.
- Skolverket. (2025b). *Elever i anpassade grundskolan: Läsåret 2024/25*. Dnr: 2024:1522. Skolverket.
- SKR. (2025). *Guide till inkluderande arbetsplatser*. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).
- Socialstyrelsen. (2010). *Alltjämt ojämnt! Levnadsförhållanden för vissa personer med funktionsnedsättning*, Nr 2010-6-21. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2023). *Diagnostik och läkemedelsbehandling vid ADHD: Förekomst, trend och könsskillnader*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2025a). *Bilaga till Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2024*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2025b). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning: Lägesrapport 2025*. Socialstyrelsen.
- SOU. (2001). *Funktionshinder och välfärd*. Statens Offentliga Utredningar SOU 2001:56.
- SOU. (2012). *Sänkta trösklar – högt i tak - Arbete, utveckling, trygghet*. Statens Offentliga Utredningar SOU 2012:31.
- SOU. (2021). *En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet*. Statens Offentliga Utredningar SOU 2021:69.
- SOU. (2023). *Uppföljning för utveckling – ett hållbart system för samlad kunskap om villkoren för barn och elever med funktionsnedsättning i förskola och skola*. Statens Offentliga Utredningar SOU 2023:95.
- SOU. (2024). *En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022*. Statens Offentliga Utredningar SOU 2024:26.
- SOU. (2025a). *En arbetsmiljöstrategi för ett förändrat arbetsliv*. Statens Offentliga Utredningar SOU 2025:73.
- SOU. (2025b). *Ökad kvalitet hos Samhall och fler vägar till skyddat arbete*. Statens Offentliga Utredningar SOU 2025:29.
- Stadsrevisionen. (2022). *Stöd till unga vuxna med funktionsnedsättning att komma i arbete*. Nr 4, Dnr 2021/129. Stadsrevisionen.

- Statskontoret. (2011). *Subventionerade anställningar: En kartläggning*. Nr 34. Statskontoret.
- Statskontoret. (2024). *Allas ansvar, ingens ansvar: Statskontorets slutredovisning om praktik i staten*. Rapport Nr 2024:8. Statskontoret.
- Svenskt Näringsliv. (2024). *Lönebidrag – stärker kompetensförsörjningen*. Svenskt Näringsliv.
- Tideman, M., Lövgren, V., & Malmqvist, J. (2020). *Övergången från ung till vuxen för personer med funktionsnedsättning: En kartläggning av det vetenskapliga kunskapsläget*. Forte.
- Topor, A., Stefansson, C.-G., Denhov, A., Bülow, P., & Andersson, G. (2019). Recovery and economy; salary and allowances: a 10-year follow-up of income for persons diagnosed with first-time psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54, 919–926.
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). *Is Work Good for Your Health and Well-Being?*. The Stationery Office.
- Whitworth, A., Baxter, S., Cullingworth, J., & Clowes, M. (2024). Individual Placement and Support (IPS) beyond severe mental health: An overview review and meta-analysis of evidence around vocational outcomes. *Preventive Medicine Reports*, 102786.
- Willcutt, E. G. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9 (3), 490–499.

Appendix

A.1 Beskrivning av data och metod

A.1.1 AKU-funk

Den primära datakällan för analyserna i denna rapport är tilläggsundersökningarna om funktionsnedsättning i AKU 1996–2019 (AKU-funk) som genomförts av SCB. Syftet med AKU-funk är att ge en bild av situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning.

En av de viktigaste frågorna är om en individ har en funktionsnedsättning. Den frågan ställs redan i ordinarie AKU och används för att identifiera personer med funktionsnedsättning. Det ställs även frågor om typ av funktionsnedsättning. Vidare ställs frågor om hur mycket funktionsnedsättningen påverkar individens förmåga att utföra olika arbetsuppgifter och delta i arbetslivet (dvs. grad av nedsatt arbetsförmåga). Relaterat till arbetsförmåga ställs även frågor om individen behöver stöd eller anpassade arbetsförhållanden för att kunna delta i arbetslivet. Det ställs också frågor om upplevd diskriminering i arbetslivet på grund av en funktionsnedsättning.

AKU-funk genomfördes av SCB på uppdrag av Arbetsförmedlingen, vars regleringsbrev anger att de ska redovisa resultat från undersökningen av situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning. Undersökningen genomfördes första gången 1996 och har därefter genomförts 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012 och sedan årligen från 2013 till 2019. Data för åren 2010 och 2012 finns inte bevarade hos SCB och används således inte i denna rapport. Uppgifterna i tilläggsundersökningarna kopplas till AKU och för varje tilläggsundersökning finns en rapport som beskriver situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning. I genomsnitt är ungefär 3 000 individer med en funktionsnedsättning som besvarar tilläggsundersökningen

För att kunna studera situationen på arbetsmarknaden för specifika typer av funktionsnedsättning slår vi i denna rapport samman data från AKU-funk för tidsperioden 1996–2019, vilket resulterar i ett stort underlag av individer för varje specifik typ av funktionsnedsättning. Att kunna analysera enskilda typer av funktionsnedsättning är viktigt eftersom individer med funktionsnedsättning är en heterogen grupp. I det sammanslagna materialet är det ungefär 39 000 individer som har en funktionsnedsättning.

En viktig faktor för att kunna slå samman data från enskilda år av AKU-funk är att många frågor som ställs till deltagarna är desamma över tid.

Det är ordinarie AKU som ligger till grund för urvalet till AKU-funk, men begränsat till åldrarna 16–64 år (de äldre undersökningarna inkluderar åldrarna 16–64 år medan de senare inkluderar 15–74 år). Efter att intervjun för ordinarie AKU avslutats får deltagarna en introduktion till tilläggsundersökningen och sedan ställs frågan om de tillhör gruppen med funktionsnedsättning. Före 2013 görs AKU-funk direkt efter att intervjun för ordinarie AKU avslutats. Från och med 2013 års tilläggsundersökning ställs enbart frågan som identifierar om individen har en funktionsnedsättning i samband med ordinarie AKU. Sedan görs intervjun av de som har en funktionsnedsättning i en separat intervju vid ett senare tillfälle. Denna konstruktion medför ett större bortfall från och med 2013 eftersom inte alla som svarat att de har en funktionsnedsättning vill bli återkontaktade eller är anträffbara för den separata intervjun.

A.1.2 AKU

Arbetskraftsundersökningarna (AKU) är en undersökning som genomförs av SCB varje månad för att beskriva utvecklingen på arbetsmarknaden för Sveriges befolkning i åldern 15–74 år (tidigare 16–64 år).

För att undersöka situationen på arbetsmarknaden för individer med funktionsnedsättning, och kunna jämföra med den övriga befolkningen, har vi slagit samman data från AKU för perioden 1996–2019, det vill säga samma år som AKU-funk. Vi använder åldrarna 16–64 år. Genom personnummer (ersatt av löpnummer)

kan varje individ med funktionsnedsättning i AKU-funk även identifieras i AKU.

A.1.3 LISA

För att analysera livsförlopp används i rapporten LISA som är en longitudinell databas hos SCB som innehåller information om människors arbetssituation och hälsa och hur de förändras över tid. Datamaterialet i LISA samlas in från olika register och sammanförs i en enda databas. LISA innehåller information om sjukförsäkring, föräldraförsäkring och arbetslöshetsförsäkring, samt information om arbetskraftsstatus, arbetstider och inkomster. LISA kan således användas för att studera ett brett spektrum av frågor relaterade till arbetsmarknaden och individers utfall.

A.1.4 Viktning av data

För att korrigera för eventuella snedheter orsakade av urvalsdesign och selektivt bortfall i AKU-funk använder vi egna kalibreringsvikter, eftersom de data från AKU-funk som vi har erhållit från SCB saknar vikter. Viktningen syftar till att säkerställa att materialet så långt som möjligt speglar den svenska befolkningen och därmed blir representativt på individnivå.

Viktningen görs med en GREG-metod (Generalized Regression Estimator) i Stata. Varje individ ges en vikt som gör att urvalets sammansättning stämmer överens med kända populationstotaler för definierade grupper. Kalibreringen görs separat för varje år så att vikterna alltid baseras på den samtida befolkningsstrukturen. Som referens används LISA, som innehåller uppgifter om hela befolkningen. För varje år beräknas en urvalsvikt som kalibrerar urvalet i AKU-funk mot befolkningstotaler i LISA.

Utöver detta korrigeras bortfallet i AKU-funks tvåstegsinsamling 2013–19 genom en separat bortfallsvikt som beräknas enbart för personer som i steg 1 uppgett funktionsnedsättning. Denna vikt kalibrerar de som deltagit i steg 2 så att de, inom celler definierade av kalibreringsvariablerna, representerar samtliga personer med funktionsnedsättning i steg 1. För år före 2013 (då tvåstegsinsamling inte görs) samt för individer utan funktionsnedsättning 2013–19

sätts bortfallsvikten till 1. Den totala analysvikten beräknas sedan som produkten av de två vikterna.

De variabler som ingår i kalibreringen är kön, ålder, födelsebakgrund, utbildningsnivå, inkomstnivå, sjukpenning och sjukersättning. Dessa valdes eftersom de både påverkar sannolikheten att delta i AKU-funk och är centrala för arbetsmarknadsutfall och hälsa. De två hälsorelaterade indikatorerna – sjukpenning och sjukersättning – är särskilt relevanta.

A.2 Kompletterande figurer och tabeller

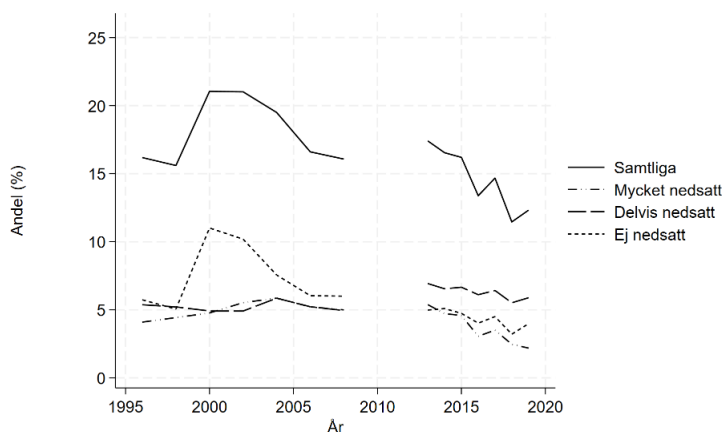
A.2.1 Personer med funktionsnedsättning (kapitel 3)

Tabell A.1 Andel (%) med funktionsnedsättning i olika demografiska grupper

	Samtliga	Varav arbetsförmåga		
		Mycket nedsatt	Delvis nedsatt	Ej nedsatt
Ålder 16–25	10,6	0,9	3,6	6,1
Ålder 26–55	14,1	3,7	5,1	5,3
Ålder 56–	23,2	10,4	7,3	5,5
Man	14,3	3,5	4,8	6,0
Kvinna	15,6	5,0	5,6	4,9
Inrikes född	14,4	3,6	5,2	5,7
Utrikes född	12,0	4,7	4,2	3,1
Förgymnasial utb.	20,4	7,9	6,1	6,3
Gymnasial utb.	16,4	4,8	5,9	5,8
Eftergymnasial utb.	9,9	1,6	3,7	4,5
Rörelse	5,2	2,5	2,1	0,6
Kommunikativa	3,3	0,5	1,1	1,7
Psykiska	1,8	0,9	0,7	0,2
Kroniska sjukdomar	6,2	1,2	1,8	3,2

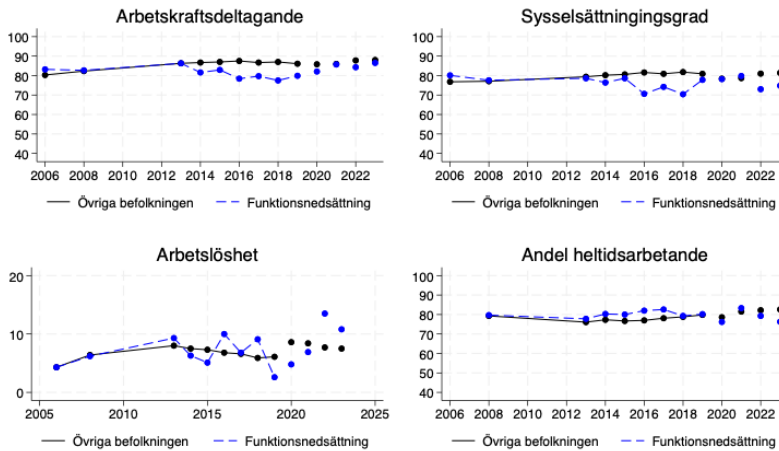
Not: Tabellen visar andel personer i befolkningen som uppgett att de har en funktionsnedsättning i olika demografiska grupper, totalt och efter grad av nedsättning av arbetsförmåga. De fyra sista raderna avser särskilda typer av funktionsnedsättningar.

Figur A.1 Andel personer i befolkningen med funktionsnedsättning



Not: Figuren visar andel personer i befolkningen som uppgett att de har en funktionsnedsättning, totalt och efter grad av nedsättning av arbetsförmågan.

Figur A.2 Situationen på arbetsmarknaden för de med en funktionsnedsättning, men inte nedsatt arbetsförmåga



Not: Figuren visar situationen för de med en funktionsnedsättning, men inte nedsatt arbetsförmåga
Källa: SCB olika årgångar.

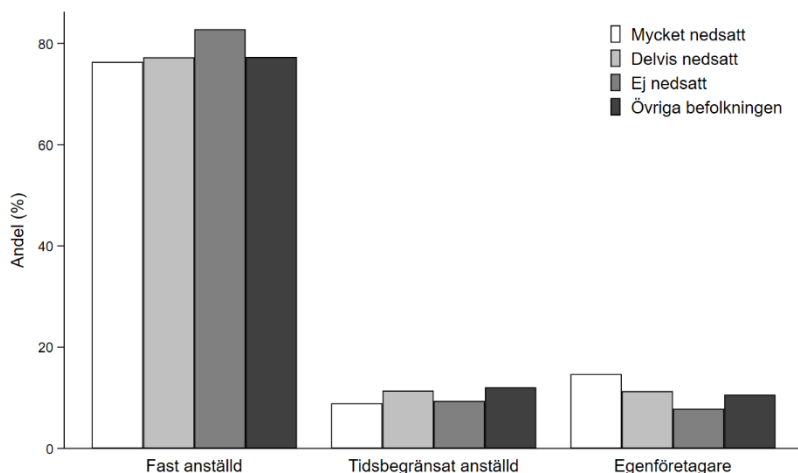
A.2.2 Personer med rörelsenedsättning (kapitel 4)

Tabell A.2 Utbildning efter födelseland för personer med rörelsenedsättning

	Rörelsenedsättning		Övriga	
	Inrikes födda	Utrikes födda	Inrikes födda	Utrikes födda
Studerar nu (%)	40,2	47,3	54,7	62,4
År av utbildning	11,1	10,7	12,5	12,1
Gymnasieexamen (%)	77,7	68,4	89,2	80,6
Eftergymnasial utb. (%)	16,7	17,7	40,4	38,7

Not: Tabellen visar utbildningsnivåer för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning och för den övriga befolkningen, uppdelat efter födelseland. År av utbildning avser genomsnittligt antal skolår. Övriga mått redovisas i procent.

Figur A.3 Typ av anställning för personer med rörelsenedsättning



Not: Figuren visar typ av anställning för sysselsatta som uppgett att de har en rörelsenedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Tabell A.3 Sysselsättningsgrad i olika demografiska grupper (procent)

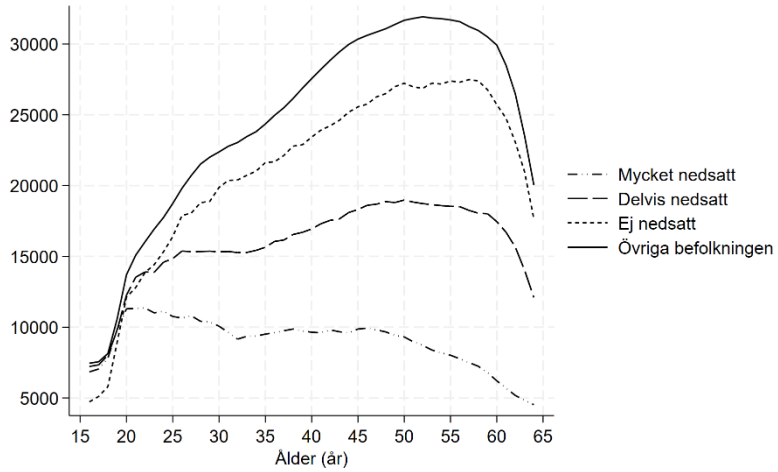
Demografisk grupp	Samtliga	Mycket	Delvis	Ej nedsatt	Övriga
Ålder 16–25	47,4	37,8	47,4	63,3	47,7
Ålder 26–55	62,9	40,1	80,0	91,2	90,1
Ålder 56–	46,2	26,5	77,2	83,7	81,2
Man	60,6	37,7	78,4	88,3	82,5
Kvinna	53,9	32,7	76,4	84,8	80,2
Inrikes född	61,0	37,7	79,5	89,3	83,7
Utrikes född	45,4	29,3	65,8	71,4	69,8
Förgymnasial utb.	45,0	27,2	71,6	75,9	57,6
Gymnasial utb.	56,7	34,7	77,3	86,7	81,4
Eftergymnasial utb.	71,0	45,6	82,6	90,3	87,2

Not: Tabellen visar andelen personer i sysselsättning, uppdelat på olika demografiska grupper och efter grad av nedsättning av arbetsförmåga.

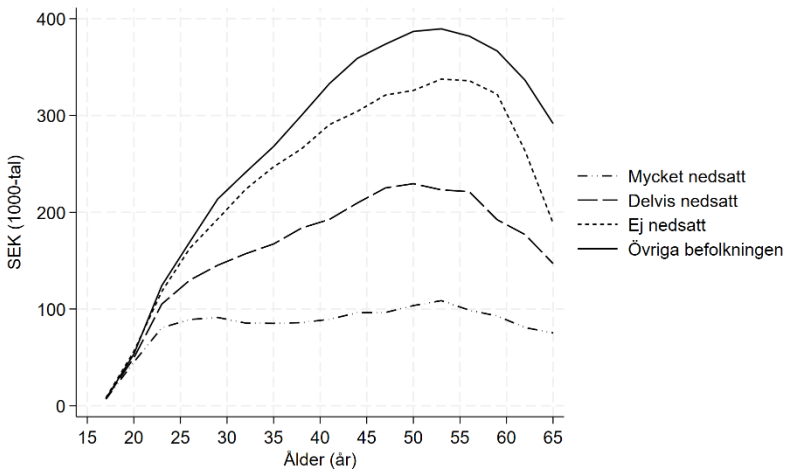
Tabell A.4 Reala inkomster för personer med rörelsenedsättning, efter ålder

	Ålder			Övriga befolkningen		
	16–25	26–55	56–	16–25	26–55	56–
Löneinkomst (tkr)	76	115	80	82	271	263
Disp. inkomst (tkr)	98	172	203	89	251	279

Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning, efter ålder, samt för den övriga befolkningen.

Figur A.4 Residual real löneinkomst, efter ålder

Not: Figuren visar residual reallöneinkomst (justerad för födelseår, kön och kommun) i 2019 års prisnivå över ålder för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Figur A.5 Real löneinkomst efter grad av nedsatt arbetsförmåga och ålder (intervjuade i AKU före 40 års ålder)

Not: Figuren visar reallöneinkomst i 2019 års prisnivå över ålder för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen. Grafen inkluderar enbart personer som blev intervjuade i AKU före 40 års ålder och dessa personer följs över ålder i LISA.

Tabell A.5 Reala inkomster för personer med rörelsenedsättning, efter födelseland

	Rörelsenedsättning		Övriga befolkningen	
	Inrikes	Utrikes	Inrikes	Utrikes
Löneinkomst (tkr)	113	77	248	185
Disp. inkomst (tkr)	190	147	234	193

Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) för inrikes och utrikes födda som uppgett att de har en rörelsenedsättning samt för den övriga befolkningen.

Tabell A.6 Sjukpenning och sjukersättning efter ålder för personer med rörelsenedsättning

	Rörelsenedsättning			Övriga befolkningen		
	16–25	26–55	56–	16–25	26–55	56–
Sjukpenningdagar	14,8	50,2	34,1	1,5	6,6	9,0
Beviljats sjukersättning (%)	11,9	37,3	64,9	0,5	1,5	7,2
Sjukersättningsdagar	34,7	101,3	189,6	1,4	4,1	19,6

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar per år efter ålder för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning och för den övriga befolkningen. Beviljats sjukersättning visar andelen (i procent) som fått minst en dags sjukersättning. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före år 2003 förtidspension och sjukbidrag.

Tabell A.7 Sjukpenning och sjukersättning för personer med rörelsenedsättning, efter födelseland

	Rörelsenedsättning		Övriga befolkningen	
	Inrikes född	Utrikes född	Inrikes född	Utrikes född
Sjukpenningdagar	43,1	40,1	5,1	6,2
Beviljats sjukersättning (%)	43,0	43,7	1,7	3,0
Sjukersättningsdagar	117,3	134,3	4,6	9,2

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning efter födelseland. Beviljats sjukersättning visar andelen (i procent) som fått minst en dags sjukersättning. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före år 2003 förtidspension och sjukbidrag.

Tabell A.8 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med rörelsenedsättning, efter ålder

	Rörelse			Övriga befolkningen		
	16–25	26–55	56–	16–25	26–55	56–
Vårdtillfällen (öppenvård)	2,4	2,3	1,9	0,4	0,5	0,7
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1
Läkemedelsuttag	9,8	20,4	25,2	1,4	2,8	6,9

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning och för den övriga befolkningen efter ålder.

Tabell A.9 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med rörelsenedsättning, efter kön

	Rörelse		Övriga befolkningen	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Vårdtillfällen (öppenvård)	1,9	2,6	0,5	0,8
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,2	0,3	0,1	0,1
Läkemedelsuttag	16,1	21,4	2,5	3,8

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning och för den övriga befolkningen efter kön.

Tabell A.10 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med rörelsenedsättning, efter födelseland

	Rörelse		Övriga befolkningen	
	Inrikes född	Utrikes född	Inrikes född	Utrikes född
Vårdtillfällen (öppenvård)	2,4	2,2	0,6	0,8
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,3	0,2	0,1	0,1
Läkemedelsuttag	19,1	18,6	3,1	3,6

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning och för den övriga befolkningen efter födelseland.

Tabell A.11 Behov av anpassning för sysselsatta personer med rörelsenedsättning, efter födelseland

	Födelseland	
	Inrikes	Utrikes
Andel med behov av anpassning	78,7	74,7
Behov av . . .		
. . . personligt biträde	3,7	5,3
. . . anpassade hjälpmedel	31,8	27,8
. . . lokalanpassning	8,8	7,1
. . . anpassad arbetstid	39,7	39,6
. . . anpassat arbetstempo	47,5	47,6
. . . anpassade arb. uppg.	52,5	45,7
. . . anpassad transport	3,9	3,7
Andel som fått anpassning	84,3	75,0

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar och andelen som fått anpassning bland sysselsatta personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning, uppdelat efter födelseland.

Tabell A.12 Behov av anpassning för ej sysselsatta personer med rörelsenedsättning, efter kön

	Kön	
	Man	Kvinna
Andel med behov av anpassning	46,3	44,7
Behov av . . .		
. . . personligt biträde	6,9	9,1
. . . anpassade hjälpmedel	20,3	25,3
. . . lokalanpassning	11,5	13,3
. . . anpassad arbetstid	27,1	29,3
. . . anpassat arbetstempo	31,6	32,7
. . . anpassade arb. uppg.	40,5	38,3
. . . anpassad transport	10,0	10,3

Not: Tabellen visar andelen ej sysselsatta personer som har behov av olika typer av anpassningar, bland personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning, uppdelat efter kön.

Tabell A.13 Behov av anpassning för ej sysselsatta personer med rörelsenedsättning, efter födelse land

	Födelse land	
	Inrikes	Utrikes
Andel med behov av anpassning	48,5	39,8
Behov av...		
... personligt biträde	9,0	5,7
... anpassade hjälpmedel	26,9	15,8
... lokalanpassning	13,8	11,5
... anpassad arbetstid	31,2	24,7
... anpassat arbetstempo	35,0	27,2
... anpassade arb. uppg.	41,4	36,9
... anpassad transport	10,4	8,6

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar för ej sysselsatta personer som uppgett att de har en rörelsenedsättning efter födelse land.

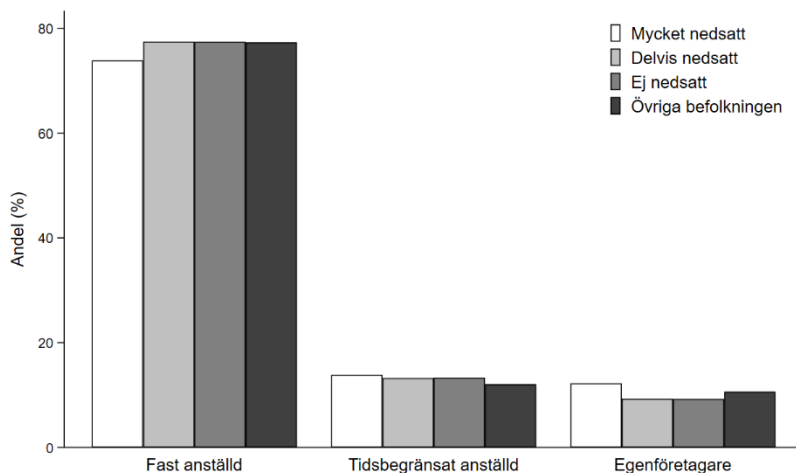
A.2.3 Personer med kommunikativ funktionsnedsättning (kapitel 5)

Tabell A.14 Utbildning för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, efter födelse land

	Kommunikationsnedsättning		Övriga befolkningen	
	Inrikes	Utrikes	Inrikes	Utrikes
Studerar nu (%; under 25 år)	54,8	72,1	54,7	62,4
År av utbildning (över 25 år)	11,9	11,6	12,5	12,1
Gymnasial utb. (%; över 25 år)	84,1	77,7	89,2	80,6
Eftergymnasial utb. (%; över 25 år)	30,7	29,3	40,4	38,7

Not: Tabellen visar olika mått på utbildning för in- och utrikes födda som uppgett att de har en kommunikationsnedsättning och för den övriga befolkningen.

Figur A.6 Typ av anställning för personer med kommunikativ funktionsnedsättning



Not: Figuren visar typ av anställning för sysselsatta som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Tabell A.15 Sysselsättningsgrad i olika demografiska grupper (procent)

Demografisk grupp	Samtliga	Mycket	Delvis	Ej nedsatt	Övriga
Ålder 16–25	45,7	32,2	45,0	51,1	47,7
Ålder 26–55	81,6	39,6	83,4	92,7	90,1
Ålder 56–	71,2	31,4	84,0	88,3	81,2
Man	75,4	43,7	77,7	83,6	82,5
Kvinna	69,9	30,0	76,2	81,4	80,2
Inrikes född	75,2	40,4	78,0	83,3	83,7
Utrikes född	64,9	35,1	71,8	78,9	69,8
Förgymnasial utb.	54,2	31,4	57,4	65,6	57,6
Gymnasial utb.	75,8	34,0	79,3	87,5	85,5
Eftergymnasial utb.	84,0	56,2	85,6	88,2	87,2
Dyslexi	67,9	44,2	68,6	75,8	81,4
Hörselnedsättning	80,2	43,5	83,4	89,2	81,4
Synnedsättning	67,3	26,8	79,3	78,8	81,4

Not: Tabellen visar andelen personer i sysselsättning, uppdelat på olika demografiska grupper och efter grad av nedsättning av arbetsförmåga. För undergrupperna av kommunikationsnedsättningar avser Övriga befolkningen personer utan respektive diagnos.

Tabell A.16 Reala inkomster för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, efter ålder

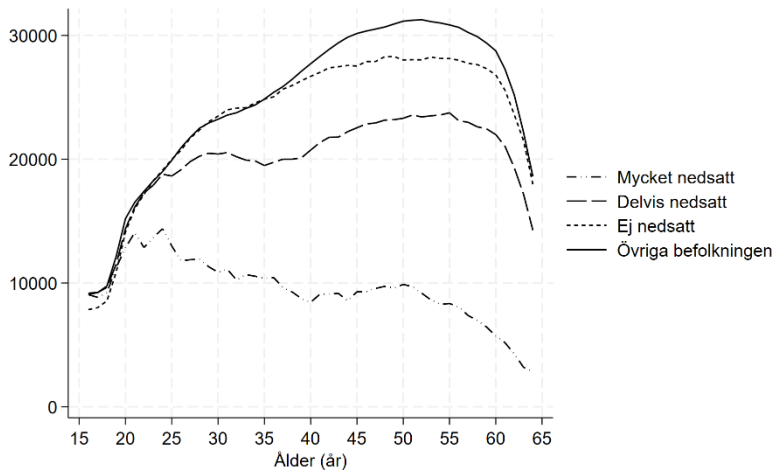
	Ålder			Övriga befolkningen		
	16–25	26–55	56–	16–25	26–55	56–
Löneinkomst (tkr)	77	213	190	82	271	263
Disp. inkomst (tkr)	88	211	218	89	251	279

Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) för personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning, efter ålder, samt för den övriga befolkningen.

Tabell A.17 Reala inkomster för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, efter födelseland

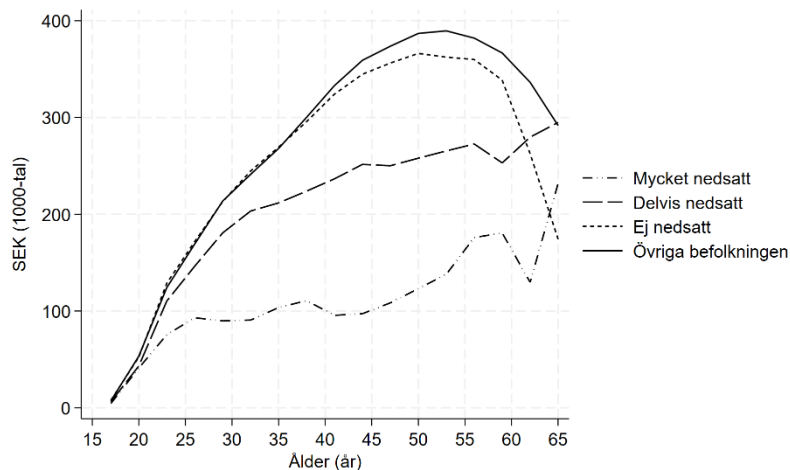
	Kommunikation		Övriga befolkningen	
	Inrikes	Utrikes	Inrikes	Utrikes
Löneinkomst (tkr)	192	153	248	185
Disp. inkomst (tkr)	194	172	234	193

Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) för inrikes och utrikes födda som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning samt för den övriga befolkningen.

Figur A.7 Residual real löneinkomst efter grad av nedsatt arbetsförmåga och ålder

Not: Figuren visar residual reallöneinkomst (justerad för födelseår, kön och kommun) i 2019 års prisnivå över ålder för personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Figur A.8 Real löneinkomst efter grad av nedsatt arbetsförmåga och ålder (intervjuade i AKU före 40 års ålder)



Not: Figuren visar reallöneinkomst i 2019 års prisnivå över ålder för personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen. Grafen inkluderar enbart individer som deltog i AKU före 40 års ålder och dessa individer följs över ålder i LISA.

Tabell A.18 Sjukpenning och sjukersättning efter ålder för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning

	Kommunikativa			Övriga befolkningen		
	16–25	26–55	56–	16–25	26–55	56–
Sjukpenningdagar	2,8	15,6	16,9	1,5	6,6	9,0
Beviljats sjukersättning (%)	4,7	11,6	30,0	0,5	1,5	7,2
Sjukersättningsdagar	14,0	33,2	86,0	1,4	4,1	19,6

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar per år efter ålder för personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning och för den övriga befolkningen. Beviljats sjukersättning visar andelen (i procent) som fått minst en dags sjukersättning. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före år 2003 förtidspension och sjukbidrag.

Tabell A.19 Sjukpenning och sjukersättning för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, efter födelse-land

	Kommunikativa		Övriga	
	Inrikes	Utrikes	Inrikes	Utrikes
Sjukpenningdagar	12,6	13,4	5,1	6,2
Beviljats sjukersättning (%)	12,0	14,7	1,7	3,0
Sjukersättningsdagar	33,5	44,1	4,6	9,2

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar per år efter födelse-land för personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning och för den övriga befolkningen. Beviljats sjukersättning visar andelen (i procent) som fått minst en dags sjuk-ersättning. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före år 2003 förtdis-pension och sjukbidrag.

Tabell A.20 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, efter ålder

	Kommunikation			Övriga befolkningen		
	16–25	26–55	56–	16–25	26–55	56–
Vårdtillfällen (öppenvård)	0,8	1,1	1,2	0,4	0,5	0,7
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
Läkemedelsuttag	2,3	5,7	9,6	1,4	2,8	6,9

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en kommunikationsnedsättning och för den övriga befolkningen efter ålder.

Tabell A.21 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, efter kön

	Kommunikation		Övriga befolkningen	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Vårdtillfällen (öppenvård)	0,9	1,3	0,5	0,8
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,1	0,2	0,1	0,1
Läkemedelsuttag	4,7	7,2	2,5	3,8

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en kommunikationsnedsättning och för den övriga befolkningen efter kön.

Tabell A.22 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, efter födelse land

	Kommunikation		Övriga befolkningen	
	Inrikes född	Utrikes född	Inrikes född	Utrikes född
Vårdtillfällen (öppenvård)	1,0	1,1	0,6	0,8
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,1	0,1	0,1	0,1
Läkemedelsuttag	5,2	7,6	3,1	3,7

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en kommunikationsnedsättning och för den övriga befolkningen efter födelse land.

Tabell A.23 Behov av anpassning för sysselsatta personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, efter födelse land

	Födelse land	
	Inrikes	Utrikes
Andel med behov av hjälpmedel	51,9	62,8
Behov av . . .		
. . . personligt biträde	3,2	6,6
. . . anpassade hjälpmedel	27,9	38,9
. . . lokalanpassning	12,0	18,0
. . . anpassad arbetstid	13,4	15,4
. . . anpassat arbetstempo	21,1	25,7
. . . anpassade arb. uppg.	21,2	25,0
. . . anpassad transport	1,9	0,6
Andel som fått hjälpmedel	75,7	77,2

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar och som fått anpassning för sysselsatta personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning, efter födelse land.

Tabell A.24 Behov av anpassning för ej sysselsatta personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, efter kön

	Kön	
	Kvinna	Man
Andel med behov av anpassning	58,6	56,5
Behov av...		
... personligt biträde	12,5	10,5
... anpassade hjälpmedel	34,4	28,9
... lokalanpassning	14,6	16,6
... anpassad arbetstid	32,4	26,7
... anpassat arbetstempo	35,8	35,4
... anpassade arb. uppg.	41,4	39,4
... anpassad transport	10,3	7,0

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar för ej sysselsatta personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning efter kön.

Tabell A.25 Behov av anpassning för ej sysselsatta personer med en kommunikativ funktionsnedsättning, efter födelse land

	Födelse land	
	Inrikes	Utrikes
Andel med behov av anpassning	60,9	57,7
Behov av...		
... personligt biträde	12,2	13,1
... anpassade hjälpmedel	35,2	26,4
... lokalanpassning	16,2	18,0
... anpassad arbetstid	30,5	34,0
... anpassat arbetstempo	38,1	35,0
... anpassade arb. uppg.	42,2	43,5
... anpassad transport	9,4	7,2

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar för ej sysselsatta personer som uppgett att de har en kommunikativ funktionsnedsättning uppdelat efter födelse land.

Tabell A.26 Deltagande i arbetsmarknadspolitiska åtgärder för personer med de tre vanligaste kommunikativa funktionsnedsättningarna

	Typ av funktionsnedsättning			Övriga Befolkningen
	Dyslexi	Syn	Hörsel	
Andel (%) som deltagit under året				
Arbetsmarknadsutbildning	11,4	5,5	6,0	4,7
Subventionerad anställning	7,1	5,6	4,8	1,7

Not: Tabellen visar andel som deltagit i arbetsmarknadsutbildning och subventionerad anställning under året för personer som uppgett att de har dyslexi, synnedsättning eller hörselnedsättning, samt för den övriga befolkningen.

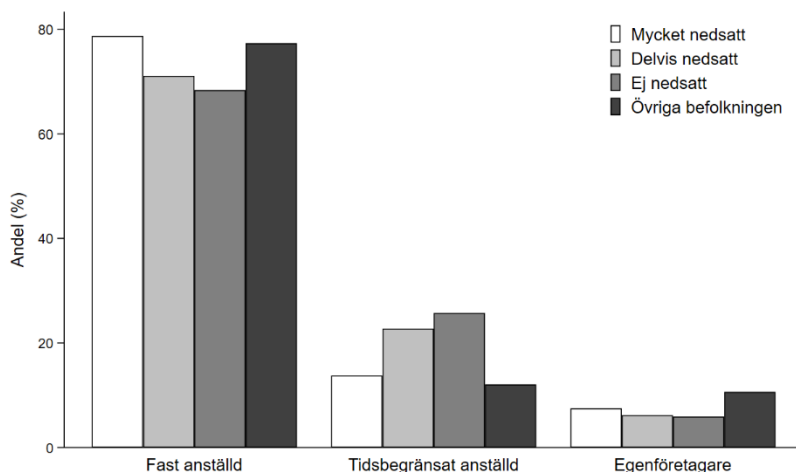
A.2.4 Personer med psykisk funktionsnedsättning (kapitel 6)

Tabell A.27 Utbildning för personer med en psykisk funktionsnedsättning, efter födelseland

	Psykiska		Övriga befolkningen	
	Inrikes	Utrikes	Inrikes	Utrikes
Studerar nu (%; under 25 år)	47,4	56,1	54,7	62,4
År av utbildning (över 25 år)	11,8	11,1	12,5	12,1
Gymnasial utb. (%; över 25 år)	82,7	73,3	89,2	80,6
Eftergymnasial utb. (%; över 25 år)	29,1	20,5	40,4	38,7

Not: Tabellen visar olika mått på utbildning för in- och utrikes födda som har uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning och för den övriga befolkningen.

Figur A.9 Typ av anställning för personer med psykisk funktionsnedsättning



Not: Figuren visar typ av anställning för sysselsatta som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Tabell A.28 Sysselsättningsgrad i olika demografiska grupper (procent)

Demografisk grupp	Samtliga	Mycket	Delvis	Ej nedsatt	Övriga
Ålder 16–25	30,5	19,8	36,4	40,0	47,7
Ålder 26–55	46,5	29,2	62,2	75,4	90,1
Ålder 56–	33,7	19,5	66,8	54,7	81,2
Man	39,8	22,0	54,9	60,1	82,5
Kvinna	43,9	29,5	59,5	66,6	80,2
Inrikes född	44,5	28,1	59,2	65,1	83,7
Utrikes född	31,8	20,8	46,2	55,5	69,8
Förgymnasial utb.	27,2	16,7	44,0	41,9	57,6
Gymnasial utb.	42,1	26,7	57,6	62,9	81,4
Eftergymnasial utb.	58,0	38,1	70,3	78,2	87,2
Neuropsykiatrisk	43,5	25,9	50,7	62,2	81,4
Psykiatrisk	41,5	26,9	60,4	64,3	81,4

Not: Tabellen visar andelen personer i sysselsättning, uppdelad på olika demografiska grupper och efter grad av nedsättning av arbetsförmåga. För undergrupperna av psykiska funktionsnedsättningar avser Övriga befolkningen personer utan respektive diagnos.

Tabell A.29 Reala inkomster för personer med en psykisk funktionsnedsättning, efter födelseland

	Psykiska		Övriga befolkningen	
	Inrikes	Utrikes	Inrikes	Utrikes
Löneinkomst (tkr)	83	60	248	185
Disp. inkomst (tkr)	161	137	234	193

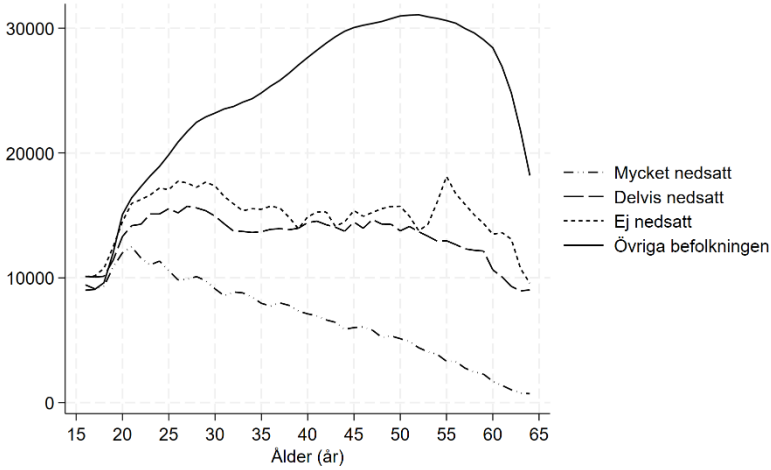
Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) efter födelseland för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning och för den övriga befolkningen.

Tabell A.30 Reala inkomster för personer med en psykisk funktionsnedsättning, efter ålder

	Psykiska			Övriga befolkningen		
	16–25	26–55	56–	16–25	26–55	56–
Löneinkomst (tkr)	52	86	60	82	271	263
Disp. inkomst (tkr)	86	170	178	89	251	279

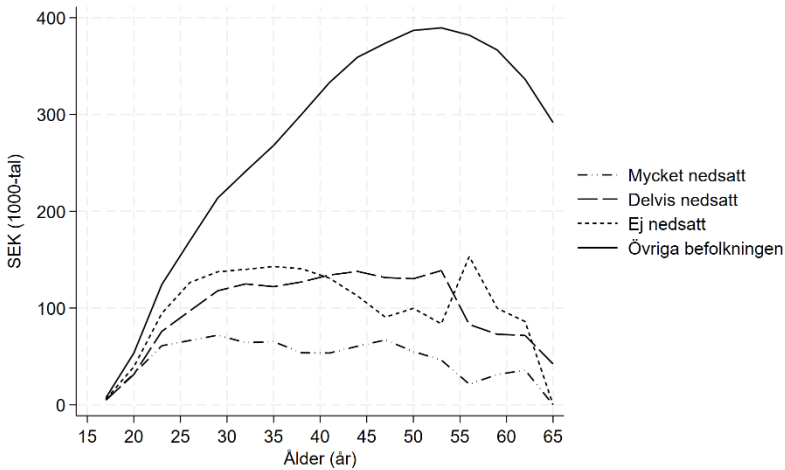
Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) efter ålder för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning och för den övriga befolkningen.

Figur A.10 Residual real löneinkomst, efter ålder



Not: Figuren visar residual reallöneinkomst (justerad för födelseår, kön och kommun) i 2019 års prisnivå över ålder för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Figur A.11 Real löneinkomst, efter ålder (intervjuade i AKU före 40 års ålder)



Not: Figuren visar reallöneinkomst i 2019 års prisnivå över ålder för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen. Grafen inkluderar enbart individer som deltog i AKU före 40 års ålder och dessa individer följs över ålder i LISA.

Tabell A.31 Sjukpenning och sjukersättning efter ålder för personer med en psykisk funktionsnedsättning

	Psykiska funktionsnedsättningar			Övriga befolkningen		
	16–25	26–55	56–	16–25	26–55	56–
Sjukpenningdagar	11,2	54,6	41,2	1,5	6,6	9,0
Beviljats sjukersättning (%)	17,0	40,7	72,1	0,5	1,5	7,2
Sjukersättningsdagar	48,1	125,8	220,2	1,4	4,1	19,6

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar per år efter ålder för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning och för den övriga befolkningen. Beviljats sjukersättning visar andelen (i procent) som fått minst en dags sjukersättning. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före 2003 förtidspension och sjukbidrag.

Tabell A.32 Sjukpenning och sjukersättning efter födelseland för personer med en psykisk funktionsnedsättning

	Psykiska funktionsnedsättningar		Övriga befolkningen	
	Inrikes	Utrikes	Inrikes	Utrikes
Sjukpenningdagar	45,3	41,3	5,1	6,2
Beviljats sjukersättning (%)	39,1	41,8	1,7	3,0
Sjukersättningsdagar	118,0	136,6	4,6	9,2

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar per år efter födelseland för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning och för den övriga befolkningen. Beviljats sjukersättning visar andelen (i procent) som fått minst en dags sjukersättning. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före 2003 förtidspension och sjukbidrag.

Tabell A.33 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med en psykisk funktionsnedsättning, efter ålder

	Psykisk			Övriga befolkningen		
	16–25	26–55	56–	16–25	26–55	56–
Vårdtillfällen (öppenvård)	2,4	2,3	1,9	0,4	0,5	0,7
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1
Läkemedelsuttag	9,8	20,4	25,2	1,4	2,8	6,9

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning och för den övriga befolkningen efter ålder.

Tabell A.34 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med en psykisk funktionsnedsättning, efter kön

	Psykisk		Övriga befolkningen	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Vårdtillfällen (öppenvård)	1,9	2,6	0,5	0,8
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,2	0,3	0,1	0,1
Läkemedelsuttag	16,1	21,4	2,5	3,8

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning och för den övriga befolkningen efter kön.

Tabell A.35 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med en psykisk funktionsnedsättning, efter födelseland

	Psykisk		Övriga befolkningen	
	Inrikes född	Utrikes född	Inrikes född	Utrikes född
Vårdtillfällen (öppenvård)	2,4	2,2	0,6	0,8
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,3	0,2	0,1	0,1
Läkemedelsuttag	19,1	18,6	3,1	3,6

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning och för den övriga befolkningen efter födelseland.

Tabell A.36 Behov av anpassning för sysselsatta personer med en psykisk funktionsnedsättning, efter födelseland

	Födelseland	
	Inrikes	Utrikes
Andel med behov av anpassning	75,9	69,2
Behov av . . .		
. . . personligt biträde	9,9	14,2
. . . anpassade hjälpmedel	11,5	11,3
. . . lokalanpassning	10,9	7,7
. . . anpassad arbetstid	49,3	48,7
. . . anpassat arbetstempo	52,9	54,8
. . . anpassade arb. uppg.	39,6	37,5
. . . anpassad transport	2,1	3,4
Andel som fått anpassning	77,9	71,1

Not: Tabellen visar andelen sysselsatta personer som har behov av olika anpassningar samt andelen som fått anpassning, bland personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning, uppdelat efter födelseland.

Tabell A.37 Behov av anpassning för ej sysselsatta personer med en psykisk funktionsnedsättning, efter kön

	Kön	
	Kvinna	Man
Andel med behov av anpassning	62,0	57,6
Behov av...		
... personligt biträde	19,9	16,5
... anpassade hjälpmedel	18,0	13,4
... lokalanpassning	16,2	11,6
... anpassad arbetstid	47,8	41,3
... anpassat arbetstempo	48,3	40,0
... anpassade arb. uppg.	46,4	42,7
... anpassad transport	12,0	6,1

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar för ej sysselsatta personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning efter kön.

Tabell A.38 Behov av anpassning för ej sysselsatta personer med en psykisk funktionsnedsättning, efter födelse land

	Födelse land	
	Inrikes	Utrikes
Andel med behov av anpassning	62,8	50,4
Behov av...		
... personligt biträde	19,5	14,4
... anpassade hjälpmedel	16,8	14,4
... lokalanpassning	15,1	9,4
... anpassad arbetstid	47,6	37,8
... anpassat arbetstempo	46,3	38,3
... anpassade arb. uppg.	46,6	40,1
... anpassad transport	9,3	9,1

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar för ej sysselsatta personer som uppgett att de har en psykisk funktionsnedsättning efter födelse land.

Tabell A.39 Deltagande i arbetsmarknadspolitiska åtgärder för personer med en neuropsykiatrisk eller en psykiatrisk funktionsnedsättning

	Neuropsykiatrisk	Psykiatrisk	Övriga befolkningen
Andel (%) som deltagit under året			
Arbetsmarknadsutbildning	18,1	13,2	4,7
Subventionerad anställning	15,0	10,1	1,7

Not: Tabellen visar andel som deltagit i arbetsmarknadsutbildning och subventionerad anställning under året för personer som uppgett att de har en neuropsykiatrisk eller psykiatrisk funktionsnedsättning, samt för den övriga befolkningen.

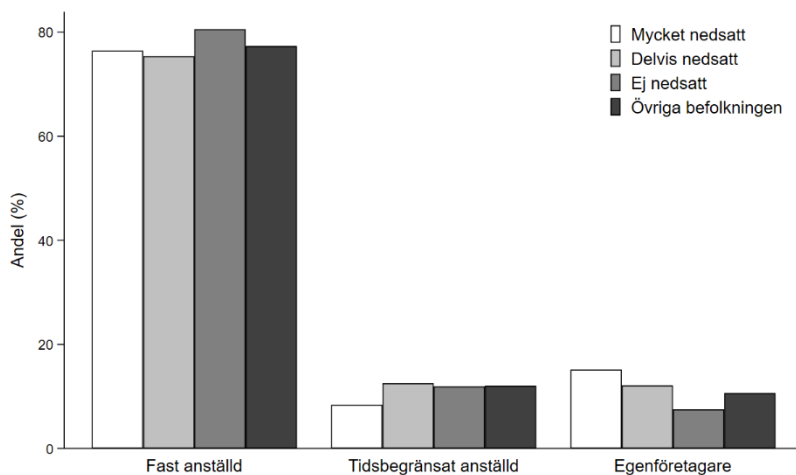
A.2.5 Personer med funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom (kapitel 7)

Tabell A.40 Utbildning för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter födelseland

	Sjukdomar		Övriga befolkningen	
	Inrikes	Utrikes	Inrikes	Utrikes
Studerar nu (%; under 25 år)	52,8	63,4	54,7	62,4
År av utbildning (över 25 år)	11,9	11,3	12,5	12,1
Gymnasial utb. (%; över 25 år)	85,1	73,2	89,2	80,6
Eftergymnasial utb. (%; över 25 år)	30,0	26,8	40,4	38,7

Not: Tabellen visar olika mått på utbildning för in- och utrikes födda som har uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av kroniska sjukdomar och för den övriga befolkningen.

Figur A.12 Typ av anställning för personer med funktionsnedsättning som en följd av kronisk sjukdom



Not: Figuren visar typ av anställning för sysselsatta som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Tabell A.41 Reala inkomster efter ålder för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom

	Sjukdomar			Övriga befolkningen		
	16–25	26–55	56–	16–25	26–55	56–
Löneinkomst (tkr)	77	207	143	82	271	263
Disp. inkomst (tkr)	86	207	200	89	251	279

Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) efter ålder för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom och för den övriga befolkningen.

Tabell A.42 Sysselsättningsgrad i olika demografiska grupper (procent)

Demografisk grupp	Samtliga	Mycket	Delvis	Ej nedsatt	Övriga
Ålder 16–25	48,0	34,9	51,1	50,4	47,7
Ålder 26–55	80,8	38,9	82,8	93,0	90,1
Ålder 56–	57,1	24,5	74,1	84,2	81,2
Man	73,7	36,0	77,5	84,6	82,5
Kvinna	68,5	29,9	76,2	83,5	80,2
Inrikes född	74,9	36,1	79,1	85,0	83,7
Utrikes född	58,2	28,5	66,1	76,8	69,8
Förgymnasial utb.	49,3	23,2	62,8	63,1	57,6
Gymnasial utb.	74,2	34,6	78,0	88,8	85,5
Eftergymnasial utb.	82,9	47,5	83,8	88,9	87,2
Astma och allergi	72,3	32,7	76,4	81,4	81,4
Diabetes	69,8	28,8	71,8	85,7	81,4
Hjärt- och kärlsjukdom	57,8	30,7	72,8	87,7	81,4
Mag- och tarmsjukdom	67,6	29,7	79,0	88,7	81,4

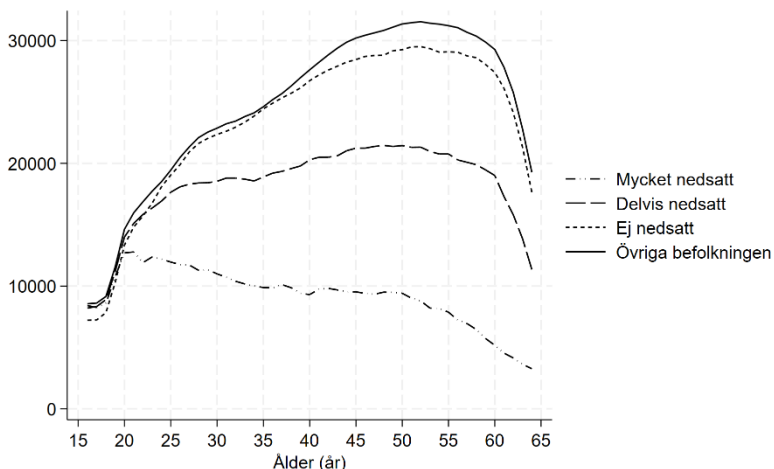
Not: Tabellen visar andelen personer i sysselsättning, uppdelat på olika demografiska grupper och efter grad av nedsättning av arbetsförmåga. För sjukdomsgrupperna avser Övriga befolkningen personer utan diagnosen.

Tabell A.43 Realas inkomster för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter födelseland

	Sjukdomar		Övriga befolkningen	
	Inrikes	Utrikes	Inrikes	Utrikes
Löneinkomst (tkr)	189	132	248	185
Disp. inkomst (tkr)	195	164	234	193

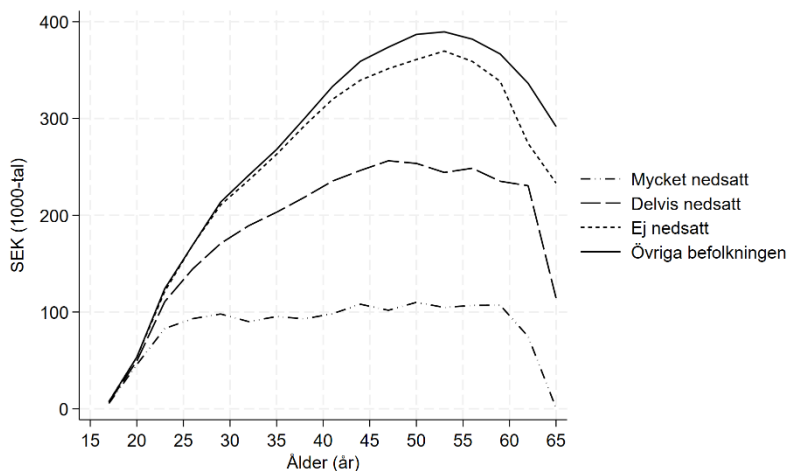
Not: Tabellen visar inkomster i tusental kr (2019 års prisnivå) efter födelseland för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom och för den övriga befolkningen.

Figur A.13 Residual real löneinkomst efter grad av nedsatt arbetsförmåga och ålder



Not: Figuren visar residual reallöneinkomst (justerad för födelseår, kön och kommun) i 2019 års prisnivå över ålder för personer som uppgett att en funktionsnedsättning som en följd av kroniska sjukdomar med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen.

Figur A.14 Real löneinkomst efter grad av nedsatt arbetsförmåga och ålder (intervjuade i AKU före 40 års ålder)



Not: Figuren visar reallöneinkomst i 2019 års prisnivå över ålder för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av kroniska sjukdomar med olika grad av nedsättning av arbetsförmågan och för den övriga befolkningen. Grafen inkluderar enbart individer som deltog i AKU före 40 års ålder och dessa individer följs över ålder i LISA.

Tabell A.44 Sjukpenning och sjukersättning efter ålder för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom

	Sjukdomar			Övriga befolkningen		
	16–25	26–55	56–	16–25	26–55	56–
Sjukpenningdagar	2,7	21,0	23,1	1,5	6,6	9,0
Beviljats sjukersättning (%)	2,3	12,6	42,7	0,5	1,5	7,2
Sjukersättningsdagar	7,2	35,6	128,4	1,4	4,1	19,6

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar per år efter ålder för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom och för den övriga befolkningen. Beviljats sjukersättning visar andelen (i procent) som fått minst en dags sjukersättning. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före 2003 förtidspension och sjukbidrag.

Tabell A.45 Sjukpenning och sjukersättning för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter födelseland

	Sjukdomar		Övriga befolkningen	
	Inrikes	Utrikes	Inrikes	Utrikes
Sjukpenningdagar	17,3	18,2	5,1	6,2
Beviljats sjukersättning (%)	14,5	20,6	1,7	3,0
Sjukersättningsdagar	41,0	65,5	4,6	9,2

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal sjukpenningdagar och sjukersättningsdagar per år efter födelseland för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom och för den övriga befolkningen. Beviljats sjukersättning visar andelen (i procent) som fått minst en dags sjukersättning. Siffrorna för sjukersättning inkluderar även aktivitetsersättning samt före 2003 förtidspension och sjukbidrag.

Tabell A.46 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter ålder

	Kroniska sjukdomar			Övriga befolkningen		
	16–25	26–55	56–	16–25	26–55	56–
Vårdtillfällen (öppenvård)	1,0	1,3	1,6	0,4	0,5	0,7
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,1	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1
Läkemedelsuttag	4,0	9,9	17,1	1,4	2,8	6,9

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom och för den övriga befolkningen efter ålder.

Tabell A.47 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter kön

	Kronisk sjukdom		Övriga befolkningen	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Vårdtillfällen (öppenvård)	1,1	1,5	0,5	0,8
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,2	0,2	0,1	0,1
Läkemedelsuttag	9,5	11,8	2,5	3,8

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom och för den övriga befolkningen efter kön.

Tabell A.48 Antal vårdtillfällen och läkemedelsuttag för personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter födelseland

	Kroniska sjukdomar		Övriga befolkningen	
	Inrikes född	Utrikes född	Inrikes född	Utrikes född
Vårdtillfällen (öppenvård)	1,2	1,4	0,6	0,8
Vårdtillfällen (slutenvård)	0,2	0,2	0,1	0,1
Läkemedelsuttag	10,5	11,9	3,1	3,6

Not: Tabellen visar genomsnittligt antal vårdtillfällen i öppenvård och slutenvård samt läkemedelsuttag per år för personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom och för den övriga befolkningen efter födelseland.

Tabell A.49 Behov av anpassning för sysselsatta personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter födelseland

	Födelseland	
	Inrikes	Utrikes
Andel med behov av hjälpmedel	44,7	51,7
Behov av . . .		
. . . personligt biträde	1,8	3,5
. . . anpassade hjälpmedel	10,7	12,4
. . . lokalanpassning	7,9	11,9
. . . anpassad arbetstid	19,0	24,3
. . . anpassat arbetstempo	24,1	32,1
. . . anpassade arb. uppg.	21,9	24,2
. . . anpassad transport	1,1	1,1
Andel som fått hjälpmedel	78,6	73,8

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar och som fått anpassning för sysselsatta personer som uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom efter födelseland.

Tabell A.50 Behov av anpassning för ej sysselsatta personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter kön

	Kön	
	Kvinna	Man
Andel med behov av anpassning	44,8	43,0
Behov av...		
... personligt biträde	7,7	7,3
... anpassade hjälpmedel	17,1	13,5
... lokalanpassning	15,1	11,1
... anpassad arbetstid	27,5	25,5
... anpassat arbetstempo	30,2	29,5
... anpassade arb. uppg.	34,5	31,5
... anpassad transport	9,0	7,5

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar för ej sysselsatta personer som har uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter kön.

Tabell A.51 Behov av anpassning för ej sysselsatta personer med en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom, efter födelse land

	Födelse land	
	Inrikes	Utrikes
Andel med behov av anpassning	46,8	45,0
Behov av...		
... personligt biträde	7,7	8,4
... anpassade hjälpmedel	18,1	13,5
... lokalanpassning	14,8	13,5
... anpassad arbetstid	28,8	26,5
... anpassat arbetstempo	32,6	28,4
... anpassade arb. uppg.	35,8	33,0
... anpassad transport	8,0	8,6

Not: Tabellen visar andelen som har behov av olika anpassningar för ej sysselsatta personer som har uppgett att de har en funktionsnedsättning som en följd av en kronisk sjukdom efter födelse land.

Tabell A.52 Deltagande i arbetsmarknadspolitiska åtgärder för personer med de vanligaste kroniska sjukdomarna

	Astma/allergi	Diabetes	Hjärta/kärl	Mage/tarm
Andel (%) som deltagit under året				
Arbetsmarknadsutbildning	6,9	7,1	7,4	7,3
Subventionerad anställning	3,4	4,5	5,8	5,4

Not: Tabellen visar andel som deltagit i arbetsmarknadsutbildning och subventionerad anställning under året för personer som uppgett att de har astma och allergi, diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar eller mag- och tarmsjukdomar.

Förteckning över tidigare rapporter till ESO

2026

- Svarta siffror – en ESO-rapport om den kriminella ekonomins omfattning.
- Två steg framåt, ett steg bak – en ESO-rapport om bostadsmarknaden 1969–2024.
- Unga under strecket – en ESO-rapport om fattigdom bland barn till utrikes födda.

2025

- Minsta möjliga motstånd – en ESO-rapport om acceptans för klimatpolitiska styrmedel.
- Algoritmer för allmän nytta: en ESO-rapport om AI, produktivitet och arbetskraftsbehovet i offentlig sektor.
- Raka rör – en ESO-rapport om prisbildning, ägarstrukturer och policyutmaningar på fjärrvärmemarknaden.
- Särskilt utsatta – en ESO-rapport om sambandet mellan etnisk segregation och brottslighet.
- När Sverige säljer – en ESO-rapport om ekonomiska effekter av utländska företagsuppköp.
- Lika barn leka bäst – en ESO-rapport om politisering av kommunchefsposten.
- Innan det är för sent – en ESO-antologi om brottsförebyggande arbete för barn och ung.
- De fattiga och de rika – en ESO-rapport om inkomstjämlighet och inkomströrlighet i Sverige 1991–2021.

2024

- Talande tystnad? En ESO-rapport om självcensur i Sverige.
- I samhällets tjänst? En ESO-rapport om villkoren för forskning och samverkan.
- Goda grannar – en ESO-rapport om grannskapets betydelse för integration.
- Krona på rätt kurs? En ESO-rapport om den svenska valutans utveckling 1993–2024.
- På upplyst grund – en ESO-rapport om myndigheternas remissarbete

2023

- Stability in the Balance – a Report on the Roles of Fiscal and Monetary Policy to the Expert Group on Public Economics.
- Vem bor här? En ESO-rapport om gamla och nya folkräkningar.
- Kriminella på kartan – en ESO-rapport om den organiserade brottslighetens geografi.
- Handel med stor effekt – en ESO-rapport om utrikeshandeln med el.
- Pandemin och pengarna – en ESO-rapport om inkomster, skatter, fördelning och stödåtgärder under covid-19.
- Fritt valt arbete? ESO-rapport om könssegregering i utbildning och yrke.
- Temperaturhöjning i klimatpolitiken – en ESO-rapport om EU:s nya lagstiftning i svensk kontext.
- Karriärer och barriärer – en ESO-rapport om skolgång och etablering för unga med utländsk bakgrund.
- Tuffa tag och tillit – en ESO-rapport om utslussning, eftervård och återfall för dömda till slutet ungdomsvård.
- Bruk och straff – en ESO-rapport om kriminaliseringen av narkotikakonsumtion

2022

- Bakåtblick på vägen fram – en ESO-rapport om etableringsprocessen på svensk arbetsmarknad.
- Tryggare kan ingen vara? En ESO-rapport om socialförsäkringar och välfärdssystem.

- Samspel för stabilitet – en ESO-rapport om rollfördelningen mellan finans- och penningpolitik.

2021

- I en tid av pandemi – en ESO-antologi med samhällsvetenskapliga reflektioner.
- En beklaglig förlust? En ESO-rapport om erfarenheter och lärdomar av arvsskatt.
- Ingen reklam tack – en ESO-rapport om myndigheternas kommunikation.
- Upp till bevis – en ESO-rapport om experiment som underlag för politik.
- Med gemensamma krafter – en ESO-rapport om kommunal avtalssamverkan.
- Ekonomiska krisers dynamik – en ESO-rapport om företagsomställning och strukturomvandling.
- Försörjning med fördröjning – en ESO-rapport om utrikes födda kvinnors etablering på arbetsmarknaden.

2020

- Med framtiden för sig – en ESO-rapport om sociala investeringar.
- Jämställdhet räknas – en ESO-rapport om kvinnors förändrade position i arbetslivet.
- Morot utan piska – en ESO-rapport om stärkta incitament för kommunal effektivitet.
- Spänning på hög nivå – en ESO-rapport om elnätets roll för säkra elleveranser.
- Uppkopplad utbildning – en ESO-rapport om högskolans digitalisering.
- Avgörande mål – en ESO-rapport om sysselsättningspolitiska målformuleringar.
- Vårt framtida skattesystem – en ESO-rapport med förslag på en genomgripande skattereform.

2019

- Lika för alla? En ESO-antologi om skolans likvärdighet.

- Synd och skatt – en ESO-rapport om politiken inom områdena alkohol, tobak och spel.
- Skillnad på marginalen – en ESO-rapport om reformerad inkomstbeskattning.
- Rätt på EU:s sätt – en ESO-rapport om EU-rättens inverkan på svensk skattelagstiftning.
- Klimatmål på villovägar? En ESO-rapport om politiken för utsläppsminskningar i vägtrafiken.
- Stöta på patrull – en ESO-rapport om polisens problemorienterade arbete.
- Pang för pengarna – en ESO-rapport om Sveriges militära materielförsörjning.
- Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv.

2018

- Grundlag i gungning? En ESO-rapport om EU och den svenska offentlighetsprincipen.
- Lönar sig arbete 2.0? En ESO-rapport med fokus på nyanlända.
- Tid för integration – en ESO-rapport om flyktingars bakgrund och arbetsmarknadsetablering.
- Skydda lagom – en ESO-rapport om miljömålet Levande skogar.
- Tänk efter före! En ESO-rapport om samhällsekonomiska konsekvensanalyser.
- Operation digitalisering – en ESO rapport om hälso- och sjukvården.
- Data i egna händer – en ESO-rapport om personliga hälsokonton.

2017

- Dags för omprövning – en ESO-rapport om styrning av offentlig verksamhet.
- Bygg mer för fler! En ESO-rapport om staten, kommunerna och bostadsbyggandet.
- Ankomst och härkomst – en ESO-rapport om skolresultat och bakgrund.
- Yes box! En ESO-rapport om en ny modell för kapital- och bostadsbeskattning.

- Olika kön, olika lön – en ESO-rapport om diskriminering på arbetsmarknaden.
- Makar som delar på kakan – en ESO-rapport om jämställda pensioner.
- Inspiration för integration – en ESO-rapport om arbetsmarknadspolitik för nyanlända i fem länder.
- Att vara brygga mellan forskning och politik – en festskrift från nya ESO:s 10-årsjubileum.

2016

- Boende med konsekvens – en ESO-rapport om etnisk bostadssegregation och arbetsmarknad.
- Sjukskrivningarnas anatomi – en ESO-rapport om drivkrafterna i sjukförsäkringssystemet.
- När skolan själv får välja – en ESO-rapport om friskolornas etableringsmönster.
- Digitaliseringens dynamik – en ESO-rapport om struktur-omvandlingen i svenskt näringsliv.
- Grön tillväxt under lupp – en ESO-rapport om ett begrepp i tiden.
- Mer än tur i struktur – en ESO-rapport om kommunal effektivitet.
- När det rätta blir det lätta – en ESO-rapport om ”nudging”.

2015

- En ny giv? En ESO-rapport om regleringen av spelmarknaden.
- Maktutövningar under lagarna? En ESO-rapport om trotsiga kommuner.
- En förlorad generation? En ESO-rapport om ungas etablering på arbetsmarknaden.
- Verksamma insatser mot brott? En ESO-rapport om orsak och verkan.
- Familjepolitik för alla? En ESO-rapport om föräldrapenning och jämställdhet.

2014

- Goda år på ålders höst? En ESO-rapport om konkurrens i äldreomsorgen.
- 3:12-Corporations in Sweden: The Effects of the 2006 Tax Reform on Investments, Job Creation and Business Start-ups.
- Företagandets förutsättningar – En ESO-rapport om den svenska ägarbeskattningen.
- Kapital på krita? En ESO-rapport om företagandets finansiering.
- Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi.
- Hållbara beräkningar – en ESO-rapport om att bedöma den offentliga sektorns finansiella hållbarhet.
- Med nya mått mätt – en ESO-rapport om indikationer på produktivitetens utvecklingen i offentlig sektor.
- Institutionsvård, incitament och information – en ESO-rapport om placering av ungdomar med sociala problem.

2013

- Bäste herren på täppan? En ESO-rapport om bostadsbyggande och kommunala markanvisningar.
- Allmän nytta eller egen vinning? En ESO-rapport om korrupcion på svenska.
- Var skapas jobben? En ESO-rapport om dynamiken i svenskt näringsliv 1990–2009.
- Transportinfrastrukturens framtida organisering och finansiering.
- Investeringar in blanco? En ESO-rapport om behovet av infrastruktur.
- Bonde söker bidrag – en ESO-rapport om effektivitet i det svenska landsbygdsprogrammet.
- The pension system in Sweden.
- Den offentliga sektorn – en antologi om att mäta produktivitet och prestationer.
- Utvinning för allmän vinning – en ESO-rapport om svenska mineralinkomster.
- Offentlig upphandling eller gröna nedköp? En ESO-rapport om miljöpolitiska ambitioner.

2012

- Svängdörr i staten – en ESO-rapport om när politiker och tjänstemän byter sida.
- En god start – en ESO-rapport om tidigt stöd i skolan.
- Den akademiska frågan – en ESO-rapport om frihet i den högre skolan.
- Income Shifting in Sweden. An empirical evaluation of the 3:12 rules.
- Samhällsekonomin på spåret – en ESO-rapport om att räkna på tunnelbanan.
- Hjälpa eller stjälpa? En ESO-rapport om kontrollfunktionen i arbetslöshetsförsäkringen.
- Lärda för livet? – en ESO-rapport om effektivitet i svensk högskoleutbildning.
- Forskning och innovation – statens styrning av högskolans samverkan och nyttiggörande.

2011

- UD i en ny sits – organisation, ledning och styrning i en globaliserad värld.
- Försvarets förutsättningar – en ESO-rapport om erfarenheter från 20 år av försvarsreformer.
- Kalorier kostar – en ESO-rapport om vikten av vikt.
- Avtalsbestämda ersättningar, andra kompletterande ersättningar och arbetsutbudet.
- Sysselsättning för invandrare – en ESO-rapport om arbetsmarknadsintegration.
- Kollektivtrafik utan styrning.
- Vägval i vården – en ESO-rapport om skillnader och likheter i Norden.
- Att lära av de bästa – en ESO-rapport om svensk skola i ett internationellt forskningsperspektiv.
- Rapport från ett ESO-seminarium – decenniets framtidsfrågor.

2010

- En kår på rätt kurs? En ESO-rapport om försvarets framtida kompetensförsörjning.

- Beskattning av privat pensionssparande.
- Polisens prestationer – En ESO-rapport om resultatstyrning och effektivitet.
- Swedish Tax Policy: Recent Trends and Future Challenges.
- Statliga bidrag till kommunerna – i princip och praktik.
- Revisionen reviderad – en rapport om en kommunal angelägenhet.
- Vården i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården.
- Enkelt och effektivt – en ESO-rapport om grundtrygghet i välfärdssystemen.
- Kåren och köerna. En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård.

2009

- Den långsiktiga finansieringen – välfärdspolitikens klimatfråga?
- Regelverk och praxis i offentlig upphandling.
- Invandringen och de offentliga finanserna.
- Fyra dyra fonder? Om effektiv förvaltning och styrning av AP-fonderna.
- Lika skola med olika resurser? En ESO-rapport om likvärdighet och resursfördelning.
- En kår i kläm – Läraryrket mellan professionella ideal och statliga reform ideologier.

2003

- Skolmisslyckande – hur gick det sen?
- Politik på prov – en ESO-rapport om experimentell ekonomi.
- Precooking in the European Union – the World of Expert Groups.
- Förtjänst och skicklighet – om utnämningar och ansvarsutkrävande av generaldirektörer.
- Bostadsbyggandets hinderbana – en ESO-rapport om utvecklingen 1995–2001.
- Axel Oxenstierna – Furstespegel för 2000-talet.

2002

- ”Huru skall statsverket granskas?” – Riksdagen som arena för genomlysning och kontroll.
- What Price Enlargement? Implications of an expanded EU.
- Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder.
- Att bekämpa mul- och klövsjuka en ESO-rapport om ett brännbart ämne.
- Lärobok för regelnissar – en ESO-rapport om regelhantering vid avregleringar.
- Att hålla balansen – en ESO-rapport om kommuner och budgetdisciplin.
- The School’s Need for Resources – A Report on the Importance of Small Classes.
- Klassfrågan – en ESO-rapport om lärartätheten i skolan.
- Staten fick Svarte Petter – en ESO-rapport om bostadsfinansieringen 1985–1993.
- Hoten mot kommunerna – en ESO-rapport om ansvarsfördelning och finansiering i framtiden.

2001

- Mycket väsen för lite ull – en ESO-rapport om partnerskapen i de regionala tillväxtavtalen.
- I rikets tjänst – en ESO-rapport om statliga kårer.
- Rättvisa och effektivitet – en ESO-rapport om idéanalys.
- Nya bud – en ESO-rapport om auktioner och upphandling.
- Betyg på skolan – en ESO-rapport om gymnasieskolorna.
- Konkurrens bildar skola – en ESO-rapport om friskolornas betydelse för de kommunala skolorna.
- Priset för ett större EU – en ESO-rapport om EU:s utvidgning.

2000

- Att granska sig själv – en ESO-rapport om den kommunala miljötillsynen.
- Bra träffbild, fast utanför tavlan – en ESO-rapport om EU:s strukturpolitik.
- Utbildningens omvägar – en ESO-rapport om kvalitet och effektivitet i svensk utbildning.

- En svartvit arbetsmarknad? – en ESO-rapport om vägen från skola till arbete.
- Privilegium eller rättighet? – en ESO-rapport om antagningen till högskolan
- Med många mått mätt – en ESO-rapport om internationell benchmarking av Sverige.
- Kroppen eller knoppen? – en ESO-rapport om idrotts-gymnasierna.
- Studiebidraget i det långa loppet.
- 40-talisternas uttåg – en ESO-rapport om 2000-talets demo-grafiska utmaningar.

1999

- Dagens och drivkrafter – en ESO-rapport om 2000-talets demografiska utmaningar.
- Återvinning utan vinning – en ESO-rapport om sopor.
- En akademisk fråga – en ESO-rapport om rankning av C-uppsatser.
- Hederlighetens pris – en ESO-rapport om korruption.
- Samhällets stöd till de äldre i Europa – en ESO-rapport om fördelningspolitik och offentliga tjänster.
- Regionalpolitiken – en ESO-rapport om tro och vetande.
- Att snubbla in i framtiden – en ESO-rapport om statlig omvandling och avveckling.
- Att reda sig själv – en ESO-rapport om rederier och subventioner.
- Bostad sökes – en ESO-rapport om de hemlösa i folkhemmet.
- Att ta sig ton – en ESO-rapport om svensk musikexport 1974–1999.
- Med backspegeln som kompass – en ESO-rapport om stabiliseringspolitiken som läroprocess.
- Med backspegeln som kompass – ett ESO-seminarium om stabiliseringspolitik som läroprocess.

1998

- Staten och bolagskapitalet – om aktiv styrning av statliga bolag.

- Kommittéerna och bofinken – kan en kommitté se ut hur som helst?
- Regeringskansliet inför 2000-talet – rapport från ett ESO-seminarium.
- Att se till eller titta på – om tillsynen inom miljöområdet.
- Arbetsförmedlingarna – mål och drivkrafter.
- Kommuner Kan! Kanske! – om kommunal välfärd i framtiden.
- Vad kostar en ren? – en ekonomisk och politisk analys.

1997

- Fisk och Fusk – Mål, medel och makt i fiskeripolitiken.
- Ramar, regler, resultat – vem bestämmer över statens budget?
- Lönar sig arbete?
- Egenföretagande och manna från himlen.
- Jordbruksstödet – efter Sveriges EU-inträde.

1996

- Kommunerna och decentraliseringen – Tre fallstudier.
- Novemberrevolutionen – om rationalitet och makt i beslutet att avreglera kreditmarknaden 1985.
- Kan myndigheter utvärdera sig själva?
- Nästa steg i telepolitiken.
- Reglering som spel – Universiteten som förebild för offentliga sektorn?
- Hur effektivt är EU:s stöd till forskning och utveckling? – En principdiskussion.

1995

- Kapitalets rörlighet Den svenska skatte- och utgiftsstrukturen i ett integrerat Europa.
- Generationsräkenskaper.
- Invandring, sysselsättning och ekonomiska effekter.
- Hushållning med knappa naturresurser Exemplet sportfiske.
- Kostnader, produktivitet och måluppfyllelse för Sveriges Television AB.

- Vad blev det av de enskilda alternativen? En kartläggning av verksamheten inom skolan, vården och omsorgen.
- Hushållning med knappa naturresurser Exempen allemansrätten, fjällen och skotertrafik i naturen.
- Företagsstödet Vad kostar det egentligen?
- Försvarets kostnader och produktivitet.

1994

- En effektiv försvarspolitik? Fredsvinst, beredskap och återtagning.
- Skatter och socialförsäkringar över livscykeln En simuleringsmodell.
- Nettokostnader för transfereringar i Sverige och några andra länder.
- Fördelningseffekter av offentliga tjänster.
- En Social Försäkring.
- Valfrihet inom skolan Konsekvenser för kostnader, resultat och segregation.
- Skolans kostnader, effektivitet och resultat En branschstudie.
- Bensinskatteförändringens effekter.
- Budgetunderskott och statsskuld Hur farliga är de?
- Den svenska insolvensrätten Några förslag till förbättringar inom konkurshanteringen m.m.
- Det offentliga stödet till partierna Inriktning och omfattning.
- Den offentliga sektorns produktivitet utveckling 1980–1992.
- Kvalitet och produktivitet – Teori och metod för kvalitetsjusterande produktivetsmått.
- Kvalitets- och produktivetsutvecklingen i sjukvården 1960–1992.
- Varför kulturstöd? Ekonomisk teori och svensk verklighet.
- Att rädda liv Kostnader och effekter.

1993

- Idrott åt alla? Kartläggning och analys av idrottsstödet.
- Social Security in Sweden and Other European Countries Three Essays.

- Lönar sig förebyggande åtgärder? Exempel från hälso- och sjukvården och trafiken.
- Hur välja rätt investeringar i transportinfrastrukturen?
- Presstödet effekter en utvärdering.

1992

- Statsskulden och budgetprocessen.
- Press och ekonomisk politik tre fallstudier.
- Kommunerna som företagsägare – aktiv koncernledning i kommunal regi.
- Slutbudsmetoden ett sätt att lösa tvister på arbetsmarknaden utan konflikter.
- Hur bra är vi? Den svenska arbetskraftens kompetens i internationell belysning.
- Statliga bidrag motiv, kostnader, effekter?
- Vad vill vi med socialförsäkringarna?
- Fattigdomsfällor.
- Växthuseffekten slutsatser för jordbruks-, energi- och skattepolitiken.
- Frihandeln ett hot mot miljöpolitiken eller tvärtom?
- Skatteförmåner och särregler i inkomst- och mervärdesskatten.

1991

- SJ, Televerket och Posten bättre som bolag?
- Marginaleffekter och tröskeleffekter barnfamiljerna och barnomsorgen.
- Ostyriga projekt att styra stora kommunala satsningar.
- Prestationsbaserad ersättning i hälso- och sjukvården vad blir effekterna?
- Skogspolitik för ett nytt sekel.
- Det framtida pensionssystemet två alternativ.
- Vad kostar det? Prislista för statliga tjänster.
- Metoder i forskning om produktivitet och effektivitet med tillämpningar på offentlig sektor.
- Målstyrning och resultatuppföljning i offentlig förvaltning.

1990

- Läke-medelsförmånen.
- Sjukvårdskostnader i framtiden vad betyder åldersfaktorn?
- Statens dolda kapital. Aktivt ägande: exemplet Vattenfall.
- Skola? Förskola? Barnskola?
- Bostadskarriären som en förmögenhetsmaskin.

1989

- Arbetsmarknadsförsäkringar.
- Hur ska vi få råd att bli gamla?
- Kommunal förmögenhetsförvaltning i förändring – city-kommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö.
- Bostadsstödet – alternativ och konsekvenser.
- Produktivitetmätning av folkbibliotekens utlåningsverksamhet.
- Statsbidrag till kommuner: allt på en check eller lite av varje? En jämförelse mellan Norge och Sverige.
- Vad ska staten äga? De statliga företagen inför 90-talet.
- Beställare-utförare – ett alternativ till entreprenad i kommuner.
- Lönestrukturen och den "dubbla obalansen" – en empirisk studie av löneskillnader mellan privat och offentlig sektor.
- Hur man mäter sjukvård – exempel på kvalitet- och effektivitetmätning.

1988

- Vad kan vi lära av grannen? Det svenska pensionssystemet i nordisk belysning.
- Kvalitet och kostnader i offentlig tjänsteproduktion.
- Alternativ i jordbrukspolitiken.
- Effektiv realkapitalanvändning i kommuner och landsting.
- Hur stor blev tvåprocentaren? Erfarenheten från en besparings-teknik.
- Subventioner i kritisk belysning.
- Prestationer och belöningar i offentlig sektor.
- Produktivitetsutveckling i kommunal barnomsorg.
- Från patriark till part – spelregler och lönepolitik för staten som arbetsgivare.
- Kvalitetsutveckling inom den kommunala barnomsorgen.

1987

- Integrering av sjukvård och sjukförsäkring.
- Produktkostnader för offentliga tjänster – med tillämpningar på kulturområdet.
- Kvalitetsutvecklingen inom den kommunala äldreomsorgen 1970–1980.
- Vägar ut ur jordbruksregleringen – några idéskisser.
- Att leva på avgifter – vad innebär en övergång till avgiftsfinansiering?

1986

- Offentliga utgifter och sysselsättning.
- Produktions-, kostnads-, och produktivitetsutveckling inom den offentliga finansierade utbildningssektorn 1960–1980.
- Socialbidrag. Bidragsmottagarna: antal och inkomster. Socialbidragen i bidragssystemet.
- Regler och teknisk utveckling.
- Kostnader och resultat i grundskolan – en jämförelse av kommuner.
- Offentliga tjänster – sökarljus mot produktivitet och användare.
- Svensk inkomstfördelning i internationell jämförelse.
- Byråkratiseringstendenser i Sverige.
- Effekter av statsbidrag till kommuner.
- Effektivare sjukvård genom bättre ekonomistyrning.
- Samhällsekonomiskt beslutsunderlag – en hjälp att fatta bättre beslut.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom armén och flygvapnet 1972–1982.

1985

- Egen regi eller entreprenad i kommunal verksamhet – möjligheter, problem och erfarenheter.
- Sociala avgifter – problem och möjligheter inom färdtjänst och hemtjänst.
- Skatter och arbetsutbud.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom vägsektorn.

- Organisationer på gränsen mellan privat och offentlig sektor – förstudie.
- Frivilligorganisationer alternativ till den offentliga sektorn?
- Transfereringar mellan den förvärvsarbetande och den äldre generationen.
- Produktions-, kostnads- och produktivitet utveckling inom den sociala sektorn 1970–1980.
- Produktions-, kostnads- och produktivitet utveckling inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960–1980.
- Statsskuldräntorna och ekonomin effekter på den samlade efterfrågan i samhället.

1984

- Återkommande kostnads- och prestationsjämförelser – en metod att främja effektivitet i offentlig tjänsteproduktion.
- Parlamentet och statsutgifterna hur finansmakten utövas i nio länder.
- Transfereringar och inkomstskatt samt hushållens materiella standard.
- Marginella expansionsstöd ekonomiska och administrativa effekter.
- Är subventioner effektiva?
- Konstitutionella begränsningar i riksdagens finansmakt – behov och tänkbara utformningar.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 4. Budgetunderskott, utlandsupplåning och framtida konsumtionsmöjligheter. Budgetunderskott, efterfrågan och inflation.
- Vem utnyttjar den offentliga sektorns tjänster.

1983

- Administrationskostnader för våra skatter.
- Fördelningseffekter av kommunal barnomsorg.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 3. Budgetunderskott, portföljeval och tillgångsmarknader. Modellsimuleringar av offentliga besparingar m.m.
- Produktivitet i privat och offentliga tandvård.
- Generellt statsbidrag till kommuner – modellskisser.

- Administrationskostnader för några transfereringar.
- Driver subventioner upp kostnader – prisbildningseffekter av statligt stöd.
- Minskad produktivitet i offentlig sektor – en studie av patent- och registreringsverket.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 2. Fördelningseffekter av budgetunderskott. Hushållsekonomi och budgetunderskott.
- Enhetligt barnstöd? några variationer på statligt ekonomiskt stöd till barnfamiljer.
- Staten och kommunernas expansion några olika styrmedel.

1982

- Ökad produktivitet i offentlig sektor – en studie av de allmänna domstolarna.
- Offentliga tjänster på fritids-, idrotts- och kulturområdena.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 1. Budgetunderskottens teori och politik. Statens budgetfinansiering och penningpolitiken.
- Inkomstomfördelningseffekter av livsmedelssubventioner. Perspektiv på besparingspolitiken.