Utgiftsområde 9

Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Utgiftsområde 9 – Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Innehållsförteckning

1 Förslag till riksdagsbeslut ... 4

2 Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg ... 7
- 2.1 Principer för utformningen av denna proposition ... 7
- 2.2 Utgiftsområdets omfattning ... 8
- 2.3 Utgiftsutveckling ... 8
- 2.4 Skatteutgifter ... 10
- 2.5 Mål för utgiftsområdet ... 11

3 Hälso- och sjukvårdspolitik ... 13
- 3.1 Mål för området ... 13
- 3.2 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder ... 13
- 3.3 Resultatredovisning ... 14
- 3.4 Budgetförslag ... 42
  - 3.4.1 1:1 Socialstyrelsen ... 42
  - 3.4.2 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering ... 44
  - 3.4.3 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ... 45
  - 3.4.4 1:4 Tandvårdsförmåner ... 46
  - 3.4.5 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna ... 47
  - 3.4.6 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård ... 48
  - 3.4.7 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden ... 52
  - 3.4.8 1:8 Bidrag till psykiatri ... 53
  - 3.4.9 1:9 Läkemedelsverket ... 55
  - 3.4.10 1:10 E-hälsomyndigheten ... 57
  - 3.4.11 1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna ... 59
  - 3.4.12 1:12 Inspektionen för vård och omsorg ... 60
  - 3.4.13 1:13 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ... 62
  - 3.4.14 1:14 Civilt försvar inom hälso- och sjukvård ... 63
  - 3.4.15 Övrig verksamhet ... 65

4 Folkhälsopolitik ... 69
- 4.1 Mål för området ... 69
- 4.2 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder ... 69
- 4.3 Resultatredovisning ... 70
- 4.4 Budgetförslag ... 95
  - 4.4.1 2:1 Folkhälsomyndigheten ... 95
  - 4.4.2 2:2 Insatser för vaccinberedskap ... 97
  - 4.4.3 2:3 Bidrag till WHO ... 97
  - 4.4.4 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar ... 98
  - 4.4.5 2:5 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel ... 99
  - 4.4.6 2:6 Stöd till främjande av en aktiv och meningsfull fritid för barn och unga ... 100
  - 4.4.7 2:7 Stöd för att förebygga ohälsa och ensamhet bland äldre ... 100

5 Funktionshinderspolitik ... 103
- 5.1 Mål för området ... 103
- 5.2 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder ... 103
- 5.3 Resultatredovisning ... 103
- 5.4 Budgetförslag ... 109
  - 5.4.1 3:1 Myndigheten för delaktighet ... 109

5.4.2 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer 110

6 Politik för sociala tjänster 111
6.1 Mål för området 111
6.2 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder 111
6.3 Resultatredovisning 113
6.4 Den årliga revisionens iakttagelser 157
6.5 Budgetförslag 157
6.5.1 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd 157
6.5.2 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet 158
6.5.3 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning 160
6.5.4 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning 161
6.5.5 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet 162
6.5.7 4:6 Statens institutionsstyrelse 164
6.5.8 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. 165

7 Barnrättspolitik 167
7.1 Mål för området 167
7.2 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder 167
7.3 Resultatredovisning 168
7.4 Budgetförslag 176
7.4.1 5:1 Barnombudsmannen 176
7.4.2 5:2 Barnets rättigheter 177

8 Forskning 179
8.1 Mål för området 179
8.2 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder 179
8.3 Resultatredovisning 179
8.4 Budgetförslag 182
8.4.1 6:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning 182
8.4.2 6:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning .. 183

1 Förslag till riksdagsbeslut

Regeringens förslag:

1. Riksdagen bemyndigar regeringen att under 2027 besluta att till andra stater, den globala vaccinalliansen Gavi eller andra internationella organisationer sälja vaccindoser mot sjukdomen covid-19 som inte längre behövs för att säkerställa det nationella behovet till ett pris som inte uppfyller kravet på affärsmässighet (avsnitt 3.4.6).
2. Riksdagen bemyndigar regeringen att under 2027 besluta att till andra stater, den globala vaccinalliansen Gavi eller andra internationella organisationer skänka överskott av vaccindoser mot sjukdomen covid-19 som inte längre behövs för att säkerställa det nationella behovet och som inte kan avräknas som bistånd (avsnitt 3.4.6).
3. Riksdagen bemyndigar regeringen att disponera de avgifter som tas ut med stöd av 2 kap. 9 § patientsäkerhetslagen (2010:659) (avsnitt 3.4.12).
4. Riksdagen bemyndigar regeringen att för 2027 besluta att Folkhälsomyndigheten får ta upp lån i Riksgäldskontoret för beredskapsinvesteringar som inklusive tidigare upplåning uppgår till högst 800 000 000 kronor (avsnitt 3.4.15).
5. Riksdagen bemyndigar regeringen att för 2027 besluta att Socialstyrelsen får ta upp lån i Riksgäldskontoret för beredskapsinvesteringar som inklusive tidigare upplåning uppgår till högst 1 500 000 000 kronor (avsnitt 3.4.15).
6. Riksdagen godkänner investeringsplanen för beredskapsinvesteringar för 2027–2029 som en riktlinje för Folkhälsomyndighetens investeringar (avsnitt 3.4.15).
7. Riksdagen anvisar anslagen för budgetåret 2027 inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg enligt tabell 1.1.
8. Riksdagen bemyndigar regeringen att under 2027 ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst de belopp och inom de tidsperioder som anges i tabell 1.2.

Tabell 1.1 Anslagsbelopp

Tusental kronor

Anslag	
1:1 Socialstyrelsen	1 015 205
1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	100 646
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	221 731
1:4 Tandvårdsförmåner	15 581 895
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	41 549 000
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	8 066 539
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	735 096
1:8 Bidrag till psykiatri	3 471 393
1:9 Läkemedelsverket	262 693
1:10 E-hälsomyndigheten	555 854
1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna	6 632 200
1:12 Inspektionen för vård och omsorg	1 079 127
1:13 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	45 629
1:14 Civilt försvar inom hälso- och sjukvård	2 640 000
2:1 Folkhälsomyndigheten	600 529
2:2 Insatser för vaccinberedskap	153 500
2:3 Bidrag till WHO	62 665
2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	121 802

Anslag	
2:5 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	95 316
2:6 Stöd till främjande av en aktiv och meningsfull fritid för barn och unga	792 000
2:7 Stöd för att förebygga ohälsa och ensamhet bland äldre	100 000
3:1 Myndigheten för delaktighet	73 897
3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer	208 742
4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	68 547
4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	789 714
4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	266 237
4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	28 814 756
4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	5 943 740
4:6 Statens institutionsstyrelse	2 489 622
4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	4 868 301
5:1 Barnombudsmannen	41 535
5:2 Barnets rättigheter	73 761
6:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	59 946
6:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	921 503
Summa anslag inom utgiftsområdet	**128 503 121**

Tabell 1.2 Beställningsbemyndiganden

Tusental kronor

Anslag	Beställningsbemyndigande	Tidsperiod
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	33 900	2028–2030
1:9 Läkemedelsverket	300 000	2028–2032
1:14 Civilt försvar inom hälso- och sjukvård	5 135 000	2028–2037
4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	15 000	2028–2029
4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	343 514	2028–2033
6:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	2 330 000	2028–2033
Summa beställningsbemyndiganden inom utgiftsområdet	**8 157 414**	

2 Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

2.1 Principer för utformningen av denna proposition

Vid utformningen av denna proposition har särskilda principer tillämpats med anledning av att den har beslutats av en övergångsregering. Bakgrunden till principerna redovisas närmare i finansplanen (Förslag till statens budget, finansplan m.m. avsnitt 1.1).

Förslagen i denna proposition utgår från den budget som riksdagen har beslutat för 2026 efter förslag i budgetpropositionen för 2026. Beslutade ändringar i statens budget för 2026 har inte beaktats. Följande generella justeringar har gjorts för utgiftsområdena.

- Anslag som används för förvaltnings- och investeringsändamål har pris- och löneomräknats på sedvanligt sätt. Anslag som avser regelstyrda transfereringssystem har justerats utifrån ändrad makroekonomisk utveckling liksom ändrade volymer (t.ex. antal personer som omfattas).
- Anslag har justerats till följd av beslutade lagar och förordningar, internationella avtal, civilrättsligt bindande avtal eller EU-rättsakter.
- Anslag har justerats med anledning av att riksdagen beslutat om flyttar av ändamål och verksamheter mellan utgiftsområden.
- Anslag har justerats om det krävts för att nödvändiga samhällsfunktioner ska kunna upprätthållas.
- Uppenbart tillfälliga satsningar från tidigare budgetår som upphör vid utgången av 2026 har inte förlängts.
- Lagförslag som är politiskt okontroversiella och som inte kan genomföras under pågående budgetår, har inkluderats i de fall det råder politisk samsyn om förslagen.

De sedvanliga finansieringsprinciper som används vid beredningen av regeringens budgetförslag har tillämpats i enlighet med det finanspolitiska ramverket när denna proposition har tagits fram (skr. 2025/26:76, bet. 2025/26:FiU14, rskr. 2025/26:156).

Utöver förslag om anslag lämnar regeringen även förslag om beställningsbemyndiganden och andra finansiella befogenheter samt övriga förslag på finansmaktens område som kräver riksdagens ställningstagande inför det kommande budgetåret. Vid bedömningen av storleken på beställningsbemyndigandena har en prövning gjorts utifrån tidigare beslutade bemyndiganden och med hänsyn till de föreslagna anslagsnivåerna.

För att det ska vara möjligt att härleda de föreslagna preliminära utgiftsramarna för 2028 och 2029 till anslagen redovisar regeringen på sedvanligt sätt beräkningar även för det andra och tredje tillkommande året efter budgetåret. Även dessa beräkningar baseras på de ovan angivna principerna. Regeringen har dock inte tillämpat principen om förlängning av 2026 års anslagsnivå för åren efter budgetåret för åtgärder som upphör vid utgången av 2026. För åtgärder som upphör från utgången av 2027 eller senare gäller 2026 års nivå för åtgärden fram till slutåret. För permanenta åtgärder gäller 2026 års nivå tills vidare. Med hänsyn till att propositionen utformats enligt

principer för att lämnas av en övergångsregering är dessa beräkningar mycket osäkra som underlag för bedömning av framtida anslagsnivåer.

I enlighet med kraven i budgetlagen (2011:203) lämnar regeringen i denna proposition en resultatredovisning i förhållande till de av riksdagen beslutade målen. Mot bakgrund av de ovan angivna principerna har dock regeringen avstått från att redovisa en bedömning av måluppfyllelsen och den framtida politiska inriktningen. Hur anslagen är tänkta att användas under 2027 framgår i stället enbart av förslagen om anslag och övriga finansiella befogenheter samt av de ändamål som är kopplade till dessa under rubriken Budgetförslag.

De konsekvenser för anslagsnivån som tillämpningen av principerna har fått redovisas under rubriken Skälen för regeringens förslag för respektive anslag. Tyngdpunkten i redovisningen är konsekvenserna för anslagsnivån 2027. För åren därefter är beräkningarna mycket osäkra varför konsekvenserna inte redovisas närmare för dessa år. I tabellerna för förändringar av anslagsnivån har det inte varit praktiskt möjligt att specificera beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder på motsvarande sätt som gjordes i budgetpropositionen för 2026.

2.2 Utgiftsområdets omfattning

Utgiftsområdet omfattar områdena Hälso- och sjukvårdspolitik, Folkhälsopolitik, Funktionshinderspolitik, Politik för sociala tjänster, Barnrättspolitik samt verksamhet inom utbildning och universitetsforskning.

Myndigheter som verkar inom utgiftsområdet är Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Läkemedelsverket, E-hälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Statens institutionsstyrelse, Barnombudsmannen och Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.

2.3 Utgiftsutveckling

Tabell 2.1 Utgiftsutveckling inom utgiftsområde 09 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Miljoner kronor

	Utfall 2025	Budget 2026[1]	Prognos 2026	**Förslag 2027**	Beräknat 2028	Beräknat 2029
Hälso- och sjukvårdspolitik	**74 528**	**83 664**	**82 924**	**81 957**	**78 493**	**75 395**
1:1 Socialstyrelsen	868	1 015	1 013	**1 015**	1 020	1 036
1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	94	99	104	**101**	102	103
1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	192	218	219	**222**	178	180
1:4 Tandvårdsförmåner	7 982	14 395	14 826	**15 582**	16 360	17 347
1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna	40 311	40 975	40 304	**41 549**	41 549	41 563
1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård	10 798	10 031	9 787	**8 067**	6 117	5 420
1:7 Sjukvård i internationella förhållanden	655	705	709	**735**	755	799
1:8 Bidrag till psykiatri	3 718	4 732	4 683	**3 471**	2 611	1 033
1:9 Läkemedelsverket	199	250	248	**263**	272	276
1:10 E-hälsomyndigheten	271	510	503	**556**	519	362
1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna	7 512	6 632	6 474	**6 632**	4 642	2 892
1:12 Inspektionen för vård och omsorg	853	1 086	1 064	**1 079**	1 070	1 085
1:13 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	39	45	46	**46**	46	45

	Utfall 2025	Budget 2026[1]	Prognos 2026	**Förslag 2027**	Beräknat 2028	Beräknat 2029
1:14 Civilt försvar inom hälso- och sjukvård	1 035	2 970	2 943	**2 640**	3 253	3 253
Folkhälsopolitik	**1 458**	**1 906**	**1 879**	**1 926**	**1 925**	**1 933**
2:1 Folkhälsomyndigheten	560	570	582	**601**	598	606
2:2 Insatser för vaccinberedskap	93	154	133	**154**	154	154
2:3 Bidrag till WHO	51	63	55	**63**	63	63
2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar	123	122	121	**122**	124	124
2:5 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel	93	105	104	**95**	95	95
2:6 Stöd till främjande av en aktiv och meningsfull fritid för barn och unga	443	792	785	**792**	792	792
2:7 Stöd för att förebygga ohälsa och ensamhet bland äldre	96	100	99	**100**	100	100
Funktionshinderspolitik	**281**	**282**	**280**	**283**	**263**	**265**
3:1 Myndigheten för delaktighet	72	73	72	**74**	75	76
3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer	209	209	209	**209**	189	189
Politik för sociala tjänster	**38 979**	**42 842**	**42 122**	**43 241**	**41 979**	**39 825**
4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd	39	68	68	**69**	69	65
4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet	815	790	783	**790**	790	790
4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning	175	264	168	**266**	266	266
4:4 Kostnader för statlig assistansersättning	26 388	27 433	27 670	**28 815**	29 959	31 173
4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet	6 046	6 320	6 017	**5 944**	4 583	4 575
4:6 Statens institutionsstyrelse	2 415	3 095	2 975	**2 490**	2 417	1 905
4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.	3 102	4 873	4 440	**4 868**	3 896	1 051
Barnrättspolitik	**109**	**115**	**114**	**115**	**96**	**76**
5:1 Barnombudsmannen	28	41	41	**42**	42	43
5:2 Barnets rättigheter	81	74	73	**74**	54	34
Forskningspolitik	**943**	**981**	**975**	**981**	**982**	**983**
6:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning	59	59	59	**60**	61	62
6:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning	883	922	917	**922**	922	922
Totalt för utgiftsområde 09 Hälsovård, sjukvård och social omsorg	**116 298**	**129 789**	**128 295**	**128 503**	**123 738**	**118 478**

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Tabell 2.2 Förändringar av utgiftsramen 2027–2029 för utgiftsområde 09 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Miljoner kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**127 707**	**127 707**	**127 707**
Pris- och löneomräkning[2]	109	197	306
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder	-2 675	-9 359	-16 975
Makroekonomisk utveckling	48	-10	-98
Volymer	3 315	5 203	7 538
Överföring till/från andra utgiftsområden		0	0
Övrigt			
Ny utgiftsram	**128 503**	**123 738**	**118 478**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2026. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2028–2029 är preliminär.

Tabell 2.3 Utgiftsram 2027 realekonomiskt fördelad för utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Miljoner kronor

	2027
Transfereringar[1]	116 849
Verksamhetsutgifter[2]	11 547
Investeringar[3]	107
Summa utgiftsram	**128 503**

Anm.: Den realekonomiska fördelningen baseras på utfall 2025 samt kända förändringar av anslagens användning.

[1] Med transfereringar avses inkomstöverföringar, dvs. utbetalningar av bidrag från staten till exempelvis hushåll, företag eller kommuner utan att staten får någon direkt motprestation.

[2] Med verksamhetsutgifter avses resurser som statliga myndigheter använder i verksamheten, t.ex. utgifter för löner, hyror och inköp av varor och tjänster.

[3] Med investeringar avses utgifter för anskaffning av varaktiga tillgångar såsom byggnader, maskiner, immateriella tillgångar och finansiella tillgångar.

2.4 Skatteutgifter

Vid sidan av stöd till företag och hushåll på budgetens utgiftssida finns det stöd på budgetens inkomstsida i form av avvikelser från en enhetlig beskattning, s.k. skatteutgifter. Innebörden av skatteutgifter beskrivs i Förslag till statens budget, finansplan m.m., avsnittet om skattefrågor. Den samlade redovisningen finns i regeringens skrivelse Redovisning av skatteutgifter 2026 (skr. 2025/26:98). I det följande redovisas de skatteutgifter som är att hänföra till utgiftsområde 9.

Tabell 2.4 Skatteutgifter inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Miljoner kronor

	2026	2027
Förmån av hälso- och sjukvård vid tjänstgöring utomlands (A28)	-	-
Alkolås i förmånsbil (A30)	0	0
Läkemedel (kvalificerat undantag från skatteplikt) (E12)	2 690	2 800

Anm.: Inom parentes anges den beteckning för respektive skatteutgift som används i regeringens skrivelse. Skatteutgifter som inte har beräknats anges med ”-”.

Källa: Regeringens skrivelse 2025/26:98.

2.5 Mål för utgiftsområdet

I det följande redovisas de mål som gäller för utgiftsområdet Hälsovård, sjukvård och social omsorg och underliggande områden.

Hälso- och sjukvårdspolitik (avsnitt 3)

– Befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig (prop. 2015/16:1, bet. 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102).

Folkhälsopolitik (avsnitt 4)

– Det övergripande målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation (prop. 2017/18:249, bet. 2017/18:SoU26, rskr. 2017/18:406).
– Därtill finns delmålet ett samhälle som främjar ökad fysisk aktivitet och bra matvanor för alla (prop. 2017/18:249, bet. 2017/18:SoU26, rskr. 2017/18:406).
– Målet för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken är ett samhälle fritt från narkotika och dopning och minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol samt tobaks- och nikotinprodukter (prop. 2024/25:1, bet 2024/25:SoU1, rskr. 2024/25:92).
– Målet för samhällets insatser mot spelberoende är att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145).

Funktionshinderspolitik (avsnitt 5 och 6)

– Det nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas (prop. 2016/17:188, bet. 2017/18:SoU5, rskr. 2017/18:86).

Politiken för sociala tjänster (avsnitt 6)

Omsorg om äldre

Äldre ska

– kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
– kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
– bemötas med respekt,
– ha tillgång till god vård och omsorg (prop. 2008/09:1 utg.omr. 9 avsnitt 3.4, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127), och
– erbjudas en jämställd och jämlik vård och omsorg (prop. 2019/20:1 utg.omr. 9 avsnitt 6.4, bet. 2019/20:SoU1, rskr. 2019/20:135).

Individ- och familjeomsorg

Målet är

– att stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer, och
– att stärka skyddet för utsatta barn (prop. 2008/09:1 utg.omr. 9 avsnitt 3.4, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

Personer med funktionsnedsättning

– Målet är att med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet ska beaktas (prop. 2016/17:188, bet. 2017/18:SoU5, rskr. 2017/18:86).

Barnrättspolitik (avsnitt 7)

– Barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande (prop. 2008/09:1 utg.omr. 9 avsnitt 3.4, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

Forskningspolitik (avsnitt 8)

Målet redovisas inom utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning avsnitt 6.1 Mål för området.

3 Hälso- och sjukvårdspolitik

3.1 Mål för området

Målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig (prop. 2015/16:1, bet. 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102).

En behovsanpassad hälso- och sjukvård innebär att vården ska ges med hänsyn till den enskilda patientens behov. Vården ska vara samordnad och tillgodose patientens behov av kontinuitet. Behovens storlek ska styra vårdens prioriteringar, i enlighet med den etiska plattform för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som riksdagen har ställt sig bakom (prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186). Grunden för en personcentrerad och patientsäker vård är att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

En samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård innebär att tillgängliga resurser används på bästa sätt för att kunna erbjuda bästa möjliga hälso- och sjukvård till befolkningen. Att en hälso- och sjukvård är av god kvalitet innebär bl.a. att den ska baseras på bästa tillgängliga kunskap.

En jämlik vård innebär att alla ska erbjudas vård utifrån behov, på lika villkor och med ett gott bemötande – oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning och ekonomi. Att kvinnor, män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa och erbjudas vård och omsorg på lika villkor är ett av de jämställdhetspolitiska delmålen.

Att vården är tillgänglig i alla delar av landet innebär bl.a. att den är lätt att komma i kontakt med och att vården ges i rimlig tid.

3.2 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Ansvaret för hälso- och sjukvårdsområdet ligger främst hos regionerna och kommunerna. Hälso- och sjukvården är ett komplext område då den bygger på ett gemensamt ansvarstagande och kommunalt självstyre och då en rad olika åtgärder, såväl statliga som regionala och lokala, påverkar måluppfyllelsen. Måluppfyllelsen inom hälso- och sjukvårdspolitiken bedöms bl.a. utifrån följande indikatorer:

God kvalitet i hälso- och sjukvården

- sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall,
- påverkbar slutenvård, och
- dödlighet efter hjärtinfarkt och förstagångsstroke.

Effektiv hälso- och sjukvård

- kostnader och kvalitet över tid.

Tillgänglighet i hälso- och sjukvården

- väntetider,
- disponibla vårdplatser, utlokaliseringar och överbeläggningar, och
- personella resurser inom hälso- och sjukvården.

Behovsanpassad hälso- och sjukvård

- patienters delaktighet, och
- personalens kontinuitet.

Indikatorer och bedömningsgrunder som används för att följa upp måluppfyllelsen bygger framför allt på statistik och rapporter från myndigheter och andra organisationer. Där det är möjligt redovisas resultaten uppdelat på kön, ålder, utbildning och socioekonomi.

Med indikatorn sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall avses dödsfall som orsakats av sjukdomar vilka bedöms kunna påverkas genom medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. Indikatorn påverkbar slutenvård mäts som vårdtillfällen inom slutenvården som orsakats av utvalda sjukdomstillstånd och som man bedömer hade kunnat undvikas. Indikatorn dödlighet efter hjärtinfarkt och förstagångsstroke syftar till att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan, från ambulansverksamhet till det akuta omhändertagandet och efterföljande vård. För att redogöra för hälso- och sjukvårdens effektivitet används ett effektivitetsmått som bygger på total kostnad per invånare och kvalitet över tid. Med indikatorn väntetider avses andelen väntande patienter som har väntat inom vårdgarantins gränser på besök och operation/behandling. Indikatorn disponibla vårdplatser syftar till att åskådliggöra tillgänglig kapacitet. Med utlokaliseringar respektive överbeläggningar avses situationer när en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten respektive när en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Med personella resurser inom hälso- och sjukvården avses antal legitimerade läkare och sjuksköterskor sysselsatta i hälso- och sjukvården per 100 000 invånare. För att redogöra för en behovsanpassad hälso- och sjukvård används patientupplevda mått för huruvida patienten upplever sig delaktig i sin vård och behandling respektive hur väl patienten upplever att personalen varit insatt i patientens tidigare kontakter med vården.

3.3 Resultatredovisning

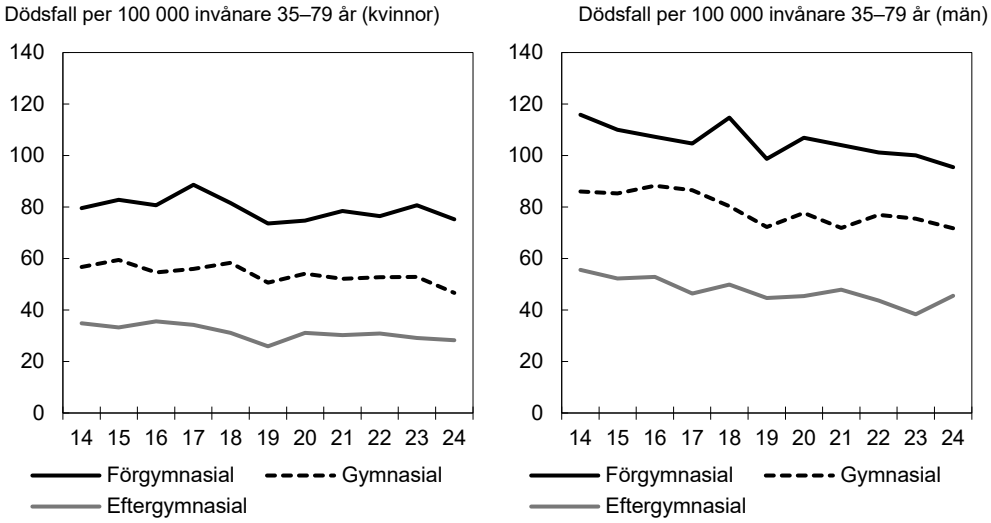
Hälso- och sjukvårdens utveckling utifrån resultatindikatorerna

God kvalitet i hälso- och sjukvården

För indikatorerna sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall, påverkbar slutenvård samt dödlighet efter hjärtinfarkt och förstagångsstroke har resultaten förbättrats över tid. Generellt vårdas män i större utsträckning än kvinnor i slutenvård för de diagnoser som ingår i måtten. Män uppvisar också sämre resultat än kvinnor över tid vad gäller sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall, och det är något vanligare att män avlider inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt. Däremot är dödligheten efter förstagångsstroke något högre bland kvinnor än bland män.

För samtliga indikatorer har skillnaderna mellan könen minskat över tid. Samtidigt kvarstår tydliga skillnader mellan grupper med olika utbildningsnivå, där personer med eftergymnasial utbildning genomgående uppvisar bättre hälsoutfall än personer med förgymnasial utbildning.

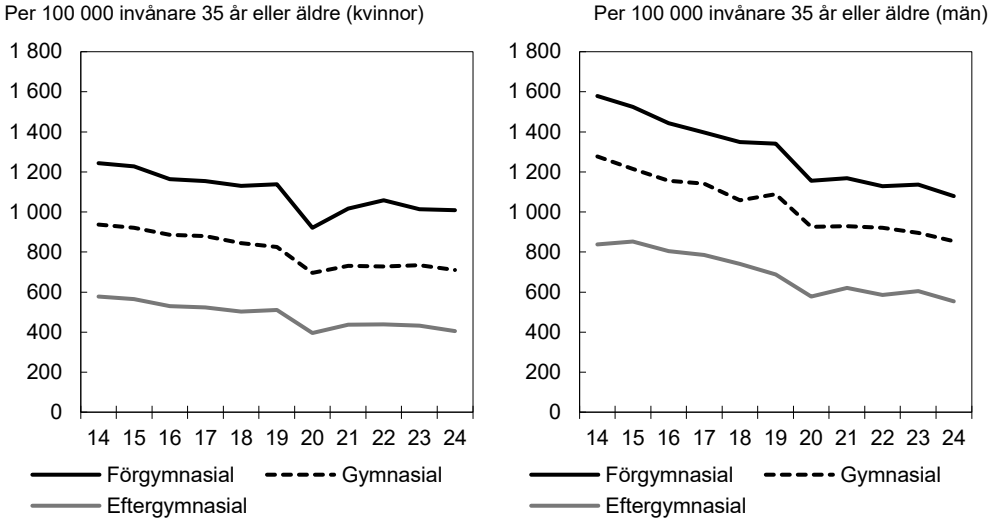
Diagram 3.1 Sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram 3.1 visar att dödligheten år 2024 uppgick till 75 per 100 000 invånare för kvinnor och 96 för män med förgymnasial utbildning. För kvinnor och män med eftergymnasial utbildning var motsvarande siffror 28 respektive 46 per 100 000 invånare.

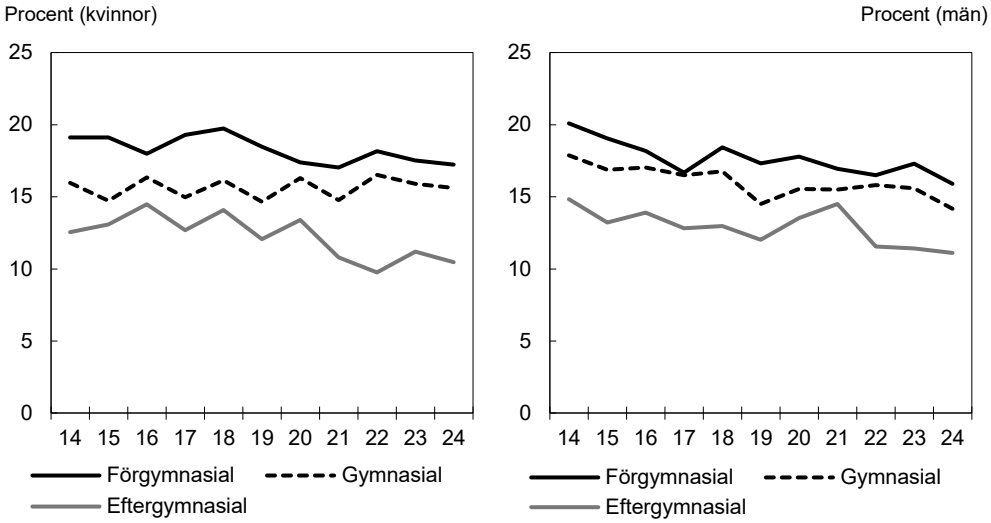
Diagram 3.2 Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diagram 3.2 visar att antalet slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL år 2024 uppgick till 1 009 för kvinnor och 1 080 för män med förgymnasial utbildning. Motsvarande siffror för personer med eftergymnasial utbildning var 406 för kvinnor och 554 för män.

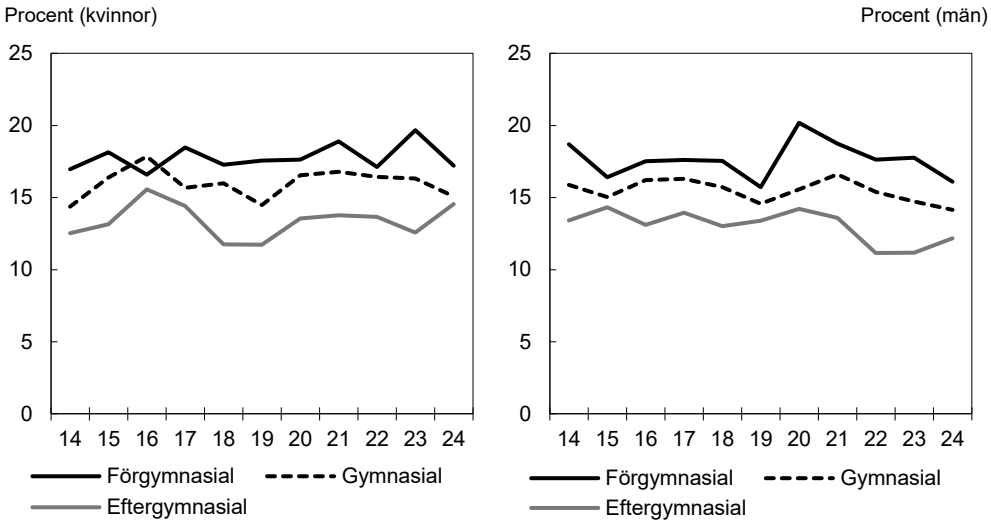
Diagram 3.3 Dödlighet efter hjärtinfarkt (inom 28 dagar)



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Diagram 3.3 visar att dödligheten inom 28 dagar efter hjärtsvikt minskade under 2024 för både män och kvinnor i samtliga utbildningsgrupper.

Diagram 3.4 Dödlighet efter förstagångsstroke (inom 90 dagar)



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

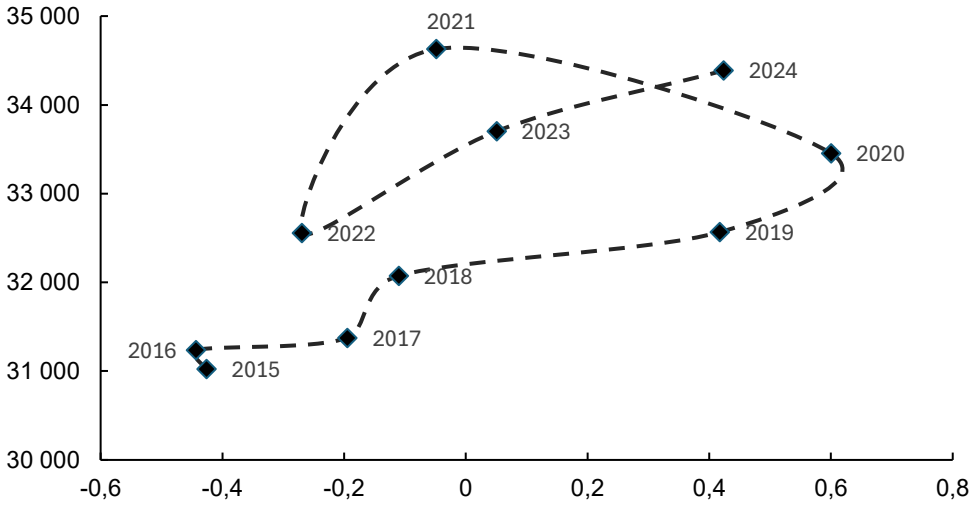
Diagram 3.4 visar att under den senaste tioårsperioden har ingen generell förbättring skett i överlevnaden efter förstagångsstroke för kvinnor. För män har däremot överlevnaden förbättrats något sedan 2014 i samtliga utbildningsgrupper (förgymnasial, gymnasial och eftergymnasial).

Effektiv hälso- och sjukvård

Diagram 3.5 visar utvecklingen av kvalitet i relation till hälso- och sjukvårdens reala kostnadsökningar. Över tid har kostnaderna ökat. Mellan 2022 och 2024 ses en viss förbättring vad gäller kvalitet, vilket bl.a. beror på minskad dödlighet i förstagångsstroke och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet.

Diagram 3.5 Effektivitet i hälso- och sjukvården

Kronor/invånare



Anm.: Kvalitetsindex (x-axeln) är ett sammanvägt index från indikatorerna för god kvalitet, tillgänglighet (exklusive personella resurser) samt patientens upplevelse av vårdmöte i primärvården avseende delaktighet, information, kontinuitet och samordning.

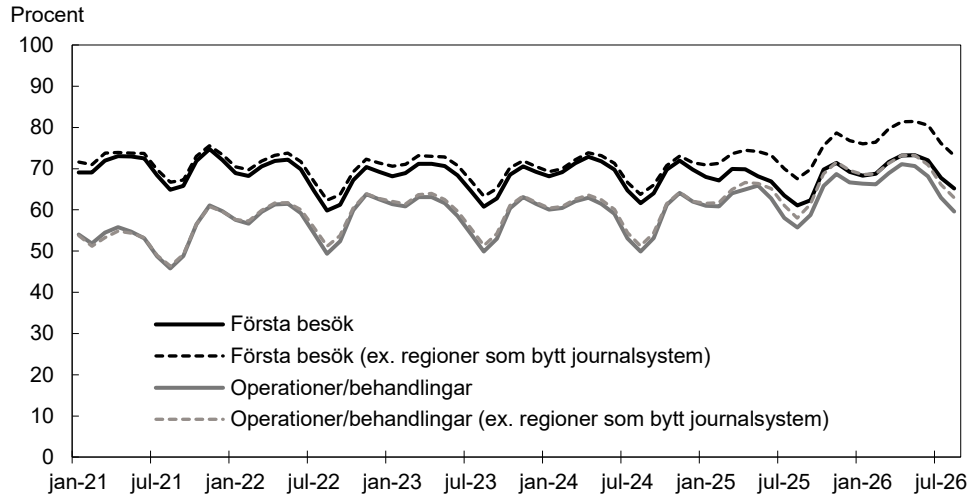
Källa: Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Regioner, Nationella patientenkäten och egna beräkningar.

Tillgänglighet i hälso- och sjukvården

Under 2025 upplevde 87 procent av befolkningen att de hade tillgång till den vård de behöver, enligt den nationella enkätundersökningen Hälso- och sjukvårdsbarometern (Sveriges Kommuner och Regioner, SKR). Siffran är oförändrad jämfört med 2024 års nivå. Andelen invånare som ansåg att väntetiden till besök på vård/hälsocentralen är rimlig låg 2025 på 68 procent, medan motsvarande andel för besök och behandling på sjukhus var 55 procent. Dessa resultat innebär en marginell förbättring jämfört med 2024 års mätning, då motsvarande andel var 67 respektive 53 procent.

Diagram 3.6 visar andelen patienter som har väntat inom vårdgarantins gränser på ett första besök respektive operation/behandling inom den specialiserade vården under perioden januari 2021 till augusti 2026. Statistiken visas endast från och med januari 2021 eftersom SKR då justerade sin uppföljningsmodell av väntetiderna så att den bl.a. omfattar fler vårdbesök än tidigare. Av de väntande patienterna i augusti 2026 hade 27 procent väntat längre än 90 dagar på ett första besök i specialiserad vård. Det motsvarar en förbättring med 5 procentenheter, eller 17 procent, jämfört med augusti 2025, då 32 procent av de väntande patienterna till operation eller åtgärd hade väntat längre än 90 dagar. En förbättring ses även i uppfyllnadsgraden av vårdgarantin för väntetid till operation eller åtgärd i specialiserad vård. I augusti 2026 hade 37 procent av de patienter som väntar på en operation eller åtgärd i den specialiserade vården väntat längre än 90 dagar. Det motsvarar en förbättring med 5 procentenheter, eller 12 procent, jämfört med augusti 2025, då 42 procent av de väntande patienterna till operation eller åtgärd hade väntat längre än 90 dagar. I siffrorna har väntetidsstatistik från regioner som byter journalsystem exkluderats, då SKR och Socialstyrelsen anger att journalsystemsbyte påverkar datakvaliteten för dessa regioner.

Diagram 3.6 Andelen besök och operation/behandling som uppfyller vårdgarantin per månad under perioden januari 2021 - augusti 2026



Anm.: De regioner som bytt journalsystem är Blekinge, Dalarna, Sörmland, Gävleborg, Halland, Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Örebro, vilket påverkar statistiken från hösten 2024 och framåt.
Källa: Sveriges Kommuner och Regioner januari 2021-juni 2025, Socialstyrelsen juli 2025-augusti 2026.

Disponibla vårdplatser, utlokaliseringar och överbeläggningar

Antalet vårdplatser per capita har minskat kontinuerligt de senaste decennierna, såväl i Sverige som i övriga höginkomstländer. Minskningen har dock varit större i Sverige jämfört med andra länder och antalet disponibla vårdplatser 2010–2025 minskade från 2,7 till 1,5 per 1 000 invånare (SKR). Detta placerar Sverige bland de länder som har lägst antal disponibla vårdplatser per invånare, både inom EU och OECD. I juni 2025 fanns i genomsnitt drygt 17 500 disponibla vårdplatser i Sverige, varav 80 procent var inom somatisk sluten specialiserad vård. Samtidigt har antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter inom sluten specialiserad somatisk vård ökat. I januari 2026 var det i genomsnitt 6,2 överbeläggningar och 2,6 utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser på landets sjukhus. En ökning med 0,2 respektive 0,6 per 100 disponibla vårdplatser jämfört med januari 2025. Under 2026 ökade antalet disponibla vårdplatser i Sverige första gången sedan Socialstyrelsen började följa utvecklingen. Skillnaderna mellan regionerna är dock stora.

Personella resurser

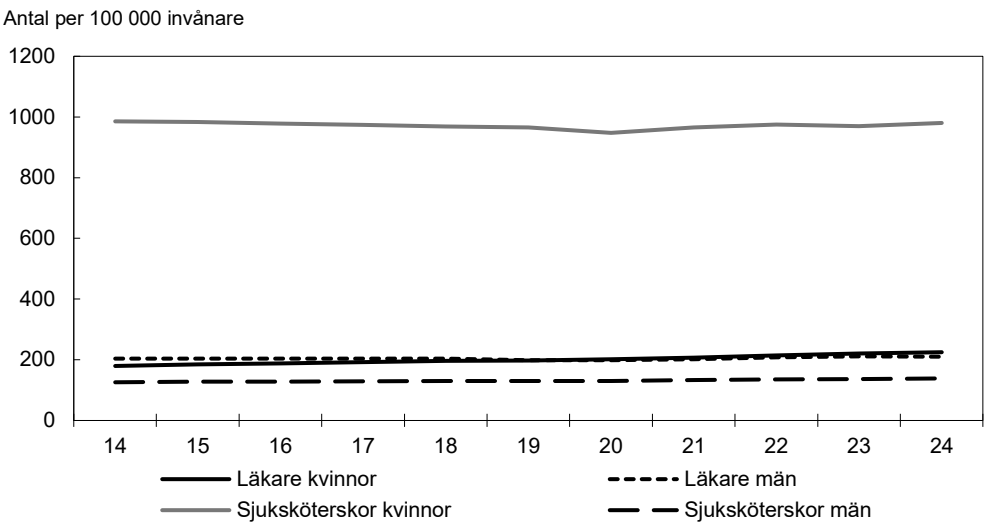
Av Socialstyrelsens nationella planeringsstöd 2026 framgår att det i maj 2025 var totalt 254 800 legitimerade sysselsatta i hela hälso- och sjukvården samt tandvården. Det är drygt 3 000 fler än året innan, men är ungefär lika många i förhållande till befolkningens storlek. Diagram 3.7 visar antal legitimerade läkare och sjuksköterskor sysselsatta i hälso- och sjukvården per år 2014–2024.

Spridningen är stor i landet när det gäller antalet legitimerade inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare. Antalet läkare, inklusive specialistläkare, varierar t.ex. mellan 342 och 555 per 100 000 invånare. Vissa personer med legitimation arbetar även utanför hälso- och sjukvården och utgör 14 procent av samtliga legitimerade sysselsatta.

I Socialstyrelsens nationella planeringsstöd 2026 redovisas även en nationell utblick. I jämförelse med de nordiska grannländerna hade Sverige 2023 ett lägre antal sjuksköterskor per 1 000 invånare än Finland och Norge, men högre än Danmark. Sverige hade 11 sjuksköterskor per 1 000 invånare medan genomsnittet för EU var 7,5 per 1 000 invånare. Motsvarande hade Sverige 4,5 läkare per 1 000 invånare och högre än genomsnittet för EU som var 4,2 läkare per 1 000 invånare.

Under 2025 presenterade Socialstyrelsen för första gången statistik om icke-legitimerade grupper i primärvården. Bland de icke-legitimerade yrkesrollerna finns exempelvis medicinska sekreterare, hjälpmedelsassistenter och anhörigkonsulenter. Statistiken visar bl.a. att cirka 438 000 personer arbetade inom primärvården i slutet av 2022. Detta inkluderar både legitimerad och icke-legitimerad personal. De icke-legitimerade utgjorde 55 procent av de anställda, vilket innebär att mer än varannan medarbetare tillhör denna grupp. Undersköterskor, som har en skyddad yrkestitel, utgör 30 procent av personalen i primärvården. En stor del av arbetet i primärvården utförs således av andra yrkesgrupper, som också är viktiga för att verksamheten ska fungera.

Diagram 3.7 Antal legitimerade läkare och sjuksköterskor sysselsatta i hälso- och sjukvården per år 2014–2024



Källa: Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal, Socialstyrelsen

Behovsanpassad hälso- och sjukvård

Under 2025 uppgav en majoritet av patienterna i primärvården att de varit delaktiga i beslut om sin vård och behandling i den utsträckning de önskade. Män rapporterade genomgående något högre grad av delaktighet än kvinnor. Inom den öppna specialiserade sjukhusvården var andelen som upplevde delaktighet högre för både kvinnor och män jämfört med primärvården (se tabell 3.1).

Tabell 3.1 Andelen kvinnor och män som anser att de har varit delaktiga i beslut beträffande sin vård och behandling i den utsträckning som de önskar

Procent

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Primärvård									
Kvinnor	77,8	78,8	80	82,4	79,6	78,5	79,1	78,9	80,2
Män	80,1	80,5	82	83,8	81,7	81,1	81,3	81,8	82,0
Öppen specialiserad sjukhusvård									
Kvinnor	-	85,7	-	-	86,8	-	86,3	-	89,2
Män	-	86,3	-	-	88,2	-	87,8	-	90,0

Anm.: Från hösten 2025 har undersökningen ”Primärvård” ersatts av ”Vårdcentraler och hälsocentraler” (med reviderade frågeformuleringar), och resultaten redovisas som medelvärden i stället för andel positiva svar
Källa: Nationella patientenkäten

Under 2025 uppgav även en majoritet av patienterna i primärvården att personalen varit insatt i patientens tidigare kontakter med vården i den utsträckning patienten önskade. Även här tenderar män att ange ett något högre värde och patienter i öppen

specialiserad sjukhusvård svarar mer positivt än patienter inom primärvården (se tabell 3.2).

Tabell 3.2 Andelen kvinnor och män som anser att personalen har varit insatt i patientens tidigare kontakter med vården i den utsträckning som patienten önskar

Procent

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Primärvård								
Kvinnor	65	67,1	69,6	66,7	64,9	66,4	66,7	71,8
Män	70,8	73,2	75	73,2	71,8	72,7	74,0	76,1
Öppen specialiserad sjukhusvård								
Kvinnor	81,2			84,3		83,2		85,6
Män	85,4			88,4		87,5		88,6

Anm.: Från hösten 2025 har undersökningen ”Primärvård” ersatts av ”Vårdcentraler och hälsocentraler” (med reviderade frågeformuleringar), och resultaten redovisas som medelvärden i stället för andel positiva svar
Källa: Nationella patientenkäten

Hälso- och sjukvårdspolitiken på systemnivå

Krisberedskap och civilt försvar

Försörjningsberedskap

Tillgången till sjukvårdsprodukter är avgörande för att upprätthålla förmågan inom hälso- och sjukvården i vardag, fredstida krissituationer och i krig. Arbetet med att stärka försörjningsberedskapen genom bl.a. ökad lagerhållning har fortsatt. Staten och SKR har under december 2025 ingått överenskommelser om försörjningsberedskap. Inom ramen för överenskommelsen om försörjningsberedskap för läkemedel har staten tilldelat regionerna 186 miljoner kronor för att stärka lagerhållningen av läkemedel. I överenskommelsen om försörjningsberedskap för medicintekniska produkter, personlig skyddsutrustning och livsmedel för medicinska ändamål har staten tilldelat regionerna 557 miljoner kronor för att stärka lagerhållningen av dessa sjukvårdsprodukter (S2025/02164 och S2025/02176). Socialstyrelsen har i sin rapport Hälso- och sjukvårdens arbete med försörjningsberedskap utvärderat överenskommelserna mellan staten och SKR. I sin rapport konstaterar myndigheten att regionerna har tagit ytterligare steg i att stärka sin lagerhållning (S2025/00657). Socialstyrelsen har fortsatt sitt uppdrag (regleringsbrevet för 2026 avseende Socialstyrelsen) att köpa in sjukvårdsprodukter som behövs för traumavård och sådan CBRN-utrustning som bör finnas i lager som staten ansvarar för till ett värde av högst 800 miljoner kronor.

Vidare är försörjningen av blod viktig. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att under 2026 betala ut högst 256 miljoner kronor till regionerna för att fortsätta det nationella införandet av så kallade NAT-tester (Nucleic Acid Testing) för smittscreening av blodgivare (S2025/00313). Införande av NAT-tester möjliggör bl.a. blodsamarbete med allierade inom Nato och individbaserad riskbedömning av blodgivare. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tidigare utbetalat medel till de regioner som velat påbörja arbetet med att införa NAT-tester (S2024/01309). Region Skåne och Region Jämtland Härjedalen har därför kunnat införa NAT-tester för blodgivare och har sedan i början av december 2025 respektive i början av juni 2026 kunnat möjliggöra individuell riskbedömning av blodgivare vilket gör att fler kan bli blodgivare. Den 28 maj 2026 beslutade regeringen även att ge en särskild utredare i uppdrag att lämna förslag på en blod- och plasmaorganisation med ett utökat statligt ansvar för stärkt försörjning av blod och plasma (dir. 2026:37).

Läkemedelsverket och E-hälsomyndigheten har sedan 2024 i uppdrag att förbereda framtagandet av en nationell lägesbild över tillgång och efterfrågan på läkemedel.

Funktioner för att hantera dagliga uppgifter om apoteksförsäljning från E-hälsomyndigheten till Läkemedelsverket togs i bruk hösten 2025. Sådana data gör det möjligt att ytterligare bedöma hur viktig en potentiell brist på ett läkemedel är för den svenska marknaden, baserat på trender och marknadsandelar. Detta möjliggör bättre underlag för att bedöma konsekvenser av anmälda försäljningsuppehåll. E-hälsomyndigheten har också utformat en teknisk lösning för framtida insamling av lageruppgifter från partihandlare, öppenvårdsapotek och vårdgivare som har sjukhusapotek.

En annan del av försörjningsberedskap är tillverkningsberedskap. Det statliga bolaget Apotek Produktion & Laboratorier förvärvade under hösten 2025 en antibiotikafabrik i Region Sörmland. Genom förvärvet säkras långsiktig inhemsk tillverkningsberedskap för viktiga antibiotika i händelse av att normala försörjningskedjor inte kan upprätthållas, t.ex. vid fredstida kris, höjd beredskap eller ytterst krig.

Stärkt beredskap och kapacitet i hälso- och sjukvården

Utöver åtgärder för att stärka försörjningsberedskapen har regeringen vidtagit flera åtgärder för att stärka hälso- och sjukvårdens kapacitet vid kris och krig. Regeringen har bl.a. gett Socialstyrelsen i uppdrag att fördela det statsbidrag som regleras i förordningen (2023:489) om statsbidrag till regioner för hälso- och sjukvårdens beredskap. Förordningen syftar till att stärka regionernas beredskap och säkerställa deras förmåga att upprätthålla hälso- och sjukvårdens verksamhet även vid höjd beredskap. För ändamålet har regeringen avsatt 472 miljoner kronor för 2025. Regeringen har även gett Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en pilot för beredskapssjukhus samt andra insatser för stärkt beredskap (S2026/00603). Målsättningen med uppdraget är dels att utreda konceptet beredskapssjukhus, dels att tillskapa förmåga som motsvarar Försvarsberedningens beskrivning av ett beredskaps-sjukhus. Piloten ska utgöra grund för fortsatt arbete med att tillskapa sådan förmåga kopplat till ytterligare sjukhus.

Den 1 januari 2026 trädde ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) i kraft som innebär förtydliganden av de krav som ställs på hälso- och sjukvården vid fredstida krissituationer, höjd beredskap och katastroftillstånd i hälso- och sjukvården. Ändringarna innebär bl.a. att det införs en skyldighet för kommuner och regioner att hjälpa varandra vid katastroftillstånd, dvs. situationer då en kommun eller region på grund av brist på resurser inte kan erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa, och en möjlighet för regeringen att besluta om sådan hjälp. Under 2025 och 2026 har Socialstyrelsen inom ramen för ett regeringsuppdrag arbetat med att ta fram föreskrifter och annat stöd samt utforma besluts- och beredningsprocesser för tillämpningen av de nya bestämmelserna (S2025/00866).

För att säkerställa en stärkt och sammanhållen nationell kapacitet för sjuktransporter och medicinsk evakuering vid kris och krig gav regeringen i januari 2026 Socialstyrelsen i uppdrag att stärka nationell förmåga att koordinera sjuktransporter och medicinsk evakuering (S2026/00103). Den 27 augusti 2026 gav regeringen även ett uppdrag till Socialstyrelsen och Myndigheten för civilt försvar att vidareutveckla den nationella sjuktransportkapaciteten (S2026/01651).

Driftsäkerheten på hälso- och sjukvårdens fastigheter är en viktig del av beredskaps-planeringen. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att fördela medel enligt förordningen (2023:30) om statsbidrag till regioner för åtgärder för att höja drift-säkerheten på fastigheter för hälso- och sjukvård så att verksamheten kan fungera vid höjd beredskap. För detta ändamål har regeringen avsatt 192 miljoner kronor för 2025. Statsbidraget har under 2025 främst använts för åtgärder inom el-, värme- och vattenförsörjning, medicinska gaser, ventilation, kyla samt dag- och

spillvattenhantering, liksom för att stärka robustheten i lokaler. Medlen har bl.a. finansierat investeringar i reservkraft, nödvattentankar och teknisk utrustning för att upprätthålla drift vid störningar.

I syfte att säkerställa en reservlösning för förskrivning och expediering av läkemedel har regeringen gett E-hälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket i uppdrag att utreda och lämna förslag för att under fredstida kris, höjd beredskap och ytterst krig möjliggöra förskrivning och utlämning från apotek när tillgång till E-hälsomyndighetens register, system och tjänster saknas (S2024/01057).

Kompetensförsörjning och övningsverksamhet vid fredstida kriser och höjd beredskap

För att stärka kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården vid höjd beredskap gav regeringen i mars 2025 Socialstyrelsen i uppdrag att analysera och förbereda införandet av ett nationellt system för civilplikt inom hälso- och sjukvården samt att genomföra en behovsbedömning av civilplikt inom tandvården (S2025/00527). Socialstyrelsen lämnade sin slutredovisning *Civilplikt i hälso- och sjukvård samt tandvård – Redovisning av förberedande åtgärder för aktivering av civilplikt i hälso- och sjukvården samt kartläggning av behov och förutsättningar i tandvården* av uppdraget till regeringen den 28 november 2025 (S2025/00527). I sin slutredovisning föreslår Socialstyrelsen bl.a. nya civilpliktsbefattningar (sjukvårdare, prehospital sjukvårdare, sjuksköterska, läkare och undersköterska) samt att myndigheten får ett centralt bemannings- och utbildningsansvar i samverkan med regionerna. I redovisningen konstaterades även att vissa frågor behöver utredas vidare. Den 1 april 2026 beslutade regeringen om ett uppdrag till Socialstyrelsen att fortsätta arbetet med de förberedande åtgärder som krävs för ett införande av civilplikt inom hälso- och sjukvården och tandvården (S2026/00699).

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag (regleringsbrevet för 2026 avseende Socialstyrelsen) att stärka hälso- och sjukvårdens beredskapsförmåga genom att samordna och genomföra nationella övningar samt tillhandahålla relevanta utbildningar.

Sveriges stöd till Ukraina

Regeringen gav den 14 juli 2022 Socialstyrelsen i uppdrag att vara kontaktpunkt för regionerna och samordna regionerna i genomförande av medicinska evakueringar från Ukraina till Sverige (Ju2022/02509). Sverige har under 2025 tagit emot 62 ukrainska patienter och 32 anhöriga. Under 2026 har Sverige t.o.m. den 10 oktober tagit emot 37 patienter från Ukraina.

Regeringen gav den 25 april 2024 Socialstyrelsen i uppdrag att samordna Sveriges uppbyggnads- och reformsamarbete med Ukraina på socialpolitikens och hälso- och sjukvårdens område för att bidra till Ukrainas EU-närmande (S2024/00900). Socialstyrelsen har tagit fram ett stödprogram som finansierar bl.a. sjukhus till sjukhussamarbeten och EU-integration och regulatoriska frågor med fokus på läkemedelsområdet.

Genomförda donationer via EU:s civilskyddsmekanism

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att bedöma möjligheten att donera medicinteknisk utrustning, sjukvårdsmateriel m.m. till katastrof- eller krigsdrabbade områden utomlands via EU:s civilskyddsmekanism eller via Nato (S2024/00130).

Med anledning av den humanitära krisen i Gaza genomfördes en donation till Egypten 2025. Under 2026 (t.o.m 15 oktober 2026) har donationer genomförts till Libanon och Ukraina.

Omställningen till en god och nära vård med primärvården som nav

Omfattande stöd för att bygga ut primärvården och ställa om hälso- och sjukvården

För att möta befintliga och framtida utmaningar och för att åstadkomma en samhällsekonomiskt effektiv och behovsanpassad hälso- och sjukvård pågår sedan flera år en omställning av hälso- och sjukvården. För 2026 fördelades totalt 3 300 miljoner kronor till regioner och kommuner genom förordningen (2024:1253) om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård. Av dessa var 300 miljoner kronor avsatta för utveckling av primärvården i landsbygd och glesbygd. Regeringen har även gett särskilt stöd till det pågående projektet Utveckling av god och nära vård i glesbygd, där femton kommuner och fyra regioner i norra Sverige ingår (S2024/00035). Syftet är att skapa nya arbetssätt och modeller som är anpassade efter landsbygdernas specifika behov för att säkerställa tillgänglighet och kompetensförsörjning i vården. Dessutom har regeringen beviljat fortsatt stöd till Centrum för hälsa i glesbygd (tidigare Glesbygdsmedicinskt centrum) för att sprida kunskap om behov, förutsättningar, utmaningar och möjligheter för att bedriva hälso- och sjukvård i lands- och glesbygdsområden (S2024/01806).

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd fördelade 2025 totalt ca 24 miljoner kronor för att stödja omställningen mot god och nära vård. Det gjordes genom en stor utlysning som resulterade i 14 projekt i olika delar av landet, med fokus på styrning, ledning, arbetssätt och kompetensutveckling.

Socialstyrelsen, som har regeringens uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2023/01930), rapporterade den 31 mars 2026 att kommuner och regioner genomför en mängd insatser inom ramen för omställningen till en god och nära vård. Flera projekt har breddinförts och samverkan har stärkts, men Socialstyrelsen bedömer att det fortfarande finns utvecklingsbehov för att nå målen med omställningen.

I regleringsbrevet för 2025 gav regeringen Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att kartlägga hur regioner och kommuner genomfört lagstiftningen om primärvårdens grunduppdrag samt att utvärdera effekterna av lagstiftningen (S2024/02156 (delvis). Myndigheten lämnade en delrapport i december 2025 (S2025/02034). I denna framgår bl.a. att det är svårt att bedöma om det lagreglerade grunduppdraget har haft någon genomgående påverkan på den regionala styrningen av primärvården. I vissa regioner har styrningen av primärvården förändrats till följd av den större omställningen till god och nära vård, bl.a. genom en breddad formulering av primärvårdsuppdraget och viss justering av ersättningsmodeller.

Regeringen gav vidare i maj 2024 Myndigheten för vård och omsorgsanalys i uppdrag att följa hur stor andel av befolkningen som uppfattar att den har en namngiven, fast läkarkontakt i primärvården och analysera utvecklingen på området, könsuppdelat för olika grupper i befolkningen (S2024/01007). I delredovisningen från mars 2026 konstateras att andelen med fast läkare i primärvården ökade något mellan 2024 och 2025, från 26 till 31 procent av befolkningen. Detta indikerar att regionernas arbete för att stärka läkarkontinuiteten börjar ge resultat. Behovet av fast läkare är dock betydligt större än tillgången, även i grupper med stora och komplexa vårdbehov.

Regeringen gav i april 2025 Socialstyrelsen i uppdrag att utreda och lämna förslag på riktvärden för vissa yrkesgrupper i primärvården (S2025/00801). Uppdraget slutredovisades i maj 2026. I slutrapporten lämnas förslag på riktvärden för psykologer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och distriktssköterskor i primärvården baserat på Statistikmyndigheten SCB primärvårdsprognos samt analyser av vårdbehov. Utredningen visar att ett lämpligt riktvärde kan variera beroende på exempelvis befolkningens vårdbehov, geografiska förutsättningar och hur primärvårdens uppdrag

organiseras. Myndigheten föreslår att riktvärdena används som ett av flera planeringsunderlag för kompetensförsörjning och framtida bemanning i primärvården.

Regeringen beslutade även i april 2026 propositionen Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (prop. 2025/26:216), som bl.a. innebär att kommunerna ska få anlita läkare i de verksamheter som avser den kommunala hälso- och sjukvården (se utg.omr. 9 avsnitt 6.3).

Flera insatser för att stärka primärvårdens arbete med psykisk ohälsa har genomförts

Under 2025 och 2026 har riktade medel fördelats till regionerna för att stärka och utveckla primärvårdens arbete med psykisk ohälsa (S2025/00397 och S2025/02147). Regeringen har även gett ett uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra nationella utvecklingsinsatser för att stärka primärvårdens arbete med psykisk ohälsa (S2025/01229). Insatserna syftar till att skapa förutsättningar för en mer tillgänglig, sammanhållen och effektiv vård där primärvården ska kunna erbjuda ett kvalificerat omhändertagande både vid psykisk och fysisk ohälsa.

Nationell högspecialiserad vård

Nationell högspecialiserad vård (NHV) är komplex och sällan förekommande offentligt finansierad vård. Vården bedrivs vid som mest fem enheter i Sverige i syfte att upprätthålla god kvalitet, hög patientsäkerhet och effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser. Enligt Socialstyrelsen behandlades totalt 17 202 patienter i den nationella högspecialiserade vården 2025. Detta kan jämföras med 12 400 patienter 2024, 7 503 patienter 2023, 3 348 patienter 2022, 2 772 patienter 2021 och ca 1 850 patienter 2020 respektive 2019. Volymen patienter som omhändertas inom den högspecialiserade vården ökar varje år. Det beror på att nya tillståndsområden tillkommer och fler patienter remitteras till tillståndsenheterna (se under rubriken Insatser har vidtagits för att öka tillgängligheten till och vårdkapaciteten i den specialiserade psykiatriska vården).

Tillgänglighet, ökad vårdkapacitet och kompetensförsörjning

Utvecklade insatser för kortare vårdköer har bidragit till minskade vårdköer

Mot bakgrund av bl.a. slutsatserna i Vårdansvarskommitténs slutbetänkande om behovet av ökad statlig styrning i hälso- och sjukvården (SOU 2025:62) beslutade regeringen den 23 oktober 2025 om tilläggsdirektiv till utredningen Behovsstyrd vård (S 2024:05). Utredaren gavs i uppdrag att ta fram förslag på ekonomiska sanktioner och andra åtgärder som tillsynsmyndigheten kan vidta mot huvudmän som inte följer den lagstadgade vårdgarantin. Tidigare direktiv uteslöt ekonomiska påföljder mot regionerna. Därtill gavs utredaren i uppgift att lämna förslag på hur statens styrning kan stärkas genom ett nationellt system för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården. Utredningen överlämnade den 17 juni 2026 betänkandet Behovsstyrd vård (SOU 2026:28) och föreslår bl.a. att fler patienter ska omfattas av vårdgarantin och att de nuvarande tidsgränserna ska kortas, från 90 dagar till första besök och 90 dagar till behandling, till 30 dagar till medicinsk bedömning och 60 dagar för nästa steg i patientens planerade vård. Utredningen föreslår även att en vårdgivare inom tre arbetsdagar, från det att en remiss har mottagits, ska informera patienten om att så har skett samt att inom tio arbetsdagar informera patienten om när den medicinska bedömningen kommer att äga rum (så kallad informationsgaranti). Utredningen föreslår även att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska ges möjlighet att förelägga huvudmän och vårdgivare att se till att informationsgarantin samt informationsskyldigheten enligt patientlagen (2014:821) följs. Föreläggandet ska få förenas med vite. Förslagen remissbehandlades t.o.m. den 30 oktober 2026.

Den 28 december 2025 fattade regeringen beslut om att fördela cirka 5 miljarder kronor till regionerna genom förordningen (2024:1252) om statsbidrag till regionerna för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården. Medlen som fördelas är prestationsbaserade och syftar till att stärka regionernas arbete med att minska vårdköerna och öka tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen ska senast den 30 september årligen lämna en redovisning till regeringen om hur medlen har använts samt vilka resultat som har uppnåtts av de insatser som genomförts inom ramen för statsbidraget.

Under 2025 genomförde regeringen en prestationsbaserad satsning för att öka vårdproduktionen och korta vårdköerna inom vissa utvalda vårdområden. Satsningen byggde på ett förslag som utredningen Behovsstyrd vård (S 2024:05) presenterade i promemorian Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården (2025). Satsningen genomfördes i två etapper som omfattade cirka 500 miljoner kronor vardera. I den senare etappen skärptes prestationskraven för att ytterligare stärka regionernas incitament att öka vårdproduktionen. Socialstyrelsen presenterade i mars 2026 en slutredovisning av de båda satsningarna och konstaterade att regionerna sammantaget kvalificerade sig till cirka 75 procent av de medel som avsattes för satsningen under 2025 (S2025/00401 och S2025/01233). Satsningen omfattade genomförda operationer under februari–oktober 2025. Under perioden utfördes cirka 10 procent fler operationer än under motsvarande period året innan inom de operationer som ingick i satsningen. Antalet patienter som väntade över 90 dagar till någon av de tre operationerna minskade under samma period med 63 procent för framfall, 11 procent för höftprotes och 45 procent för grå starr (säsongsjusterat värde). Socialstyrelsen konstaterar att satsningen bidragit till kortare väntetider och färre väntande patienter till de operationer som omfattades av satsningen.

Den 16 oktober 2025 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att föreslå ytterligare två till tre vårdområden eller åtgärder inom den specialiserades hälso- och sjukvården för att korta vårdköerna som ska kunna komplettera och utveckla den pågående satsningen inför 2026 (S2025/01757). Socialstyrelsen presenterade sitt förslag den 11 december 2025 och föreslog att satsningen utökas till att, utöver de redan inkluderade operationerna av framfall, höftprotes och grå starr, också innefatta operationer av knäprotes och ljumskbråck samt koloskopiundersökningar (S2025/01757). Den 15 januari 2026 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att betala ut upp till 750 miljoner kronor till regionerna för att korta vårdköerna (S2026/00052). Uppdraget omfattar samtliga sex vårdåtgärder, dvs. såväl de operationer som ingick i 2025 års satsning som de tre som Socialstyrelsen föreslagit. Medel betalas ut för de operationer eller undersökningar som innebär en ökning jämfört med genomsnittlig produktion under åren 2023–2025. Under första kvartalet 2026 har antalet knäledsprotesoperationer ökat med 12 procent, antalet höftledsprotesoperationer med 8 procent och antalet koloskopiundersökningar med 7 procent jämfört med jämförelseperioden. För gråstarrsoperationer, ljumskbråcksoperationer och framfallsoperationer ses i stället en minskning av antalet utförda operationer om 1, 3 respektive 10 procent jämfört med samma jämförelseperiod. Mätt som minskning av antalet patienter som väntar längre än vårdgarantins 90 dagar syns en förbättring för samtliga operationer i satsningen. Antalet patienter som väntar över 90 dagar har från mars 2025 till mars 2026 minskat med 58 procent för framfallsoperationer, 9 procent för gråstarrsoperationer, 26 procent för höftledsprotesoperationer, 39 procent för knäledsprotesoperationer och 13 procent för ljumskbråcksoperationer (Väntetidsdatabasen, Socialstyrelsen). Statistik saknas just nu över väntetider till koloskopiundersökningar. Den 8 januari 2026 gav regeringen i uppdrag åt en särskild utredare att, som nationell samordnare, bidra till att den statliga styrningen, kontrollen och uppföljningen stärks och får ett större

genomslag när det gäller regeringens arbete med att korta vårdköerna och öka tillgängligheten i hälso- och sjukvården (dir. 2026:3). I juni 2026 presenterade samordnaren en första delredovisning av uppdraget med preliminära iakttagelser och en beskrivning av det fortsatta arbetet. Utredningen beskriver bl.a. att de regioner som arbetat systematiskt och uthålligt med kapacitets- och produktionsplanering av verksamheten har uppnått långsiktigt goda resultat i väntetiderna på systemnivå. Det fortsatta arbetet kommer bl.a. att inriktas på att identifiera framgångsfaktorer och hinder för att införa och vidmakthålla ett framgångsrikt produktions- och kapacitetsstyrningsarbete.

Regeringen gav den 1 juni 2023 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att utvärdera regeringens satsning på att öka antalet disponibla vårdplatser i hälso- och sjukvården (S2023/01863). Myndigheten presenterade den 30 april 2026 sin slutredovisning av uppdraget i rapporten *Brist på plats* (Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2026). Utifrån den data som fanns tillgänglig vid redovisningen bedömde myndigheten att satsningen haft begränsade effekter. Slutsatserna grundades bl.a. på Socialstyrelsens riktvärden för antalet disponibla vårdplatser, som visat att behovet av vårdplatser minskat något. Samtidigt sågs ingen ökning av antalet disponibla vårdplatser utifrån det underlag som var tillgänglig vid tillfället. Vårdens personal upplever heller ingen förbättring. Myndigheten bedömer att regeringen bör fortsätta fokusera på vårdkapacitet och säkerställa att utvecklingen fortsatt följs upp. Regionerna behöver samtidigt prioritera insatser som ger tydliga effekter i verksamheterna och för patienterna.

Den 15 juni 2026 presenterade Socialstyrelsen en uppdatering av riktvärdet för behovet av antalet disponibla vårdplatser. Arbetet bedrivs inom ramen för uppdraget att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå, som regeringen beslutade om den 23 maj 2024 (S2024/01058). Den senaste beräkningen visar att antalet disponibla vårdplatser behöver öka med 7,6 procent eller 1 191 disponibla vårdplatser, att jämföra med 1 864 föregående år. Minskningen av riktvärdet förklaras bl.a. av att antalet tillgängliga disponibla vårdplatser har ökat med 529 jämfört med föregående år samt att behovet har minskat med motsvarande 145 disponibla vårdplatser. 16 regioner har öppnat fler vårdplatser under året. Fyra regioner når Socialstyrelsens riktvärden för vårdplatskapacitet. Gällande riktvärdet för intensivvårdsplatser beräknas antalet tillgängliga vårdplatser vara i linje med Socialstyrelsens riktvärde på nationell nivå.

Sedan den 1 juli 2025 ansvarar Socialstyrelsen för insamlingen av regionernas väntetidsdata. Arbetet med väntetidsdata har fortsatt att stärkas under 2026 och myndigheten publicerar sedan i maj 2026 statistik om väntetider i sin statistikdatabas. Socialstyrelsen arbetar för att ge en mer enhetlig och kvalitetssäkrad uppföljning av vårdens tillgänglighet och vårdgarantin, för möjligheter att följa upp vårdens tillgänglighet och utvecklingen av vårdköerna.

Nationell vårdförmedling

Arbetet med en nationell vårdförmedling har fortsatt även innevarande år. Regeringen gav den 15 maj 2025 Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten i uppdrag att utveckla och etablera arbetet med en nationell vårdförmedling (S2022/01372, S2023/02117 och S2025/00971). Uppdraget utgår från att fler patienter ska erbjudas vård inom vårdgarantins tidsgränser, genom hänvisning till vårdgivare med tillgänglig kapacitet eller kortare väntetider. Socialstyrelsen har under 2025 påbörjat etableringen av en nationell samordningsfunktion genom bl.a. ett regiongemensamt råd, med kataraktoperationer som inledande vårdområde. E-hälsomyndigheten har under 2025 lanserat ett vårdsöksystem och arbetet bedrivs i nära dialog med regioner och andra berörda aktörer.

Insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag under 2026 fördelat medel till kommuner och regioner i syfte att stärka kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården och genomföra insatser som utgår från den nationella planen för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256). Likaså har Socialstyrelsen på regeringens uppdrag under 2025 fördelat ett prestationsbaserat statsbidrag till regionerna i syfte att stimulera dessa till att utöka antalet allmäntjänstgöringstjänster, förkortade AT (S2025/00584). Regionerna har även tilldelats medel för att de inkommit med en prognos för antal nytillsatta allmän-, bas- och specialiseringstjänstgöringar per år för 2026–2030. Totalt fördelades 226 miljoner kronor till 20 regioner. Inom ramen för uppdraget ingick även att Socialstyrelsen skulle samordna och stödja regionerna i övergången till den nya utbildningsstrukturen för läkare, som bl.a. innebär att AT fasas ut samtidigt som bastjänstgöring (BT) etableras som en del av specialiseringstjänstgöringen (ST). Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget tagit fram en prognos för AT-, BT-, och ST-tjänster för åren 2025–2030. Av prognosen bedöms behovet överstiga kapaciteten för AT och ST, medan kapaciteten för BT i större utsträckning ligger i linje med behovet.

Socialstyrelsen har under fyra år fördelat medel för utökad verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inom sjuksköterskeutbildningen (S2022/02783, S2023/00489, S2024/00806 och S2025/00526). I linje med tidigare redovisade utfall har medlen bidragit till att kommuner och regioner har ökat antalet platser och veckor för VFU under tiden som bidrag har fördelats. Jämfört med 2024 ökade antalet VFU-veckor med 10 procent (5 887 veckor) och antalet VFU-platser ökade med 8 procent (1 246 platser) under 2025. Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att syftet med satsningen har uppnåtts och att incitamenten att ta emot fler studenter under utbildning ökat som ett resultat.

Länsstyrelserna har i enlighet med uppdrag i 2025 års regleringsbrev fördelat medel till projekt som anordnar utbildningar för nyanlända och asylsökande med erfarenhet av arbete inom hälso- och sjukvård eller med utländsk vårdutbildning (Fi2025/01342). Under 2025 fördelades knappt 4 miljoner kronor. Redovisningarna visar att deltagarna gjort tydliga framsteg i svenska språket och genomfört kunskapsprov och praktiska prov som krävs för att kunna ansöka om legitimation.

Insatser har vidtagits för att öka tillgängligheten till och vårdkapaciteten i den specialiserade psykiatriska vården

Under 2025 har riktade medel fördelats till regionerna för att öka vårdkapaciteten i den specialiserade psykiatriska vården för vuxna, öka antalet platser för självvald inläggning och underlätta flexibla övergångar mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin (S2025/01235 och S2025/01181). I januari 2026 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra nationella utvecklingsinsatser för att stärka den specialiserade psykiatriska vården för vuxna med särskilt fokus på ökad vårdkapacitet (S2026/00095). I uppdraget ingår bl.a. att fördela ca 1,5 miljarder kronor till regionerna under 2026 i en fortsatt riktad satsning på vårdkapacitet, självvald inläggning och flexibla övergångar.

Under 2026 har regeringen avsatt 1 miljard kronor för att stödja regionernas arbete med att korta väntetider och vårdköer till barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) inom ramen för den tvååriga överenskommelse med SKR som tecknades i februari 2025 (S2025/00394). I februari 2026 fastställde parterna det detaljerade innehållet och villkoren för året (S2026/00198). Utvecklingsarbetet har fortsatt fokuserat på att effektivisera och optimera BUP:s verksamhet och stärka första linjens verksamheter/primärvården, samtidigt som ett ökat fokus har lagts på att främja övergångar mellan verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa.

Överenskommelsen omfattar även fortsatt prestationskrav som avser väntetider och kapaciteten att korta vårdköer till första besök inom BUP. Därtill har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp överenskommelsen (S2025/01282 och S2026/00201). I uppdraget ingår bl.a. att analysera och bedöma överenskommelsens effektivitet och ändamålsenlighet. Vidare har Socialstyrelsen genomfört fortsatta insatser för att utveckla arbetet med nationella utvecklingsteam i barn- och ungdomspsykiatrin. Av myndighetens delredovisning av uppdraget framgår att det nationella utvecklingsteamet har tagit fram och fortsätter att utveckla olika stöd utifrån verksamheternas behov. De stöd som erbjuds syftar bl.a. till att stärka verksamheternas förmåga att prioritera rätt insatser, arbeta systematiskt med förändringsarbete, införa nya arbetssätt och använda resurser mer effektivt (S2026/00688).

Under 2025 har även riktade medel fördelats till regionerna för att korta vårdköerna till barn- och ungdomspsykiatrin, t.ex. genom att främja övergång till andra vårdformer med mer tillgänglig kapacitet såsom högspecialiserad vård (S2025/01235). I januari 2026 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att fördela statsbidrag till regionerna för att subventionera viss vård vid svårbehandlade ätstörningar för såväl barn och unga som vuxna i form av nationell högspecialiserad vård och genomföra en fördjupad kartläggning av den högspecialiserade vården vid ätstörningar (S2025/02147).

Ett ökat statligt ansvarstagande för den rättspsykiatriska vården

Regeringen har gett en särskild utredare i uppdrag att analysera och lämna förslag som möjliggör ett ökat statligt ansvarstagande för den rättspsykiatriska vården genom ett statligt eller delvis statligt huvudmannaskap (dir. 2026:71). Syftet med uppdraget är att skapa förutsättningar för en god, jämlik, personcentrerad och kostnadseffektiv vård av hög kvalitet i hela landet. Uppdraget ska redovisas senast den 10 januari 2028.

En förbättrad psykiatrisk tvångslagstiftning

Regeringen har gett en särskild utredare i uppdrag att analysera och ta ställning till vissa frågor som hör samman med vården för patienter med psykisk ohälsa med särskilt fokus på den psykiatriska tvångslagstiftningen (dir. 2026:42). Syftet med uppdraget är att säkerställa ett regelverk som på ett bättre sätt än i dag tillgodoser vårdbehoven hos personer med allvarlig psykiatrisk problematik, värnar patientens bästa och ger en ökad trygghet för närstående samtidigt som det förstärker samhällsskyddet. Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2028.

Digital infrastruktur för hälsodata

Från planering till etablering av en nationell digital infrastruktur för hälsodata

Under året har utvecklingen av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården fortsatt. I slutet av 2025 redovisade E-hälsomyndigheten hur arbetet har gått vidare från förstudier till utveckling av de grundläggande komponenterna som utgör infrastrukturen (S2024/02156). Under 2026 lanserades bl.a. en utvecklarportal som syftar till att underlätta aktörernas anslutning till infrastrukturen.

Nya tjänster, stöd och samordning har stärkt genomförandet

E-hälsomyndigheten har under 2026 slutredovisat flera uppdrag kopplade till den nationella digitala infrastrukturen.

Uppdraget att stödja vårdgivare och systemleverantörer i samband med anslutning har bidragit till ett mer samordnat och praktiskt genomförbart anslutningsarbete för vårdgivare och systemleverantörer (S2025/0097).

I samverkan med Integritetsskyddsmyndigheten har E-hälsomyndigheten tagit fram juridisk vägledning för användningen av hälsodata (S2025/01277), vilket har stärkt förutsättningarna för en enhetlig och rättssäker användning.

Under 2026 togs en webbaserad nationell jämförelsetjänst av vårdgivare i drift (S2025/01280). Tjänsten gör det möjligt för patienter att ta del av samlad information om vårdgivare.

Regeringen beslutade i december 2023 att tillsätta en särskild utredare med uppgiften att fungera som nationell samordnare för att stödja införandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården (S 2023:177). Samordnarens roll var att genom dialog med berörda aktörer bidra till ökad kunskap om regeringens arbete och förbereda för genomförandet av infrastrukturen.

Förberedelserna för det europeiska hälsodataområdet har stärkt förutsättningarna för ett gemensamt europeisk genomförande

Under 2026 har flera myndigheter redovisat uppdrag kopplade till genomförandet. Socialstyrelsen har redovisat uppdraget att förbereda sig för rollen som ansvarigt organ för tillgång till hälsodata för sekundäranvändning Health Data Access Body, HDAB, enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2025/327 av den 11 februari 2025 om det europeiska hälsodataområdet och om ändring av direktiv 2011/24/EU och förordning (EU) 2024/2487, här benämnd EHDS förordningen, (S2025/00977). Statistikmyndigheten SCB har redovisat uppdraget att utreda förutsättningarna för att tillhandahålla säkra behandlingsmiljöer enligt EHDS förordningen (S2025/00975), och Inspektionen för vård och omsorg har redovisat uppdraget att förbereda sig för rollen som HDAB med ansvar för att övervaka och kontrollera regelefterlevnad enligt EHDS förordningen (S2025/00980).

Svenska aktörer har fortsatt deltagit i europeiska samarbetsprojekt om data och AI för hälso- och sjukvården inklusive inom EU-programmet Programmet för ett digitalt Europa i syfte att både lära från andra länder och skapa ett mer harmoniserat genomförande av EHDS förordningen.

Läkemedel, life science och apotek

Förbättrad tillgång till läkemedel

Enligt Läkemedelsverkets statistik är antalet restsituationer av läkemedel ungefär lika stora som tidigare år, där det år 2025 förekom 2 657 restnoterade läkemedel jämfört med 2 808 restnoterade läkemedel år 2024. I majoriteten av dessa fall har det funnits alternativa läkemedel som apoteken har kunnat byta till eller så har restsituationen varit kortvarig, vilket inneburit att patienter inte har drabbats nämnvärt. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har haft ett uppdrag att följa graden av direktexpediering på apotek och redovisade detta under hösten 2025. Enligt TLV:s rapport i samma ärende framgår att graden av direktexpediering, dvs. när ett läkemedel kan expedieras direkt från apoteket när patienten kommer dit har ökat under senare år. Av rapporten framgår också att det inte lika ofta var restsituationer som låg till grund för att läkemedel inte kunde expedieras.

Trots att de flesta restsituationer inte innebär något problem för patienter förekommer ändå restsituationer när det inte finns alternativ att tillgå eller där restsituationen är så pass allvarlig att den får stora effekter. Några av de mest allvarliga bristsituationer som uppstod under 2025 rörde infusionsvätskor, astmaläkemedel för barn, immunstimulerande medel och vissa antibiotika – där alternativ saknades eller var svåra att få tag på. Detta skapar mycket merarbete för hälso- och sjukvården och apoteken och oro och risk för bristande behandling för patienterna.

I juni 2025 tillsatte regeringen utredningen Säkrare tillgång till läkemedel (S 2025:07) som ska utreda olika frågor gällande tillgång till läkemedel, bl.a. frågan om tvingande fördelning och omfördelning av läkemedel vid bristsituationer, en inköpsfunktion av läkemedel till Sverige samt frågor om beredskap och läkemedelstillgång. Utredningen lämnade i mars 2026 delbetänkandet Stärkt läkemedelsförsörjning i samverkan (SOU 2026:22). Utredningen lämnar där bl.a. förslag gällande tvingande fördelning och omfördelning av läkemedel vid bristsituationer samt förslag om en nationell inköpsfunktion av läkemedel.

Regeringskansliet remitterade vidare under slutet av 2025 en promemoria om frivillig fördelning och omfördelning av läkemedel med förslag om hur sådana åtgärder kan användas vid bristsituationer av läkemedel (S2025/01745).

Bättre möjligheter till säkrare förskrivning av läkemedel

Den 1 december 2025 trädde kraven på hälso- och sjukvården att kunna ta del av den nationella läkemedelslistan i kraft. Det innebär att samtliga vårdinformationssystem behöver möjliggöra för förskrivare att kunna ta del av information som finns i den nationella läkemedelslistan. Samtidigt behöver även öppenvårdsapoteken införa de slutgiltiga delarna av den nationella läkemedelslistan i sina expeditionssystem. Samtliga regioner och privata utförare av vård liksom alla apoteksaktörer har nu infört dessa delar i sina system. För vården innebär det att läkarna vid förskrivning av läkemedel har mer tillgång till information om patientens tidigare recept och uthämtade läkemedel och kan fatta bättre beslut om behandling av patienten vilket ökar patientsäkerheten då risken för felaktiga och onödiga förskrivningar minskar.

Åtgärder för jämlik tillgång till nya behandlingsmetoder och läkemedel

Hälso- och sjukvården har en central roll för svensk life science och dess långsiktiga konkurrenskraft och patientnytta. Av den nationella life science-strategin framgår att det är avgörande att forskningsresultat och innovationer omsätts och införs jämlikt i hälso- och sjukvården.

Riksdagen har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om jämlikt införande av nya behandlingsmetoder (bet. 2020/21:SoU8 punkt 2, rskr. 2020/21:191). Enligt tillkännagivandet behöver det utredas hur staten, läkemedelsföretag och regioner tillsammans kan säkra en jämlik tillgång till nya behandlingsmetoder över landet, särskilt för personer med sällsynta diagnoser (bet. 2020/21:SoU8 s. 19). Den 26 mars 2026 beslutade regeringen att tillsätta en utredning som ska analysera och lämna förslag på ett utökat och stärkt statligt ansvar för läkemedel och vaccin (dir. 2026:23). Utredningens övergripande syfte är att skapa ett enhetligt, transparent och effektivt system som säkerställer jämlik tillgång till kostnadseffektiva och medicinskt motiverade behandlingar. I utredningen ingår också att lämna förslag på modeller för riskdelning vilka ska balansera långsiktigt hållbar resursanvändning, främja medicinsk innovation och garantera patienters tillgång till nya behandlingar inom områden med stora medicinska behov, inklusive läkemedel för sällsynta sjukdomar. Regeringen anser därmed att tillkännagivandet är tillgodosett och slutbehandlat.

Den 18 december 2025 gav regeringen TLV i uppdrag att analysera hur internationella förändringar på läkemedelsmarknaden påverkar det svenska prissättningssystemet och tillgången till läkemedel (S2025/02147). Uppdraget omfattar bl.a. att följa utvecklingen i andra länder, identifiera risker och möjligheter samt bedöma hur dessa förändringar kan påverkar patienters tillgång till kostnadseffektiva läkemedel och företagens incitament att lansera läkemedel på den svenska marknaden. Uppdraget ska slutredovisas i december 2026.

Utfallet av 2025 års överenskommelse om statens bidrag till regionerna för läkemedelskostnader m.m.

Enligt överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner ersätter staten regionerna för läkemedelskostnader och kostnader för vissa förbrukningsartiklar. I överenskommelsen beräknades kostnaderna för läkemedelsförmånerna uppgå till 41 000 miljoner kronor och kostnaderna för läkemedel för behandling av hepatit C till 323 miljoner kronor under 2025. Summan av dessa belopp, 41 323 miljoner kronor, reducerades emellertid med statens andel av återbäringar som genererats genom de avtal som tecknats mellan regionerna och företag inom ramen för TLV:s ärendehandläggning för vissa läkemedel. Dessa återbäringar uppgick till 1 708 miljoner kronor. En tillfällig nedjustering gjordes också med anledning av de besparingar som följer av att högkostnadsskyddet för läkemedel justerades den 1 juli 2025. Enligt regeringens budgetproposition (prop. 2024/25:1) för 2025 motsvarade detta en besparing på 540 miljoner kronor. I ersättningen till regionerna ingår även ersättning för vissa läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen (2004:168), vissa överföringar av läkemedel till slutenvården, vissa överföringar av förbrukningsartiklar samt visst bidrag för dostjänsten som innebär dosförpackade läkemedel. Bidraget för dessa övriga delar uppgick till sammanlagt 1 620 miljoner kronor 2025. Sammantaget uppgick statens ersättning till regionerna för läkemedelskostnader och kostnader för vissa förbrukningsartiklar till ca 40 695 miljoner kronor.

Överenskommelse om statens bidrag till regionerna för läkemedelskostnader m.m. 2026

För 2026 enades staten och SKR om en överenskommelse kring formerna för statens bidrag till regionerna avseende kostnaderna för läkemedelsförmånerna m.m. Överenskommelsen bygger på tidigare etablerade principer och syftet är att bidra till en ändamålsenlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning som ett led i att Sveriges befolkning ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet. Enligt överenskommelsen beräknas staten ersätta regionerna med sammanlagt ca 41 461 miljoner kronor för läkemedelskostnader och kostnader för vissa förbrukningsartiklar under 2026. Kostnaderna för läkemedelsförmånerna beräknas uppgå till ca 41 536 miljoner kronor och kostnaderna för läkemedel för behandling av hepatit C beräknas uppgå till ca 265 miljoner kronor. Summan av dessa belopp, 41 801 miljoner kronor, reduceras med statens andel av återbäringar som genereras genom de avtal som tecknats mellan regionerna och företag inom ramen för TLV:s ärendehandläggning för vissa läkemedel. Dessa återbäringar prognostiseras uppgå till 1 960 miljoner kronor. I ersättningen till regionerna ingår även ersättning för vissa läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen, vissa överföringar av läkemedel till slutenvården, vissa överföringar av förbrukningsartiklar samt visst bidrag för dostjänsten som innebär dosförpackade läkemedel. Bidraget för dessa övriga delar uppgår till sammanlagt 1 620 miljoner kronor 2026.

Stärkt tillgänglighet till apotek och utvecklad apoteksservice

Tillgängligheten till apotek är viktig för att säkerställa tillgången till läkemedel och apoteksservice i hela landet. I syfte att förbättra förutsättningarna för apotek med begränsat kundunderlag beslutade regeringen 2013 förordningen (2013: 80) om bidrag till öppenvårdsapoteksservice av allmänt ekonomiskt intresse. Bidraget enligt förordningen betalas ut till apotek i glesbygd utifrån ett antal parametrar och är ett stöd för att apoteken ska kunna upprätthålla apoteksservice i områden där möjligheten till lönsamhet är begränsad. Verksamhetsåret 2024 fick totalt 51 apotek i 12 län bidraget som uppgick till drygt 14 miljoner kronor.

Under våren 2026 remitterade TLV ett förslag på höjning av bidraget till apotek i glesbygd i syfte att säkerställa att inga apotek i glesbygd läggs ned. I enlighet med regeringens förslag i vårändringsbudgeten för 2026 (prop. 2025/26:99) tillfördes 10 miljoner kronor till de befintliga 20 miljoner kronor som avsatts för bidraget. De reviderade föreskrifterna och tillskottet av medel i vårändringsbudgeten möjliggör att en generösare beräkningsmodell kan tillämpas redan på ansökningar gällande verksamhetsåret 2025.

Den 23 april 2026 beslutade regeringen propositionen Receptfria läkemedel med krav på särskild rådgivning (prop. 2025/26:247), dvs. ett farmaceutsortiment. Syftet med förslaget var att tillvarata apotekens farmaceuters kompetens på ett bättre sätt samtidigt som förutsättningarna för att göra fler receptbelagda läkemedel receptfria bedömdes öka. Lagändringarna träder i kraft den 1 januari 2027.

TLV och E-hälsomyndigheten fick den 26 februari 2026 i uppdrag att möjliggöra att farmaceuter vid öppenvårdsapotek kan lämna vägledning när det gäller användning av inhalationsläkemedel (S2026/00383). Under våren 2026 har redan ett flertal öppenvårdsapotek erbjudit tjänsten. Myndigheterna har vidare i uppdrag att titta på hur man kan skapa förutsättningar för andra farmaceutiska tjänster på apotek. Under våren 2026 fick också Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp de farmaceutiska tjänsterna som utförs på öppenvårdsapotek i enlighet med det uppdrag som lämnats till TLV och E-hälsomyndigheten (S2026/01326).

Andra områden av betydelse för hälso- och sjukvårdspolitiken

Stärkt patientsäkerhet med en nationell struktur för uppföljning av vårdskador, vårdrelaterade infektioner och vårdhygien

Enligt Socialstyrelsen har antalet patienter som drabbas av vårdskador i sjukhusvård minskat med ungefär 20 procent under det senaste decenniet. Det motsvarar en minskning från ca 100 000 patienter per år till omkring 80 000 per år. Trots förbättringen dör fortfarande ungefär 1 400 personer per år till följd av vårdskador. Det saknas dock könsuppdelad statistik på området, vilket försvårar analyser av eventuella skillnader mellan kvinnor och män. Vårdskadorna innebär kostnader om minst 8 miljarder kronor per år enligt Socialstyrelsen. För att stärka patientsäkerheten arbetar Socialstyrelsen tillsammans med regioner och kommuner utifrån den nationella handlingsplanen Agera för säker vård 2025–2030, som ska stödja ett mer systematiskt och långsiktigt patientsäkerhetsarbete i hela landet. Socialstyrelsens uppföljningar inom ramen för arbetet visar att utvecklingen går åt rätt håll för många indikatorer, samtidigt som problem kvarstår kopplade till tillgänglighet, överbeläggningar och bemanning i vården. Myndigheten har uppdaterat den nationella handlingsplanen och fortsatt att stödja regioner, kommuner och vårdgivare i deras systematiska patientsäkerhetsarbete. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten slutredovisade den 30 juni 2025 uppdraget om nationell uppföljning inom området vårdhygien och vårdrelaterade infektioner (S2024/01921). Resultatet visade att det saknas en fungerande nationell uppföljning och att arbetssätten är splittrade. Den 19 mars 2026 gav regeringen Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i uppdrag att inleda arbetet med att utveckla en nationell digital struktur för uppföljning av vårdskador, vårdrelaterade infektioner och följsamhet till basala hygienkrav och rutiner (S2026/00563). Myndigheterna lämnade den 30 juni 2026 en gemensam muntlig delredovisning och de kommer senast den 31 mars 2027 att lämna en gemensam skriftlig slutredovisning.

Förlossningsvården och vården för kvinnors hälsa och personer som har utsatts för sexuellt våld fortsätter utvecklas

Regeringen har under åren 2015–2025 ingått överenskommelser med SKR inom området förlossningsvård och kvinnors hälsa. Från och med 2026 hanteras statsbidrag till regionerna för utveckling av mödrahälsovård, förlossningsvård och flickors och kvinnors hälsa i stället genom Socialstyrelsen. I januari 2026 beslutade regeringen om två uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel till regionerna, dels för utveckling av mödrahälsovården, förlossningsvården och vården för flickors och kvinnors hälsa (S2026/00047), dels för en stärkt vård för barn och vuxna som har utsatts för sexuellt våld (S2026/00050).

Socialstyrelsen beskriver i sin uppföljning av regionernas insatser inom ramen för överenskommelsen för 2024 att regionerna har redovisat många insatser, som i flera fall bidragit till förbättringar. Regionerna har bl.a. arbetat med att utveckla graviditetsvårdkedjan genom stärkt teamarbete och förbättrad samverkan. Regionerna har även genomfört insatser för ökad tillgång till mödrahälsovård och förlossningsvård för kvinnor med annan språklig eller kulturell bakgrund än den svenska och har infört digitala lösningar för att förbättra tillgången till vård i landsbygdsområden. Regionerna har även tagit fram kompetensförsörjningsplaner för barnmorskor och andra professioner inom området. När det gäller utveckling av hälso- och sjukvård som rör flickors och kvinnors hälsa har regionerna t.ex. genomfört insatser för att förbättra vården vid endometrios och klimakteriebesvär och även genomfört insatser för att öka tillgängligheten till ungdomsmottagningar. För att ge en god vård för personer som har utsatts för sexuellt våld har regionerna bl.a. redovisat utbildningsinsatser för vårdpersonal, förstärkta vårdkedjor, traumamottagningar och nya arbetssätt för att identifiera kvinnor som utsatts för sexuellt våld, våld i nära relation och hedersrelaterat våld. Enligt regionerna finns dock utmaningar inom samtliga insatsområden i överenskommelsen och fortsatta insatser behövs för en personcentrerad, tillgänglig, och jämlik förlossningsvård, samt stärkt hälso- och sjukvård för kvinnor. Regionerna har även kommit olika långt med att förbättra vården för kvinnor som utsatts för sexuellt våld och könsstympning.

IVO har haft ett uppdrag om förstärkt tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård (S2023/00971). I slutredovisningen av uppdraget beskriver IVO att Sverige har en mycket god och medicinskt säker graviditets- och förlossningsvård och många är nöjda med den vård de får. Samtidigt finns det regionala skillnader i processer och resultat samt utvecklingsområden. Resultaten av tillsynen visar bl.a. på brister inom det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och inom olika områden av vårdkedjan. SKR beskriver i rapporten Graviditetsvårdkedjan och kvinnors hälsa – Kvinnors upplevelser och medicinska utfall 2024 att många kvinnor var nöjda med vården under graviditeten och förlossningen men mindre nöjda med eftervården. Vidare tyder rapporten på en positiv utveckling över tid när det gäller mödrahälso- och förlossningsvårdens personcentrering och tillgänglighet. Samtidigt finns det tydliga skillnader mellan regioner.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys har i rapporten Flickors och kvinnors hälsa i Sverige (PM 2025:5) presenterat en kartläggning över flickors och kvinnors hälsoläge i Sverige och funnit att cancer och hjärt- och kärlsjukdomar bidrar mest till kvinnors sjukdomsbörda. Myndigheten konstaterar även att psykiatriska tillstånd och smärttillstånd påverkar kvinnors hälsa i alla åldersgrupper, och är därigenom en genomgående utmaning. Vidare utgör kvinnospecifika tillstånd en mindre andel av den totala sjukdomsbördan, men kan ha bredare påverkan på kvinnors hälsa över tid. Myndigheten beskriver även att funktionsförlust orsakad av sjukdom eller skada bidrar mer till sjukdomsbördan för kvinnor än män samt att kvinnor har en avsevärt högre sjukfrånvaro än män.

När det gäller insatser på nationell nivå syns positiva resultat. På uppdrag av regeringen redovisade Socialstyrelsen i september 2025 Graviditet, förlossning och tiden efter – Förslag till nationell plan 2026–2035. Planen syftar till att lägga grunden för ett långsiktigt och systematiskt utvecklingsarbete i regionerna genom att ge en tydlig riktning för utvecklingen av vården och eftervården av en graviditet. Tydliga mål, delmål och förslag till insatser syftar till att säkerställa en vård som är säker, sammanhållen, personcentrerad, jämlik och av hög kvalitet i hela landet, oberoende av geografiska, socioekonomiska eller demografiska förutsättningar. Vidare har Socialstyrelsen inom ramen för uppdraget att genomföra insatser för en jämlik hälso- och sjukvård med fokus på sjukdomar som främst drabbar kvinnor och flickor (S2023/00969) tagit fram nationella riktlinjer för vården vid klimakteriebesvär och bäckenbottendysfunktion. Som en del av uppdraget har Socialstyrelsen även arbetat med samtalsstöd om sexuell hälsa i primärvården, med insatser för att stärka tillgängligheten till vård för prioriterade grupper och med att stärka genomförandet av de nationella riktlinjerna som rör gynekologisk smärta.

Riksdagen har tillkännagett för regeringen det som anförs i reservation 43 under punkt 18 om att regeringen bör se över frågan om att modernisera abortlagstiftningen i syfte att stärka kvinnors självbestämmande samt att abortlagen (1974:595) bör ändras så att kvinnor som vill, efter konsultation, ska kunna hämta ut sin abortmedicin på apotek och att hela den medicinska aborten därmed kan genomföras i hemmet (bet. 2021/22:SoU14 reservation 43 punkt 18, rskr. 2021/22:241). I maj 2026 beslutade regeringen propositionen En förändrad abortlag (prop. 2025/26:271). Syftet med de föreslagna ändringarna i propositionen är att modernisera lagen språkligt och anpassa den till den medicinska utvecklingen och gravida kvinnors behov. Propositionen innehåller förslag om att abort i hemmet ska möjliggöras genom att kravet på att abort eller avbrytande av graviditet ska ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning tas bort. Förslaget öppnar även upp för en mer flexibel läkemedelshantering och vård på distans. Regeringen anser att tillkännagivandet därmed är tillgodosett och slutbehandlat.

En stärkt cancervård och barncancervård

I januari 2026 beslutade regeringen om en uppdaterad nationell cancerstrategi, Ökad överlevnad och bättre livskvalitet – nationell cancerstrategi 2.0 (S2026/00065). Strategin sätter riktningen för insatser för att utveckla den svenska cancervården för de kommande 10–15 åren. För att stödja genomförandet av cancerstrategin har regeringen beslutat en rad regeringsuppdrag till olika aktörer, däribland har både Socialstyrelsen (S2026/00062) och Folkhälsomyndigheten (S2026/00064) fått i uppdrag att genomföra insatser i linje med den nationella cancerstrategin inom sina respektive verksamhetsområden. Regeringen har också gett Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att ta fram en struktur för uppföljning av den nationella cancerstrategin samt att årligen följa uppfyllelsen av strategins delmål och mål utifrån etablerad uppföljningsstruktur (S2026/00063).

Staten har också tecknat en överenskommelse med SKR på cancerområdet för 2026 (S2026/00244) om 1 005 miljoner kronor. Överenskommelsen, som är en ökad satsning jämfört med 2025 med 188 miljoner kronor, följer den nya cancerstrategin och ska bidra till genomförandet av strategin.

I mars 2026 slutrapporterade SKR överenskommelsen om en jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider under 2025. Av slutrapporten framgår bl.a. att uppfyllelse på nationell nivå av det nationella ledtidsmålet, som innebär att 80 procent av de patienter som utreds inom ett standardiserat vårdförlopp (SVF) ska få vård inom angiven tid, har ökat från 45 procent 2024 till 47 procent 2025. Målet om 80 procent

uppfylls dock endast inom SVF för akut leukemi. Av slutrapporten framgår också att ett nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering för barn och ungdomar har publicerats och en nationell analys har genomförts för att synliggöra det gap som finns mellan rekommendationerna i det nationella vårdprogrammet och de insatser som 2024/2025 fanns att tillgå i Sveriges hälso- och sjukvård. I slutrapporten ges även rekommendationer på hur följsamheten till vårdprogrammet kan stärkas (S2026/00720).

Genom överenskommelsen med SKR 2025 avsattes 50 miljoner kronor till arbetet med att utrota livmoderhalscancer. Medlen användes bl.a. till att finansiera gratis vaccination mot humant papillomvirus till kvinnor födda 1994–1999. När vaccinationerna avslutades var vaccinationstäckningen nationellt 64,7 procent (målet var 70 procent). Täckningen i regionerna varierade mellan 55 och 77 procent.

Stärkt nationell samordning för en jämlik implementering av precisionshälsa

Under 2025 betalade regeringen ut 85 miljoner kronor till samverkansinitiativet Genomic Medicine Sweden (GMS) för att främja en jämlik implementering av precisionshälsa inom hälso- och sjukvården (S2025/00792 och S2025/01973). Regeringens satsning möjliggjorde den fortsatta förvaltningen av GMS:s nationella samarbetsstruktur, den fortsatta utvecklingen av ett innovationsprojekt om barncancer och den fortsatta implementeringen av precisionsdiagnostik för patienter med sällsynta hälsotillstånd, cancer och infektionssjukdomar. Stödet möjliggjorde även starten av ett nationellt implementeringsprojekt inom farmakogenetik, där en individs genetiska profil analyseras med målet att optimera behandlingen och förebygga allvarliga biverkningar eller utebliven behandlingseffekt.

Regeringen betalade även ut 44 miljoner kronor till den nationella precisionsmedicinska kliniska studien FOCU.SE (S2025/01589). Inom ramen för satsningen har medel utgått till sju regioner för uppstart av ett arbete som siktar på att inkludera 500 patienter under första året. Studien har som syfte att möjliggöra individanpassad behandling för patienter med avancerad cancer. Studien är upplagd som en nationell plattformsstudie som ska skapa möjligheter att utvidga omfattningen även till andra regioner i Sverige. Stödet möjliggjorde ett betydande förberedelsearbete inklusive att sätta upp en nationell s.k. molekylär konferens (molecular tumor board).

Den 26 november 2025 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att etablera en nationell samordningsfunktion för att stödja en jämlik, jämställd och samordnad implementering av precisionshälsa inom hälso- och sjukvården (S2025/01973). Socialstyrelsen ska genom samordningsstrukturen bl.a. utarbeta en modell som ska användas vid prioritering av patientgrupper vid införandet av precisionsdiagnostik i vården. Socialstyrelsen ska även ta fram underlag för en långsiktig statlig satsning för implementering av precisionshälsa som inkluderar en modell för hur medel kan fördelas till regionerna.

Stärkt arbete mot välfärdsbrott och annan kriminalitet inom hälso- och sjukvården och läkemedelsområdet

Regeringen har gett ett flertal myndigheter uppdrag för att minska välfärdsbrottslighet och stärka brottsförebyggande insatser. Socialstyrelsen har lämnat en delredovisning av uppdraget att bilda ett forum för lärande och kunskapsspridning om välfärdsbrottslighet (S2025/00474). Forumet har bildats och utvecklas utifrån de behov kommuner och regioner beskriver. Socialstyrelsen redovisar även behov av ytterligare statliga åtgärder.

IVO bedriver ett viktigt arbete för att identifiera och motverka oseriösa och kriminella verksamheter inom hälso- och sjukvården. För att ytterligare förbättra IVO:s förutsättningar beslutade regeringen i budgetpropositionen för 2026 (prop. 2025/26:1 utg.omr. 9 avsnitt 3.7.12) att förstärka myndighetens anslag. IVO har lämnat in nya delredovisningar av sina uppdrag om förstärkt tillsyn mot välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvården och tandvården (S2024/00037) respektive omsorgen (S2024/00041), och slutredovisat uppdraget om stärkt tillsyn av stödboende och hem för vård eller boende som tar emot barn och unga (S2024/01643). Tillsynen har visat på allvarliga brister inom såväl hälso- och sjukvård och tandvård som omsorgen. Under 2026 stärker IVO tillsynen mot hälso- och sjukvårdspersonal som använt sitt yrke till att själva begå brott eller möjliggöra för andra att göra det.

Statskontoret har haft regeringens uppdrag att analysera Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN (S2025/01537). I april 2026 redovisade Statskontoret förslag på hur HSAN:s arbete med att främja hög patientsäkerhet och motverka oseriösa och kriminella aktörer kan utvecklas för att bedrivas mer effektivt.

Läkemedelsverket har haft regeringens uppdrag att stärka arbetet med att motverka välfärdsbrottslighet inom apoteksverksamheten och olaglig handel med läkemedel. I september 2025 redovisades ett uppdrag att kartlägga välfärdsbrottslighet inom apoteksverksamhet, där myndigheten också har bedömt hur sådan brottslighet kan förebyggas och upptäckas för att förhindra att offentliga medel går till oseriösa aktörer (S2024/01160). I februari 2026 redovisade Läkemedelsverket ett uppdrag gällande olaglig handel med läkemedel över internet – en del av den kriminella ekonomin där samma aktörer ofta också är involverade i narkotikahandel (S2024/01953). Inom ramen för dessa uppdrag har Läkemedelsverket lämnat förslag på åtgärder som kan stärka både tillståndsprövningen och tillsynen av apoteksverksamhet samt åtgärder som motverkar den illegala handeln med läkemedel.

Regeringen har gett TLV i uppdrag att genomföra en kartläggning av regelverk och kostnader för extempore- och licensläkemedel inom läkemedelsförmånerna i syfte att bl.a. identifiera och analysera exempel på potentiellt missbruk av systemet (S2025/01232). Extemporeläkemedel tillverkas av apotek för en enskild patient när godkända läkemedel inte kan användas, medan licensläkemedel är läkemedel som saknar godkännande i Sverige men kan förskrivas efter särskilt tillstånd från Läkemedelsverket. TLV:s kartläggning visar att systemet för licens- och extemporeläkemedel används felaktigt. TLV har under 2025 ändrat sina föreskrifter i syfte att möjliggöra uteslutning av vissa extemporeläkemedel från läkemedelsförmånerna och på så sätt förhindra felaktig användning av förmånerna.

Nationell handlingsplan för hjärt- och kärlhälsa

Europeiska kommissionen presenterade 2025 ett meddelande om en plan för hjärt- och kärlhälsa som syftar till att både förebygga och förbättra vården vid hjärt- och kärlsjukdom (Celexnummer 52025DC1024). Planen är ett strategiskt svar på Europas största hälsoutmaning och bygger på tre pelare: förebyggande, tidig upptäckt och screening, behandling samt vård, inklusive rehabilitering. Genom initiativet uppmuntras medlemsstaterna att utveckla nationella planer för hjärt- och kärlhälsa senast 2027.

Sverige har svarat genom att ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården som omfattar förebyggande insatser, tidig upptäckt, behandling och rehabilitering, samt uppdaterade nationella riktlinjer i samverkan med Läkemedelsverket (S2025/01981). Planen ska bidra till god och jämlik hälsa samt säkerställa att personer med eller i riskzonen för hjärt- och kärlsjukdom får

vård baserad på bästa tillgängliga kunskap. Socialstyrelsen och Läkemedelsverket redovisade en genomförandeplan för arbetet den 30 maj 2026.

Nationell strategi för rehabilitering och habilitering

Behovet av rehabilitering och habilitering ökar i Sverige, bl.a. till följd av fler personer med kroniska sjukdomar och en äldre befolkning. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett förslag till en nationell strategi och tillhörande handlingsplan i syfte att säkerställa en effektiv och jämlik rehabilitering, habilitering och användning av hjälpmedel i hela landet (S2025/00109). Socialstyrelsen redovisade uppdraget den 27 maj 2026 och den 3 september 2026 beslutade regeringen Nationell strategi för rehabilitering och habilitering 2026–2030 samt uppdrag till Socialstyrelsen att bidra till genomförandet av regeringens rehabiliterings- och habiliteringsstrategi 2026–2030 (S2026/01723).

Nationell strategi för allergiområdet

Riksdagen har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om samordning av arbetet inom allergiområdet (bet. 2021/22:SoU16 punkt 16, rskr. 2021/22:313). Av tillkännagivandet följer att regeringen bör ge en lämplig myndighet i uppdrag att samordna det förebyggande arbetet inom allergiområdet samt verka för att vården av personer med allergier ska bli mer jämlik (bet. 2021/22:SoU16 s. 42). Regeringen gav i februari 2024 Socialstyrelsen och Livsmedelsverket i uppdrag att ta fram ett förslag till en nationell strategi och tillhörande handlingsplan inom allergiområdet, i syfte att säkerställa en preventiv, effektiv och jämlik allergivård i hela landet (S2022/03576, S2023/02842 och S2024/00482). Med utgångspunkt i myndigheternas förslag beslutade regeringen den 21 maj 2026 om en nationell strategi för allergiområdet. Den 21 maj 2026 beslutade regeringen om strategin ”För en preventiv, effektiv och jämlik allergivård Nationell allergistrategi 2026–2030”. I samband med det beslutet fick Socialstyrelsen och Livsmedelsverket centrala uppdrag i genomförandet (S2026/01021 och S2026/01027). Myndigheterna ska bidra till att strategin omsätts i praktiken, stödja berörda aktörer och följa upp resultaten av arbetet. Regeringen anser att tillkännagivandet därmed är tillgodosett och slutbehandlat.

Stärkt regelverk för patienter med nedsatt beslutsförmåga

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) uppmärksammade regeringen den 7 november 2024 om behovet av ett stärkt regelverk för patienter med nedsatt beslutsförmåga i hälso- och sjukvården och forskningen (S2024/01972). Rådet konstaterade att det saknas en tillfredsställande reglering för vuxna patienter som inte kan fatta beslut om sin egen vård, vilket riskerar att dessa patienter inte får vård på likvärdiga villkor. Bristerna i den rättsliga regleringen har påtalats återkommande och tidigare utredningar har inte lett till lagstiftning.

Mot denna bakgrund gav regeringen 2025 Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram författningsförslag i syfte att stärka dessa patienters tillgång till vård på lika villkor och säkerställa rättssäkerheten för såväl patienter som personal. I uppdraget ingår att analysera gällande förutsättningar, pröva möjligheten att utse ställföreträdare samt bedöma behovet av författningsändringar, bl.a. avseende underrättelse till överförmyndare. Uppdraget omfattar inte tvångslagstiftning. Uppdraget ska slutredovisas den 30 april 2027 (S2024/01972).

Ökad tillgång och stärkt kvalitet vid in vitro-fertilisering (IVF) och assisterad befruktning

Regeringen har vidtagit åtgärder för att öka tillgången till assisterad befruktning och säkerställa likvärdig vård. I vårändringsbudgeten för 2026 (utg.omr. 9) avsattes 327 miljoner kronor i stimulansbidrag till regionerna för att möjliggöra ytterligare tre offentligt finansierade IVF-försök.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta fram författningsförslag för och att förvalta ett nationellt register över könscellsdonatorer i enlighet med EU:s humanmaterial-förordning (EU) 2024/1938. Avsaknaden av ett nationellt register innebär risk för bristande samordning mellan kliniker och att gällande begränsningar av antal barn per donator inte kan följas upp. Uppdraget slutredovisades den 30 maj 2026 (S2025/06413). Socialstyrelsens författningsförslag till ett nationellt register för könscellsdonatorer har remitterats.

Myndigheten har även fått i uppdrag att ta fram ett digitalt nationellt kunskapsstöd för assisterad befruktning med fokus på juridik, medicin, etik och patientinformation i syfte att stärka likvärdig och kunskapsbaserad vård. Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 november 2026 (S2025/01037).

Nationella riktlinjer för palliativ vård

I dag är individens bostadsadress och sjukdom avgörande faktorer för vilken typ av palliativ vård som finns tillgänglig. Det visar Cancerfondsrapporten 2024 om palliativ vård. Enligt rapporten varierar tillgången mellan och inom regioner, liksom mellan olika diagnosgrupper. Patienter med cancer har generellt bättre tillgång till palliativ vård än patienter med andra livshotande sjukdomar.

Mot denna bakgrund har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att stödja implementering och uppföljning av nationella riktlinjer för palliativ vård samt säkerställa ändamålsenlig utvärdering. Uppdraget omfattar även utveckling av informationsförsörjningen i samarbete med Svenska Palliativregistret för att stärka uppföljning och implementering. Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 oktober 2027 (S2025/00978).

Patient- och anhörigorganisationernas roll i vården

För att fördjupa bilden av patient-, brukar- och anhörigorganisationernas roll och förutsättningar har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fått i uppdrag att kartlägga och analysera detta, inklusive ekonomiska aspekter, samt vilka förväntningar som finns på deras medverkan i vårdens utveckling (S2025/00531). I sin rapport presenterade myndigheteten åtta rekommendationer riktade till regeringen eller civilsamhället. Myndigheten rekommenderar bl.a. tydligare styrning mot kunskap och kvalitet genom att stimulera forskning. Regeringen rekommenderas också att se över system för finansiering då dagens system bidrar till ojämlika möjligheter för organisationer att delta.

Ökad effektivitet i hälso- och sjukvården

I budgetpropositionen för 2026 betonades att statsförvaltningen bör effektiviseras och bli mer ändamålsenligt organiserad (prop. 2025/26:1, Finansplanen avsnittet En effektivare statsförvaltning).

Mot denna bakgrund har regeringen gett Statskontoret i uppdrag att analysera om myndighetsstrukturen för områdena tillsyn, analys och utvärdering av vård och omsorg är ändamålsenlig och hur den vid behov skulle kunna effektiviseras.

Statskontoret ska vid behov inkomma med förslag till omprövning av verksamheter. Uppdraget ska redovisas den 18 december 2026 (S2026/00840).

Vidare har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fått ett stärkt granskningsmandat i sin instruktion med syftet att bli en mer effektiv granskningsmyndighet.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram rapporten Utmönstring av vård som saknar patientnytta. I rapporten framhåller myndigheten behovet av ett mer strukturerat och verksamhetsnära arbete för att identifiera och fasa ut lågvärdevård, med fokus på patientsäkerhet och kvalitet. Socialstyrelsen betonar att arbetet behöver beakta både över- och underbehandling samt stärka förutsättningarna för vårdpersonalen genom bl.a. förbättrad uppföljning, gemensamt lärande och tid för patientdialog och dokumentation i samband med förändrade behandlingsinsatser.

Mot denna bakgrund har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att under en tvåårsperiod fortsätta arbetet med att stödja utfasning av vårdåtgärder med låg eller ingen patientnytta i hälso- och sjukvården. Uppdraget syftar till att stärka kvalitet och patientsäkerhet samt bidra till en mer ändamålsenlig användning av hälso- och sjukvårdens resurser. Uppdraget ska redovisas den 13 december 2027 (S2026/00948).

Inga tecken på att den nya könstillhörighetslagstiftningen används i brottslig verksamhet

Regeringen gav i juni 2025 Socialstyrelsen i uppdrag att analysera vilka ytterligare åtgärder som kan behöva vidtas för att förebygga och förhindra att fastställande av ett annat kön än det som framgår av folkbokföringen sker som ett led i brottslig verksamhet (S2025/01181). Uppdraget redovisades den 27 februari 2026. Lagstiftningen har endast varit i kraft en kortare tid. Socialstyrelsen kommer att fortsätta följa frågan på ett aktivt sätt och avvaktar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys redovisning av sitt uppdrag för att få underlag för bedömningen om det t.ex. behövs ytterligare stöd till de yrkesverksamma som får utfärda intyg för personer som vill ändra juridiskt kön. I dagsläget ser varken Socialstyrelsen eller de myndigheter som Socialstyrelsen samrått med några tecken på att ansökningar sker som ett led i brottslig verksamhet eller i övrigt inte är allvarligt menade.

Prehospital vård

Ökad trygghet och säkerhet för ambulanspersonal

Mot bakgrund av bl.a. mordet på en ambulansvårdare i Harmånger hösten 2025 tillsatte regeringen i mars 2026 en utredning som ska stärka möjligheterna till en bättre informationsdelning i syfte att öka tryggheten och säkerheten för ambulanspersonal (S 2026:B). Utredaren ska ta fram en samlad bild av vilka bestämmelser som i dag möjliggör informationsdelning och hur skillnader i regionernas arbetssätt påverkar möjligheterna att ta del av nödvändig information. Uppdraget omfattar även att bedöma om ambulanssjukvården behöver ytterligare underlag för att förbättra sina riskbedömningar. Uppdraget slutredovisades i oktober 2026.

Den prehospitala akutsjukvården för personer med psykisk ohälsa och suicidalitet har förbättrats

Under 2025 och 2026 har 150 miljoner kronor per år fördelats till regionerna för att utveckla den prehospitala akutsjukvården för patienter med psykisk ohälsa. Av Socialstyrelsens uppföljning av statsbidraget för 2024 framgår att bidraget fyller en viktig funktion för att möjliggöra utvecklingsarbete inom området och har lett till att prehospitala akutsjukvårdslösningar har stimulerats och främjats. I januari 2026 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra nationella utvecklingsinsatser för

att stärka den specialiserade psykiatriska vården för vuxna med särskilt fokus på ökad vårdkapacitet (S2026/00095). I uppdraget till Socialstyrelsen ingår bl.a. att genomföra insatser för att stärka och utveckla samordningen av och samverkan mellan blåljus-organisationer när det gäller målgruppen bl.a. genom att ta fram kunskapsstöd eller rekommendationer för införande, förvaltning och uppföljning av sådana gemensamma arbetssätt. Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 november 2029.

Nationell strategi för sällsynta hälsotillstånd

Riksdagen har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om en nationell handlings- och samordningsplan för sällsynta sjukdomar (bet. 2022/23:SoU13 punkt 2, rskr. 2022/23:192). Den 18 juni 2026 fattade regeringen beslut om Samordnat stöd och jämlik vård – Nationell strategi för sällsynta hälsotillstånd 2026–2030 (S2026/01329). Den nationella strategin omfattar flera delar som är centrala för att skapa en jämlik, samordnad och personcentrerad vård för patienter med sällsynta hälsotillstånd, bl.a. tidig diagnos, bättre samordning av vårdinsatser och ökad kunskap om hälsotillstånden. Parallellt med detta har regeringen även gett Socialstyrelsen i uppdrag att samordna, stödja och genomföra strategin (S2026/01339) samt fattat beslut om ett antal insatser (S2026/00913, S2026/01340 och S2026/01316) som syftar till att stödja pågående arbete inom området. Regeringen anser därmed att tillkännagivandet är tillgodosett och slutbehandlat.

Tandvård

Stärkt kontroll över tandvårdssektorn

Den 1 januari 2026 trädde lagändringar i kraft som har till syfte att stärka patientsäkerheten, motverka oseriösa aktörer och förhindra välfärdsbrott inom tandvårdssektorn (propositionen Stärkt kontroll över tandvårdssektorn, prop. 2025/26:7, bet. 2025/26:SoU7, rskr. 2025/26:52). Regeringen gav under 2025 flera myndigheter uppdrag för att bl.a. ta fram föreskrifter och förbereda införandet av reformen, som bl.a. innebär tillståndsplikt för den privata tandvården, skärpta villkor för anslutning till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd och för att få ersättning samt utökade förutsättningar att avsluta vårdgivare som inte uppfyller villkoren.

Ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård har införts

Den 1 januari 2026 trädde bestämmelser i kraft som innebär ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård för patienter som fyller minst 67 år under det år som tandvården slutförs (prop. 2025/26:27, bet. 2025/26:SoU10, rskr. 2025/26:94). Regeringen gav under 2025 Försäkringskassan i uppdrag att förbereda reformen, bl.a. genom informationsinsatser samt IT-utveckling för att säkerställa en korrekt beräkning av tandvårdsstödets olika ersättningar. TLV har på regeringens uppdrag bl.a. genomfört föreskriftsarbete, utvecklat referensprisberäkningarna, hållit informationsmöten med vårdgivarna samt utvecklat tandpriskollen.se med åldersanpassad information.

Munhälsan förbättras på nationell nivå men ojämlikheter kvarstår

Munhälsan hos både barn och vuxna är generellt god och förbättras kontinuerligt, men utvecklingen går enligt Socialstyrelsen åt fel håll ur ett jämlikhetsperspektiv. Faktorer som inkomst, utbildning, boendeområde och funktionsnedsättning påverkar på gruppnivå både munhälsa och tillgång till tandvård. Förekomst av sjukdomar som karies och parodontit är mer vanligt förekommande hos personer som bor i områden med socioekonomiska utmaningar. I samma områden är också antalet kvarvarande tänder i munnen lägre än i områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Det

finns även betydande skillnader i utfallet av behandlingar utifrån socioekonomi. Personer som bor i områden med socioekonomiska utmaningar, eller som har kort utbildning, har exempelvis mer ofta påbörjade kariesangrepp.

Andelen barn utan karies ökar samtidigt som socioekonomiska faktorer påverkar barns munhälsa

Genom den avgiftsfria tandvården ges förutsättningar för en god munhälsa bland barn i Sverige. Andelen barn utan karies ökade under 2024 i alla undersökta åldersgrupper. Mellan 2021 och 2024 ökade andelen barn utan karies bland 6-åringar med fem procentenheter till 83 procent och andelen barn utan karies bland 12-åringar med fyra procentenheter till 73 procent. Socialstyrelsen konstaterar dock att kariesförekomsten under de senaste åren har ökat bland den tredjedel av barnen som är mest drabbade, vilket bidrar till ökade skillnader mellan barn med bäst respektive sämst tandhälsa. Det gäller exempelvis barn i samhällsvård, barn i socialt utsatta områden och unga placerade i institutionsvård. Dessa barn får i mindre utsträckning del av tandvård och förebyggande insatser jämfört med andra barn. Det saknas dock könsuppdelad statistik på området, vilket försvårar analyser av eventuella skillnader mellan flickor och pojkar.

Tandvårdsutgifter har fortsatt öka och fler vuxna har fått del av tandvårdsstödet

Tandvårdsutgifterna för 2025 uppgick till 8 miljarder kronor, vilket är en ökning med 5,2 procent jämfört med 2024. Könsfördelningen för tandvårdsutgifterna under 2025 var 51,3 procent kvinnor och 48,7 procent män, vilket är samma nivå som under de senaste tio åren. Referenspriserna för tandvård inom statligt tandvårdsstöd höjdes med 5,6 procent under 2025. Antalet vuxna personer som fått ta del av någon form av tandvårdsstöd ökade under 2025 med 4,6 procent jämfört med 2024, vilket motsvarar 188 851 personer. Om hänsyn tas till att åldersgränsen för vuxentandvård den 1 januari 2025 sänktes från det år personer fyller 24 till 20 år har antalet personer som fått ta del av tandvårdsstöd ökat med 1,6 procent, eller 64 218 personer. Kostnaderna för högkostnadsskyddet förväntas öka framöver med anledning av det under 2026 införda förstärkta högkostnadsskyddet för personer 67 år och äldre. Kostnaderna förväntas även öka med anledning av höjda referenspriser och att fler personer därigenom förväntas nå upp till karensnivån för allmänt högkostnadsskydd.

Tabell 3.3 Utbetald ersättning för statligt tandvårdsstöd 2015–2025

Miljoner kronor

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Allmänt tandvårdsbidrag[1]											
Kvinnor	535	532	558	965	1120	997	1159	1119	1136	1145	1175
Män	469	467	489	845	980	875	1000	970	985	989	1021
Särskilt tandvårdsbidrag[2]											
Kvinnor	24	29	33	36	40	33	42	46	51	56	61
Män	11	13	15	16	18	15	19	21	23	25	27
Högkostnadsskydd[3]											
Kvinnor	2123	2247	2316	2251	2243	1999	2275	2347	2545	2691	2874
Män	2111	2251	2347	2266	2239	2031	2293	2383	2552	2711	2860
Samtliga tre tandvårdsstöd											
Kvinnor	2684	2810	2910	3254	3406	3034	3482	3519	3737	3896	4111
Män	2594	2736	2853	3131	3241	2927	3318	3381	3565	3728	3910
Totalt	**5278**	**5546**	**5763**	**6385**	**6647**	**5961**	**6800**	**6900**	**7302**	**7624**	**8021**

[1] Det allmänna tandvårdsbidraget är ett årligt fast belopp som ska stimulera till regelbundna besök i tandvården och är främst avsett att användas för undersökningar och förebyggande tandvård.

[2] Det särskilda tandvårdsbidraget riktar sig till personer som har vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför ökar risk för försämrad munhälsa.

[3] Allmänt högkostnadsskydd lämnas med en viss andel av patientens sammanlagda kostnader för ersättningsberättigande tandvård som slutförts under en ersättningsperiod om ett år, i den mån kostnaderna överstiger 3 000 kronor.

Källa: Försäkringskassan.

3.4 Budgetförslag

3.4.1 1:1 Socialstyrelsen

Tabell 3.4 Anslagsutveckling 1:1 Socialstyrelsen

Tusental kronor

2025	Utfall	868 029	Anslagssparande	28 925
2026	Anslag	1 015 151[1]	Utgiftsprognos	1 013 026
2027	**Förslag**	**1 015 205**		
2028	Beräknat	1 019 666[2]		
2029	Beräknat	1 035 868[3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

[2] Motsvarar 1 008 858 tkr i 2027 års prisnivå.

[3] Motsvarar 1 008 858 tkr i 2027 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Socialstyrelsens förvaltningsutgifter och för förvaltningsutgifter för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 3.5 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 1:1 Socialstyrelsen

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**1 033 151**	**1 033 151**	**1 033 151**
Pris- och löneomräkning[2]	14 354	25 576	42 399

	2027	2028	2029
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder	-32 300	-39 061	-39 682
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**1 015 205**	**1 019 666**	**1 035 868**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2026. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2028–2029 är preliminär.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär följande.

Utifrån det allvarliga säkerhetspolitiska läget sker en omfattande upprustning av det civila försvaret. Socialstyrelsen har som sektorsansvarig myndighet särskild betydelse för det civila försvaret och totalförsvaret. Med oförändrad anslagsnivå riskerar nödvändig verksamhet inte kunna upprätthållas. Anslaget ökas därmed med 4 miljoner kronor 2027.

Den 1 juni 2026 flyttades uppgifter av relevans för interoperabilitet inom hälsodataområdet från Socialstyrelsen till E-hälsomyndigheten. Riksdagen beslutade till följd av vårändringsbudgeten (prop. 2025/26:99, bet. 2025/26:FiU21, rskr. 2025/26:348) att 19 miljoner kronor skulle föras över till anslaget 1:10 *E- hälsomyndigheten* under 2026 eftersom vissa uppgifter flyttats från Socialstyrelsen till E- hälsomyndigheten. Mot denna bakgrund minskas anslaget från 2027 med 36,3 miljoner kronor.

Regeringen föreslår att 1 015 205 000 kronor anvisas under anslaget 1:1 *Socialstyrelsen* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 1 019 666 000 kronor respektive 1 035 868 000 kronor.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 3.6 Avgiftsfinansierad verksamhet vid Socialstyrelsen

Tusental kronor

Verksamhet	Ack. Resultat tom. år 2025	Resultat år 2026	Verksamhetens intäkter år 2027	Kostnader som ska täckas år 2027	Resultat år 2027	Ack resultat 2027
Verksamheter där intäkterna inte disponeras						
Offentligrättslig verksamhet	-188 358	-14 137	40 449	-67 736	-33 987	-236 482
varav avgifter från utfärdande av bevis om rätten att använda titeln undersköterska[1]	*-*	*-*	*6 700*	*-*	*-*	*-*
varav avgifter från utfärdande av legitimationer, intyg m.m.	*-188 358*	*-14 137*	*33 749*	*-67 736*	*-33 987*	*-236 482*

[1] Obestämt ekonomiskt mål ej full kostnadstäckning.

Intäkter för offentligrättslig verksamhet avser Socialstyrelsens avgifter för utfärdandet av legitimation, intyg m.m.

3.4.2 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Tabell 3.7 Anslagsutveckling 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Tusental kronor

2025	Utfall	94 358	Anslagssparande	5 929
2026	Anslag	99 354[1]	Utgiftsprognos	104 316
2027	**Förslag**	**100 646**		
2028	Beräknat	101 649[2]		
2029	Beräknat	103 312[3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

[2] Motsvarar 100 646 tkr i 2027 års prisnivå.

[3] Motsvarar 100 646 tkr i 2027 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Statens beredning för medicinsk och social utvärderings (SBU) förvaltningsutgifter.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 3.8 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 1:2 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**99 354**	**99 354**	**99 354**
Pris- och löneomräkning[2]	1 292	2 295	3 958
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**100 646**	**101 649**	**103 312**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2026. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2028–2029 är preliminär.

Regeringen föreslår att 100 646 000 kronor anvisas under anslaget 1:2 *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 101 649 000 kronor respektive 103 312 000 kronor.

3.4.3 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tabell 3.9 Anslagsutveckling 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tusental kronor

2025	Utfall	192 229	Anslagssparande	2 549
2026	Anslag	218 442[1]	Utgiftsprognos	219 013
2027	**Förslag**	**221 731**		
2028	Beräknat	177 629[2]		
2029	Beräknat	180 280[3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

[2] Motsvarar 175 484 tkr i 2027 års prisnivå.

[3] Motsvarar 175 483 tkr i 2027 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) förvaltningsutgifter.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 3.10 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 1:3 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**218 442**	**218 442**	**218 442**
Pris- och löneomräkning[2]	3 289	6 000	9 350
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder		-46 813	-47 512
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**221 731**	**177 629**	**180 280**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2026. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2028–2029 är preliminär.

Anslaget beräknas minskas med 46,8 miljoner kronor 2028 och 47,5 miljoner kronor fr.o.m. 2029 då satsningen med kostnadsdämpande åtgärder inom läkemedelsförmånen avslutas i enlighet med principerna som tillämpats vid utformningen av denna proposition.

Regeringen föreslår att 221 731 000 kronor anvisas under anslaget 1:3 *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 177 629 000 kronor respektive 180 280 000 kronor.

3.4.4 1:4 Tandvårdsförmåner

Tabell 3.11 Anslagsutveckling 1:4 Tandvårdsförmåner

Tusental kronor

2025	Utfall	7 982 265	Anslagssparande	497 419
2026	Anslag	14 394 768[1]	Utgiftsprognos	14 826 132
2027	**Förslag**	**15 581 895**		
2028	Beräknat	16 359 654		
2029	Beräknat	17 347 404		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statliga tandvårdsförmåner enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, enligt socialförsäkringsbalken (2010:110) och enligt lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken. En mindre del av anslaget får användas för utgifter för kompetenscentrum på tandvårdsområdet.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 3.12 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 1:4 Tandvårdsförmåner

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**12 785 668**	**12 785 668**	**12 785 668**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder	53 000	164 000	164 000
Makroekonomisk utveckling	931	931	931
Volymer	2 742 296	3 409 055	4 396 805
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**15 581 895**	**16 359 654**	**17 347 404**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Anslaget är regelstyrt och nivån anpassas efter utgiftsprognoser för kommande år. Anslaget beräknas öka, vilket framför allt beror på högre kostnader för särskild tandvårdsersättning till följd av större volymer.

Utöver detta innebär principerna som tillämpats vid utformningen av denna proposition att anslaget ökas med 53 miljoner kronor 2027. Därefter beräknas anslaget öka med 164 miljoner kronor fr.o.m. 2028. Detta beror på beslut kopplade till ett förstärkt högkostnadsskydd inom tandvård för äldre (prop. 2025/26:27).

Regeringen föreslår att 15 581 895 000 kronor anvisas under anslaget 1:4 *Tandvårdsförmåner* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 16 359 654 000 kronor respektive 17 347 404 000 kronor.

3.4.5 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tabell 3.13 Anslagsutveckling 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

2025	Utfall	40 311 487	Anslagssparande	775 513
2026	Anslag	40 975 000[1]	Utgiftsprognos	40 304 000
2027	**Förslag**	**41 549 000**		
2028	Beräknat	41 549 000		
2029	Beräknat	41 563 000		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för det särskilda statsbidraget till regioner för deras kostnader för läkemedelsförmånerna. Syftet är att ändamålsenliga och säkra läkemedel ska kunna förskrivas till en rimlig kostnad för den enskilde. Anslaget får även användas för att ersätta regioner och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) för vissa kostnader inom läkemedelsområdet som inte ingår i läkemedelsförmånerna samt för bidrag till myndigheter för arbete med system för dosdispenserade läkemedel.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 3.14 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**40 975 000**	**40 975 000**	**40 975 000**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder	574 000	574 000	588 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**41 549 000**	**41 549 000**	**41 563 000**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

I januari 2026 ingick regeringen, för statens räkning, en överenskommelse med SKR om statens bidrag till regionerna för kostnaderna för läkemedelsförmånerna m.m. Överenskommelsen innebär att statens bidrag till regionerna för deras kostnader 2026 uppgår till 41 461 miljoner kronor. I detta belopp ingår ett bidrag om 265 miljoner kronor för läkemedel för behandling av hepatit C. Regionerna får även ett bidrag för särskilda kostnadsposter som inte är inkluderade i läkemedelsförmånerna, t.ex. dosdispensering, kompensation för vissa rekvisitionsläkemedel och förbrukningsartiklar. Detta belopp uppgår i överenskommelsen till 1 620 miljoner kronor. Bidraget till regionerna från anslaget utbetalas med två månaders fördröjning, vilket medför att överenskommet belopp och faktisk anslagsbelastning skiljer sig åt. Det finns i nuläget inte någon överenskommelse för 2027 mellan staten och SKR.

Mot bakgrund av de principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition ökas anslaget för 2027 med 1 114 miljoner kronor pga. att kostnaderna för läkemedelsförmånerna prognostiseras öka och det bedöms vara en nödvändig samhällsfunktion.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär också att anslaget minskas med 540 miljoner kronor 2027 eftersom egenavgiften i högkostnadsskyddet för läkemedel höjdes den 1 juli 2025.

Regeringen föreslår att 41 549 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:5 *Bidrag för läkemedelsförmånerna* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 41 549 000 000 kronor respektive 41 563 000 000 kronor.

3.4.6 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

Tabell 3.15 Anslagsutveckling 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

Tusental kronor

2025	Utfall	10 798 344	Anslagssparande	599 038
2026	Anslag	10 030 639[1]	Utgiftsprognos	9 787 222
2027	**Förslag**	**8 066 539[2]**		
2028	Beräknat	6 116 739		
2029	Beräknat	5 420 239		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

[2] Den beräknade statliga ålderspensionsavgiften avseende smittbärarpenning för 2027 uppgår till 309 542 kronor. Beloppet består av en preliminär avgift om 452 717 kronor för 2027 samt regleringsbelopp för 2024 om -143 175 kronor.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för att genom riktade insatser arbeta för att säkerställa att hälso- och sjukvården håller en god tillgänglighet och kvalitet, baseras på kunskap, är behovsanpassad och effektiv, samt stärker patientens delaktighet i vården. Anslaget får även användas för bidrag och statsbidrag för att förbättra förutsättningarna för ökad bemanning inom vården, för professionen att utföra sitt arbete och för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt. Därtill får anslaget användas för att förbättra förutsättningarna för att kunskap och erfarenheter tas tillvara för att förbättra hälso- och sjukvården liksom för en god och mer jämlik vård. Anslaget får vidare användas till prestationsbundna statsbidrag på cancerområdet, kvinnors hälsa och förlossningsvården samt kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvård. Inom ramen för anslaget får medel också användas för utbetalning av ersättning i vissa fall vid ingripanden för att förhindra spridning av en smittsam sjukdom, ersättning till smittbärare samt statlig ålderspensionsavgift kopplad till ersättning till smittbärare. Detta anslag får också användas för utgifter för insatser inom regeringens arbete med hälso- och sjukvård och folkhälsa. Medel inom anslaget får användas för överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Anslaget får dessutom användas till bidrag till nationella och internationella organisationer inom folkhälso- och sjukvårdsområdet, andra internationella åtaganden på området, samt för forskning inom farmaci. Medel på anslaget får också användas för ersättning till personer som insjuknat i narkolepsi till följd av vaccinering med Pandemrix. Anslaget får även användas till beredskapslager av antivirala läkemedel. Inom ramen för anslaget finns också medel för ersättning till steriliserade i vissa fall, samt till talidomidskadade i vissa fall. Dessa medel får användas för att bevilja medel till personer som ansöker om ersättning för sådana skador eller ingrepp, i enlighet med de riktlinjer som tidigare har använts. Anslaget får användas för statsbidrag till regioner för karriärtjänster för sjuksköterskor. Anslaget får även användas för utgifter för extraordinära smittskyddsåtgärder som kan behöva vidtas i arbetet med utbrottet av coronaviruset som orsakar sjukdomen covid-19. Vidare får anslaget användas till utgifter för Apotek Produktion & Laboratorier AB:s utgifter för utförandet av sitt samhällsuppdrag. Medel inom anslaget får också användas för ersättning för personskador orsakade av vaccin mot covid-19. Medlen får även användas för utgifter för försöksverksamhet med att införa en miljöpremie i läkemedelsförmånssystemet. Medlen får också användas för utgifter för att donera

eller vidareförsälja vaccindoser mot covid- 19 inklusive utgifter för vidareförsäljningar som inte uppfyller kravet på affärsmässighet.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 3.16 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**9 602 639**	**9 602 639**	**9 602 639**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder	-1 536 100	-3 485 900	-4 182 400
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**8 066 539**	**6 116 739**	**5 420 239**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att följande tillfälliga satsningar upphör vid årsskiftet:

– åtgärder för en bättre cancervård,
– kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården,
– medlen för en nationell samordnare för att korta vårdköerna,
– förstärkningen av Apotek Produktion & Laboratorier AB:s verksamhet,
– öka incitamenten för att genomföra en nationell vårdförmedling (användes senare för satsning på sommarbemanning i hälso- och sjukvården efter ändring i vårändringsbudget (prop. 2025/26:99, bet. 2025/26:FiU21, rskr. 2025/26:348),
– inrättandet av en nationell stödfunktion för att främja innovativa och kunskapsbaserade folkhälsoinsatser, samt
– kartläggning av barnhälsovården.

Anslaget minskas därför med 1 233 miljoner kronor fr.o.m. 2027. För Apotek Produktion & Laboratorier AB anvisas 50 miljoner kronor 2027 för deras samhällsuppdrag.

Genom propositionen Bastjänstgöring för läkare (prop. 2017/18:274, bet. 2018/19:SoU5, rskr. 2018/19:50) har riksdagen beslutat om den nya läkarutbildningen. För att delfinansiera den tolfte terminen i den nya läkarutbildningen minskas anslaget med 110,5 miljoner kronor fr.o.m. 2027. Anslaget 2:64 *Särskilda utgifter inom universitet och högskolor* under utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning ökas med 110,5 miljoner kronor.

Från den 1 juli 2026 ska varje kommun ha en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) (prop. 2025/26:19, bet. 2025/26:SoU23, rskr. 2026/26:157). För att finansiera det första halvåret minskades anslaget med 161,25 miljoner kronor 2026. Anslaget minskas med ytterligare 161,25 miljoner kronor fr.o.m. 2027 så att det totala beloppet uppgår till 322,5 miljoner kronor. Anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner ökas med motsvarande belopp.

I enlighet med vad riksdagen har ställt sig bakom (prop. 2025/26:300, bet. 2025/26:SoU40, rskr.2025/26:434) minskas anslaget med 4 miljoner kronor fr.o.m. 2027. Anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner ökas med motsvarande belopp.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att anslaget minskas för att finansiera Försäkringskassans arbete med kommuntypsstöd

till vårdgivare inom tandvård med 10,8 miljoner kronor 2027 och med 9,6 miljoner kronor per år 2028–2030. För 2031 beräknas anslaget minska med 8,4 miljoner kronor och mellan 2032–2036 beräknas anslaget minska med 7,2 miljoner kronor. Anslaget 2:1 *Försäkringskassan* inom utgiftsområde 10 ökas för detta ändamål.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att de medel för inköp av vaccin mot covid-19 som tillfördes anslaget 2025–2026 i budgetpropositionen för 2025 upphör, vilket medför att anslaget minskas med 60 miljoner kronor 2027. Medel för inköp av vaccin mot covid-19 tillfördes även i den ekonomiska vårpropositionen 2025 för åren 2026–2027. I enlighet med huvudprincipen förlängs 2026 års nivå till 2027, vilket sammantaget innebär att medel för inköp av vaccin mot covid-19 är 300 miljoner kronor högre 2027 än beräknat i föregående budgetproposition för 2026.

Medel från anslaget används bl.a. för att betala ut ersättning till personer som insjuknat i narkolepsi till följd av vaccinering med vaccinet Pandemrix mot svininfluensan 2009–2010 i enlighet med lagen (2016:417) om statlig ersättning till personer som insjuknat i narkolepsi efter pandemivaccinering. Anslaget tillfördes medel i budgetpropositionen för 2026 mot bakgrund av detta. I enlighet med de principer som tillämpas vid utformningen av denna proposition minskas därmed anslaget med 10 miljoner kronor 2027. Anslaget beräknas därefter minska med 15 miljoner kronor fr.o.m. 2028.

Reformen om ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård trädde i kraft den 1 januari 2026 (prop. 2025/26:27, bet. 2025/26:SoU10, rskr. 2025/26:94). Med anledning av reformen tillfördes anslaget medel i budgetpropositionen för 2026 mot bakgrund av detta för uppföljning och tillsyn m.m. I enlighet med de principer som tillämpas vid utformningen av denna proposition minskas anslaget med 3 miljoner kronor 2027–2031.

I enlighet med förordning om ändring i smittskyddsförordningen (2004:255) ingår vattkoppor i det nationella vaccinationsprogrammet för barn fr.o.m. den 1 januari 2027. En ikappvaccinationsinsats för icke immuna barn under 18 år som inte omfattas av programmet kommer att genomföras. Regeringen och SKR har kommit överens om de medel som kommuner och regioner kan ta del av för att finansiera insatsen. Anslaget ökas därför med 49 miljoner kronor 2027. Anslaget beräknas därefter öka med 51 miljoner kronor 2028–2030. Den tidigare beräknade anslagsökningen om 51 miljoner kronor per år 2031 och 2032 minskas med 11 miljoner kronor per år. Motsvarande belopp beräknas i stället för 2033, vilket innebär att anslaget beräknas öka med 22 miljoner kronor 2033.

Utifrån det allvarliga säkerhetspolitiska läget sker en omfattande upprustning av det civila försvaret. I lagrådsremissen Stärkt pandemiberedskap (S2026/01607) ingår förslag som bidrar till det civila försvaret och att stärka beredskapen mot hälsohot och pandemier. De nya bestämmelserna beräknas träda i kraft den 1 april 2027. Med oförändrad anslagsnivå riskerar nödvändig verksamhet att inte kunna upprätthållas. Anslaget ökas därmed med 6 miljoner kronor 2027.

Regeringen föreslår att 8 066 539 000 kronor anvisas under anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 6 116 739 000 kronor respektive 5 420 239 000 kronor.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag

Regeringen bemyndigas att under 2027 för anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 33 900 000 kronor 2028–2030.

Skälen för regeringens förslag

Verksamheten som finansieras från anslaget omfattar fleråriga åtaganden som medför utgifter under kommande budgetår. Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att säkerställa tillgången till vissa sorters antibiotika för beredskapsändamål. I arbetet att fortsatt säkerställa tillgången till antibiotika behöver Folkhälsomyndigheten ingå nya avtal samt vid behov förlänga befintliga avtal. Regeringen bör därför bemyndigas att under 2027 för anslaget 1:6 *Bidrag till folkhälsa och sjukvård* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 33 900 000 kronor 2028–2030.

Tabell 3.17 Beställningsbemyndigande för anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård

Tusental kronor

	Utfall 2025	Prognos 2026	Förslag 2027	Beräknat 2028	Beräknat 2029	Beräknat 2030
Ekonomiska åtaganden vid årets början	39 012	58 776	57 200			
Nya ekonomiska åtaganden	41 172	57 200	8 800			
Utgifter mot anslag till följd av ekonomiska åtaganden	-14 619	-58 776	-32 100	-25 900	-4 000	-4 000
Övriga förändringar av ekonomiska åtaganden	-6 789					
Ekonomiska åtaganden vid årets slut	58 776	57 200	33 900			
Beslutat/föreslaget bemyndigande	**1 248 000**	**284 200**	**33 900**			

Bemyndigande att få sälja eller skänka vaccin mot sjukdomen covid-19

Regeringens förslag

Regeringen bemyndigas att under 2027 besluta att till andra stater, den globala vaccinalliansen Gavi eller andra internationella organisationer sälja vaccindoser mot sjukdomen covid-19 som inte längre behövs för att säkerställa det nationella behovet till ett pris som inte uppfyller kravet på affärsmässighet.

Regeringen bemyndigas att under 2027 besluta att till andra stater, den globala vaccinalliansen Gavi eller andra internationella organisationer skänka överskott av vaccindoser mot sjukdomen covid-19 som inte längre behövs för att säkerställa det nationella behovet och som inte kan avräknas som bistånd.

Skälen för regeringens förslag

Ansvaret för att tillhandahålla covid-19 vaccin övergår från den 1 januari 2027 till regionerna (Budgetpropositionen för 2026, prop. 2025/26:1). Folkhälsomyndigheten

har dock fått i uppdrag av regeringen att under perioden den 1 januari–31 augusti 2027, sälja covid-19-vaccin till regionerna utifrån deras behov samt att under 2027 lagerhålla nationellt överskott av vaccin mot covid-19, dvs. vaccindoser som inte längre behövs för att säkerställa det nationella behovet (S2026/01397). Sverige har under hela pandemin tecknat avtal för mer vaccin än vad som behövs, bl.a. för att ha en marginal för eventuella behov av dels vaccin som är uppdaterade för virusvarianter, dels påfyllnadsdoser. Sverige kan därför även framöver ha ett överskott av vaccin mot sjukdomen covid-19, som är möjligt att vidareförsälja eller donera. Vid försäljning kommer regeringen att sträva efter att täcka en så stor del som möjligt av det inköpspris som Sverige betalat och att inga vacciner ska behöva kasseras. Försäljning kan komma att ske till andra stater eller vaccinalliansen Gavi eller andra internationella organisationer.

Enligt 8 kap. 6 § budgetlagen (2011:203) får regeringen besluta att överlåta denna typ av lös egendom, om egendomen inte längre behövs för statens verksamhet. I 8 kap. 7 § samma lag ställs krav på att försäljning ska genomföras affärsmässigt, om inte särskilda skäl talar mot det.

Regeringen bör därför bemyndigas att under 2027 besluta att till andra stater eller den globala vaccinalliansen Gavi eller andra internationella organisationer sälja vaccin mot sjukdomen covid-19 som inte längre behövs för att säkerställa det nationella behovet till ett pris som inte uppfyller kravet på affärsmässighet. Regeringen bör också bemyndigas att under 2027 besluta att till andra stater eller den globala vaccinalliansen Gavi eller andra internationella organisationer skänka överskott av vaccindoser mot sjukdomen covid-19 som inte behövs för att säkerställa det nationella behovet.

3.4.7 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tabell 3.18 Anslagsutveckling 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor

2025	Utfall	655 424	Anslagssparande	124 168
2026	Anslag	705 408[1]	Utgiftsprognos	708 583
2027	**Förslag**	**735 096**		
2028	Beräknat	754 562		
2029	Beräknat	799 247		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för vårdförmåner enligt rådets förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen, förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, gällande internationella överenskommelser om social trygghet som Sverige har ingått samt för sådan övrig vård som Sverige vid tillämpning av EU-rätten är skyldigt att erbjuda. Anslaget får även användas för utgifter för vårdformer enligt avtalet om Förenade konungariket Storbritannien och Nordirlands utträde ur Europeiska unionen och Europeiska atomenergigemenskapen (2019/C 384 I/01) samt avtalet om handel och samarbete mellan Europeiska unionen och Europeiska atomenergigemenskapen, å ena sidan, och Förenade konungariket Storbritannien och Nordirland, å andra sidan.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 3.19 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 1:7 Sjukvård i internationella förhållanden

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**705 408**	**705 408**	**705 408**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder			
Makroekonomisk utveckling	46 656	-11 277	-99 217
Volymer	-16 968	60 431	193 056
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**735 096**	**754 562**	**799 247**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Det finns svårigheter att prognostisera anslaget eftersom utgifterna inom anslaget bestäms av faktorer som till övervägande del är svåra att påverka eller förutse. Utgifterna beror av människors mönster för boende, studier, arbete och resande. Det finns även administrativa förhållanden som bidrar till osäkerhet i prognoserna för vård i internationella förhållanden, som exempelvis eftersläpning i debiteringen från andra länder för turist- och pensionärsvård. Fluktuationer i den svenska kronans värdering i förhållande till andra valutor, så som t.ex. euron, försvårar prognostisering och påverkar anslaget.

Utgifterna prognostiseras öka i förhållande till prognosen föregående år vilket bl.a. beror på att kostnaden för vård utomlands ökat till följd av de senaste årens inflation. Då faktureringen från utlandet kan ske med flera års eftersläpning så belastas anslaget alltjämt av kostnadsökningarna från höginflationsåren. Regeringen justerar anslagsnivån utifrån prognostiserade utgifter.

Regeringen föreslår att 735 096 000 kronor anvisas under anslaget 1:7 *Sjukvård i internationella förhållanden* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 754 562 000 kronor respektive 799 247 000 kronor.

3.4.8 1:8 Bidrag till psykiatri

Tabell 3.20 Anslagsutveckling 1:8 Bidrag till psykiatri

Tusental kronor

2025	Utfall	3 717 594	Anslagssparande	142 800
2026	Anslag	4 732 393[1]	Utgiftsprognos	4 683 100
2027	**Förslag**	**3 471 393**		
2028	Beräknat	2 611 393		
2029	Beräknat	1 033 393		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för insatser inom psykiatri och psykisk hälsa. Anslaget får även användas för utgifter för forskning inom psykiatri och psykisk hälsa.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 3.21 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 1:8 Bidrag till psykiatri

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**4 732 393**	**4 732 393**	**4 732 393**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder	-1 261 000	-2 121 000	-3 699 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**3 471 393**	**2 611 393**	**1 033 393**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att den tillfälliga satsningen för åren 2024–2026 för att fortsatt stärka och utveckla insatserna inom området psykisk hälsa och suicidprevention upphör vid årsskiftet 2026. Anslaget minskas därför med 1 570 miljoner kronor fr.o.m. 2027.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att den ettåriga satsningen 2026 för att finansiera tillståndsprövning för skjutvapen upphör vid årsskiftet 2026. Anslaget ökas därför med 4 miljoner kronor fr.o.m. 2027.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att den ettåriga satsningen 2026 för att stärka vård, behandling och stöd för personer med skadligt bruk eller beroende inom ramen för den nationella planen för beroendevården, upphör vid årsskiftet 2026. Anslaget minskas därför med 8 miljoner kronor fr.o.m. 2027.

Anslaget ökas med 350 miljoner kronor 2027 och beräknas öka med 350 miljoner kronor per år 2028–2031 för arbetet med en mer sammanhållen vård för personer med skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd i enlighet med regeringens proposition (prop. 2025/26:251, bet. 2025/26:SoU34, rskr. 2025/26:388) och den nya lagen (2026:1306) om samordnad vård- och stödverksamhet som träder i kraft den 1 januari 2028.

Lagen (2026:871) om utredningar för att förebygga suicid trädde i kraft den 2 juli 2026. Medel för kostnader kopplade till inrättandet av en nationell funktion för att utreda suicid tillfördes i budgetpropositionen för 2026 och innebär att anslaget minskas med 37 miljoner kronor fr.o.m. 2027.

Regeringen föreslår att 3 471 393 000 kronor anvisas under anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 2 611 393 000 kronor respektive 1 033 393 000 kronor.

3.4.9 1:9 Läkemedelsverket

Tabell 3.22 Anslagsutveckling 1:9 Läkemedelsverket

Tusental kronor

2025	Utfall	199 288	Anslagssparande	-667
2026	Anslag	249 799[1]	Utgiftsprognos	247 762
2027	**Förslag**	**262 693**		
2028	Beräknat	272 145[2]		
2029	Beräknat	275 628[3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

[2] Motsvarar 268 615 tkr i 2027 års prisnivå.

[3] Motsvarar 268 615 tkr i 2027 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter vid Läkemedelsverket för:

- tillsyn och därtill hörande uppgifter om medicintekniska produkter,
- producentobunden läkemedelsinformation,
- utökade ansvarsområden till följd av lagen (2006:496) om blodsäkerhet och lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler,
- strukturerad uppföljning av nya läkemedel,
- utökade ansvarsområden till följd av ny lagstiftning på EU-nivå inom områden för kosmetika, medicinteknik, och avancerade terapier,
- drift av Giftinformationscentralen,
- tillsyn av tatueringsfärger,
- centrum för läkemedel och miljö,
- tillsyn enligt förordningen (2012:596) om införsel av och handel med sprutor och kanyler,
- förvaltning av nationellt substansregister,
- arbete med att skapa förmåga att upprätthålla verksamhet under störda förhållanden och höjd beredskap,
- arbete med cyber- och informationssäkerhet,
- utveckling, stöd och förvaltning av en struktur och partnerskap för kliniska prövningar,
- för uppgifter till följd av Europaparlamentets och rådets förordning om fastställande av harmoniserande regler för artificiell intelligens, samt
- tillsyn och kontroll enligt Europaparlamentet och rådets förordning (EU) 2024/573 av den 7 februari 2024 om fluorerade växthusgaser.

Anslaget får även användas för bidrag för att främja kliniska prövningar.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 3.23 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 1:9 Läkemedelsverket

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**247 799**	**247 799**	**247 799**
Pris- och löneomräkning[2]	3 894	7 201	10 465
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder	11 000	17 145	17 364
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**262 693**	**272 145**	**275 628**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2026. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2028–2029 är preliminär.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär följande.

Utifrån det allvarliga säkerhetspolitiska läget sker en omfattande upprustning av det civila försvaret. Läkemedelsverket har som beredskapsmyndighet särskild betydelse för det civila försvaret och totalförsvaret. Med oförändrad anslagsnivå riskerar nödvändig verksamhet att inte kunna upprätthållas. Anslaget ökas därmed 2 miljoner kronor miljoner 2027.

För myndighetens arbete med tillsyn enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2024/573 av den 7 februari 2024 om fluorerade växthusgaser ökas anslaget med 1 miljon kronor fr.o.m. 2027.

För myndighetens arbete med anledning av Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2024/3019 av den 27 november 2024 om rening av avloppsvatten från tätbebyggelse ökas anslaget med 8 miljoner kronor 2027 och beräknas öka med 12 miljoner kronor fr.o.m. 2028.

Regeringen föreslår att 262 693 000 kronor anvisas under anslaget 1:9 *Läkemedelsverket* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 272 145 000 kronor respektive 275 628 000 kronor.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag

Regeringen bemyndigas att under 2027 för anslaget 1:9 *Läkemedelsverket* besluta om bidrag som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 300 000 000 kronor 2028–2032.

Skälen för regeringens förslag

Efter förslag i budgetpropositionen för 2025 ökades anslaget för arbetet med en ny struktur för kliniska prövningar, genom bl.a. ett nationellt partnerskap (prop. 2024/25:1, utg. omr. 9, bet. 2024/25:SoU1, rskr. 2024/25:92). Regeringen bör därför bemyndigas att under 2027 för anslaget 1:9 *Läkemedelsverket* besluta om bidrag som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 300 000 000 kronor 2028–2032.

Tabell 3.24 Beställningsbemyndigande för anslaget 1:9 Läkemedelsverket

Tusental kronor

	Utfall 2025	Prognos 2026	Förslag 2027	Beräknat 2028	Beräknat 2029	Beräknat 2030 – 2032
Ekonomiska åtaganden vid årets början		21				
Nya ekonomiska åtaganden	300 000		300 000			
Utgifter mot anslag till följd av ekonomiska åtaganden		-21		-60 000	-60 000	-180 000
Övriga förändringar av ekonomiska åtaganden	-299 979					
Ekonomiska åtaganden vid årets slut	21		300 000			
Beslutat/föreslaget bemyndigande	**300 000**	**300 000**	**300 000**			

3.4.10 1:10 E-hälsomyndigheten

Tabell 3.25 Anslagsutveckling 1:10 E-hälsomyndigheten

Tusental kronor

2025	Utfall	271 267	Anslagssparande	-2 369
2026	Anslag	510 394[1]	Utgiftsprognos	503 478
2027	**Förslag**	**555 854**		
2028	Beräknat	519 033[2]		
2029	Beräknat	361 516[3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

[2] Motsvarar 512 415 tkr i 2027 års prisnivå.

[3] Motsvarar 351 834 tkr i 2027 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för E-hälsomyndighetens förvaltningsutgifter.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 3.26 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 1:10 E-hälsomyndigheten

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**551 394**	**551 394**	**551 394**
Pris- och löneomräkning[2]	8 667	15 900	24 079
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder	-4 207	-48 261	-213 957
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**555 854**	**519 033**	**361 516**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2026. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2028–2029 är preliminär.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär följande.

Utifrån det allvarliga säkerhetspolitiska läget sker en omfattande upprustning av det civila försvaret. E-hälsomyndigheten har som beredskapsmyndighet särskild betydelse för det civila försvaret och totalförsvaret. Med oförändrad anslagsnivå riskerar nödvändig verksamhet inte kunna upprätthållas. Anslaget ökas därmed med 2 miljoner kronor 2027.

I budgetpropositionen för 2024 tillfördes anslaget medel för myndighetens arbete med att genomföra en nationell digital infrastruktur under 2024–2026. Anslaget tillfördes ytterligare medel för detta samt för att genomföra Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2025/327 om det europeiska hälsodataområdet och om ändring av direktiv 2011/24/EU och förordning (EU) 2024/2847 i budgetpropositionen för 2026 så att det sammantaget avsattes 403 miljoner kronor 2026 för ändamålet. Anslaget minskas med 34 miljoner kronor 2027 så att det avsätts 369 miljoner kronor för ändamålet 2027.

Anslaget ökas med 36,3 miljoner kronor per år från 2027 och framåt för den verksamhet som överförts från Socialstyrelsen avseende uppgifter av relevans för interoperabilitet inom bl.a. hälsodataområdet. Anslag 1:1 *Socialstyrelsen* minskas med motsvarande belopp.

Regeringen föreslår att 555 854 000 kronor anvisas under anslaget 1:10 *E- hälsomyndigheten* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 519 033 000 kronor respektive 361 516 000 kronor.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 3.27 Avgiftsfinansierad verksamhet vid E-hälsomyndigheten

Tusental kronor

Verksamhet	Ack. Resultat tom. år 2025	Resultat år 2026	Verksamhetens intäkter år 2027	Kostnader som ska täckas år 2027	Resultat år 2027	Ack resultat 2027
Verksamheter där intäkterna disponeras						
Offentligrättslig verksamhet	10 060	-2 000	373 139	-373 100	39	8 099
varav avgift human	*5 667*	*0*	*348 011*	*-350 000*	-1 989	*3 678*
varav avgift djur	*-3 460*	*-2 000*	*9 381*	*-5 000*	4 381	*-1 079*
varav avgift LiiV	*7 853*	*0*	*15 647*	*-18 000*	-2 353	*5 500*
varav godkännande	*0*	*0*	*100*	*-100*	0	*0*
Uppdragsverksamhet	-4 932	-100	11 849	-10 793	1 056	*-3 976*
varav avgift godkännande	*-1 469*	*-600*	*900*	*-800*	100	*-1 969*
varav avgift statistik	*-3 463*	*500*	*10 949*	*-9 993*	*956*	*-2 007*

Avgifter inom offentligrättslig verksamhet omfattar avgift human och djur samt avgift LiiV (leverantörernas information i det nationella produkt- och artikelregistret VARA). Intäkterna som avser offentligrättslig verksamhet regleras i förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten, lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista, förordningen (2010:1167) om avgifter för den statliga kontrollen av läkemedel samt E-hälsomyndighetens föreskrifter om avgifter för den som har tillstånd att driva öppenvårdsapotek (HSLF-FS 2021:28). Myndigheten disponerar över intäkterna från verksamheten.

Avgifter inom uppdragsverksamhet omfattar avgift läkemedelsstatistik samt avgift godkännande, dvs. granskning av elektroniska system som ska ansluta till

myndighetens register. Intäkterna som avser uppdragsverksamhet regleras främst i E-hälsomyndighetens instruktion.

3.4.11 1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna

Tabell 3.28 Anslagsutveckling 1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna

Tusental kronor

2025	Utfall	7 511 678	Anslagssparande	278 322
2026	Anslag	6 632 200[1]	Utgiftsprognos	6 474 231
2027	**Förslag**	**6 632 200**		
2028	Beräknat	4 642 200		
2029	Beräknat	2 892 200		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för prestationsbundna statsbidrag till regionerna för att kontinuerligt arbeta för att korta köer och väntetider samt förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Medel inom anslaget får också användas för bidrag till Sveriges Kommuner och Regioner och till myndigheter för att stödja och följa upp regionernas tillgänglighetsarbete.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 3.29 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**6 632 200**	**6 632 200**	**6 632 200**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder		-1 990 000	-3 740 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**6 632 200**	**4 642 200**	**2 892 200**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Anslagsnivån sjunker från 2028 p.g.a. att tillfälliga förstärkningar på anslaget avslutas.

Regeringen föreslår att 6 632 200 000 kronor anvisas under anslaget 1:11 *Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 4 642 200 000 kronor respektive 2 892 200 000 kronor.

3.4.12 1:12 Inspektionen för vård och omsorg

Tabell 3.30 Anslagsutveckling 1:12 Inspektionen för vård och omsorg

Tusental kronor

2025	Utfall	852 899	Anslagssparande	57 316
2026	Anslag	1 086 386[1]	Utgiftsprognos	1 063 924
2027	**Förslag**	**1 079 127**		
2028	Beräknat	1 069 976[2]		
2029	Beräknat	1 085 486[3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

[2] Motsvarar 1 056 418 tkr i 2027 års prisnivå.

[3] Motsvarar 1 056 419 tkr i 2027 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Inspektionen för vård och omsorgs förvaltningsutgifter.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 3.31 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 1:12 Inspektionen för vård och omsorg

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**1 052 386**	**1 052 386**	**1 052 386**
Pris- och löneomräkning[2]	16 741	30 462	46 158
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder	10 000	-12 872	-13 058
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**1 079 127**	**1 069 976**	**1 085 486**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2026. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2028–2029 är preliminär.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär följande.

I förhållande till beräknad anslagsnivå för 2027 i budgetpropositionen för 2026 innebär tillämpningen av principerna att det beräknade tillskottet på 48,8 miljoner kronor för myndighetens arbete mot oseriösa och kriminella aktörer samt för att fortsatt tillgodose behovet av tillsyn inte genomförs och att anslaget därför inte ökas i enlighet med tidigare redovisade beräkningar.

För myndighetens arbete med tillsyn och systemutveckling avseende kommunernas verksamhet inom aktivitetskrav kopplat till regeringens bidragsreform ökades anslaget med 5 miljoner kronor 2026. Ändringarna i socialtjänstlagen (prop. 2025/26:207, bet. 2025/26:SoU29, rskr 2025/26:291) om myndighetens arbete med sanktionsavgift kopplat till kommunernas verksamhet med aktivitetskrav träder i kraft den 1 juli 2027. Ändringarna innebär att anslaget för 2027 ökar med 5 miljoner kronor så att totalt 10 miljoner kronor tilldelas för detta arbete.

Mot bakgrund av att den nya lagen (2026:871) om utredningar för att förebygga suicid trädde i kraft den 2 juli 2026 ökas anslaget med 3 miljoner kronor per år fr.o.m. 2027 för myndighetens arbete med analyser kopplade till den nationella funktionen för att utreda suicid.

Mot bakgrund av den utökade tillsyn som myndigheten förväntas utöva till följd av propositionen Hälso- och sjukvårdens beredskap (prop. 2024/25:167, bet. 2025/26:SoU6, rskr. 2025/26:44), vilken bedöms vara viktig för att upprätthålla nödvändig verksamhet, ökas anslaget med 2 miljoner kronor per år fr.o.m. 2027.

Regeringen föreslår att 1 079 127 000 kronor anvisas under anslaget 1:12 *Inspektionen för vård och omsorg* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 1 069 976 000 kronor respektive 1 085 486 000 kronor.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 3.32 Avgiftsfinansierad verksamhet vid Inspektionen för vård och omsorg

Tusental kronor

Verksamhet	Ack. Resultat tom. år 2025	Resultat år 2026	Verksamhetens intäkter år 2027	Kostnader som ska täckas år 2027	Resultat år 2027	Ack resultat 2027
Verksamheter där intäkterna inte disponeras						
Offentligrättslig verksamhet	-338 845	-53 424	82 800	-106 840	-24 040	-416 309
varav blodverksamhet tillståndsprövning och tillsyn	*-26 423*	*-4 820*	*1 460*	*-6 280*	-4 820	*-36 063*
varav vävnads- och cellverksamhet tillståndsprövning och tillsyn	*-40 046*	*-9 087*	*1 320*	*-10 410*	-9 090	*-58 223*
varav tillståndsprövning för upphandling i välfärden	*-291 079*	*-32 254*	*56 260*	*-78 140*	-21 880	*-345 213*
varav tillståndsprövning av skyddade boenden	*-18 247*	*-2 197*	*2 160*	*-4 340*	-2 180	*-22 624*
varav avgift för estetiska behandlingar	*36 950*	*13 934*	*21 600*	*-7 670*	13 930	*64 814*
varav avgift för tillstånd att bedriva tandvårdsverksamhet		*-19 000*			0	*-19 000*
Verksamheter där intäkterna disponeras och redovisas mot anslag						
Offentligrättslig verksamhet			15 000	-	-	-
varav avgift för tillstånd att bedriva tandvårdsverksamhet[1]			*15 000*	-	-	-

[1] Fr.o.m. 2027 bidrar avgiftsintäkterna till kostnadstäckningen, dvs. obestämt ekonomiskt mål

Intäkter för offentligrättslig verksamhet avser avgifter för tillstånd och tillsyn som rör blodverksamhet och verksamhet som rör insamling, kontroll, framställning, förvaring och distribution av vävnader och celler. För 2019 och framåt avser intäkterna tillståndsprövningar enligt socialtjänstlagen (2025:400) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Enligt lagen (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar ska de verksamheter som omfattas av lagens tillämpningsområde betala en tillsynsavgift till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Intäkterna för offentligrättslig verksamhet avser därmed även IVO:s avgifter för tillsyn av estetiska verksamheter. Sedan den 1 januari 2026 gäller enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) tillståndsplikt för privata vårdgivare inom tandvårdssektorn. Ansökan om tillstånd är förenad med en avgift.

Bemyndigande att disponera avgifter

Regeringens förslag

Regeringen bemyndigas att disponera de avgifter som tas ut med stöd av 2 kap. 9 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Skälen för regeringens förslag

Enligt propositionen Stärkt kontroll över tandvårdssektorn (prop. 2025/26:7) har tillståndsplikt införts för privata vårdgivare inom tandvårdssektorn från den 1 januari 2026. Ansökan om tillstånd är förenad med en avgift. IVO bör få disponera avgiftsinkomsterna för att delvis finansiera verksamhetens kostnader.

3.4.13 1:13 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Tabell 3.33 Anslagsutveckling 1:13 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Tusental kronor

2025	Utfall	38 617	Anslagssparande	6 966
2026	Anslag	45 024[1]	Utgiftsprognos	45 941
2027	**Förslag**	**45 629**		
2028	Beräknat	46 104[2]		
2029	Beräknat	44 737[3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

[2] Motsvarar 45 629 tkr i 2027 års prisnivå.

[3] Motsvarar 43 574 tkr i 2027 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys förvaltningsutgifter.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 3.34 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 1:13 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**45 024**	**45 024**	**45 024**
Pris- och löneomräkning[2]	605	1 080	1 823
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder			-2 110
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**45 629**	**46 104**	**44 737**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2026. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2028–2029 är preliminär.

Regeringen föreslår att 45 629 000 kronor anvisas under anslaget 1:13 *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 46 104 000 kronor respektive 44 737 000 kronor.

3.4.14 1:14 Civilt försvar inom hälso- och sjukvård

Tabell 3.35 Anslagsutveckling 1:14 Civilt försvar inom hälso- och sjukvård

Tusental kronor

2025	Utfall	1 034 734	Anslagssparande	159 910
2026	Anslag	2 969 500[1]	Utgiftsprognos	2 942 923
2027	**Förslag**	**2 640 000**		
2028	Beräknat	3 253 000		
2029	Beräknat	3 253 000		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för att finansiera åtgärder som stärker hälso- och sjukvårdens beredskap och motståndskraft samt förmåga att hantera höjd beredskap och ytterst krig. Anslaget får även användas för att finansiera myndigheters och statliga bolags verksamhet avseende civilt försvar och beredskap. Anslaget får också användas för bidrag och statsbidrag för att vidareutveckla och stärka hälso- och sjukvårdens beredskap och motståndskraft, inklusive försörjningsberedskap. Anslaget får även användas till kostnader för beredskapslager. Anslaget får användas till att stärka den nationella, regionala och internationella katastrofmedicinska beredskapen. Medel inom anslaget får användas för överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Skälen för regeringens förslag

Tabell 3.36 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 1:14 Civilt försvar inom hälso- och sjukvård

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**2 949 500**	**2 949 500**	**2 949 500**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder	-309 500	303 500	303 500
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**2 640 000**	**3 253 000**	**3 253 000**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Utifrån det allvarliga säkerhetspolitiska läget sker en omfattande upprustning av det civila försvaret. Inom hälso- och sjukvårdsområdet genomförs åtgärder i syfte att skyndsamt höja förmågan i det civila försvaret. De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär följande.

I budgetpropositionen för 2026 ökades anslaget med 500 miljoner kronor 2026 för att bl.a. öka driftsäkerheten i hälso- och sjukvården och för kompetenshöjande utbildningar och övningar. Anslaget ökas med 250 miljoner kronor 2027 och beräknas fr.o.m. 2028 öka med ytterligare 250 miljoner kronor per år.

I budgetpropositionen för 2026 ökades anslaget engångsvis med 557 miljoner kronor 2026 med medel för lagerhållning av sjukvårdsprodukter i regionerna. Mot bakgrund av att det av propositionen Hälso- och sjukvårdens beredskap (prop. 2024/25:167, bet. 2025/26:SoU6, rskr. 2025/26:44) framgår att regionerna från den 1 januari 2027 har en lagerhållningsskyldighet för sjukvårdsprodukter utgår statsbidrag från 2027 till regionerna i stället från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, anslag 1:1

Kommunalekonomisk utjämning (se utgiftsområde 25). Anslaget minskas därför med 557 miljoner kronor 2027.

I budgetpropositionen för 2025 beräknades anslaget öka med 363 miljoner kronor per år från och med 2028 för att stärka Sveriges tillverkningsberedskap till hälso- och sjukvårdsprodukter. Anslaget beräknas ökas med 363 miljoner kronor per år fr.o.m. 2028.

Anslaget minskas med 2,5 miljoner kronor fr.o.m. 2027 för att finansiera Inspektionen för vård och omsorgs utökade tillsyn mot bakgrund av förslagen i propositionen Hälso- och sjukvårdens beredskap (prop. 2024/25:167, bet. 2025/26:SoU6, rskr. 2025/26:44). Anslag 1:12 *Inspektionen för vård och omsorg* ökas för detta ändamål.

Regeringen föreslår att 2 640 000 000 kronor anvisas under anslaget 1:14 *Civilt försvar inom hälso- och sjukvården* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 3 253 000 000 kronor respektive 3 253 000 000 kronor.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag

Regeringen bemyndigas att under 2027 för anslaget 1:14 *Civilt försvar inom hälso- och sjukvård* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 5 135 000 000 kronor 2028–2037.

Skälen för regeringens förslag

Regeringen behöver ingå åtaganden för att höja driftsäkerheten på hälso- och sjukvårdens fastigheter och för att säkerställa tillgång till sjukvårdsprodukter som behövs för traumavård och utrustning mot kemiska, biologiska, radiologiska och nukleära hot som bör finnas i lager som staten ansvarar för. Därutöver behöver det finnas möjlighet att ingå åtaganden för att stärka Sveriges tillverkningsberedskap för att säkerställa nödvändig försörjning av bl.a. läkemedel och sjukvårdsmaterial vid en allvarlig säkerhetspolitisk kris och i krig samt att tillskapa förmåga motsvarande beredskapssjukhus hos regionerna.

Mot denna bakgrund bör regeringen bemyndigas att under 2027 för anslaget 1:14 *Civilt försvar inom hälso- och sjukvård* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare kvarvarande åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 5 135 000 000 kronor 2028–2037.

Tabell 3.37 Beställningsbemyndigande för anslaget 1:14 Civilt försvar inom hälso- och sjukvård

Tusental kronor

	Utfall 2025	Prognos 2026	Förslag 2027	Beräknat 2028	Beräknat 2029	Beräknat 2030 – 2037
Ekonomiska åtaganden vid årets början	90 875	87 503	966 503			
Nya ekonomiska åtaganden		898 000	4 490 497			
Utgifter mot anslag till följd av ekonomiska åtaganden	-3 372	-19 000	-322 000	-786 000	-781 000	-3 568 000
Ekonomiska åtaganden vid årets slut	87 503	966 503	5 135 000			
Beslutat/föreslaget bemyndigande	**1 000 000**	**4 309 000**	**5 135 000**			

3.4.15 Övrig verksamhet

Tabell 3.38 Avgiftsfinansierad verksamhet vid Läkemedelsverket

Tusental kronor

Verksamhet	Ack. Resultat tom. år 2025	Resultat år 2026	Verksamhetens intäkter år 2027	Kostnader som ska täckas år 2027	Resultat år 2027	Ack resultat 2027
Verksamheter där intäkterna inte disponeras						
Offentligrättslig verksamhet	-17 977	-2 200	1 600	-3 800	-2 200	-22 377
varav blod, vävnad och cellverksamhet	*-17 977*	*-2 200*	*1 600*	*-3 800*	*-2 200*	*-22 377*
Verksamheter där intäkterna disponeras						
Offentligrättslig verksamhet	226 272	-7 800	1 036 700	-1 072 000	-61 000	157 472
varav tillstånd och tillsyn	*226 272*	*-7 800*	*1 011 000*	*-1 072 000*	*-61 000*	*157 472*
varav kliniska prövningar[1]	-	-	*25 700*	-	-	-

[1] Bestämt ekonomiskt mål, ej full kostnadstäckning.

Läkemedelsverket ansvarar för bl.a. tillstånd, godkännande och kontroll av läkemedel och narkotika. Läkemedelsverket utövar också tillsyn över bl.a. medicintekniska produkter och kosmetiska produkter. Verksamheten finansieras främst genom avgifter, anslag, bidrag och finansiella intäkter. Den största finansieringskällan är avgiftsfinansieringen, som genererade 72 procent av intäkterna 2025. Anslagsintäkterna utgjorde 19 procent, bidrag 8 procent och finansiella intäkter 1 procent. Läkemedelsverkets intäkter uppgick under 2025 till 1 374 miljoner kronor, vilket var en ökning med 35 miljoner kronor från föregående år. Verksamhetens kostnader uppgick till 1 366 miljoner kronor 2025, vilket var 79 miljoner kronor högre än föregående år.

Beredskapsinvesteringar

Regeringens förslag

Regeringen bemyndigas att för 2027 besluta att Folkhälsomyndigheten får ta upp lån i Riksgäldskontoret för beredskapsinvesteringar som inklusive tidigare upplåning uppgår till högst 800 000 000 kronor.

Regeringen bemyndigas att för 2027 besluta att Socialstyrelsen får ta upp lån i Riksgäldskontoret för beredskapsinvesteringar som inklusive tidigare upplåning uppgår till högst 1 500 000 000 kronor.

Skälen för regeringens förslag

Regeringen bedömer att det även fortsättningsvis behövs låneramar för att säkerställa en beredskap och förstärka den nationella förmågan inför fredstida krissituationer och höjd beredskap som medför att sjukvårdsprodukter och annan materiel behöver införskaffas. Det kan t.ex. vara läkemedel för att förhindra utbrott av smittsamma sjukdomar eller medicintekniska produkter. Även utifrån att planeringen för totalförsvaret nu har återupptagits finns ett behov av låneramar för eventuella beredskapsinvesteringar.

Folkhälsomyndigheten behöver utifrån myndighetens ansvarsområde en låneram för att vid behov kunna genomföra beredskapsinvesteringar i syfte att hantera utbrott av smittsamma sjukdomar, t.ex. influensapandemier. Regeringen bör därför bemyndigas att för 2027 besluta att Folkhälsomyndigheten får ta upp lån i Riksgäldskontoret för beredskapsinvesteringar som inklusive tidigare upplåning uppgår högst till 800 000 000 kronor.

Socialstyrelsen behöver utifrån myndighetens ansvarsområde en låneram för att kunna genomföra beredskapsinvesteringar i syfte att hantera allvarliga händelser som kan medföra konsekvenser för hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Regeringen bör därför bemyndigas att för 2027 besluta att Socialstyrelsen får ta upp lån i Riksgäldskontoret för beredskapsinvesteringar som inklusive tidigare upplåning uppgår högst till 1 500 000 000 kronor.

Tabell 3.39 Låneramar för samhällsinvesteringar

Miljoner kronor

Utgifts-område	Myndighet	Beslutade låneramar 2025[1]	Skuld 2025-12-31	Beslutade låneramar 2026[1]	Begärda låneramar 2027	Beräknad amortering 2027	Beräknad nyupplåning 2027
9	Folkhälsomyndigheten	3 000	121	2 000	800	13	40
9	Socialstyrelsen	2 500	385	1 500	1 500	186	252
	Summa	**5 500**	**507**	**3 500**	**2 300**	**199**	**292**

[1] Av riksdagen beslutad låneram exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Investeringsplan för Folkhälsomyndigheten

Regeringens förslag

Investeringsplanen för beredskapsinvesteringar för 2027–2029 godkänns som en riktlinje för Folkhälsomyndighetens investeringar.

Skälen för regeringens förslag

Investeringsplanen omfattar inköp av antivirala läkemedel för att säkerställa tillgången till läkemedel för beredskapsändamål. Anskaffningen under 2025 och 2026 avser primärt vaccin mot sjukdomen covid-19. Jämfört med den investeringsplan som

redovisades i föregående års budgetproposition är investeringarna betydligt lägre, vilket bl.a. beror på ändrade rekommendationer om vaccination.

Tabell 3.40 Investeringsplan för Folkhälsomyndigheten

Miljoner kronor

	Utfall 2025	Prognos 2026	Budget 2027	Beräknat 2028	Beräknat 2029	Summa 2027–2029
Anskaffning och utveckling av nya investeringar	**324**	**285**	**40**	**40**	**10**	**90**
Läkemedel	324	280	40	40	10	90
Immateriella beredskapstillgångar		5				
varav investeringar i anläggningstillgångar	*324*	*285*	*40*	*40*	*10*	*90*
– beredskapstillgångar	*324*	*285*	*40*	*40*	*10*	*90*
Finansiering av anskaffning och utveckling	**324**	**285**	**40**	**40**	**10**	**90**
Låneram för samhällsinvesteringar (lån i Riksgäldskontoret)	324	285	40	40	10	90
Vidmakthållande av befintliga investeringar						
varav investeringar i anläggningstillgångar						
Finansiering vidmakthållande						
Totala utgifter för anskaffning, utveckling och vidmakthållande av investeringar	**324**	**285**	**40**	**40**	**10**	**90**
Totalt varav investeringar i anläggningstillgångar	**324**	**285**	**40**	**40**	**10**	**90**

4 Folkhälsopolitik

4.1 Mål för området

Målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation, dvs. till 2048. Tillsammans med det övergripandet målet för folkhälsopolitiken finns åtta målområden som syftar till att styra och vägleda det samlade folkhälsoarbetet. Målområdena återspeglar hälsans bestämningsfaktorer, dvs. faktorer som påverkar hälsan i befolkningen, och har ett särskilt fokus på att åstadkomma mer jämlika livsvillkor och förutsättningar för hälsa. Exempel på målområden är det tidiga livets villkor, inkomster och försörjningsmöjligheter samt en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård (prop. 2017/18:249, bet. 2017/18:SoU26, rskr. 2017/18:406).

Levnadsvanor är ytterligare ett målområde inom folkhälsopolitiken. Kopplat till det målområdet finns delmålet Ett samhälle som främjar ökad fysisk aktivitet och bra matvanor för alla (prop. 2017/18:249, bet. 2017/18:SoU26, rskr. 2017/18:406). Vidare finns det nationella målet för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken som är ett samhälle fritt från narkotika och dopning och minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol samt tobaks- och nikotinprodukter (prop. 2024/25:1, bet. 2024/25:SoU1, rskr. 2024/25:92) samt målet för samhällets insatser mot spelberoende som är att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145). Området benämns med förkortningen ANDTS (alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel).

4.2 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

För att redovisa resultat och följa utvecklingen av det riksdagsbundna målet för folkhälsopolitiken används följande indikatorer:

– medellivslängd,
– självskattad hälsa,
– förekomst av icke smittsamma sjukdomar,
– förekomst av smittsamma sjukdomar, och
– förekomst av antibiotikaresistenta bakterier och expediering av antibiotika.

Jämfört med tidigare budgetpropositioner ingår redovisningen av andelen som har obesitas i redovisningen av förekomsten av icke-smittsamma sjukdomar, i stället för i redovisningen av delmålet om ett samhälle som främjar ökad fysisk aktivitet och bra matvanor för alla. Genom ändringen hålls rapporteringen av sjukdomsutfall samman vilket förbättrar ändamålsenligheten i redovisningen.

För att redovisa resultat och följa utvecklingen av det riksdagsbundna delmålet om ett samhälle som främjar ökad fysisk aktivitet och bra matvanor för alla används följande indikatorer:

– fysisk aktivitet, och
– konsumtion av frukt och grönsaker.

För att redovisa resultat och följa utvecklingen av det riksdagsbundna målet för alkohol-, narkotika-, dopning- och tobakspolitiken samt det riksdagsbundna målet för samhällets insatser mot spelberoende används följande indikatorer:

– bruk av alkohol,
– bruk av narkotika,
– bruk av dopningsmedel,
– bruk uppdelat på olika tobaks- och nikotinprodukter,
– skadeverkningar uppdelat på olika tobaks- och nikotinprodukter, och
– andel i befolkningen med riskabelt spelande.

De huvudsakliga källorna för uppföljning av de indikatorer som har valts ut för att följa utvecklingen inom folkhälsopolitikens område är rapporter och statistik från bl.a. Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) och Statistikmyndigheten (SCB). Statistiken redovisas, så långt det är möjligt, uppdelat på kön, ålder och socioekonomi (utbildningsnivå). För flera av indikatorerna används uppgifter från Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor som genomförs vartannat år. De senaste uppgifterna är från 2024 och redovisades i vissa delar även i budgetpropositionen för 2026 (prop. 2025/26:1).

4.3 Resultatredovisning

Målet att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation

Medellivslängden i befolkningen har ökat stadigt över tid men skillnader kvarstår

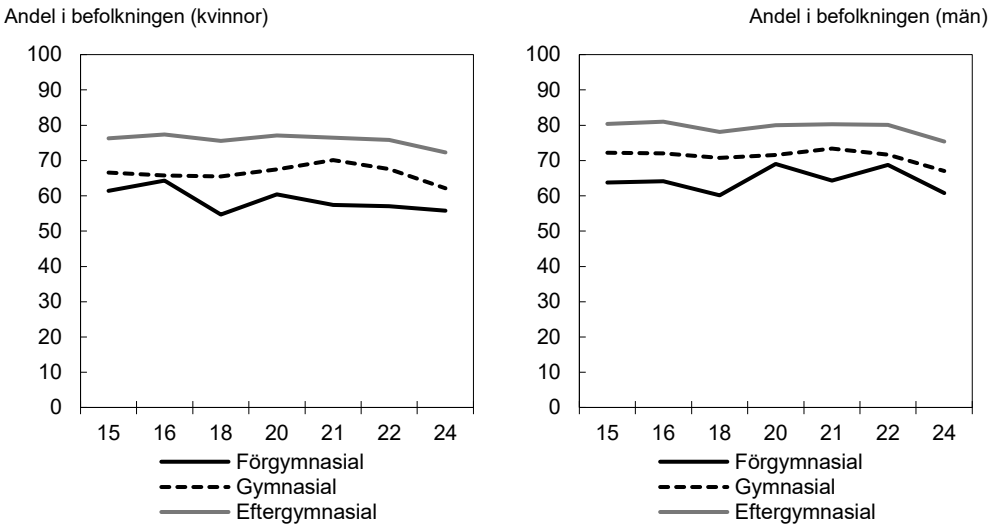
Utvecklingen av medellivslängd speglar hälsotillståndet i befolkningen. Medellivslängden i Sverige under 2025 var 82,5 år för män och 85,6 år kvinnor. Det är en ökning från 2024 då medellivslängden vad 82,3 år för män och 85,4 år för kvinnor och sett över tid fortsätter medellivslängden att öka. Utvecklingen ser dock olika ut i olika socioekonomiska grupper och det finns fortsatt stora skillnader över tid. Som tidigare rapporterats kan en sjunkande medellivslängd noteras bland inrikes födda kvinnor utan gymnasieutbildning. Deras återstående medellivslängd vid 30 års ålder var 51,3 år 2024 vilket är fortsatt lägre än genomsnittet, och under perioden 2014–2024 sjönk deras medellivslängd med 0,2 år. Enligt en rapport från Folkhälsomyndigheten från 2024 kan vissa sociala förändringar, såsom att en minskad andel är gifta eller sammanboende och en ökad andel är ensamboende, ha bidragit till minskningen. Det framgår också att en stor del av denna grupp har de lägsta inkomsterna och att andelen som har sjukpenning eller sjukersättning som största inkomstkälla i åldrarna 50–59 år har ökat.

Fortsatta skillnader i den självskattade hälsan

Av befolkningen i åldrarna 16–84 år uppgav 69 procent att de har en bra eller mycket bra hälsa. Andelen var större bland män än bland kvinnor och även större bland yngre än äldre. Det finns fortsatta skillnader utifrån utbildningsnivå, där personer med förgymnasial utbildning har en betydligt lägre självskattad hälsa än personer med eftergymnasial utbildning. Det finns också skillnader utifrån inkomstnivå där dålig självskattad hälsa är nästan fem gånger så vanligt bland dem i gruppen med lägst inkomst jämfört med dem med högst. Det är också fler personer med funktionsnedsättning som skattar sin hälsa som dålig jämfört med den övriga

befolkningen. Ingen tydlig förändring av skillnaden mellan grupperna har skett över tid.

Diagram 4.1 Andel av befolkningen i åldrarna 25–84 som anger att de har en bra eller mycket bra självskattad hälsa



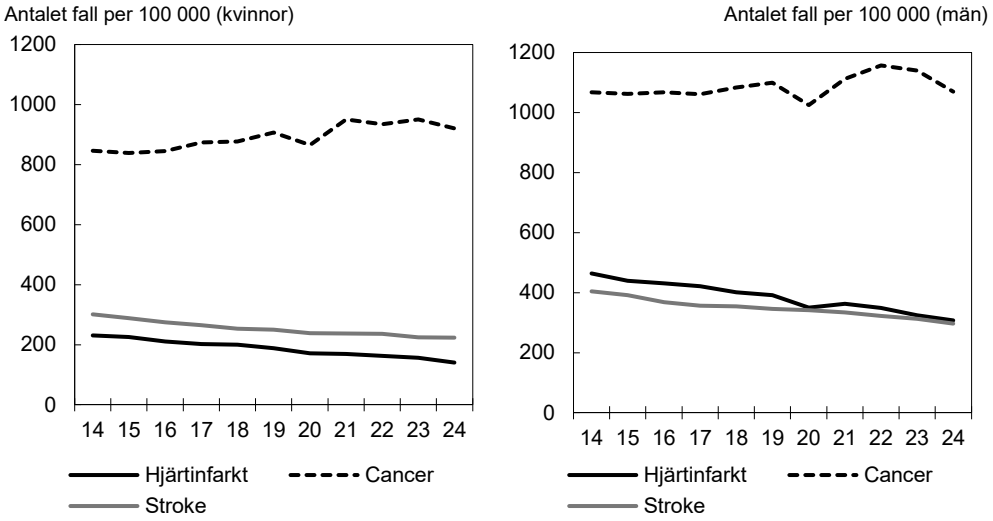
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Icke-smittsamma sjukdomar utgör en stor del av sjukdomsbördan och det finns skillnader mellan grupper

Sjukdomar som hjärt-kärlsjukdom, cancer, diabetes, kroniska lungsjukdomar och psykisk ohälsa i form av depression och ångest står för en stor del av den totala sjukdomsbördan och för omkring 90 procent av alla dödsfall i Sverige. Även obesitas (kraftig övervikt) räknas som en icke-smittsam sjukdom och är samtidigt en central riskfaktor för flera andra sjukdomar. Insjuknandet i stroke och hjärtinfarkt har minskat över tid och fortsätter att minska, både för kvinnor och män. Insjuknandet i cancer har dock ökat. Det beror framför allt på en åldrande befolkning och en förbättrad diagnostik. Den undvikbara dödligheten i cancer, dvs. sådan som kan påverkas genom minskad exponering för riskfaktorer eller genom optimal vård, har sedan 2011 minskat med ca 20 procent för kvinnor och ca 42 procent för män. Sociala och ekonomiska faktorer påverkar risken att insjukna i icke-smittsamma sjukdomar och utvecklingen ser därför olika ut för olika grupper i befolkningen.

Insjuknandet i diabetes typ 2 ökar och under åren 2012–2022 ökade antalet fall per 100 000 från 6 806 till 7 464 (25 år och uppåt). Det finns stora skillnader mellan grupper, i synnerhet utifrån socioekonomi. Utifrån statistik för fyraårsperioden 2019–2022 om antalet personer med diabetes typ 2, efter socioekonomisk områdestyp, kan utläsas att i områden med stora socioekonomiska utmaningar var antalet 10 189 per 100 000 invånare, att jämföra med områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar där antalet med diabetes typ 2 var 3 644 per 100 000 invånare.

Diagram 4.2 Insjuknande i hjärtinfarkt, stroke och cancer per år



Källa: Patientregistret, Cancerregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

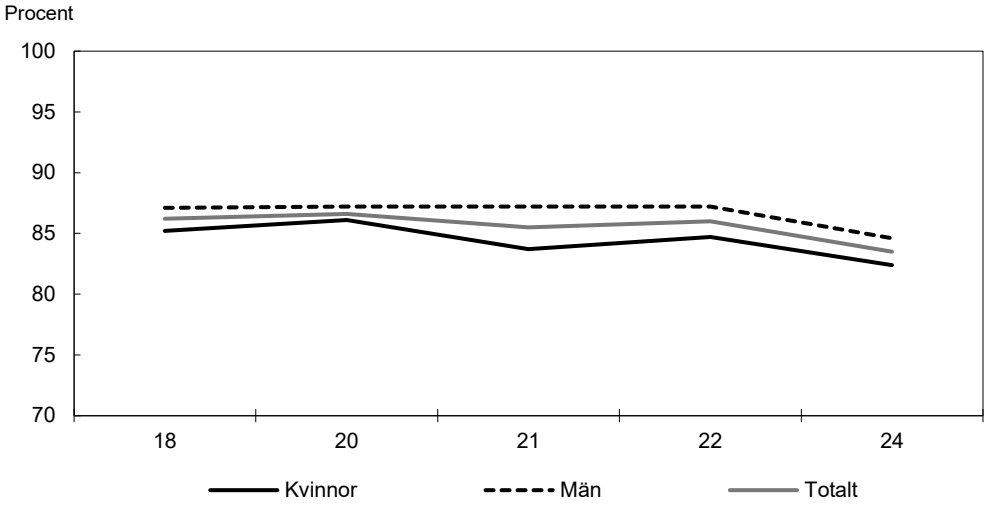
Obesitas ökar i alla åldrar

Andelen med obesitas ökar i befolkningen och bland barn blir det också mer vanligt med både övervikt och obesitas. Under perioden 2014–2024 ökade andelen av befolkningen i åldrarna 16–84 år med obesitas (BMI 30 eller högre) från 13,5 procent till 18,1 procent. Andelen är högre bland män (18,3 procent) än bland kvinnor (17,9 procent). Obesitas ökar även bland unga. Bland unga vuxna mellan 16–29 år hade 10,2 procent en vikt som klassas som obesitas under 2024, att jämföra med 6,1 procent 2014. Från Folkhälsomyndighetens enkätundersökning Skolbarns hälsovanor 2021/22 framkommer att ca 23 procent av barn i åldrarna 6–9 år hade övervikt eller obesitas (15,6 procent övervikt och 7,2 procent obesitas). I samma undersökning framgår att övervikt och obesitas har ökat bland 11–15-åriga skolbarn i Sverige, från 7 till 15 procent, mellan läsåren 1989/1990 och 2021/22. Efter läsåret 2009/10 ses en särskilt kraftig ökning.

En stor andel av befolkningen uppger en god livstillfredsställelse och ett gott psykiskt välbefinnande

En stor andel av befolkningen, barn, unga och vuxna, uppger i nationella befolkningsundersökningar att de är tillfredsställda med livet och har ett gott psykiskt välbefinnande. Bland barn i åldrarna 11, 13 och 15 år fanns en relativt god livstillfredsställelse vid den senaste mätningen i enkätundersökningen Skolbarns hälsovanor 2021/22 och livstillfredsställelsen bland barn och unga har legat på en relativt hög och stabil nivå under hela 2000-talet. Även i den vuxna befolkningen 16 år och äldre finns ett gott psykiskt välbefinnande och vid den senaste mätningen i den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor 2024 uppgav ca 84 procent av de vuxna att de hade det. Det psykiska välbefinnandet bland vuxna har legat på ungefär samma nivå sedan 2018 när frågan började användas i Hälsa på lika villkor, och det gäller både kvinnor och män (se diagram 4.3). Genomgående skattar flickor och kvinnor sin livstillfredställelse och sitt psykiska välbefinnande lägre jämfört med pojkar och män. Det gäller särskilt tonåringar (13- och 15-åringar) och unga vuxna.

Diagram 4.3 Andel kvinnor och män 16–84 år som uppger ett gott psykiskt välbefinnande, 2018–2024



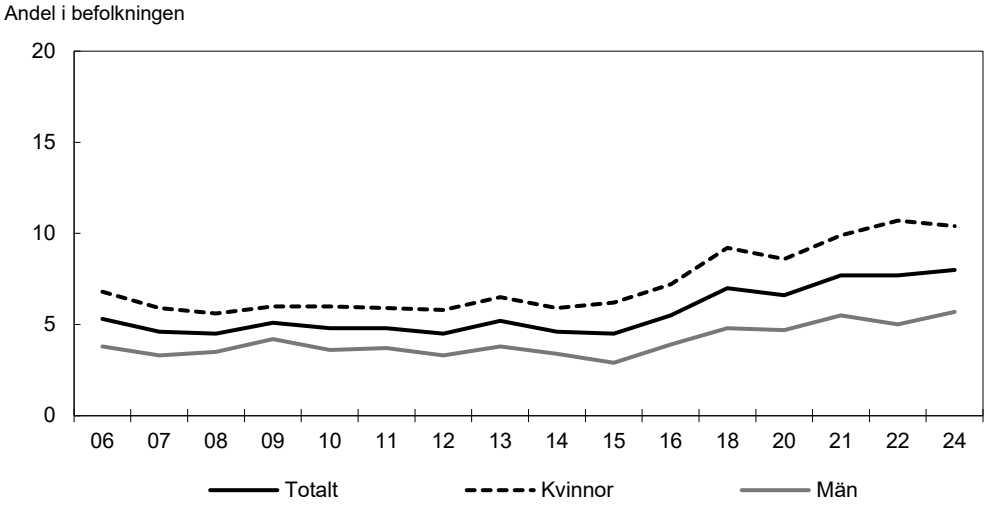
Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Samtidigt som de allra flesta uppger ett gott psykiskt välbefinnande ökar andelen med psykiska besvär och antalet personer som söker och får vård för psykisk ohälsa

Samtidigt som det psykiska välbefinnandet ligger på en förhållandevis hög nivå i befolkningen och har legat stabilt över tid ökar andelen barn, unga och vuxna som i nationella befolkningsundersökningar uppger olika typer av psykiska besvär, såsom ängslan, oro eller ångest. Att uppge psykiska besvär behöver inte indikera att en person uppfyller kriterierna för ett psykiatriskt tillstånd, utan det kan röra sig om besvär som periodvis kan ingå i de flesta människors liv. Under 2000-talet har andelen i befolkningen som uppger att de har lätta eller svåra psykiska besvär ökat oavsett ålder och kön även om ökningen har varit störst bland flickor och kvinnor. Ett framträdande resultat är t.ex. den höga och ökande andel 13- och 15-åriga flickor som i enkätundersökningen Skolbarns hälsovanor uppger att de har psykiska besvär oftare än en gång i veckan eller varje dag. För befolkningen 16 år och äldre har andelen med lätta psykiska besvär ökat med 7 procentenheter mellan 2006 och 2024. Ökningen är något större för kvinnor än för män. Bland kvinnor i åldersgruppen 16–29 år har andelen som uppger svåra besvär av ängslan, oro eller ångest ökat från 9 procent till 24 procent mellan 2006 och 2024 och för män i denna åldersgrupp från 4 procent till 10 procent.

Ökningen av psykiska besvär i befolkningen har skett samtidigt som allt fler söker och får vård för psykisk ohälsa och hämtar ut läkemedel. Denna utveckling som gäller såväl barn och unga som vuxna i olika åldrar. En diagnos som har ökat särskilt är adhd. Ökningen kan ses i alla åldersgrupper från sex år och äldre samt hos båda könen men är högst bland 13–17-åringar, där ca 10 procent av flickorna och knappt 15 procent av pojkarna har en adhd-diagnos eller uttag av adhd-läkemedel. Bland 13–17-åringar ökade prevalensen under perioden 2010–2025 ungefär femfaldigt för flickor och trefaldigt för pojkar (Läkemedelsverket 2025, Uppdrag att öka kunskapen om användningen av adhd-läkemedel med fokus på att främja en jämlik, säker och ändamålsenlig användning, Delredovisning 2).

Diagram 4.4 Andel män och kvinnor 16–84 år som uppger svåra besvär av ängslan, oro eller ångest 2006–2024

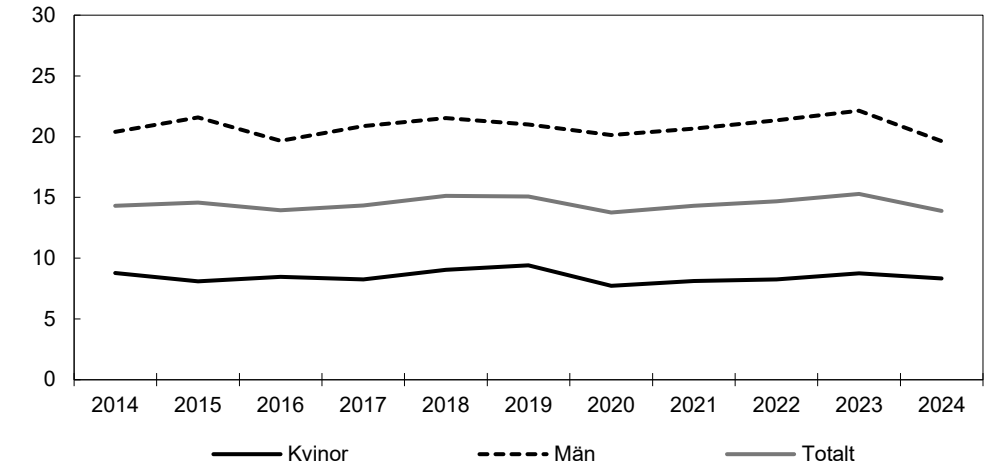


Källa: Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Antalet suicid i befolkningen minskar

Under 2024 avled totalt 1 230 personer av säkert fastställda suicid i Sverige, enligt statistik från dödsorsaksregistret. Av dessa var 859 män och 371 kvinnor. Ytterligare 223 dödsfall registrerades under 2024 där det funnits misstanke om suicid, men där den bakomliggande orsaken till dödsfallet var oklar. Under 2024 var suicidtalet (antal suicid per100 000 invånare) i befolkningen (15 år och äldre) 14. Uppdelat på kön var suicidtalet 19 för män och 8 för kvinnor. Mellan 2014 och 2024 har suicidtalet i befolkningen varit relativt oförändrat. Två tredjedelar av de som avled i suicid 2024 var män och det högsta suicidtalet fanns bland män 85 år eller äldre, vilket är ett mönster som har varit stabilt över tid. I denna grupp var suicidtalet 41 vilket är mer än dubbelt så högt som bland män i övriga åldersgrupper.

Diagram 4.5 Suicidtalet i befolkningen (15 år och äldre), 2014–2025



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Under 1980- och 90-talet skedde en stor minskning av suicidtalen i Sverige, men under 2000-talet har utvecklingen bromsat in. Mellan 2006 och 2024 har suicidtalet i befolkningen 15 år och äldre dock minskat från 16 till 14. Uppdaterade analyser från Folkhälsomyndigheten visar även att den svaga ökning i suicidtalen bland unga vuxna (20–29 år) som noterades under 2006–2020 har mattats av något samt att den ökning av andelen flickor i åldern 10–17 år som vårdats för suicidförsök eller andra själv-

skador, som framför allt noterades under 2020 och 2021, har minskat något efter 2023 (Folkhälsomyndigheten 2025, Psykisk hälsa och suicid i Sverige 2024).

Färre rapporterade fall av flertalet smittsamma sjukdomar

Förekomsten av covid-19 fortsätter att minska

Spridningen av covid-19 följde samma mönster under 2025 som 2024 med högre spridning under hösten jämfört med under våren och antalet fall av sjukdomen var färre under 2025 än tidigare år. Såväl antalet bekräftade fall på äldreboenden, inläggningar inom slutenvård och intensivvård som antalet avlidna var lägre än tidigare år. Folkhälsomyndigheten rekommenderar alltjämt vaccination mot covid-19 för personer med ökad risk för svår sjukdom och död, men rekommendationerna riktade sig under 2025 till mindre omfattande grupper. Rekommendationerna om vaccination mot covid-19 har ändrats för olika åldersgrupper över tid. Bland personer 75 år och äldre vaccinerades ca 73 procent (varav 54 procent kvinnor och 46 procent män) inför och under vintersäsongen 2025/26. För personer i åldersgruppen 65–74 år var motsvarande siffra 27 procent (varav 49 procent kvinnor och 51 procent män).

Sverige har genom Europeiska kommissionen ingått EU-gemensamma vaccinavtal som säkrat tillgången av vaccin mot covid-19 även under 2026. Under 2025 tog Sverige emot drygt 2,6 miljoner doser, varav ca 2,2 miljoner levererades till regionerna. Från den 1 juli 2025 t.o.m. den 30 juni 2026 har ca 1,9 miljoner doser levererats till Sverige. Av dessa har ca 1,7 miljoner doser fördelats till regionerna och totalt ca 1,3 miljoner doser har administrerats, varav ca 610 000 doser till män respektive ca 700 000 doser till kvinnor. Ansvaret för tillgången till vaccin mot covid-19 övergår fr.o.m. 2027 till regionerna.

Antalet rapporterade fall av smittsamma sjukdomar som hiv och klamydia har minskat

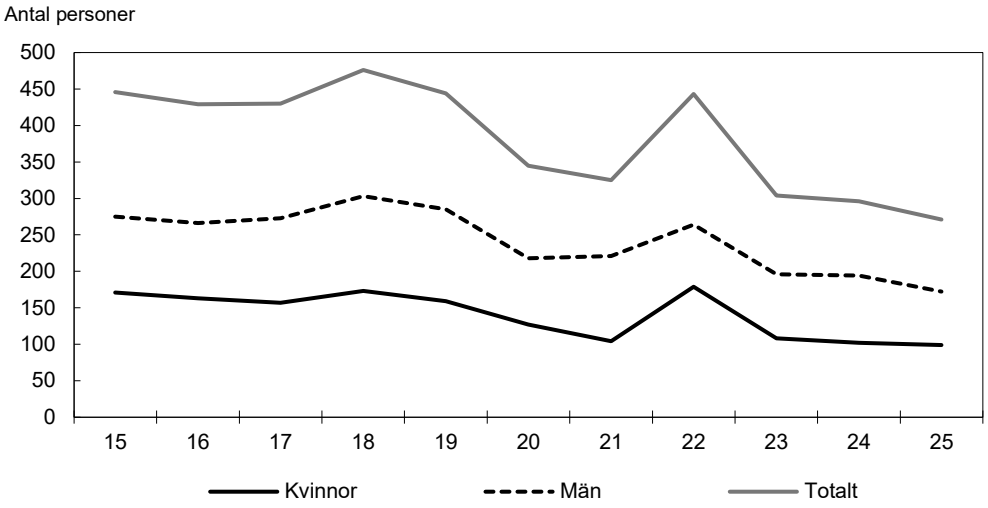
Antalet nya fall av hivinfektion 2025 ligger på den lägsta nivån sedan början av 2000-talet. Antalet rapporterade fall av hiv 2025 var 271, vilket kan jämföras med 296 rapporterade fall 2024. Som för tidigare år har de flesta (77 procent) smittats utomlands och spridningen av hiv inom Sverige är fortsatt mycket begränsad. Av samtliga fall rapporterades flest i åldersgruppen 30–39 år och hivinfektion är fortsatt vanligare bland män (63 procent) än bland kvinnor (37 procent).

Under 2025 rapporterades 444 fall av hepatit B i Sverige, vilket kan jämföras med 553 rapporterade fall 2024. Under de senaste tio åren har antalet fall av hepatit B minskat med två tredjedelar. Även fallen med hepatit C har minskat de senaste tio åren och under 2025 rapporterades 668 fall, vilket är en ytterligare minskning jämfört med 2024 och 2023 då antalet rapporterade fall av hepatit C var 862 respektive 995.

Under 2025 rapporterades 4 268 fall av infektioner med gonorré, vilket är något färre än under 2024 då 4 365 fall rapporterades. De senaste åren har även antalet bakteriestammar som är resistenta mot antibiotika ökat, vilket innebär att den ökade förekomsten av gonorréfall påverkar antibiotikaresistensläget. Antalet rapporterade fall av klamydia minskade under 2025 då 25 081 fall rapporterades, i jämförelse med 26 392 fall under 2024. Minskningen av klamydiafall följer den trend som har setts över en längre tidsperiod. Minskningen under 2025 var särskilt tydlig bland unga kvinnor 15–24 år. Under 2025 rapporterades 432 fall av syfilis, vilket är något fler än under 2024 då 412 fall rapporterades.

Från december 2024 till maj 2025 pågick ett utbrott av mpox i Stockholm. Det föregicks av en längre period med låg smittspridning i Sverige och var den mest omfattande smittspridningen av mpox i Sverige sedan utbrottet 2022–2023. Utbrottet var regionalt begränsat och utgjorde de flesta av fallen som rapporterades under 2025.

Diagram 4.6 Antal nya fall av hiv per år



Källa: Folkhälsomyndigheten, SmiNet.

Fortsatt hög vaccinationstäckning i de nationella vaccinationsprogrammen

Det nationella allmänna vaccinationsprogrammet för barn omfattar vaccination mot elva sjukdomar fram till 2027 då även vaccin mot vattkoppor inkluderas. Liksom föregående år var förekomsten av de flesta sjukdomar som ingår i programmet låg under 2025. Röda hund, polio och difteri cirkulerar inte längre i Sverige. Enstaka fall av stelkramp och ett par mindre kluster av mässling rapporterades under 2025. För kikhosta minskade antalet fall efter den kraftiga ökningen under 2024, och ligger nu på nivåer som motsvarar de före pandemin. RS-virussäsongen 2025–2026 startade i januari och färre fall av RS-virusinfektion rapporterades bland barn under 6 månader jämfört med tidigare säsonger. En bidragande orsak kan vara den förebyggande behandling som sedan hösten 2025 erbjuds alla nyfödda barn samt vissa äldre barn i riskgrupper.

Den generella vaccinationstäckningen var liksom tidigare år hög och de vaccin som används inom de nationella vaccinationsprogrammen har god säkerhet. Det nationella särskilda vaccinationsprogrammet för personer som ingår i riskgrupper inkluderar pneumokockinfektion sedan 2022 och omfattar sedan den 1 maj 2025 även tuberkulos. Åldern för vaccinering mot pneumokocker inom det särskilda vaccinationsprogrammet är sänkt fr.o.m. hösten 2026 från 75 år till 65 år och i samband med detta påbörjas en ikappvaccinationsinsats för att vaccinera alla personer över 65 år som inte fått det nya konjugatvaccinet.

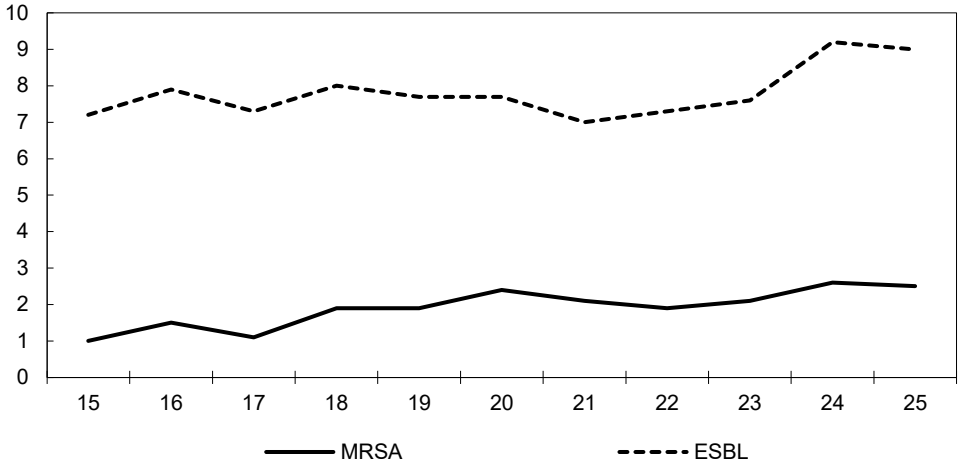
Förskrivning av antibiotika minskar, men utvecklingen av resistenta bakterier oroar

I Sverige bedrivs ett på många sätt framgångsrikt arbete mot antimikrobiell resistens på såväl lokal och regional nivå som nationellt, och som samordnas mellan olika sektorer. Samtidigt påverkas den svenska situationen av en försämrad global situation eftersom antimikrobiell resistens är ett gränsöverskridande problem. En ny sammanställning av data från 2025 indikerar dock att Sverige står inför ett skifte med ökad inhemsk smittspridning i samhället, dvs. att Sverige inte längre klarar att isolera och motverka smittspridning vid importerade fall av antibiotikaresistenta bakterier. För att bromsa utvecklingen av resistens är det viktigt att förebygga infektioner och minska smittspridning inom vården samt att endast använda antibiotika när det är nödvändigt. Detta, tillsammans med säker tillgång till antibiotika, är en av flera avgörande faktorer för en fungerande hälso- och sjukvård.

Sverige har fortsatt låga resistensnivåer, men en fortsatt långsam resistensutveckling ses för samtliga indikatorbakterier angivna i EU:s rådsrekommendation[1]. Ett växande problem i Sverige och hela EU är multiresistenta svampar som drabbar människor. Diagram 4.7 redogör för resistensutvecklingen i Sverige av meticillinresistenta Staphylococcus aureus (MRSA) och betalaktam resistenta Escherichia coli (ESBL), som andel av resistenta bakterier i blododlingar, över tid.

Diagram 4.7 Resistensutveckling av MRSA och E. coli med ESBL från blododling

Procent resistens (%R)

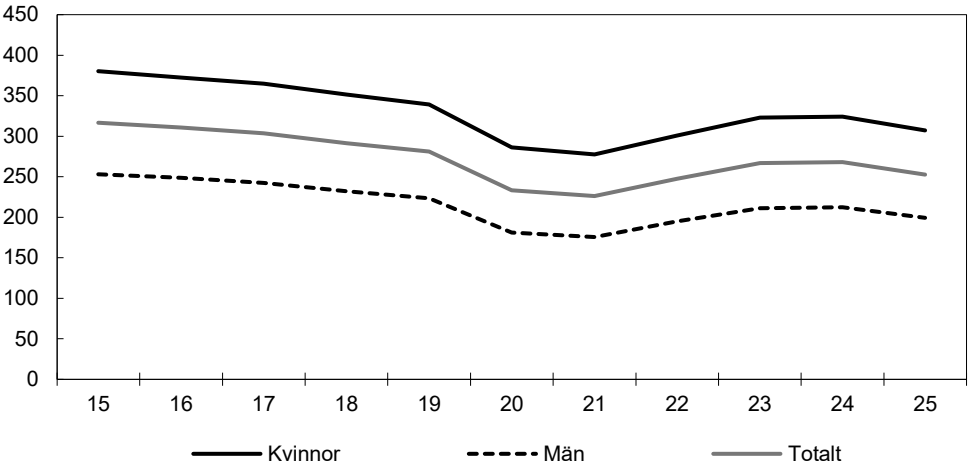


Källa: Folkhälsomyndigheten.

Medvetenheten om vikten av att endast förskriva antibiotika vid bakterieinfektioner och inte vid virus är god inom sjukvården. Sverige närmar sig den nationella målsättningen om högst 250 recept per 1 000 invånare. Under 2025 minskade antalet utskrivna recept på antibiotika till ca 256 per 1 000 invånare. För 2024 var motsvarande siffra 271 och för 2019 var den 286. Det förekommer dock regionala skillnader i förskrivningen av antibiotika. Antibiotikaanvändningen är högre bland kvinnor än bland män, vilket bl.a. beror på olika typer av sjuklighet mellan könen.

Diagram 4.8 Antal expedieringar av antibiotika per år

Antal per 1 000 invånare



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

[1] Council recommendation on stepping up EU actions to combat antimicrobial resistance in a One Health approach, 2023.

Mellan 2017 och 2024 minskade antibiotikaförskrivning inom tandvården med 15 procent, enligt en redovisning från Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (S2025/01237). Förskrivningen av tandläkare är högst bland patienter 60–84 år och högre för patienter i områden med stora socioekonomiska utmaningar. Det finns även stora regionala skillnader. Patienter bosatta i storstäder fick antibiotika förskrivet av tandläkare i högre utsträckning än patienter bosatta i en landsbygdskommun. Kvinnor har 17 procent större sannolikhet att få antibiotika förskrivet vid tandvårdsbesök än män, vilket inte kan förklaras med olikheter i tandinfektioner. Det är 46 procent högre sannolikhet att få antibiotika förskrivet hos små vårdgivare jämfört med hos en tandvårdskedja och 16–21 procent högre sannolikhet hos medelstora till stora vårdgivare.

Centrala statliga åtgärder som vidtagits för att påverka måluppfyllelsen inom folkhälsoområdet

Folkhälsomyndighetens pådrivande och stödjande arbete har utvecklats och blivit mer målgruppsanpassat

En viktig förutsättning för ett effektivt folkhälsoarbete är ett ändamålsenligt och målgruppsanpassat nationellt stöd som skapar förutsättningar för folkhälsopolitikens genomslag i bl.a. kommuner och regioner och befolkningen i stort. Under 2025 och 2026 har Folkhälsomyndigheten fortsatt att utveckla sin stödjande och pådrivande roll inom folkhälsopolitiken (S2026/00308). Myndigheten har bl.a. genomfört insatser för att stärka arbetet för ett konkret och nära stöd för ett kunskapsbaserat folkhälsoarbete på lokal, regional och nationell nivå samt bidragit till att det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet finns med i flera sektorer, bl.a. inom samhällsplanering, skola och utbildning.

Flera insatser har bidragit till att stärka barnhälsovården

Socialstyrelsens arbete för att stödja och stimulera barnhälsovårdens förebyggande arbete med hembesöksprogram (S2023/01608) har fortsatt under 2025 och 2026. Genom satsningen fördelas medel till regioner för att i samverkan med kommuner genomföra utökade hembesöksprogram inom områden där utanförskapet är stort. Som en del i det långsiktiga arbetet med att säkerställa rätten till en god och jämlik hälsa och utveckling hos små barn har Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten fått i uppdrag att kartlägga nyttjandegraden inom barnhälsovården (S2026/00147). Syftet med uppdraget är att skapa förutsättningar för en god och jämlik hälsa, med fokus på förutsättningarna i områden där utanförskapet är stort, bl.a. genom att lämna förslag på hur nyttjandegraden i barnhälsovården kan stärkas.

Ett nationellt hälsoprogram har lanserats

I augusti 2026 presenterades ett nationellt hälsoprogram för barn och unga. Programmet syftar till att främja barns och ungas hälsa och utveckling samt förebygga ohälsa i befolkningen. Programmet riktar sig till professioner, allmänheten, vårdnadshavare och till barn och unga. Programmet bidrar till en sammanhållen och likvärdig hälsouppföljning för målgruppen.

Ett system för obligatorisk screening av barns kunskaper i svenska språket har utretts

Att ge varje barn grundläggande förutsättningar att utveckla kognitiva, emotionella, sociala och fysiska förmågor är viktigt för att bidra till en god och jämlik hälsa över hela livsförloppet. En betydelsefull del i detta är barnets kunskaper i svenska språket, vilket ger barnet förmågan att kommunicera, lära sig saker och skapa relationer i det svenska samhället. I februari 2026 gav regeringen en utredare i uppdrag att bistå Socialdepartementet i arbetet med att ta fram förslag på hur ett system för obligatorisk screening av barns kunskaper i svenska språket kan utformas och genomföras inom

barnhälsovårdens verksamhet eller vid behov genom samverkan med annan lämplig aktör. Uppdraget redovisades den 24 augusti 2026 i promemorian Identifiering av barn i behov av stöd för att utveckla sina färdigheter i svenska språket (Ds 2026:17). Regeringskansliet bereder förslagen.

Arbetet med att främja goda sömnvanor bland barn och unga har utvecklats

Allt fler barn och unga i Sverige har svårt att sova, vilket kan påverka deras hälsa negativt. Det finns forskning som visar att sömnbrist kan kopplas till psykisk ohälsa, skolstress, övervikt och ökad risk för depression och suicidalitet. Folkhälsomyndigheten har tagit fram vägledningar och rekommendationer för att främja goda sömnvanor hos barn och unga (S2025/01326). De generella vägledningarna ger förslag på rutiner, miljöer och aktiviteter som främjar en god sömn bland alla barn, ungdomar och unga vuxna. I de åldersanpassade vägledningarna och rekommendationerna presenteras rekommendationer om antal timmars sömn per dygn, tillsammans med mer specifika förslag för att främja goda sömnvanor för olika åldrar.

Ungdomsmottagningarnas arbete med unga och unga vuxna har stöttats

Ungdomsmottagningarna är en viktig arena för att främja hälsa och förebygga ohälsa bland unga och unga vuxna. Flera kartläggningar och rapporter över tid har pekat på att det finns behov av att tydliggöra ungdomsmottagningarnas uppdrag och att utveckla uppföljning och samverkan med andra aktörer. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har konstaterat att det saknas en nationell definition av vilken vård och vilket stöd en ungdomsmottagning bör erbjuda och tillgången till ungdomsmottagningarna varierar över landet. Unga riskerar därmed att ha olika möjligheter att ta del av råd, stöd och vård beroende på bostadsort och lokal organisering (Utveckling av ungdomsmottagningarnas arbete Slutredovisning S2025/01846). Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att fram ett kunskapsstöd i form av ett nationellt basprogram för ungdomsmottagningar för att stärka och utveckla ungdomsmottagningarnas arbete med ungas fysiska och psykiska hälsa samt sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter. Syftet med basprogrammet är att ge kommuner och regioner ett tydligt stöd för hur ungdomsmottagningarnas verksamhet och insatser kan formaliseras och utvecklas samt skapa förutsättningar för en likvärdig och jämlik tillgång till ungdomsmottagningar i hela landet. Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2028 (S2026/01469).

Insatser för att skydda barns och ungas hälsa och välmående i den digitala miljön har fortsatt

Under 2025 har Folkhälsomyndigheten bedrivit en omfattande kommunikationsinsats för att stödja säker och balanserad skärmanvändning bland barn och unga, med utgångspunkt i den kunskapssammanställning och de rekommendationer och vägledningar som myndigheten på uppdrag av regeringen sedan tidigare tagit fram på området. Arbetet har bedrivits inom ramen för uppdraget om digital medieanvändning bland barn och unga (S2023/01669), som slutredovisades i december 2025. Av redovisningen framgår att 9 av 10 föräldrar känner till Folkhälsomyndighetens rekommendationer om en säker och balanserad skärmanvändning, och att rekommendationerna har varit till hjälp för föräldrar som velat förklara för barnen varför skärmtid behöver begränsas. Rekommendationerna har också bidragit till att starta diskussioner i hemmet, skolan och samhället i stort. I sammanhanget kan också konstateras att av Mediemyndighetens rapport Ungar och medier 2025 framgår att barns och ungas sammanlagda skärmtid för första gången har gått ner, framför allt i åldersgruppen 9–12 år. Mediemyndigheten beskriver att Folkhälsomyndighetens rekommendationer kan vara en bidragande faktor till utvecklingen.

Under 2025 och 2026 har Folkhälsomyndigheten även haft i uppdrag av regeringen att sammanställa kunskap om vuxnas digitala medievanor och dess påverkan på barns och ungas hälsa (S2025/01445). Uppdraget redovisades i juni 2026. Av redovisningen framgår att föräldrars skärmanvändning kan påverka kontakten med barnet negativt, När en förälder är upptagen med sin mobiltelefon samtidigt som den umgås med ett barn, s.k. phubbing, kan det leda till fler negativa känsloyttringar hos barnet som gråt och skrik och färre positiva känsloyttringar som leenden och skratt. Mot bakgrund av den insamlade kunskapen har Folkhälsomyndigheten tagit fram rekommendationer och vägledning till föräldrar för egen skärmanvändning när de är tillsammans med sina barn.

Regeringen gav i oktober 2025 en särskild utredare i uppdrag att bl.a. analysera förutsättningarna för att införa en åldersgräns för barns användning av sociala medier (dir. 2025:91). Utredaren delredovisade uppdraget den 2 juni 2026 i delbetänkandet En åldersgräns för barns tillgång till sociala medier (SOU 2026:35). Av delbetänkandet framgår förslag på en ny lag som innehåller en åldersgräns för barns tillgång till onlineplattformar. Åldersgränsen föreslås sättas till det år barnet fyller 15 år. Delbetänkandet bereds nu i Regeringskansliet.

Fortsatta insatser som bidrar till arbetet med att motverka och förebygga ensamhet har vidtagits

Ensamhet är ett folkhälso- och samhällsproblem som kan leda till såväl psykisk som fysisk ohälsa och medföra såväl mänskligt lidande som betydande belastning på vårdens resurser. Arbetet med att motverka och förebygga ensamhet har fortsatt. Folkhälsomyndigheten genomförde bl.a. en uppmärksamhetsdag den 5 juni 2026, i syfte att öka medvetenheten om ensamhet som en samhälls- och folkhälsoutmaning, och att visa hur hela samhället kan bidra till att minska ensamhet och stärka gemenskap. Därtill har Folkhälsomyndigheten haft i uppdrag att fördela medel till civila samhället för att förebygga och motverka ensamhet samt synliggöra och stärka arbetet med ensamhet. Av myndighetens slutredovisning av uppdraget framgår att det inkommit 30 ansökningar och att 49 miljoner kronor har fördelats till 90 olika civilsamhällesaktörer för att främja gemenskap och förebygga ensamhet genom en rad olika insatser, bl.a. sociala och kulturella aktiviteter och hälsofrämjande åtgärder. Myndigheten konstaterar att insatserna har bidragit till positiva förändringar för deltagarna såsom ökad gemenskap, nya vänskaper, stärkt självkänsla och förbättrad psykisk hälsa (S2026/01200). Folkhälsomyndigheten har även fått ett nytt uppdrag att genomföra och samordna insatser för att bidra till arbetet med att förebygga och motverka ensamhet med utgångpunkt i den nationella strategin mot ensamhet (S2025/02147). Därtill har Socialstyrelsen fått fortsatt uppdrag att stärka kommunernas arbete med att motverka ensamhet bland äldre genom hälsosamtal, inbegripet att ta fram ett kunskapsstöd för hur kommunerna kan arbeta med hälsosamtalen (S2025/02147). Inom ramen för uppdraget ska Socialstyrelsen bistå Folkhälsomyndigheten i arbetet mot ensamhet och i de insatser som Folkhälsomyndigheten genomför inom ramen för den nationella strategin mot ensamhet.

Tandvårdens möjligheter att bidra i arbetet med att förebygga och identifiera medicinska sjukdomar och ohälsotillstånd har förtydligats

Tandvården kan stödja hälso- och sjukvården i arbetet med att förebygga och identifiera medicinska sjukdomar och ohälsotillstånd. I december 2025 gav regeringen Statens beredning för medicinsk och social utvärdering i uppdrag att sammanställa kunskap om metoder inom tandvården för att på ett rutinmässigt sätt förebygga och identifiera medicinska sjukdomar och ohälsotillstånd hos tandvårdspatienter (S2025/02147). I uppdraget ingår även att sammanställa vetenskapligt underlag för de

organisatoriska strukturerna och faktorerna som kan bidra till en stärkt samverkan mellan tandvården, hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Flera insatser har även vidtagits under 2025 för att se till så att tandvårdens högkostnadsskydd kan förstärkas för att mer efterlikna det som finns för övrig vård och där äldre personer med sämre munhälsa prioriteras, se avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik.

Förutsättningarna för en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård har förbättrats

En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård är ett av folkhälsopolitikens åtta målområden. Under 2025 och 2026 har flera insatser vidtagits för att stärka förutsättningarna för en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård, se avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik.

Arbetet för förbättrad psykisk hälsa och suicidprevention har fortsatt

Psykisk ohälsa och suicid är en av de största folkhälsoutmaningarna både i Sverige och internationellt. Under 2025 och 2026 har arbetet för ökad psykisk hälsa och suicidprevention fortsatt och ett stort antal initiativ har genomförts för att utveckla arbetet i enlighet med skrivelsen Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention (skr. 2024/25:77).

För att säkerställa ett brett genomförande av den nationella strategin har 27 myndigheter fått i uppdrag att samordna, stödja och följa upp genomförandet (S2025/00016 och Fö2025/01007). Av Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens första delredovisning av uppdraget från december 2025 framgår att arbetet har lett till att myndigheterna har etablerat en stabil grund för strategins genomförande, implementering och uppföljning samtidigt som det myndighetsgemensamma arbetet har formaliserats, bl.a. genom en myndighetsgemensam handlingsplan med över 100 aktiviteter för perioden 2026–2028 (S2025/00016).

För att också stödja genomförandet av den nationella strategin i kommuner och regioner har staten för 2025 respektive 2026 ingått överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner om strategiska insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention (S2025/00159 och S2025/02060). Enligt Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens uppföljning av statsbidraget för 2025 framgår att bidraget bl.a. har skapat förutsättningar för kommuner och regioner att genomföra och implementera den nationella strategin och bidragit till att utveckla det förebyggande och främjande arbetet med fokus på barn och unga (S2020/01044).

För att utveckla det främjande och förebyggande arbetet, i enlighet med inriktningen i den nationella strategin, har insatser även genomförts under 2025 och 2026 för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa i olika grupper i befolkningen där den psykiska ohälsan är särskilt utbredd. Som ett led i detta arbete har Folkhälsomyndigheten fått i uppdrag att ta fram vägledning och rekommendationer för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa bland äldre personer (S2025/02147) samt ett uppdrag att genomföra insatser för att utveckla arbetet med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicid bland unga vuxna 18–29 år (S2025/02147). Vidare har Folkhälsomyndigheten fått i uppdrag att genomföra insatser för att stärka och utveckla arbetet med studenters psykiska hälsa (S2025/01450). Riktade medel har även fördelats till lärosätena för att främja studenters psykiska hälsa genom studenthälsovården (U2025/02412).

I maj 2024 gav regeringen Läkemedelsverket i uppdrag att öka kunskapen hos berörda aktörer om adhd och om användningen av adhd-läkemedel i Sverige (S2024/01051). I delredovisningen av uppdraget från juni 2026 lämnade Läkemedelsverket bl.a. förslag på en dispensbaserad försöksverksamhet för utökad förskrivningsrätt av centralstimulerande läkemedel till vuxna patienter med adhd. Genom en ändring av

uppdraget gav regeringen därför Läkemedelsverket i uppdrag att även utreda förutsättningarna för en sådan försöksverksamhet. Den delen av uppdraget ska redovisas senast den 15 december 2026.

Insatser har också genomförts för att utveckla kunskapen om psykisk ohälsa och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar inom idrottsrörelsen och friluftslivet samt hos ledare som möter barn och unga inom idrotten och det civila samhället. Vidare har insatser genomförts för att utveckla och stärka undervisningen om psykisk hälsa inom ramen för kurs- och ämnesplanerna i bl.a. ämnet idrott och hälsa och ämnet biologi (U2025/01545).

Under 2025 och 2026 har arbetet med att stärka det civila samhällets organisationer som en viktig aktör i arbetet med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicidalitet fortsatt. Som exempel på insatser kan nämnas att regeringen gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att under 2025 och 2026 fördela 150 miljoner kronor per år till det civila samhällets organisationer för ändamålet. Av Folkhälsomyndighetens redovisning av statsbidraget för verksamhetsåret 2024 framgår att organisationerna spelar en central roll i arbetet med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicid på samhällsnivå och att bidragen stärker och kompletterar offentliga insatser (S2025/01605).

Under 2025 och 2026 har arbetet för att förebygga suicid stärkts. Regeringen beslutade den 12 mars 2026 propositionen En nationell utredningsfunktion för att förebygga suicid (prop. 2025/26:190). I propositionen föreslår regeringen en ny lag om utredningar för att förebygga suicid. Den nya lagen, som trädde i kraft den 2 juli 2026, innebär att en utredning alltid ska genomföras när ett barn har avlidit i suicid. Utredningar får också genomföras vid suicid bland vuxna eller vid oklart dödssätt om utredningen bedöms kunna förebygga suicid. Folkhälsomyndigheten, som är utredningsmyndighet, ska utifrån utredningarna ta fram och tillgängliggöra underlag som syftar till att förebygga suicid samt återföra lärdomar från utredningsverksamheten.

På hälso- och sjukvårdsområdet har regeringen under 2025 och 2026 genomfört ett antal åtgärder. Det handlar bl.a. om insatser för att stödja regionerna i arbetet med att utveckla primärvårdens arbete med psykisk ohälsa, stärka den prehospitala vården för personer med psykisk ohälsa eller suicidalitet, utveckla den specialiserade psykiatriska vården för vuxna, öka tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatrin och förbättra ätstörningsvården, se avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik.

Tillkännagivande om vissa anrop till nödnummer 112

Riksdagen har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om en nationell enhetlig hantering av inkommande samtal till nödnumret 112 som rör hot om suicid (bet. 2021/22:SoU23 punkt 1, rskr. 2021/22:242).

Kommunerna ansvarar för kommunal räddningstjänst. Det av staten och Sveriges Kommuner och Regioner ägda bolaget SOS Alarm Sverige AB ansvarar för att besvara nödnummer 112. SOS Alarm vidareförmedlar informationen till berört hjälporgan som avgör vilken åtgärd som är lämplig. SOS Alarm har inte någon självständig rätt att bestämma över hjälporganens resurser. Det är kommunerna och regionerna som avgör hur 112-anrop ska hanteras.

Regeringen har vidtagit flera åtgärder inom området psykisk hälsa och suicidprevention som syftar till en mer enhetlig hantering av 112-samtal som rör suicidhot. Regeringen har under 2025 och 2026 ingått årliga överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner om strategiska insatser inom området (S2025/00159 och S2025/02060). Inom ramen för överenskommelserna har medel

årligen fördelats till kommuner och regioner för att stärka det suicidpreventiva arbetet. Kommuner och regioner ska för att få ta del av medlen genomföra insatser som bidrar till gemensamma arbetssätt i samband med larm om akuta suicidala händelser. Vidare gav regeringen i januari 2026 Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra nationella utvecklingsinsatser för att stärka den specialiserade psykiatriska vården för vuxna (S2026/00095). I uppdraget ingår att genomföra insatser för att stärka och utveckla samordningen av och samverkan mellan blåljusorganisationer vad gäller hantering av ärenden föranledda av nödsamtal till 112 samt andra akuta larm om psykisk ohälsa och suicidalitet. Socialstyrelsen ska bl.a. ta fram kunskapsstöd eller rekommendationer för införande, förvaltning och uppföljning av sådana gemensamma arbetssätt.

Regeringens åtgärder för att stärka samordningen och samverkan mellan blåljusorganisationer vid hantering av 112-samtal som rör suicidhot bedöms leda till en mer enhetlig hantering av sådana larm. Regeringen anser därmed att tillkännagivandet är tillgodosett och slutbehandlat.

Steg har tagits för att förbättra vården för personer med skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd

I april 2026 beslutades propositionen En mer sammanhållen vård för personer med skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd (prop. 2025/26:251). De föreslagna lagändringarna ska göra en mer enhetlig och sammanhållen vård möjlig för personer med skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska tillstånd. Förslagen innebär bl.a. en ny lag om samordnad vård- och stödverksamhet, förtydliganden i lag av regionens ansvar för samordning av vården vid skadligt bruk och eller beroende och psykiatriska tillstånd och regioners ansvar för vård av personer som tagits emot i annat hem än det egna.

För att stödja införandet av reformen och förslagen beslutade regeringen den 26 februari i år om ett uppdrag till Socialstyrelsen att stödja reformen om en mer sammanhållen vård för personer med skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd (S2026/00382). Myndigheten ska bl.a. ta fram kunskapsstöd som, med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård, beskriver vilka insatser vid skadligt bruk och beroende som fortsättningsvis bör definieras som behandling respektive stöd.

Stärkt beredskap inför framtida pandemier

Vaccination mot covid-19 spelar en avgörande roll för att förebygga allvarlig sjukdom och dödsfall bland riskgrupper samt avlasta hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Det fortsatta arbetet med vaccinationer mot covid-19 under 2025 har medfört att Sverige fortsatt haft goda förutsättningar att begränsa allvarlig sjukdom och död till följd av covid-19.

Coronakommissionen, som hade i uppdrag att utvärdera de åtgärder som vidtagits för att begränsa spridningen av covid-19-pandemin i Sverige, föreslog i sina tre betänkanden (SOU 2020:80, SOU 2021:89 och SOU 2022:10) en rad åtgärder för att förbättra beredskapen inför framtida pandemier och andra hälso- och samhällskriser. Regeringen har initierat och genomfört ett stort antal åtgärder i linje med Corona-kommissionens slutsatser och förslag. Ett centralt beslut var att tillsätta Utredningen för stärkt framtida smittskydd (S 2023:08) som lämnade delbetänkandet Stärkt pandemiberedskap (SOU 2025:48) i april 2025 med förslag om en ny lag, ändringar i smittskyddslagstiftningen samt underlag till en nationell strategi för pandemihantering. Baserat på utredningens förslag beslutade regeringen i augusti 2026 lagrådsremissen Stärkt pandemiberedskap (S2026/01607), i vilken regeringen föreslår en ny lag om särskilda begränsningar för att förhindra smittspridning samt ändringar i smittskydds-lagen (2004:168) för att göra den mer flexibel. I lagrådsremissen finns även förslag

från betänkandet Några smittskyddsfrågor inom socialtjänsten och socialförsäkringen (SOU 2023:56) om införande av en ny extraordinär smittskyddsåtgärd i smittskyddslagen. Vidare beslutade regeringen i maj 2025 propositionen Hälso- och sjukvårdens beredskap (prop. 2024/25:167) med förslag som tydliggör vilka skyldigheter regioner och kommuner har under fredstida krissituationer, höjd beredskap och katastrofstillstånd. Förslagen trädde i kraft den 1 januari 2026 med undantag för lagerhållningsskyldighet för sjukvårdsprodukter som gäller från den 1 januari 2027. I december 2025 beslutade riksdagen även att anta regeringens proposition Stärkt konstitutionell beredskap (prop. 2024/25:155, bet. 2025/26:KU8, rskr. 2025/26:79). Förslaget innebär ändringar i regeringsformen som stärker den konstitutionella beredskapen. Förslagen innebär också att Sverige ska kunna styras på ett demokratiskt, effektivt och rättsenligt sätt även i krig och andra svåra kriser.

Flera utredningar har tillsatts som tar fram förslag kring sjukvårdens datainfrastruktur och datatillgång (bl.a. S 2022:04, S 2022:10, S 2023:02 och S 2023:14), vilket är avgörande för en effektiv hälso- och sjukvård och ett effektivt beslutsfattande vid pandemier. I och med ändringar i förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten har myndighetens uppgifter kring kommunikation med allmänheten förtydligats och möjligheterna att agera utifrån beprövad erfarenhet stärkts. Myndighetens resurser för beredskap och övervakning av luftvägsvirus har stärkts. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har redovisat uppdraget att utveckla en process för snabba kunskapsöversikter på hälso- och sjukvårdsområdet i en krissituation (S2024/02156), vilket är en del av SBU:s arbete med förstärkt beredskap. Vidare har regeringen gett en rad myndigheter i uppdrag att säkerställa proaktivitet och handlingskraft vid fredstida krissituationer eller vid krig och krigsfara. Slutligen har den nationella krisledningen stärkts, bl.a. genom att en nationell säkerhetsrådgivare tillsatts och krishanteringskansliet flyttats till Statsrådsberedningen.

Äldre personers hälsa stärks genom vaccinationsinsatser

Riksdagen har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om avgiftsfritt pneumokockvaccin för vissa grupper (bet. 2020/21:SoU11, rskr. 2020/21:81). Av tillkännagivandet följer att regeringen snarast ska vidta åtgärder så att samtliga regioner kan erbjuda personer som är 75 år och äldre samt personer i medicinska riskgrupper avgiftsfri vaccination mot pneumokocker (bet. 2020/21:SoU11 s. 8).

Regeringen beslutade i budgetpropositionen för 2022 (prop. 2021/22:1) att införa ett nationellt vaccinationsprogram mot pneumokockinfektioner för personer det år de fyller 75 år samt för medicinska riskgrupper. Regeringen beslutade i Vårändringsbudget för 2026 (prop. 2025/26:99) att avsätta medel för att sänka åldern för personer som ska erbjudas vaccination mot pneumokockinfektion från 75 till 65 år i det nationella särskilda vaccinationsprogrammet samt genomföra en ikappvaccination enligt Folkhälsomyndighetens senaste rekommendationer för personer över 65 år. Folkhälsomyndigheten meddelade i juni 2026 Föreskrifter om ändring i Folkhälsomyndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:55) om vaccination i enlighet med det särskilda vaccinationsprogrammet för personer som ingår i riskgrupper (HSLF-FS 2026:29). Föreskrifterna trädde i kraft den 1 september 2026 och innebär bl.a. att åldern i programmet ändras från 75 år till 65 år. I juni 2026 slöt regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) en överenskommelse om ikappvaccination mot pneumokocker för att erbjuda alla ovaccinerade över 65 år kostnadsfri vaccination mot pneumokockinfektion (S2026/01259). Regeringen anser därmed att tillkännagivandet är tillgodosett och slutbehandlat.

Riksdagen har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om vaccinationsprogram för äldre (bet. 2021/22:SoU16 punkt 9, rskr 2021/22:313). Av

tillkännagivandet följer att regeringen bör ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att ta fram ett underlag till ett nationellt vaccinationsprogram för äldre personer som omfattar såväl pneumokockvaccination som vaccination mot andra sjukdomar samt att myndigheten i underlaget bör lämna förslag på vilka vaccinationer som ska ingå i vaccinationsprogrammet samt vilken åldersgrupp som omfattas av det (bet. 2020/22:SoU16 s. 29). Regeringen gav den 6 juli 2026 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering i uppdrag att sammanställa och beskriva det aktuella kunskapsläget avseende kombinationsvacciner mot luftvägsvirus, influensavacciner som framställs på olika sätt samt s.k. förstärkta influensavacciner, med fokus på vacciner för personer som är 65 år eller äldre (S2026/01345). Regeringen har även gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att ta fram ett samlat kunskapsunderlag och genomföra kommunikationsinsatser om rekommenderade vaccinationer till personer som är 65 år eller äldre. I uppdraget ingår även att redovisa vilka vaccinationer som bör omfattas av nationella vaccinationsprogram riktat till personer som är 65 år eller äldre (S2026/01318). Uppdragen ska slutredovisas senast den 1 april respektive den 1 december 2027. Regeringen har även gett en särskild utredare i uppdrag att analysera och föreslå hur statens ansvar för läkemedel och vaccin ska utökas, stärkas och organiseras (dir. 2026:23). Utredningen har i uppdrag att ta fram lagförslag som fastslår bedömningskriterier för införandet av vaccinationsprogram inom ramen för ett utökat och statligt ansvar för läkemedel och vaccin. Syftet är att utredningens arbete, tillsammans med uppdraget till SBU och uppdraget till Folkhälsomyndigheten, ska möjliggöra införandet av ett framtida vaccinationsprogram för äldre personer. Med hänsyn till de vidtagna och redovisade åtgärderna anser regeringen att tillkännagivandet är tillgodosett och slutbehandlat.

En tydlig och uppföljningsbar strategi mot antimikrobiell resistens ger grund för beteendeförändringar i Sverige och globalt

Regeringen har under året beslutat en tioårig strategi (2026–2035) för Sveriges arbete mot antimikrobiell resistens (S2025/01940). Strategin är tvärsektoriell och innehåller 17 övergripande mål och 10 olika målområden som beskriver de sektorer och åtgärder som behovs för att säkra tillgång till effektiv behandling även i framtiden. Folkhälsomyndigheten och Statens jordbruksverk har fått i uppdrag att ansvara för nationell samverkan i arbetet mot antimikrobiell resistens samt att samordna arbetet att ta fram en handlingsplan samt följa upp området löpande (S2025/01938). Strategin och uppdraget ger olika aktörer förutsättningar att arbeta långsiktigt med frågor som kan bidra till att genomföra visionen ”Ett samhälle där tillgången till antimikrobiell behandling bevaras genom sektorsövergripande och sektorsspecifika insatser för att förebygga infektioner och begränsa resistenta mikroorganismers uppkomst, spridning och konsekvenser". Regeringen har fortsatt prioriterat att stärka tillgången till antibiotika genom att Apotek Produktion & Laboratorier (APL) förvärvat en fabrik med kapacitet att producera antibiotika, genom att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket fått i uppdrag att följa takprissystemets påverkan på tillgång till antibiotika samt genom fortsatt arbete med en prenumerationsmodell för antibiotika som hanteras av Folkhälsomyndigheten. Sverige har också en aktiv roll i att lyfta frågor om antimikrobiell resistens internationellt och har haft högnivå-representation i Global Leaders Group on AMR, vid högnivåkonferenser inom EU inom området och tillsammans med Storbritannien arrangerat möten i konstellationen Alliance of Champions AMR. Regeringen har också skapat förutsättningar för ett stärkt gemensamt arbete om tillgång till antibiotika inom Norden där både Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket har koordinerande roller.

Delmålet om ett samhälle som främjar fysisk aktivitet och bra matvanor för alla

Hälsosamma levnadsvanor, som fysisk aktivitet och bra matvanor, är viktigt för en god hälsa och bidrar till fler friska levnadsår. Både bra matvanor och fysisk aktivitet bedöms bidra till en minskad risk för bl.a. hjärt-kärlsjukdomar, vissa cancerformer och diabetes. Fysisk aktivitet och vardagsrörelse bidrar till förbättrad kognitiv förmåga, ökad inlärningsförmåga och främjar den psykiska hälsan genom bl.a. minskad stress och ångest. Bra matvanor är viktiga för den psykiska hälsan och minskar risken för demens, främjar god mun- och tandhälsa samt förebygger övervikt och obesitas.

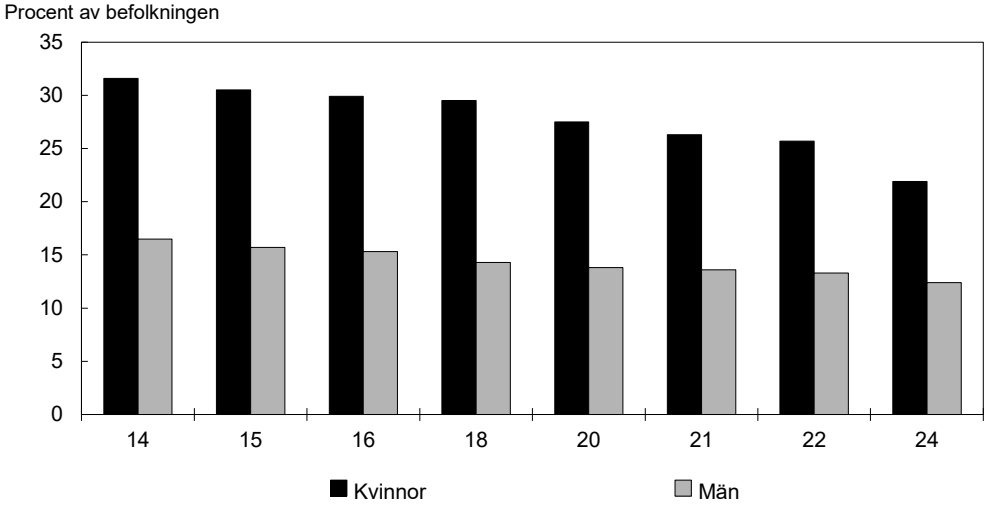
Utmaningar att uppnå tillräckligt mycket pulshöjande fysisk aktivitet

Enligt Folkhälsomyndighetens Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande, Kunskapsstöd för främjande av fysisk aktivitet och minskat stillasittande (2021) bör vuxna bl.a. genomföra pulshöjande aktivitet i minst 150–300 minuter per vecka, vilket benämns som tillräcklig fysisk aktivitet. Folkhälsomyndigheten rapporterade i Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2025 en minskning vad gäller fysisk aktivitet i befolkningen under perioden 2022–2024. Enligt den senast redovisade statistiken från 2024 uppnådde 65 procent av de svarande i åldrarna 16–84 tillräcklig fysisk aktivitet om minst 150 minuter pulshöjande aktivitet per vecka. Andelen var 63 procent bland kvinnor och 67 procent bland män men varierar beroende på såväl utbildningsnivå och inkomstnivå som födelseland. För personer med funktionsnedsättning inom LSS-boenden, daglig verksamhet och boendestöd skiljer sig möjligheterna till fysisk aktivitet. Socialstyrelsen rapporterar att 72 procent av dagliga verksamheter och 37 procent av bostäder med särskild service erbjuder gruppaktiviteter minst en gång i veckan.

Bra matvanor är viktiga ur ett folkhälsoperspektiv

Livsmedelsverket rekommenderar ett dagligt kostintag av minst 500 gram frukt och grönsaker för vuxna och barn över 10 år, en konsumtion som minskar risken för bl.a. obesitas, hjärt- och kärlsjukdom samt vissa typer av cancer. Bland vuxna har andelen som konsumerar energitäta och näringsfattiga livsmedel, såsom sötad dryck, flera gånger per vecka ökat under de senaste åren. Under 2022 uppgav 30,6 procent i åldrarna 16–84 att de drack sötad dryck mer än två gånger i veckan, 2024 hade andelen ökat till 34,1 procent. Mellan 2014 och 2024 var den totala ökningen 6,1 procentenheter. Samtidigt minskar konsumtionen av frukt och bär, fisk och skaldjur och grönsaker bland vuxna. Under 2024 uppgav 17,1 procent i åldrarna 16–84 år att de konsumerar frukt och grönsaker mer än tre gånger per dag, med betydande skillnader mellan män (12,4 procent) och kvinnor (21,9 procent). Under perioden 2014–2024 har andelen som äter frukt och grönsaker mer än tre gånger per dag sjunkit från 24 procent till 17,1 procent. Både män och kvinnor rapporterade en minskad konsumtion, där kvinnor rapporterade en större minskning.

Diagram 4.9 Intag av frukt och grönt mer än tre gånger per dag



Anm.: ”Frukt och grönt” inbegriper alla typer av frukter, bär, grönsaker, rotfrukter (utom potatis) och baljväxter.
Källa: Folkhälsomyndigheten.

Centrala statliga åtgärder som vidtagits för att påverka måluppfyllelsen avseende fysisk aktivitet och bra matvanor

Fritidskortet för barn och unga har införts och vidareutvecklats

Den 8 september 2025 infördes fritidskortet för barn och unga (prop. 2024:25/157). Fritidskortet är ett statligt stöd som ska främja barns och ungas förutsättningar att delta i fritidsaktiviteter som bidrar till en aktiv och meningsfull fritid i gemenskap med andra. Regeringen har särskilt uppmärksammat barn och unga med funktionsnedsättning genom att fritidskortet t.ex. kan användas till hyra av hjälpmedel och utrustning och samordnas med merkostnadsersättningen. När fritidskortet infördes kunde barn och unga i åldrarna 8–16 år använda fritidskortet för betalning av vissa avgifter för fritidsaktiviteter. Sedan den digitala tjänsten för fritidskort infördes har målgruppen utökats till att inkludera även 6- och 7-åringar. Initialt uppgick det allmänna fritidskortet till 500 kronor och det särskilda till 2 000 kronor. Fr.o.m. 2026 uppgår fritidskortet till 550 kronor respektive 2 500 kronor (se 5 § förordningen [2025:764] om fritidskort). Från det att fritidskortet infördes beviljades under 2025 över 341 600 fritidskort. Enligt Folkhälsomyndighetens utvärdering av reformens första månader var andelen pojkar och flickor som hämtade sitt fritidskort ungefär samma. Över 205 800 fritidskort användes för betalning minst en gång, med ett något högre användande bland flickor än pojkar, 61 respektive 59 procent. I anslutning till införandet av fritidskortet har Statens kulturråd, Myndigheten för ungdomsfrågor och civilsamhälle, Sveriges Riksidrottsförbund och Svenskt Friluftsliv tilldelats totalt 87 miljoner kronor för att stärka utförare av fritidsaktiviteter inom idrott, kultur, friluftsliv och barn- och ungdomsorganisationer.

Insatser för att främja fysisk aktivitet och vardagsrörelse

Regeringen har i regleringsbrevet för 2026 gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att genomföra en nationell kraftsamling för ökad rörelse under 2026. Arbetet utgår från det nationella kompetenscentret för fysisk aktivitet vid myndigheten med syftet att öka daglig rörelse i befolkningen. Målgrupperna för satsningen är barn och unga, människor i yrkesför ålder samt äldre personer. Genomgående uppmärksammas möjligheten till daglig rörelse bland personer med funktionsnedsättning. Inom uppdraget fokuserar Folkhälsomyndigheten särskilt på sektorerna förskola, skola och fritidshem, fritid, samhällsplanering, transport, hälso- och sjukvård, socialtjänst samt arbetslivet. Folkhälsomyndigheten har samlat centrala myndigheter och Sveriges

Kommuner och Regioner inom uppdraget för en överenskommelse om att långsiktigt arbeta för ett rörelsefrämjande samhälle genom stärkta förutsättningar för mer daglig rörelse inom respektive sektor. Vidare fick Transportstyrelsen i regleringsbrevet för 2026 ett uppdrag om regelutveckling för cykeltrafik. Myndigheten har utrett hur en minimiavståndsregel, tydligare riktlinje eller utmärkning för motorfordon vid omkörning av cyklister kan införas utan att försämra trafiksäkerheten i andra delar av trafiken eller påtagligt minska framkomligheten för motorfordon, samtidigt som den samspelar med övriga regler för cykling. Folkhälsomyndigheten har under 2025–2027 i uppdrag att fördela statsbidrag till vissa organisationer inom det civila samhället som arbetar med rörelsefrämjande aktiviteter. Syftet med stödet är att främja organisationer vars främsta verksamhet utgår från fysisk aktivitet som inte omfattas av nuvarande ramar för idrotts- eller friluftsstöden för att skapa ytterligare vägar till ökad rörelse och en aktiv fritid i befolkningen. Vidare har Socialstyrelsen i uppdrag att fr.o.m. 2026 tillgängliggöra kunskapsstödet Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling (FYSS) för att bl.a. att öka ordinationen av fysisk aktivitet på recept nationellt.

Målen för alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin samt spel om pengar

Det övergripande målet för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken är ett samhälle fritt från narkotika och dopning och minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol samt tobaks- och nikotinprodukter (prop. 2024/25:1, bet. 2024/25:SoU1, rskr. 2024/25:92). Det finns också ett särskilt mål för samhällets insatser mot spelberoende som är att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande (prop. 2002/03:35, bet. 2002/03:SoU7, rskr. 2002/03:145). Insatser som bidrar till att uppnå målet om att minska skadeverkningarna av överdrivet spelande ingår även i regeringens spelmarknadspolitik (se utgiftsområde 17, avsnitt 18 Spelmarknaden).

Den totala alkoholkonsumtionen minskar men det finns skillnader mellan olika grupper

Den svenska alkoholpolitikens mål att främja folkhälsan genom att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar, ska nås genom sådana insatser som motverkar skadligt dryckesbeteende och bidrar till en minskad total alkohol-konsumtion i befolkningen. Enligt preliminära uppgifter minskade den totala alkoholkonsumtionen med ca 2,6 procent under 2025 jämfört med 2024. Den totala konsumtionen uppgick 2025 till ungefär 8,2 liter ren alkohol per invånare som var 15 år och äldre. Det finns dock skillnader mellan grupper. De yngre har generellt minskat sin konsumtion mycket under en tioårsperiod, men nedgången har stannat av och planat ut och under senare år syns en svag ökning i konsumtion. I CAN:s Skolundersökning för 2024 går det även att se en svag ökning av barn och ungdomar som intensivkonsumerar alkohol. Dessutom har andelen ungdomar som börjar dricka alkohol tidigt ökat mellan 2017 och 2024, från 11 procent till 16 procent.

Den 1 juni 2025 påbörjades försäljningen av alkoholdrycker genom gårdsförsäljning. Uppgifter om försäljningsvolymer från den försäljningskanalen publiceras senare i år. Antal beviljade tillstånd för gårdsförsäljning uppgick under 2025 till 150 stycken, vilket är betydligt färre än antalet serveringstillstånd. Gårdsförsäljning bedöms därför stå för en mycket liten andel av den totala konsumtionen under 2025.

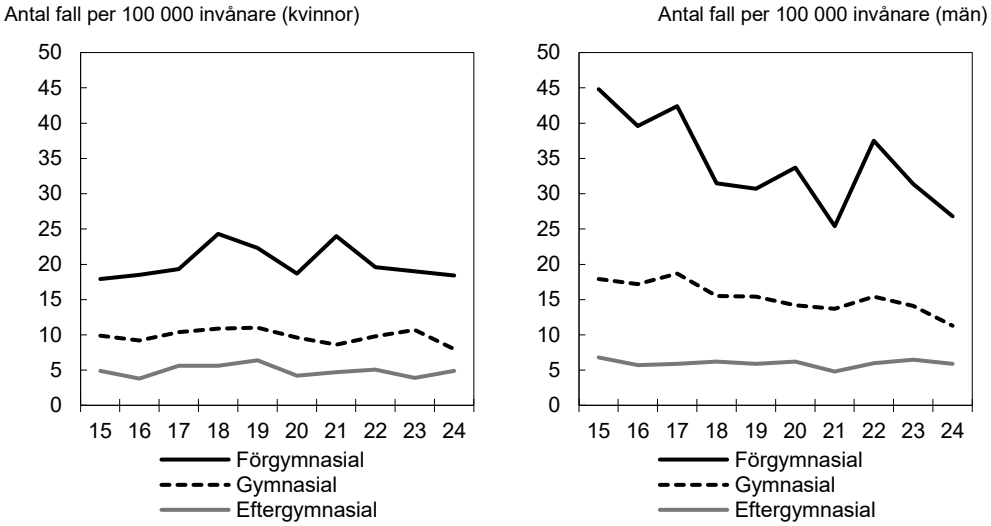
Användning av narkotika ligger fortsatt på låga nivåer men tillgängligheten ökar

Den svenska narkotikamarknaden kännetecknas av en hög tillgänglighet och ett brett utbud av olika substanser, inklusive icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel. Användningen av narkotika ligger dock fortsatt på låga nivåer. I den nationella skolundersökningen 2025 – som genomförs av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) uppgav knappt 5 procent av pojkar och flickor i årskurs 9 och drygt 13 procent av pojkar och 11 procent av flickor i gymnasiets år 2 att de någonsin använt narkotika. Det är den lägsta uppmätta nivån bland gymnasieeleverna sedan mätningarna startade 2004. I Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät 2024 uppgav ca 3,1 procent av personer i åldern 16–84 år att de använt narkotika det senaste året (kvinnor 2,0 procent och män 4,2 procent). Cannabis är den vanligaste typen av narkotika bland både vuxna och skolungdomar i Sverige. Användningen av cannabis är högre i de yngre åldrarna. Bland personer i åldern 16–29 år uppgav 6,3 procent att de använt cannabis det senaste året. Efter cannabis är kokain den vanligaste illegala substansen som används. Knappt 3 procent av unga vuxna i åldrarna 17–34 år uppger att de använt kokain de senaste tolv månaderna. Kokain används oftare på helger och i sociala sammanhang än t.ex. cannabis. Kokain används ofta tillsammans med alkohol. Användningen av kokain och kokainrelaterade skador tycks ha ökat något de senaste tio åren även om delar av underlagen är bristfälliga. Uppgifter från Polismyndigheten och Tullverket tyder dock på att bl.a. tillgängligheten har ökat, då allt större beslag görs. Vidare har problem som är relaterade till kokainanvändning ökat och över tid har fler personer varit i behov av vård, fler samtal om förgiftningar kommit in och fler dödsfall registrerats där kokain funnits med i bilden. EU:s narkotikamyndighet (EUDA) bedömer att tillgången på narkotika i hela EU är mycket hög. Narkotikamarknaden beskrivs som både omfattande och diversifierad, med ett brett utbud av narkotika, ofta med hög renhet och styrka samt i nya former och blandningar.

Den narkotikarelaterade dödligheten fortsätter att sjunka men endast bland män

Narkotika- och läkemedelsrelaterad dödlighet ligger fortsatt på en hög nivå men har minskat sedan 2015. Under 2024 avled 725 personer av läkemedels- och narkotikaförgiftningar vilket är en minskning med 15 procent från 2023, då 822 personer avled. Opioider fanns närvarande i ca 90 procent av dödsfallen där substansen kunde identifieras. Det finns stora skillnader i dödlighet mellan olika grupper i samhället. Dödsfall är vanligare bland män samt personer med förgymnasial utbildning än bland personer med eftergymnasial utbildning. Utvecklingen de senaste åren ser sämre ut för kvinnor och den totala minskningen i läkemedels- och narkotika-förgiftningar har enbart varit bland män. Det är endast de oavsiktliga överdoserna och överdoser med oklar avsikt som minskat, där fler män än kvinnor avlider, medan narkotikarelaterade suicid har ökat. Det är fler kvinnor än män som dör av suicid med narkotika eller läkemedel. De som dör av suicid är också något äldre än de som dör av överdoser.

Diagram 4.10 Antal fall av läkemedels- och narkotikarelaterad dödlighet



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen via Folkhälsodata.

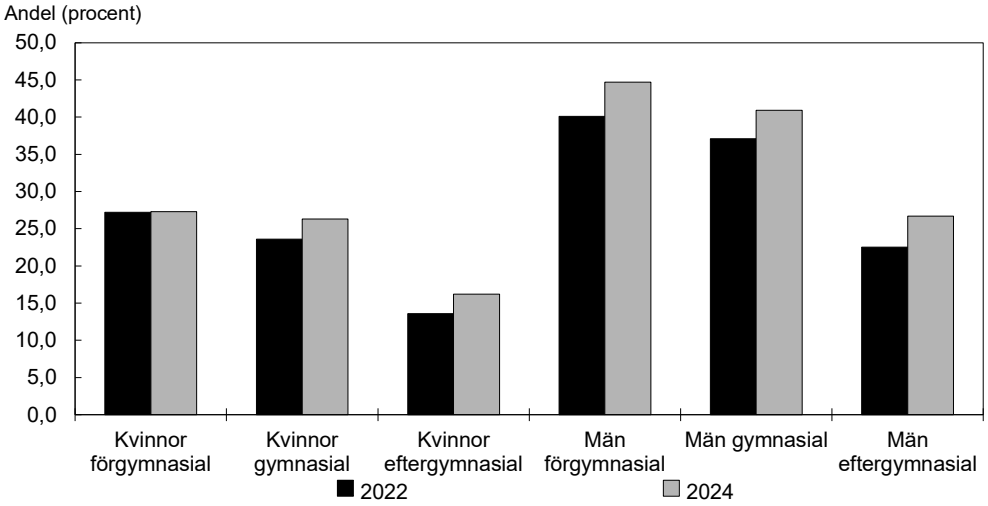
Inga stora förändringar i användning av dopningsmedel

När det gäller utvecklingen av skador, bruk och tillgång till dopningspreparat är statistiken otillräcklig, men baserat på de nationella befolkningsstudier som återkommande genomförs kan konstateras att användningen av dopningsmedel är relativt stabil över tid. Ungefär 1 procent av männen och mindre än 0,5 procent av kvinnorna i Sverige, har någon gång provat anabola androgena steroider. Den typiska användaren är en man på 18–34 år som regelbundet styrketränar på gym. De som använder dopningsmedel ”kurar” ofta, dvs. intar dopningsmedlen under en viss tid med efterföljande uppehåll, men det förekommer även kontinuerligt bruk. Dopning inom idrotten avser användning av förbjudna substanser eller metoder som påverkar prestationsförmågan och betraktas som fusk (se vidare utgiftsområde 17, avsnitt 15.6 Idrottspolitik).

Användning av olika tobaks- och nikotinprodukter varierar stort beroende på utbildningsnivå och ålder

Den totala användningen av tobaks- och nikotinprodukter bland befolkningen ökade från 25 procent 2022 till 27,9 procent 2024. Bland kvinnor ökade användningen från 19,2 procent till 22 procent och bland män ökade användningen från 30,7 procent till 33,7 procent. Användningen av tobaks- och nikotinprodukter varierar beroende på utbildningsnivå. Enligt självrapporterade uppgifter från 2024 använder 38,1 procent av personer med förgymnasial utbildning tobaks- eller nikotinprodukter dagligen eller ibland, andelen kvinnor är 27,3 procent och andelen män 44,7 procent. Motsvarande siffra för personer med gymnasial eller eftergymnasial utbildning är 34,4 procent respektive 21 procent. För kvinnor med gymnasial eller eftergymnasial utbildning är siffran 26,3 procent respektive 16,2 procent, för männen är det 40,9 respektive 26,7 procent. I åldersgruppen 16–29 år använder 35,2 procent tobaks- och nikotinprodukter dagligen eller ibland, jämfört med 31,9 procent bland personer som är 30–44 år, 27,1 procent bland personer som är 45–64 år och 18,4 procent bland personer som är 65–84 år. Jämfört med 2022 är det en ökning i alla åldersgrupper.

Diagram 4.11 Användning av tobaks- och nikotinprodukter dagligen eller ibland, 25–84 år



Källa: HLV, RTB, UREG, IoT, SCB, Folkhälsomyndighetens bearbetningar.

Sett till olika tobaks- och nikotinprodukter var den totala cigarettkonsumtionen i Sverige under 2024 på ungefär samma nivå som 2023 enligt en rapport från CAN (CAN rapport 238). Under perioden 2003–2024 har cigarettkonsumtionen i Sverige halverats (−49 procentenheter). Under 2024 minskade den totala konsumtionen av tobakssnus med 3 procent i jämförelse med 2023 medan konsumtionen av tobaksfritt nikotinsnus ökade med 20 procent jämfört med föregående år. Av självrapporterade uppgifter för 2025 framgår att 10 procent av Sveriges befolkning 17–84 år har rökt cigaretter under de senaste 30 dagarna (CAN rapport 244). Störst andel dagligrökare är kvinnor i åldersgrupperna 50–64 år samt 65–84 år, ca 8 procent. Avseende användningen av snus uppgav 22 procent att de snusat någon gång under de senaste 30 dagarna. Det gäller både tobaksnus och tobaksfritt nikotinsnus. Störst andel som snusar är i åldersgrupperna 17–29 år och 30–49 år, ca 26 procent respektive 23 procent.

Utvecklingen i användningen av tobak och nikotin bland barn och unga bekräftas av CAN:s skolundersökning. Den visar att rökningen har minskat stadigt bland skolelever. År 2025 uppgav dock fortfarande 7 procent i årskurs 9 och 19 procent i gymnasiets år 2 att de röker, antingen frekvent eller sporadiskt. Det är vanligast att skolelever röker sporadiskt och det är vanligare med rökning bland flickor än pojkar. Under senare år har användning av snus och e-cigaretter ökat kraftigt bland eleverna. Den totala rapporterade användningen av tobaks- eller nikotinprodukter under de senaste 30 dagarna uppgick enligt CAN:s skolundersökning 2025 till 22 procent av flickorna och 19 procent av pojkarna i årskurs 9. I gymnasiet var andelen nikotinanvändare 38 procent respektive 34 procent.

Varierande kunskap om skadeverkningar av olika tobaks- och nikotinprodukter

Uppföljningen av målet för tobaks- och nikotinpolitiken är beroende av tillgången till vetenskapliga underlag om de olika produkternas skadeverkningar. Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tagit fram statistiska mått för uppföljning av målet för tobaks- och nikotinpolitiken (S2025/01796). I dag begränsas möjligheterna till sådant underlag till följd av det begränsade kunskapsläget om skadeverkningar, särskilt för tobakssnus och tobaksfria nikotinprodukter.

Av myndigheternas redovisning framgår att kunskapen om tobaksrökningens skadeverkningar är väletablerad. Tobaksrökning är den enskilt största riskfaktorn för lungcancer och ökar även risken för andra cancerformer. Tobaksrökning är vidare en av de främsta orsakerna till KOL. Folkhälsomyndigheten beräknar utifrån 2024 års statistik att 3 300 sjukdomsfall och 430 dödsfall per år skulle kunna undvikas om tobaksrökning eliminerades helt. Tobaksrökning under graviditeten ökar risken för dödföddhet, missfall och utomkvedshavandeskap. Vidare ökar risken för komplikationer för det nyfödda barnet och risken för plötslig spädbarnsdöd under det första levnadsåret.

Vad gäller skadeverkningar från tobakssnus och vitt snus varierar kunskapsläget, vilket beror på hur länge produkterna har funnits på marknaden, hur omfattande användningen är och det rådande forskningsläget. Användning av tobakssnus kan öka risken för högt blodtryck, diabetes typ 2 och för att dö efter en hjärtinfarkt eller stroke. Användningen kan även öka risken för enskilda cancerformer. Snusanvändning under graviditeten kan öka risken för komplikationer såsom för tidig födsel eller att fostret dör i livmodern. Snusning under graviditeten kan även leda till störningar i andningsregleringen hos det nyfödda barnet. Forskningen om skadeverkningar på kort och lång sikt av vitt snus är mycket begränsad. Vad gäller e-cigaretter kan användning på kort sikt påverka hjärtrytm och blodtryck, försämra blodkärlens funktioner och ge luftvägsbesvär.

Gemensamt för alla tobaks- och nikotinprodukter är att de innehåller nikotin som är akuttoxiskt och starkt beroendeframkallande. Det begränsade kunskapsläget påverkar möjligheterna att ta fram och redovisa statistik om skadeverkningar av dessa produkter. Genom att följa utvecklingen av kunskapsläget om skadeverkningar av tobak och nikotin kan ytterligare statistiska mått redovisas i framtiden.

Spel om pengar bland unga har ökat, särskilt bland pojkar

Riskabelt spelande om pengar innebär spel om pengar som medför en eller flera negativa konsekvenser, i form av t.ex. fysisk och psykisk ohälsa, sociala problem eller ekonomiska problem. År 2025 hade nästan en femtedel (19 procent) av män i åldern 18–29 år någon grad av spelproblematik eller risk för spelproblem enligt CAN:s rapport om vanor och konsekvenser 2025. Det innebär en ökning med 8 procentenheter jämfört med 2021. För kvinnor var motsvarande siffra 3 procent år 2025 och utan ökning jämfört med 2021.

Samtidigt indikerar CAN:s skolundersökning att spel om pengar bland unga, särskilt pojkar, har ökat årligen sedan 2019. År 2025 uppgav 29 procent av pojkar i årskurs 9 att de spelat om pengar någon gång under de senaste 12 månaderna, jämfört med 20 procent 2019. Av pojkar i årskurs 2 på gymnasiet hade 40 procent spelat om pengar, jämfört med 27 procent 2019. Andelen flickor som uppger att de spelat om pengar är betydligt lägre. CAN:s undersökning indikerar också att andelen som uppvisar riskabelt spelande har ökat bland pojkar. I årskurs 9 har andelen fördubblats från 5 procent 2021 till 10 procent 2025. Ett liknande mönster syns bland pojkar i årskurs 2 på gymnasiet, där andelen steg från 7 procent till 14 procent under samma period.

Enligt Swelogs, som är en befolkningsundersökning bland personer 16–84 år som senast genomfördes 2021, hade totalt 4,3 procent av befolkningen någon grad av spelproblematik. Andelen personer med riskabelt spelande varierade sett till födelseland, utbildningsnivå och hushållets ekonomi. Bland män födda utanför Europa hade 8,4 procent ett riskabelt spelande, jämfört med 4,9 procent bland inrikes födda män. Bland kvinnor var skillnaderna mindre, även om statistiken följer samma mönster. Bland män med förgymnasial utbildning var andelen 7,1 procent, jämfört

med 3,4 procent bland dem med eftergymnasial utbildning. Kvinnor följer även här samma mönster där 0,8 procent av dem med eftergymnasial utbildning hade ett riskabelt spelande, jämfört med 2,7 procent av dem med förgymnasial utbildning. Riskabelt spelande var även vanligare i den lägsta inkomstgruppen (4,5 procent) jämfört med den högsta (2,4 procent). Andelen med riskabelt spelande var dubbelt så hög bland personer som är arbetslösa än yrkesverksamma (7,9 procent jämfört med 3,5 procent).

Centrala statliga åtgärder som vidtagits avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin samt spel om pengar

Insatser för att stärka det förebyggande arbetet

Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen i uppdrag att redovisa de åtgärder som har vidtagits och hur arbetet har förändrats för att nå målet om minskade medicinska och sociala skador orsakade av tobaks- och nikotinprodukter (S2025/02147). Uppdraget har redovisats och underlaget ska möjliggöra uppföljning av målet om minskade medicinska och sociala skador orsakade av tobaks- och nikotinprodukter.

Regeringen gav i juni 2025 Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i uppdrag att tillsammans med sju andra nationella myndigheter ta fram en myndighetsgemensam nationell plan för en bättre beroendevård och ett stärkt förebyggande arbete (S2025/01284). Syftet är att stärka insatserna till personer med skadligt bruk och beroende och samsjuklighet och även stödja arbetet med förebyggande och tidiga insatser med fokus på barn och unga. Planen redovisades i juni 2026 och där framgår mål, delmål och prioriterade insatser och aktiviteter för arbetet under de kommande sju åren samt berörda myndigheters roller och ansvar i arbetet framåt. Vidare har regeringen under 2026 gett Folkhälsomyndigheten i uppdrag att införa ett nationellt system för analys av narkotikasubstanser i avloppsvatten (Ju2026/01681). Ett sådant system syftar till att öka samhällets förmåga att snabbare reagera på nya företeelser vad gäller narkotikaanvändning och bidra till en mer kunskapsbaserad och effektiv narkotikapolitik avseende brottsförebyggande, brottsbekämpande och folkhälsofrämjande åtgärder.

Kunskap om spelproblem i Sverige och en stärkt stödverksamhet

Regelbunden uppföljning genom befolkningsundersökningar är nödvändigt för att följa utvecklingen av spelvanor och spelproblem, och den senaste uppföljningen genomfördes 2021. Regeringen gav därför 2025 Folkhälsomyndigheten i uppdrag att, i samarbete med Spelinspektionen, delta i en nordisk studie inom spelområdet för att bl.a. samla in statistik och faktaunderlag om spelproblemen i Sverige (S2025/02102). I en delredovisning från Folkhälsomyndigheten anges att de nordiska länderna liknar varandra kulturellt och socialt men lagstiftning och marknad inom spelområdet skiljer sig åt mellan länderna. Statistiken från undersökningen kommer att redovisas hösten 2026 och ge viktig kunskap om hur reglering av spelmarknaden skiljer sig åt mellan de nordiska länderna.

Folkhälsomyndigheten fördelar årligen statsbidrag i form av organisationsbidrag till ideella organisationer vars huvudsakliga verksamhet är att bedriva förebyggande verksamhet i syfte att minska skadeverkningar av spel om pengar. Under 2026 höjdes bidraget. I återrapportering av statsbidraget för 2024 redovisar Folkhälsomyndigheten att två organisationer beviljats statsbidrag för spelförebyggande arbete. Organisationerna bedriver både stödverksamhet och arbetar förebyggande genom samverkan och kunskapsspridning på lokal och nationell nivå. Deltagandet i självhjälpsgrupper har ökat och organisationsstödet bedöms ha varit avgörande för att bedriva verksamheten (S2025/01612).

Regeringen gav den 26 mars 2026 Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla och sprida kunskap om hur problem med spel om pengar tidigt kan motverkas hos barn och unga i risk för, eller som har utvecklat problem med spel om pengar (S2026/00646). I detta arbete ska myndigheten även beakta dataspel som möjlig riskfaktor. Stödmaterialet ska rikta sig till professioner inom olika delar av socialtjänsten och hälso- och sjukvården som i sin verksamhet möter barn och unga samt deras vårdnadshavare. Uppdraget ska redovisas, med fokus på uppnådda resultat, senast den 31 mars 2027.

Fortsatta insatser för ökad tillgänglighet till naloxon

Naloxon är en opioidantagonist och ett motgift mot alla sorters opioider. Genom användning av Naloxon kan opioidförgiftningar behandlas och liv räddas. Naloxon finns sedan mars 2024 tillgängligt receptfritt på apotek. Naloxon används inom hälso- och sjukvården. För att minska den narkotikarelaterade dödligheten i opiodöverdoser behöver fler yrkesgrupper än hälso- och sjukvårdspersonal ges möjlighet att administrera Naloxon. Utifrån dagens reglering är detta inte möjligt. För att möjliggöra detta har regeringen tillsatt en utredning som ska föreslå hur hanteringen av läkemedel som verkar som opioidantagonister i verksamheter utanför hälso- och sjukvården kan regleras (S2026/01379).

Lagen om lustgas har gett önskad effekt

Den 1 juli 2025 trädde lagen (2025:261) om lustgas i kraft. Lagen syftar till att motverka användning av lustgas för berusning för att minska hälsoriskerna, framför allt för barn och unga, och därigenom skydda folkhälsan. Lagen innebär bl.a. att lustgas inte får säljas till personer under 18 år, endast får säljas i begränsade mängder till vuxna och att försäljning inte får ske om det finns särskild anledning att anta att lustgasen ska användas som berusningsmedel. Att lagen har haft önskad effekt märks bl.a. av att antalet samtal till Giftinformationscentralen om förgiftningstillbud med lustgas har minskat kraftigt. Andra halvåret 2025 fick Giftinformationscentralen in totalt 142 larmsamtal, att jämföra med 621 stycken andra halvåret 2024 och 560 stycken första halvåret 2025. Sett till hela året var minskningen 40 procent 2025 jämfört med 2024.

Fortsatta insatser för en stärkt tillsyn

Tillsyn av alkohol, tobak och andra nikotinprodukter är en viktig del av det samlade preventiva arbetet. Länsstyrelserna är en viktig länk mellan den nationella och kommunala nivån för att uppnå en likvärdig tillsyn och tillståndsgivning över landet. Inom ramen för länsstyrelsernas uppdrag om förstärkt tillsyn 2021–2025 har länsstyrelserna utvecklat arbetssätt och metoder för nationell samordning av insatser i länen inom alkohol-, tobak- och nikotinområdet och försett kommunernas tillsynsverksamhet med stöd, exempelvis i genomförandet av en ny lagstiftning som möjliggör gårdsförsäljning av alkoholdrycker. Regeringen gav i april 2026 ett förnyat uppdrag till länsstyrelserna att utveckla och kvalitetssäkra arbetet med en strukturerad och likvärdig tillsyn och tillståndsgivning av alkohol, tobak och andra nikotinprodukter (S2026/00909).

Regeringen beslutade den 26 mars 2026 propositionen Slopat matkrav för serveringstillstånd (prop. 2025/26:221). Förslagen innebär betydande lättnader för företag i möjligheten att få serveringstillstånd och bedriva verksamhet med alkoholservering. Kravet på matservering och eget kök för att få serveringstillstånd har haft en begränsande effekt på antalet serveringsställen och på tillgången till alkoholdrycker, eftersom det innebär en begränsning av vilka verksamheter som kan komma i fråga för serveringstillstånd. Den svenska alkoholpolitiken bygger på kunskapen om att tillgängligheten till alkohol har betydelse både för utvecklingen av totalkonsumtionen

och för alkoholskadornas omfattning. Denna begränsning av vilka som har kunnat få serveringstillstånd kan därmed antas ha haft positiv effekt för folkhälsan.

4.4 Budgetförslag

4.4.1 2:1 Folkhälsomyndigheten

Tabell 4.1 Anslagsutveckling 2:1 Folkhälsomyndigheten

Tusental kronor

2025	Utfall	559 638	Anslagssparande	22 561
2026	Anslag	570 323[1]	Utgiftsprognos	581 822
2027	**Förslag**	**600 529**		
2028	Beräknat	597 650[2]		
2029	Beräknat	606 203[3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

[2] Motsvarar 590 193 tkr i 2027 års prisnivå.

[3] Motsvarar 590 187 tkr i 2027 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Folkhälsomyndighetens förvaltningsutgifter samt för utgifter för suicidprevention.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 4.2 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 2:1 Folkhälsomyndigheten

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**570 323**	**570 323**	**570 323**
Pris- och löneomräkning[2]	8 753	16 067	24 457
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder	21 453	11 260	11 423
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**600 529**	**597 650**	**606 203**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2026. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2028–2029 är preliminär.

Lagen (2026:871) om utredningar för att förebygga suicid trädde i kraft den 2 juli 2026. En nationell funktion för att utreda suicid har inrättats vid Folkhälsomyndigheten. Anslaget ökas därför med 30,5 miljoner kronor fr.o.m. 2027.

Utifrån det allvarliga säkerhetspolitiska läget sker en omfattande upprustning av det civila försvaret. Folkhälsomyndigheten har som beredskapsmyndighet inom beredskapssektorn hälsa, vård och omsorg särskild betydelse för det civila försvaret och totalförsvaret. Med oförändrad anslagsnivå riskerar nödvändig verksamhet inte kunna upprätthållas. Anslaget ökas därmed med 2 miljoner kronor fr.o.m. 2027.

För att upprätthålla nödvändiga samhällsfunktioner tilldelades Folkhälsomyndigheten medel i budgetpropositionen för 2026 i syfte att stärka myndighetens kapacitet avseende civilt försvar och bidra till beredskapen inom totalförsvaret. De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att medel för satsningen följer tidigare beräknade nivåer, dvs. minskar i omfattning 2027 och

avslutas fr.o.m. 2028. Anslaget minskas därför med 11 miljoner kronor 2027, och beräknas minska med 20 miljoner fr.o.m. 2028.

Regeringen föreslår att 600 529 000 kronor anvisas under anslaget 2:1 *Folkhälsomyndigheten* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 597 650 000 kronor respektive 606 203 000 kronor.

Budget för avgiftsbelagd verksamhet

Tabell 4.3 Avgiftsfinansierad verksamhet vid Folkhälsomyndigheten

Tusental kronor

Verksamhet	Ack. resultat t.o.m. år 2025	Resultat år 2026	Verksamhetens intäkter år 2027	Kostnader som ska täckas år 2027	Resultat år 2027	Ack. resultat år 2027
Verksamheter där intäkterna disponeras						
Offentligrättslig verksamhet	72 676	-14 750	19 730	27 178	-7 448	50 446
Varav tobak och liknande produkter	*67 455*	*-15 909*	*8 094*	*21 174*	*-13 080*	*38 466*
Varav tobaksfria nikotinprodukter	*5 418*	*1 454*	*9 955*	*4 108*	*5 847*	*12 720*
Varav miljötillståndsavgifter enligt förordning 2014:425	*-294*	*104*	*1 413*	*1 192*	*221*	*31*
Varav lustgas	*95*	*-399*	*268*	*704*	*-436*	*-740*
Uppdragsverksamhet	304	-1 600	30 000	30 000	0	-1 299
Varav speciell diagnostik	-943	-1 600	30 000	30 000	0	-2 543
Varav forsknings-verksamhet	0	0	14 000	14 000	0	0

Källa: Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten bedriver verksamhet i enlighet med förordningen (2014:425) om bekämpningsmedel. Myndigheten tar ut avgifter för denna verksamhet och inkomsterna ska disponeras av Folkhälsomyndigheten. Folkhälsomyndigheten bedriver även verksamhet med anledning av lagen (2018:2088) om tobak och liknande produkter, lagen (2022:1257) om tobaksfria nikotinprodukter, samt lagen (2025: 621) om lustgas. Myndigheten ska ta ut avgifter från tillverkare och importörer av tobaksvaror, elektroniska cigaretter, påfyllningsbehållare och tobaksfria nikotin-produkter. Den som anmäler försäljning av lustgas eller bedriver anmälningspliktig försäljning av lustgas ska vidare enligt förordningen (2025:623) om lustgas betala avgifter till Folkhälsomyndigheten. Avgifterna regleras i förordning och disponeras av Folkhälsomyndigheten. Myndigheten bedriver uppdragsverksamhet inom speciell diagnostik och forskningsverksamhet och inkomsterna för denna diagnostik och forskningsverksamhet disponeras av Folkhälsomyndigheten.

4.4.2 2:2 Insatser för vaccinberedskap

Tabell 4.4 Anslagsutveckling 2:2 Insatser för vaccinberedskap

Tusental kronor

2025	Utfall	93 495	Anslagssparande	27 005
2026	Anslag	153 500[1]	Utgiftsprognos	132 801
2027	**Förslag**	**153 500**		
2028	Beräknat	153 500		
2029	Beräknat	153 500		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för insatser för vaccinberedskap för att stärka Sveriges förutsättningar att vid influensapandemier skydda befolkningen med hjälp av vacciner.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 4.5 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 2:2 Insatser för vaccinberedskap

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**153 500**	**153 500**	**153 500**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**153 500**	**153 500**	**153 500**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 153 500 000 kronor anvisas under anslaget 2:2 *Insatser för vaccinberedskap* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 153 500 000 kronor respektive 153 500 000 kronor.

4.4.3 2:3 Bidrag till WHO

Tabell 4.6 Anslagsutveckling 2:3 Bidrag till WHO

Tusental kronor

2025	Utfall	50 546	Anslagssparande	7 119
2026	Anslag	62 665[1]	Utgiftsprognos	55 269
2027	**Förslag**	**62 665**		
2028	Beräknat	62 665		
2029	Beräknat	62 665		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för Sveriges medlemsavgift i Världshälsoorganisationen (WHO), utgifter för Sveriges andel av WHO:s ramkonvention om tobakskontroll samt utgifter för Sveriges andel av WHO:s protokoll om eliminering av illegal handel med tobaksprodukter.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 4.7 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 2:3 Bidrag till WHO

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**62 665**	**62 665**	**62 665**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**62 665**	**62 665**	**62 665**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 62 665 000 kronor anvisas under anslaget 2:3 *Bidrag till WHO* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 62 665 000 kronor respektive 62 665 000 kronor.

4.4.4 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tabell 4.8 Anslagsutveckling 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tusental kronor

2025	Utfall	122 656	Anslagssparande	4 846
2026	Anslag	121 802[1]	Utgiftsprognos	120 712
2027	**Förslag**	**121 802**		
2028	Beräknat	123 802		
2029	Beräknat	123 802		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statsbidrag för insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar med koppling till hiv/aids. Anslaget får användas för utgifter för insatser på nationell nivå och övergripande samordning och uppföljning.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 4.9 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 2:4 Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**121 802**	**121 802**	**121 802**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder		2 000	2 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**121 802**	**123 802**	**123 802**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 121 802 000 kronor anvisas under anslaget 2:4 *Insatser mot hiv/aids och andra smittsamma sjukdomar* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 123 802 000 kronor respektive 123 802 000 kronor.

4.4.5 2:5 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

Tabell 4.10 Anslagsutveckling 2:5 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

Tusental kronor

2025	Utfall	92 697	Anslagssparande	99
2026	Anslag	105 316[1]	Utgiftsprognos	104 374
2027	**Förslag**	**95 316**		
2028	Beräknat	95 316		
2029	Beräknat	95 316		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för särskilda åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel. Anslaget får även användas för utgifter för statsbidrag till Centralförbundet för Alkohol- och Narkotikaupplysning.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 4.11 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 2:5 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**105 316**	**105 316**	**105 316**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder	-10 000	-10 000	-10 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**95 316**	**95 316**	**95 316**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att den tillfälliga satsningen under 2026 för arbete inom ramen för den nationella planen för beroendevården upphör vid årsskiftet 2026. Anslaget minskas därför med 10 miljoner kronor fr.o.m. 2027.

Regeringen föreslår att 95 316 000 kronor anvisas under anslaget 2:5 *Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 95 316 000 kronor respektive 95 316 000 kronor.

4.4.6 2:6 Stöd till främjande av en aktiv och meningsfull fritid för barn och unga

Tabell 4.12 Anslagsutveckling 2:6 Stöd till främjande av en aktiv och meningsfull fritid för barn och unga

Tusental kronor

2025	Utfall	443 411	Anslagssparande	348 589
2026	Anslag	792 000[1]	Utgiftsprognos	784 911
2027	**Förslag**	**792 000**		
2028	Beräknat	792 000		
2029	Beräknat	792 000		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag till insatser som främjar en aktiv och meningsfull fritid för barn och unga. Anslaget får även användas för myndighetsuppdrag och kunskapsstöd.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 4.13 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 2:6 Stöd till främjande av en aktiv och meningsfull fritid för barn och unga

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**792 000**	**792 000**	**792 000**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**792 000**	**792 000**	**792 000**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 792 000 000 kronor anvisas under anslaget 2:6 *Stöd till främjande av en aktiv och meningsfull fritid för barn och unga* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 792 000 000 kronor respektive 792 000 000 kronor.

4.4.7 2:7 Stöd för att förebygga ohälsa och ensamhet bland äldre

Tabell 4.14 Anslagsutveckling 2:7 Stöd för att förebygga ohälsa och ensamhet bland äldre

Tusental kronor

2025	Utfall	95 737	Anslagssparande	4 263
2026	Anslag	100 000[1]	Utgiftsprognos	99 105
2027	**Förslag**	**100 000**		
2028	Beräknat	100 000		
2029	Beräknat	100 000		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag som syftar till att stärka och utveckla arbetet med att förebygga ohälsa och ofrivillig ensamhet bland äldre.

Anslaget får användas för statsbidrag till kommuner, regioner och andra berörda aktörer samt för bidrag till myndigheter för detta ändamål.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 4.15 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 2:7 Stöd för att förebygga ohälsa och ensamhet bland äldre

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**100 000**	**100 000**	**100 000**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**100 000**	**100 000**	**100 000**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 100 000 000 kronor anvisas under anslaget 2:7 *Stöd för att förebygga ohälsa och ensamhet bland äldre* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 100 000 000 kronor respektive 100 000 000 kronor.

5 Funktionshinderspolitik

5.1 Mål för området

Funktionshinderspolitiken omfattar det mål för och inriktningen av funktionshinderspolitiken som anges i propositionen Nationellt mål och inriktning för funktionshinderspolitiken (prop. 2016/17:188, bet. 2017/18:SoU5, rskr. 2017/18:86).

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

Genomförandet av det nationella målet för funktionshinderspolitiken ska inriktas mot följande fyra områden:

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

5.2 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

I resultatredovisningen återges utvecklingen inom områdena arbetsmarknadssituation, utbildningsnivå och diskriminering.

De centrala indikatorerna är

– sysselsättningsgrad,
– utbildningsnivå, och
– antalet anmälningar hos Diskrimineringsombudsmannen (DO).

Myndigheten för delaktighet (MFD) har lämnat rapporten Uppföljning av funktionshinderspolitiken 2025 – Strategi för systematisk uppföljning av funktionshinderspolitiken (MFD 2026:11) med anledning av myndighetens uppdrag att ge stöd vid uppföljning av funktionshinderspolitiken (S2021/06596). De bedömningsgrunder som redovisas från detta uppdrag gäller bl.a. uppföljning av det nationella målet för funktionshinderspolitiken i form av de fyra områdena för genomförandet av det nationella målet, utveckling inom prioriterade samhällsområden i uppdraget Strategi för systematisk uppföljning av funktionshinderspolitiken 2021–2031 (S2021/06595), samt arbetet för att inkludera barnrättsperspektivet och ökad jämställdhet.

5.3 Resultatredovisning

Sysselsättningsgraden är lägre hos personer med funktionsnedsättning än den övriga befolkningen

Av tabell 5.1 framgår att sysselsättningsgraden är lägre i åldersgruppen 16–65 år bland personer med funktionsnedsättning jämfört med befolkningen i övrigt. Bland

personer med en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga är sysselsättningsgraden liksom tidigare lägre än för samtliga andra grupper.

Regeringen har gett Arbetsmiljöverket i uppdrag att analysera hur distans- och hybridarbete påverkar arbetsmiljön och förutsättningarna för sysselsättning för personer med funktionsnedsättning. Med utgångspunkt i analysen ska myndigheten ta fram en praktiskt inriktad vägledning om hur distans- och hybridarbete kan användas som ett verktyg för att förbättra förutsättningarna för sysselsättning för personer med funktionsnedsättning, i de fall sådana arbetsformer är ändamålsenliga (se också utg.omr. 14).

Tabell 5.1 Andelen sysselsatta bland personer med funktionsnedsättning och övriga befolkningen 2022–2025

Procent, åldersgrupp 16–65 år (för 2022 var åldersgruppen 16–64 år)

	Personer med funktionsnedsättning			Övriga i befolkningen	Befolkningen totalt
	Samtliga	Med nedsatt arbetsförmåga	Utan nedsatt arbetsförmåga		
2022	52	44	73	81	78
2023	52	45	75	81	78
2024	53	46	75	80	77
2025	52	47	67	80	77

Anm.: Skillnaderna mellan kvinnor och män är inte statistiskt säkerställda och redovisas därför inte.
Källa: Statistiska centralbyrån SCB, Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning 2023, 2024, 2025.

Fortsatt lägre utbildningsnivå hos personer med funktionsnedsättning än för övriga befolkningen

Personer med funktionsnedsättning har i genomsnitt lägre utbildningsnivå än befolkningen i övrigt (se tabell 5.2). Andelen med eftergymnasial utbildning är betydligt lägre bland personer med funktionsnedsättning än bland personer utan funktionsnedsättning. Vidare har personer med funktionsnedsättning med nedsatt arbetsförmåga en lägre utbildningsnivå än personer med funktionsnedsättning utan nedsatt arbetsförmåga.

Tabell 5.2 Högsta utbildningsnivå 2025

Procent, åldersgrupp 16–65 år

		Personer med funktionsnedsättning med nedsatt arbetsförmåga	Personer med funktionsnedsättning utan nedsatt arbetsförmåga	Övriga i befolkningen
Förgymnasial nivå	Kvinnor	22	24	15
	Män	34	35	20
	Totalt	**27**	**30**	**18**
Gymnasial nivå	Kvinnor	49	40	33
	Män	49	40	44
	Totalt	**49**	**40**	**39**
Eftergymnasial nivå[1]	Kvinnor	29	36	52
	Män	18	25	35
	Totalt	**24**	**30**	**43**

[1] Eftergymnasial utbildning kan t.ex. vara yrkeshögskoleutbildning, högskoleutbildning eller viss folkhögskoleutbildning.
Källa: Statistiska centralbyrån SCB, Situationen på arbetsmarknaden för personer med funktionsnedsättning 2025.

Regeringen har genomfört ett flertal reformer och satsningar inom bl.a. barn- och ungdomsutbildning (utg.omr. 16 avsnitt 3) och folkbildning (utg.omr. 17 avsnitt 16).

Utvecklingen av antalet anmälningar till DO fortsätter att öka

Diskrimineringsgrunden funktionsnedsättning är den vanligaste grunden för anmälningar till Diskrimineringsombudsmannen (DO). Anmälningar som rör funktionsnedsättning fortsätter att öka sedan 2019 (se tabell 5.3). Anmälningarna har främst handlat om utbildning, arbetsliv, tillgång till varor, tjänster och bostäder samt hälso- och sjukvård. År 2025 inkom 2 710 anmälningar om diskriminering som har samband med funktionsnedsättning. Av de tillsynsutredningar som DO har inlett under 2025 har en majoritet handlat om diskriminering som har samband med funktionsnedsättning eller etnisk tillhörighet.

Tabell 5.3 Inkomna anmälningar med diskrimineringsgrunden funktionsnedsättning 2019–2025

Samhällsområde	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Arbetslivet	136	145	190	265	339	447	694
Arbetsförmedling m.m.	22	32	25	31	48	55	77
Medlemskap i arbetstagar- och arbetsgivar-organisationer m.m.	5	2	4	8	7	2	12
Näringsverksamhet samt yrkesbehörighet	3	2	3	2	3	3	6
Utbildning	219	254	313	362	505	562	612
Hälso- och sjukvård	67	88	163	183	246	337	392
Socialtjänst	92	121	122	155	192	209	266
Varor, tjänster och bostäder	201	190	249	299	383	433	407
Socialförsäkring m.m.	34	46	28	38	67	50	85
Bemötande i offentlig verksamhet	59	41	46	78	95	130	135
Värnplikt	4	4	36	23	29	24	24
Totalt	**842**	**925**	**1 179**	**1 444**	**1 914**	**2 252**	**2 710**

Anm.: Det finns inte någon könsuppdelad statistik utifrån respektive diskrimineringsgrund och samhällsområde. Anmälningar som avser kategorin ”Övriga samhällsområden” redovisas inte i tabellen.

Källa: DO, Årsredovisning 2019–2025.

Redovisning av övriga bedömningsgrunder för funktionshinderspolitiken

Utvecklingen inom prioriterade samhällsområden

Enligt MFD:s uppföljning av funktionshinderspolitiken 2025 syns fortsatta skillnader mellan personer med funktionsnedsättning och övrig befolkning inom flera av de prioriterade samhällsområdena. Uppföljningen visar bl.a. att personer med funktionsnedsättning, i lägre grad än befolkningen i övrigt, deltar i både motionsverksamhet och fritidsaktiviteter utanför hemmet. Skillnaden i andel är runt 20 procentenheter och ett liknande mönster syns bland barn. Det är också färre barn med funktionsnedsättning som tränar minst en gång i veckan jämfört med övriga barn.

Statistiska centralbyråns (SCB) årliga undersökning om levnadsförhållanden (SCB 2026), visar att det är fortsatta skillnader i självskattad hälsa för personer med funktionsnedsättning jämfört med befolkningen i övrigt. Av personer med funktionsnedsättning skattade 31,6 procent sin hälsa som god jämfört med 71,7 procent av den övriga befolkningen. Andelen kvinnor och män med funktionsnedsättning som skattade sin hälsa som god var 29,1 procent respektive 34,7 procent. Personer med funktionsnedsättning idrottar i mindre utsträckning än övriga befolkningen.

Regeringen har fattat flera beslut i syfte att öka deltagandet i idrott bland personer med funktionsnedsättning. Exempelvis har regeringen beviljat 20 miljoner kronor

2025–2026 till Sveriges Riksidrottsförbund för att främja delaktighet i idrott för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (se vidare utg.omr. 17 avsnitt 15.6 Idrottspolitik). Regeringen har även lanserat fritidskortet, i syfte att stärka möjligheterna för bl.a. barn och unga med funktionsnedsättning att delta i fritidsaktiviteter. Fritidskortet kan t.ex. användas till hyra av hjälpmedel och utrustning och samordnas med merkostnadsersättningen (se vidare utg.omr. 9 avsnitt 4 Folkhälsopolitik). I syfte att förbättra hälsan bland personer med funktionsnedsättning har regeringen gett i uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att kartlägga och analysera tillgänglighet och bemötande i hälso- och sjukvården för personer med funktionsnedsättning (S2026/00289).

Förutsättningarna för tillgängliga digitala miljöer har enligt Post- och telestyrelsen (PTS) stärkts 2025, framför allt i och med att lagen (2023:254) om vissa produkters och tjänsters tillgänglighet (tillgänglighetslagen) trätt i kraft. Generellt har offentliga aktörer kommit längre i tillgänglighetsarbetet än de privata, samtidigt som det finns fortsatta utmaningar vad gäller avsaknad av regelverk som träffar vissa privata aktörer. PTS har även identifierat flera hinder som myndigheten anser måste undanröjas, bl.a. digitala bedrägerier som skapar oro, digitala tjänster inom hälso- och sjukvård som inte motsvarar behoven och otillgängliga webbplatser (MFD 2026:11).

Av MFD:s uppföljning av funktionshinderspolitiken 2025 framgår att det är relativt vanligt att offentliga aktörer inte inkluderar funktionshinderperspektivet i krisberedskapsarbetet. Det är inte heller ovanligt att offentliga aktörer saknar rutiner för att säkerställa att de når ut till invånare med funktionsnedsättning vid kris eller krig. En ytterligare problematik är att ansvariga aktörer inte ser hela målgruppen utan ofta fokuserar på de som har olika insatser kopplade till funktionsnedsättningen.

En kunskapssammanställning från MFD visar att barn och unga med funktionsnedsättning oftare utsätts för våld eller kriminalitet och oftare har kontakt med rättsväsendet, samtidigt som de har sämre tillgång till stöd. Personer med funktionsnedsättning löper en förhöjd risk att utnyttjas av kriminella nätverk, särskilt vid beroendeställning eller bristande stöd. Det finns ett starkt engagemang bland samhällsaktörer och flera lovande initiativ i det våldsförebyggande arbetet, men insatserna hämmas av kunskapsbrister, otillräckligt fokus på föräldraansvar och bristande anpassning till målgruppens behov (MFD 2026:11).

Utvecklingen inom funktionshinderspolitiken utifrån de fyra prioriterade inriktningarna för att genomföra funktionshinderspolitiken

Utgångspunkten för nedanstående redovisning är de fyra områden som genomförandet av det nationella målet för funktionshinderspolitik ska inriktas mot. De prioriterade områdena är ömsesidigt beroende av varandra. Syftet är att de tillsammans ska bidra till ett tillgängligt och jämlikt samhälle oavsett funktionsförmåga.

Offentliga aktörers tillämpning av universell utformning

MFD:s uppföljning av funktionshinderspolitiken 2025 visar att det finns brister i myndigheters, kommuners och regioners arbete med universell utformning. På frågan om aktörerna under året ställt krav på tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning i alla eller de flesta upphandlingar när så har varit relevant svarar endast 23 procent av de statliga myndigheterna och 25 procent av kommunerna att de har gjort det. Av regionerna svarar 47 procent att sådana krav har ställts. Av MFD:s uppföljning av myndigheter 2025 framgår att de myndigheter som omfattas av strategin för systematisk uppföljning av funktionshinderspolitiken i högre grad ställer krav på tillgänglighet i upphandling. Jämfört med år 2024 har andelen myndigheter

inom strategin som ställer krav på tillgänglighet i alla eller de flesta upphandlingar ökat med 15 procent.

I MFD:s uppföljning av funktionshinderspolitiken 2025 utmärker sig de statliga myndigheterna när det gäller brist på rutiner för att utforma informationsmaterial och myndighetsbeslut så att de blir tillgängliga för alla. Endast 24 procent av de statliga myndigheterna uppger att de har rutiner för att kontrollera tryckt material, medan 51 procent har rutiner för att kontrollera digitalt material. Myndigheterna som anges i regeringens strategi för systematisk uppföljning av funktionshinderspolitiken har, enligt MFD:s uppföljning av myndigheter 2025, i högre grad rutiner för både tryckt och digitalt material. Siffrorna är också högre för kommuner och regioner. I MFD:s uppföljning framgår att 35 procent av kommunerna svarar att de har rutiner för tryckta material och 72 procent att de har rutiner för digitalt material. Av regionerna har 71 procent rutiner både för tryckt och digitalt material.

Offentliga aktörers arbete med att inventera och åtgärda bristande tillgänglighet

MFD:s uppföljning av funktionshinderspolitiken 2025 visar att det fortsatt saknas rutiner hos statliga myndigheter, kommuner och regioner för att identifiera och åtgärda brister i tillgänglighet. Ungefär hälften av aktörerna har rutiner för att inventera brister i tillgänglighet i interna arbets- och kommunikationsplattformer och i sina digitala tjänster. Det är vanligare att ha rutiner för att inventera brister i externa webbplatser än i interna system. Alla myndigheter som pekas ut i strategin för systematisk uppföljning av funktionshinderspolitiken uppger i MFD:s uppföljning av myndigheter 2025 att de i stor eller viss utsträckning har tillgängliga webbplatser. Hos övriga myndigheter uppger 60 procent att de i stor utsträckning har tillgängliga webbplatser, och 27 procent uppger att de i viss utsträckning har det. De flesta aktörer uppger dock att de endast har åtgärdat några av de identifierade bristerna.

En majoritet av aktörerna har rutiner för att inventera tillgängligheten i sina lokaler, 83 procent av de statliga myndigheterna, 71 procent av kommunerna och 65 procent av regionerna uppger att de har sådana rutiner enligt MFD:s uppföljning av funktionshinderspolitiken 2025. Däremot är det vanligaste svaret på frågan om identifierade brister i lokalernas tillgänglighet har åtgärdats att endast några av bristerna har åtgärdats. Enligt MFD:s uppföljning av myndigheterna 2025 har 35 procent av de myndigheter som omfattas av strategin för systematisk uppföljning av funktionshinderspolitiken, respektive 20 procent av övriga myndigheter som besvarat undersökningen, åtgärdat alla brister i tillgängligheten under året, vilket är en förbättring jämfört med tidigare år.

Offentliga aktörers individuella stöd och lösningar

MFD:s uppföljning av funktionshinderspolitiken 2025 visar att många aktörer fortfarande saknar rutiner för tillgänglighet och att de ofta brister i arbetet med att erbjuda individuella stöd. Samtidigt uppfattas möjligheten att få råd och stöd för individuella lösningar som relativt god. Vidare visar uppföljningen att en betydande andel av statliga myndigheter, kommuner och regioner svarar nej eller vet ej på frågan om de utifrån behov kan erbjuda individuella stöd och lösningar till personer med funktionsnedsättning. Samtliga av de svarande aktörerna anger att de i högre grad har möjlighet att erbjuda tolktjänst, information i alternativ text samt alternativa kontaktvägar till myndigheten. Däremot är möjligheterna att erbjuda ledsagning och material på teckenspråk mer begränsade. Sammantaget kan konstateras att de statliga myndigheterna i betydligt lägre grad än regioner och kommuner kan erbjuda individuella stöd och lösningar. Samtidigt framgår i resultatet för MFD:s uppföljning av statliga myndigheter 2025 att myndigheter som omfattas av strategin för

systematisk uppföljning av funktionshinderspolitiken i större utsträckning än övriga statliga myndigheter erbjuder sådana stöd och lösningar.

MFD:s uppföljning visar vidare att 59 procent av regioner, 58 procent av kommuner och 53 procent av statliga myndigheter som tillfrågats har rutiner för att de beslut som fattas i individärenden är tillgängligt utformade.

Uppföljningen visar också att tillgången till kunskap och stöd i arbetet med individuella stöd och lösningar är god. Nästan alla svarande anger att de som arbetsgivare har kunskap om var de kan få råd och stöd när de behöver erbjuda individuella stöd och lösningar för arbetstagare med funktionsnedsättning.

Offentliga aktörers åtgärder för att motverka diskriminering

MFD:s uppföljning av funktionshinderspolitiken 2025 visar att det finns utvecklingsbehov i arbetet med att förebygga och motverka diskriminering. I uppföljningen framgår att hälften av de statliga myndigheterna och mindre än hälften av de kommuner som svarat på undersökningen anger att kompetenshöjande insatser om diskriminering på grund av funktionsnedsättning ingår i myndighetens plan för aktiva åtgärder, medan något fler regioner anger att så är fallet. Myndigheter som ingår i strategin för systematisk uppföljning av funktionshinderspolitiken svarar i högre utsträckning att det ingår insatser om diskriminering på grund av funktionsnedsättning i myndighetens plan för aktiva åtgärder.

Vidare visar uppföljningen också att en stor andel av statliga myndigheter, kommuner och regioner som svarat i undersökningen endast i liten eller viss utsträckning säkerställer att deras rekryteringsprocesser ger personer med funktionsnedsättning lika möjligheter som andra att söka och konkurrera om tjänster.

MFD beskriver i sin uppföljning att diskriminering mot personer med funktionsnedsättning alltjämt utgör ett omfattande problem och någon förbättring kan inte noteras jämfört med tidigare uppföljningar. Personer med funktionsnedsättning möter diskriminering inom flera samhällsområden. Diskrimineringen på arbetsmarknaden är fortsatt hög; var tredje person med funktionsnedsättning har enligt SCB blivit diskriminerad 2024, exempelvis vid rekrytering eller fördelning av arbetsuppgifter. Det finns också, enligt MFD:s uppföljning, tydliga könsskillnader, där fler män upplever diskriminering vid tillsättning av tjänster medan kvinnor i högre grad utsätts för mobbning, kränkningar eller trakasserier.

Myndigheternas åtgärder för integrering av jämställdhet och barnrättsperspektiv

Enligt MFD:s uppföljning av funktionshinderspolitiken 2025 integrerar en majoritet av myndigheterna som ingår i strategin för systematisk uppföljning ett barnrätts- och jämställdhetsperspektiv i verksamheten och att dessa är integrerade i de ordinarie processerna för styrning kopplat till frågor om jämställdhet och barn. Det framgår dock inte hur perspektiven integreras och beaktas i myndigheternas funktionshindersarbete. Vissa myndigheter hänvisar till att verksamheten applicerar ett intersektionellt angreppssätt.

Ett exempel på en myndighet som arbetar med barnrättsperspektivet i relation till sitt funktionshindersarbete är Migrationsverket. I samband med renovering och utbyggnad av ett av deras center har hänsyn tagits till både funktionshinders- och barnrättsperspektivet för att möta behoven hos såväl föräldrar som barn med och utan funktionsnedsättning. Kriminalvården har arbetat med jämställdhetsperspektivet i funktionshindersarbetet genom att beakta hur kön och funktionsnedsättning samverkar i myndighetens uppdrag, i syfte att säkerställa att kvinnor och män med

funktionsnedsättning ges likvärdiga förutsättningar inom verkställigheten. Ytterligare exempel är Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen som analyserat könsskillnader i de insatser och beslut som rör personer med funktionsnedsättning.

5.4 Budgetförslag

5.4.1 3:1 Myndigheten för delaktighet

Tabell 5.4 Anslagsutveckling 3:1 Myndigheten för delaktighet

Tusental kronor

2025	Utfall	72 290	Anslagssparande	-749
2026	Anslag	72 911[1]	Utgiftsprognos	71 516
2027	**Förslag**	**73 897**		
2028	Beräknat	74 676[2]		
2029	Beräknat	75 873[3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

[2] Motsvarar 73 897 tkr i 2027 års prisnivå.

[3] Motsvarar 73 897 tkr i 2027 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Myndigheten för delaktighets (MFD) förvaltningsutgifter.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 5.5 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 3:1 Myndigheten för delaktighet

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**72 911**	**72 911**	**72 911**
Pris- och löneomräkning[2]	986	1 765	2 962
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**73 897**	**74 676**	**75 873**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2026. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2028–2029 är preliminär.

Regeringen föreslår att 73 897 000 kronor anvisas under anslaget 3:1 *Myndigheten för delaktighet* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 74 676 000 kronor respektive 75 873 000 kronor.

5.4.2 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer

Tabell 5.6 Anslagsutveckling 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer

Tusental kronor

2025	Utfall	208 742	Anslagssparande	
2026	Anslag	208 742[1]	Utgiftsprognos	208 742
2027	**Förslag**	**208 742**		
2028	Beräknat	188 742		
2029	Beräknat	188 742		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statsbidrag till funktionshindersorganisationer för att stödja organisationerna i deras arbete för att personer med funktionsnedsättning ska uppnå full delaktighet och jämlikhet i samhället.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 5.7 Förändringar i anslagsnivån 2027–2029 för 3:2 Bidrag till funktionshindersorganisationer

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**208 742**	**208 742**	**208 742**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder		-20 000	-20 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**208 742**	**188 742**	**188 742**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 208 742 000 kronor anvisas under anslaget 3:2 *Bidrag till funktionshindersorganisationer* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 188 742 000 kronor respektive 188 742 000 kronor.

6 Politik för sociala tjänster

6.1 Mål för området

Politiken för sociala tjänster omfattar följande övergripande av riksdagen beslutade mål:

Omsorg om äldre

Äldre ska

- kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag,
- kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende,
- bemötas med respekt,
- ha tillgång till god vård och omsorg (prop. 2008/09:1 utg.omr. 9 avsnitt 3.4, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127), och
- erbjudas en jämställd och jämlik vård och omsorg (prop. 2019/20:1 utg.omr. 9 avsnitt 6.4, bet. 2019/20:SoU1, rskr. 2019/20:135).

Individ- och familjeomsorg

- ska stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer, och
- stärka skyddet för utsatta barn (prop. 2008/09:1 utg.omr. 9 avsnitt 3.4, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127).

Personer med funktionsnedsättning

- Det nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet beaktas (prop. 2016/17:188, bet. 2017/18:SoU5, rskr. 2017/18:86).

6.2 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

För att bedöma utveckling och resultat inom områdena används ett antal resultat- och bakgrundsindikatorer. För mer information om bakgrunden till respektive indikator och hur den tagits fram hänvisas till den ursprungliga källan som redovisas i anslutning till tabeller och diagram. Ansvaret för verksamhetsområdena ligger främst hos kommunerna. Områdena omsorg om äldre, individ- och familjeomsorg samt personer med funktionsnedsättning är komplexa och en rad åtgärder, såväl statliga som kommunala, påverkar måluppfyllelsen.

Omsorg om äldre

De resultatindikatorer som används för att följa utvecklingen är följande:

- antal återstående år med god hälsa vid 65 års ålder,
- andel äldre som upplever att det är mycket tryggt eller ganska tryggt att bo hemma med stöd från personal eller i särskilt boende,

- andel äldre som uppger att personalen brukar ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete i hemtjänst eller särskilt boende,
- väntetid till särskilt boende,
- andel äldre som upplever att de bemöts på ett bra sätt i hemtjänst eller särskilt boende,
- andel äldre som efter bedömning erhållit riskförebyggande åtgärder i särskilt boende,
- antal fallskador bland personer 80 år och äldre,
- skillnader mellan kvinnor och män för olika indikatorer,
- spridning mellan kommuner för olika indikatorer.

Individ- och familjeomsorgen

Följande indikatorer och mått används för att följa utvecklingen:

Den sociala barn- och ungdomsvården

- antal öppenvårdsinsatser och öppenvårdsformer,
- antal placerade barn och unga samt placeringsform,
- andel som har treårig gymnasieutbildning vid 20 års ålder bland personer som var placerade under hela årskurs nio,
- andel anställda handläggare med socionomexamen med minst tre års erfarenhet av barnutredningar respektive minst fem års erfarenhet av barnutredningar inom social barn- och ungdomsvård samt andel konsulthandläggare (årsarbete) inom social barn- och ungdomsvård.

Ekonomiskt bistånd

- antal mottagare och utbetalning av ekonomiskt bistånd,
- andel biståndsmottagare som är långvariga mottagare (10–12 månader under ett kalenderår),
- andel kommuner som har en aktuell överenskommelse om samverkan med Arbetsförmedlingen,
- andel kommuner som genomfört individuella möten för utredning och planering med sammanboende vuxna i biståndshushållet.

Skadligt bruk och beroende

- tillgängligheten till socialtjänstens missbruks- och beroendevård utifrån väntetider.

Hemlöshet

- antal personer i olika typer av hemlöshet.

Brottsutsatta

- andel kommuner som inom olika verksamhetsområden har en rutin för hur handläggare ska agera vid indikation på vuxnas utsatthet för våld av närstående,
- andel kommuner som har rutiner för att säkra rätten till utbildning för barn i skyddat boende.

Familjerätt

- antal barn som är föremål för familjerättsliga insatser inom socialtjänsten.

Föräldraskapsstöd

– andel kommuner eller stadsdelar som erbjuder minst ett manualbaserat föräldrastöd i grupp för barn med bråkigt/normbrytande beteende.

Personer med funktionsnedsättning

Inom avsnittet Funktionshinderspolitik (avsnitt 5) redovisas främst det sektorsövergripande arbetet för att genomföra och följa upp funktionshinderspolitiken.

I resultatavsnittet som följer redovisas stödinsatser till personer med funktionsnedsättning.

För att bedöma och redovisa utvecklingen och resultaten inom området används ett antal resultatindikatorer. Dessa indikatorer är nedbrutna på kvinnor och män respektive flickor och pojkar enligt följande:

– antal personer med funktionsnedsättning med insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, och socialtjänstlagen (2025:400), förkortad SoL, och kostnader för detta,
– andel personer som uppger att de får bestämma över saker som är viktiga och som känner trivsel och trygghet i gruppbostad och servicebostad enligt LSS,
– antal anmälningar enligt SoL och LSS,
– antal personer och antal beviljade timmar med assistansersättning och kostnader för assistansersättning, och
– antal personer som beviljats bilstöd och kostnader för bilstöd.

6.3 Resultatredovisning

Övergripande om socialtjänst

Omställningen till en mer förebyggande och kunskapsbaserad socialtjänst

Den nya socialtjänstlagen trädde i kraft den 1 juli 2025 (prop. 2024/25:89, bet. 2024/25:SoU23, rskr. 2024/25:210). Lagen syftar till att ge kommunerna förutsättningar till en mer förebyggande, lätt tillgänglig och kunskapsbaserad socialtjänst.

Socialstyrelsen och flera andra myndigheter har fått i uppdrag av regeringen att ge kommunerna stöd i omställningen (S2025/00116). En delredovisning ska lämnas senast den 1 juni 2027. Socialstyrelsen ska bl.a. genomföra nationella kompetenshöjande insatser och ta fram och stödja genomförandet av kunskap och vägledning till socialtjänsten om insatser utan individuell behovsprövning. Av Socialstyrelsens årsredovisning 2025 framgår att myndigheten bl.a. har utvecklat det rättsliga stödet och kunskapsstöd i enlighet med den nya lagen. Socialstyrelsen har även fördelat statsbidrag för att stödja kommunerna. År 2025 har 290 kommuner rekvirerat 1 145 500 000 kronor. Dessutom har 23 miljoner kronor fördelats till de 24 regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) inom socialtjänsten. Socialstyrelsen har 2025 också betalat ut statsbidrag till kommunerna för att utveckla socialtjänstens arbete med att förebygga brottslighet, i enlighet med de nya bestämmelserna i socialtjänstlagen om att förebygga och motverka brottslighet (S2025/00111). År 2025 fördelades 198 500 000 kronor.

Regeringen har även ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), för 2025 och 2026, för att stödja kommunerna i omställningen. I överenskommelsen anges att syftet är att skapa långsiktighet, goda planeringsförutsättningar för kommunerna och stärka förutsättningarna för en likvärdig

socialtjänst över hela landet. Av SKR:s verksamhetsrapport 2025 framgår bl.a. att 98 procent av kommunerna har genomfört en skattning av läget på verksamhetsnivå 2024 och 2025, och att SKR bedömer att kommunerna hade god kännedom om den nya lagen och intentionerna när den trädde i kraft. Enligt SKR har många kommuner påbörjat förflyttningar i enlighet med lagen. SKR beskriver samtidigt ett högt tryck i kommunerna på akuta insatser och ett högt inflöde av komplexa och kostsamma ärenden samtidigt som kommunerna ska prioritera det förebyggande arbetet som en utmaning i omställningen. SKR för fram behovet av uppföljning och en uthållig finansiering av det förebyggande arbetet.

Bättre förutsättningar för en kunskapsbaserad socialtjänst genom att utveckla statistiken på nationell nivå

För att skapa bättre förutsättningar för socialtjänsten att arbeta kunskapsbaserat behöver statistiken inom socialtjänsten på nationell nivå stärkas. Regeringen har den 5 mars 2026 beslutat propositionen En lag om socialdataregister (prop. 2025/26:165, bet. 2025/26:SoU27, rskr. 2025/26:253). Lagen utökar Socialstyrelsens möjlighet att behandla personuppgifter i nationella socialdataregister men syftar även till att skydda människor mot att deras personliga integritet kränks vid sådan behandling. Ändamålen för behandling av personuppgifter är att framställa statistik, framställa underlag för uppföljning och utvärdering, utföra epidemiologiska studier eller bedriva forskning. Socialstyrelsens socialdataregister ska bidra till en ökad kunskap för att utveckla och förbättra socialtjänsten och verksamheten enligt LSS. Lagen (2026:601) om socialdataregister trädde i kraft den 1 augusti 2026. Bestämmelser om skyldighet för verksamheter som bedrivs enligt socialtjänstlagen eller LSS att lämna de uppgifter som behövs i ett socialdataregister till Socialstyrelsen träder i kraft ett år senare, dvs. den 1 augusti 2027.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att förbereda inför en sådan lag (S2024/01209). Socialstyrelsen har identifierat möjliga informationsmängder för ett framtida register. Utgångspunkten är att socialtjänstens dokumentation ska vara ändamålsenlig och strukturerad samt att nationellt enhetliga termer, begrepp och klassifikationer används, vilket ger bättre förutsättningar för nationell statistik av god kvalitet och lokal kunskapsutveckling. Arbetet har genomförts i dialog med kommuner, SKR, E-hälsomyndigheten och privata utförare samt systemleverantörer, för ett gemensamt och effektivt införande. I uppdraget har ingått att betala ut statsbidrag till kommunerna för att förbereda sig inför en ny lag och en utökad uppgiftsinsamling. Av Socialstyrelsens redovisning framgår att 269 kommuner rekvirerat ca 32 685 000 kronor i statsbidrag 2025 för ändamålet (S2024/01209).

Regeringen har i januari 2026 gett Socialstyrelsen i uppdrag att fortsatt förbereda införandet av lagen om socialdataregister och stödja kommunerna inför en utökad uppgiftsinsamling (S2026/00093).

Krisberedskapen inom socialtjänsten

Det finns ett stort behov av att stärka beredskapen inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Mot den bakgrunden beslutade regeringen i juni 2023 att inrätta ett nytt statsbidrag till kommuner för deras arbete med beredskap. Enligt 2 § förordningen (2023:490) om statsbidrag till kommuner för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap är syftet med statsbidraget att kommunerna ska kunna genomföra åtgärder för att stärka socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens beredskap så att verksamheten kan upprätthållas under höjd beredskap. År 2024 var första året som medel fanns att söka. Socialstyrelsen har under 2024 fördelat totalt 292,5 miljoner kronor till 285 kommuner. Sammanlagt har 281 kommuner använt

totalt 246 miljoner kronor vilket motsvarar 84 procent av de beviljade medlen. Enligt Socialstyrelsen har 58 procent av medlen använts till att finansiera personal inom de områden som omfattas av statsbidraget. Kommunerna har framför allt satsat på deltagande i utbildning och planeringsarbete inom områdena kontinuitetshantering, samverkan och ledning samt utbildning och övning. 6 procent av medlen har använts för investeringar, framför allt för att förstärka elförsörjningen till vård och omsorgsboenden. Av de fördelade medlen användes 5 procent till inköp av utrustning/material för lagerhållning, framför allt till förbrukningsartiklar inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Bidraget har varit översökt med nästan 50 procent över tillgängligt belopp, totalt har 285 kommuner ansökt om sammanlagt 435 miljoner kronor. Den 1 januari 2026 trädde även ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) i kraft som bl.a. innebär förtydliganden av kommuners skyldigheter vid fredstida krissituationer, höjd beredskap och katastroftillstånd i hälso- och sjukvården, (se vidare utg.omr. 9 avsnitt 3.3). I juli 2026 gav regeringen också Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp kommunernas arbete med kontinuitets- och evakueringsplanering i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. I uppdraget ingår att bl.a. särskilt analysera orsakerna till att vissa kommuner saknar aktuella kontinuitets- och evakueringsplaner och vidta nödvändiga åtgärder för att stödja kommunerna i deras arbete med att ta fram och uppdatera kontinuitets- och evakueringsplaner. Uppdraget ska slutredovisas i maj 2027.

Fortsatta åtgärder mot välfärdsbrottslighet

Regeringen har vidtagit flera åtgärder för att sätta stopp för välfärdsbrottsligheten inom omsorgen. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i uppdrag från regeringen att 2024–2026 stärka och utveckla arbetet med att förebygga och motverka välfärdsbrottslighet samt förekomsten av oseriösa eller kriminella aktörer inom omsorgen i samverkan med Polismyndigheten, Ekobrottsmyndigheten, Försäkringskassan och andra myndigheter som deltar i arbetet mot organiserad brottslighet (S2024/00041). I en delredovisning av uppdraget anger IVO att myndighetens tillståndsprövning och tillsyn visar på fortsatta problem med oseriösa och kriminella aktörer. År 2025 avslog IVO i genomsnitt nära 40 procent av inkomna ansökningar om att starta ny tillståndspliktig verksamhet, varav en majoritet av avslagen beror på att ägare och ledning inte bedöms uppfylla kraven på insikt eller lämplighet. Tillsynen har visat på så allvarliga brister i företrädares lämplighet och i verksamheterna att IVO 2025 har förbjudit eller återkallat tillståndet för 58 verksamheter. I delredovisningen anger IVO vidare att myndighetens förutsättningar att motverka välfärdsbrottslighet stärkts genom att det bl.a. genomförts flera förändringar i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) i syfte att underlätta utbytet av information mellan myndigheter. Regeringen har även gett Arbetsförmedlingen, Bolagsverket, Ekobrottsmyndigheten, Försäkringskassan, IVO, Pensionsmyndigheten, Polismyndigheten och Skatteverket i uppdrag att gemensamt kraftsamla mot organiserad brottslighet och den kriminella ekonomin i välfärden (S2025/01085), (se utg.omr. 2 avsnitt 8). I september 2024 gav regeringen IVO i uppdrag att stärka tillsynen av stödboende och hem för vård eller boende (HVB) som tar emot barn och unga (S2024/01643). I slutredovisningen av uppdraget i februari 2026 angav IVO att myndigheten med grund i riskanalyser genomförde en särskild tillsynsinsats som omfattade ett 70-tal tillståndsinnehavare och verksamheter. Under uppdragsperioden förbjöd eller återkallade IVO tillståndet för 39 stödboenden och HVB efter att tillsynen visat på allvarliga brister, både i företrädarnas lämplighet och verksamheternas innehåll.

Omsorg om äldre

Resultatindikatorer för omsorg om äldre

Tabell 6.1 Riksdagsbundna mål och huvudsakliga indikatorer

Resultatindikatorer för området Omsorg om äldre

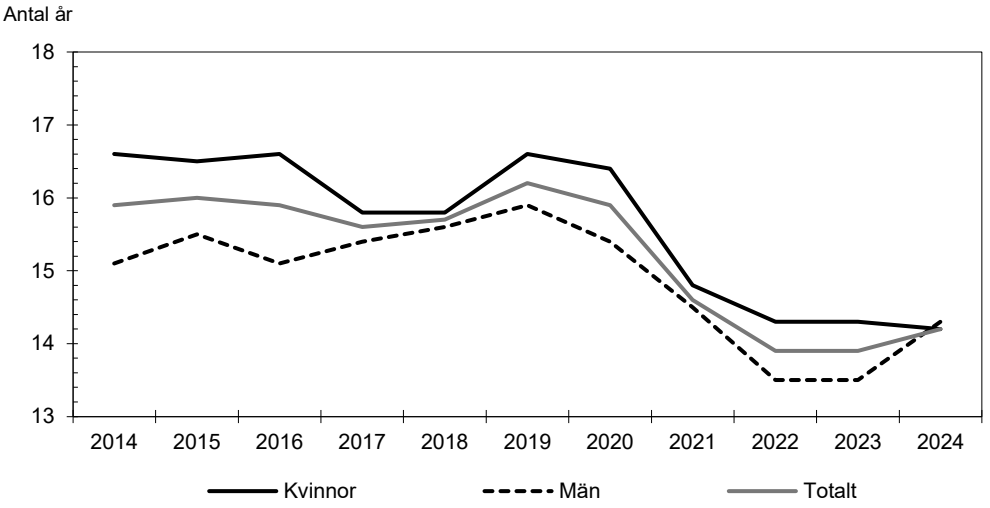
Mål	Resultatindikatorer	Andra bedömningsgrunder
Äldre ska kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag	Antal återstående år med god hälsa vid 65 års ålder	Antalet 65 år och äldre med hemtjänst och boende i särskilt boende Andelen av befolkningen 65 år och äldre med hemtjänst och boende i särskilt boende Andel personer 65 år och äldre som uppger att de kan påverka tider i hemtjänst och särskilt boende
Äldre ska kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende	Andel äldre som upplever att det är mycket tryggt eller ganska tryggt att bo hemma med stöd från personal eller i särskilt boende Andel äldre som uppger att personalen brukar ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete i hemtjänst eller särskilt boende Väntetid till särskilt boende	Läget på bostadsmarknaden gällande särskilda boendeformer Antalet hemtjänstpersonal som den enskilde möter under en 14-dagarsperiod
Äldre ska bemötas med respekt	Andel äldre som upplever att de bemöts på ett bra sätt i hemtjänst eller särskilt boende	
Äldre ska ha tillgång till god vård och omsorg	Andel äldre som uppger att de är ganska eller mycket nöjda med hemtjänst eller särskilt boende Andel äldre som efter bedömd risk erhållit riskförebyggande åtgärder i särskilt boende Antal fallskador bland personer 80 år och Äldre	Antal kvinnor och män som arbetar inom äldreomsorgen Antal fallskador bland personer 65 år och äldre
Äldre ska erbjudas en jämställd och jämlik vård och omsorg	Skillnader mellan kvinnor och män för olika indikatorer och mål Spridning mellan kommuner för olika Indikatorer	

Äldre ska kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag

God hälsa är viktigt, bl.a. för att äldre personer ska ha möjlighet att leva ett aktivt liv och ha inflytande. Antalet återstående år med god hälsa vid 65 års ålder (Healthy life years, HLY) var 14,2 år 2024, vilket är en ökning jämfört med år 2023. För kvinnor var antalet återstående år med god hälsa vid 65 års ålder 14,2 år 2024 och för män 14,3 år. Motsvarande siffror för 2019 var 16,6 år för kvinnor och 15,9 år för män (se diagram 6.1). Den negativa utvecklingen mellan 2019 och 2022 är i huvudsak en följd av covid-19-pandemin. Kvinnornas medellivslängd var 85,5 år 2025 och motsvarande siffra för männen var 82,5 år (Statistiska centralbyrån, 2026). Medellivslängden har ökat stadigt för inrikes födda under 1900-talet och förbättringarna kan hänföras till en rad faktorer som stigande levnadsstandard, bättre utbildning, hälsosammare

levnadsvanor och ökad tillgång till hälso- och sjukvård av god kvalitet (Folkhälsomyndigheten Årsrapport 2026).

Diagram 6.1 Antal återstående år med god hälsa vid 65 års ålder



Anm.: Y-axeln börjar inte från 0.
Källa: EUROSTAT, Healthy life years, 2014–2024

Mellan 2024 och 2025 ökade antalet personer över 65 år med drygt 29 000, från 2 206 488 till 2 235 546, varav ca 53 procent var kvinnor (Statistiska centralbyrån 2026). Även antalet personer över 65 år med hemtjänst och boende i särskilt boende har ökat jämfört med 2024. Den långsiktiga trenden är dock att en mindre andel av både äldre män och äldre kvinnor är i behov av äldreomsorg (se tabell 6.2 och tabell 6.3). En förklaring är att fler äldre är allt friskare högre upp i åldrarna. En större andel kvinnor än män har hemtjänst och bor i särskilt boende, vilket bl.a. kan förklaras av att kvinnor lever längre än män.

Tabell 6.2 Antalet personer som är 65 år och äldre med hemtjänst och boende i särskilt boende

Antal kvinnor och män

Hemtjänst	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	139 857	138 117	140 173	141 430	136 377	135 842	137 618	138 320	137 640	137 632
Män	77 282	77 561	80 336	82 506	81 082	81 643	84 752	86 488	87 762	89 384
Totalt	**217 139**	**215 678**	**220 509**	**223 936**	**217 459**	**217 485**	**222 370**	**224 808**	**225 402**	**227 016**
Särskilt boende	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	74 208	72 714	73 455	72 005	70 978	69 061	72 129	71 536	71 913	71 973
Män	36 652	36 625	37 817	37 804	37 869	36 872	39 436	39 631	40 505	41 464
Totalt	**110 860**	**109 339**	**111 272**	**109 809**	**108 847**	**105 933**	**111 565**	**111 167**	**112 418**	**113 437**

Anm.: Antal med pågående beslut om insats under året (sista dagen någon månad under året). Hemtjänst i ordinärt boende definieras såsom personer med hemtjänstbeslut som inte exklusivt består av en eller flera av följande insatser: Trygghetslarm; Matdistribution; Avlösning; Ledsagning. Med andra ord består hemtjänst av dem som har hemtjänstbeslut som innehåller personlig omvårdnad (ej enbart trygghetslarm) eller service (ej enbart matdistribution) samt ospecificerade hemtjänstbeslut (insats ej specificerad). Denna avgränsning har gjorts för att göra hemtjänsten jämförbar mellan kommuner.

Källa: Socialstyrelsen, Registret över insatser enligt socialtjänstlagen till äldre och personer med funktionsnedsättning.

Tabell 6.3 Andel av befolkningen som är 65 år och äldre med hemtjänst och boende i särskilt boende

Procent

Hemtjänst	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	13,2	13,0	12,9	12,9	12,3	12,1	12,1	11,9	11,8	11,7
Män	8,5	8,4	8,6	8,7	8,4	8,3	8,5	8,5	8,5	8,6
Totalt	**11,1**	**10,8**	**10,9**	**10,9**	**10,5**	**10,3**	**10,4**	**10,4**	**10,3**	**10,2**
Särskilt boende	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	7,0	6,8	6,8	6,6	6,4	6,2	6,4	6,2	6,2	6,1
Män	4,1	4,0	4,0	4,0	3,9	3,8	4,0	3,9	3,9	4,0
Totalt	**5,7**	**5,5**	**5,5**	**5,4**	**5,2**	**5,0**	**5,2**	**5,1**	**5,1**	**5,1**

Anm.: Antal 65 år och äldre med pågående beslut under någon av årets 12 mät-dagar (sista dagen varje månad) delat med befolkningen i samma åldersgrupp den sista december respektive år.

Källa: Socialstyrelsen, Registret över insatser enligt socialtjänstlagen till äldre och personer med funktionsnedsättning.

Ett sätt att belysa aspekten av äldre personers inflytande över sin vardag är att fråga äldre om de själva kan påverka tider när personalen inom äldreomsorgen kommer. Skillnader mellan könen finns vissa år, men de är små. Totalt 52 procent av kvinnorna och 55 procent av männen uppger att de kan påverka tider i hemtjänsten. Motsvarande siffra för särskilt boende är 58 procent för både kvinnor och män (se tabell 6.4). År 2025 är det något färre som uppgett att de kan påverka tider i hemtjänsten, jämfört med föregående år. Förändringen beror på en liten nedgång bland kvinnor. När det gäller särskilt boende syns dock en fortsatt uppgång av andelen som uppgett att de kan påverka tider. Resultatet är dock inte tillbaka på nivån som var innan covid-19-pandemin.

Tabell 6.4 Andel personer som är 65 år och äldre som uppger att de kan påverka äldreomsorgens tider

Procent

Hemtjänst	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	61	60	60	59	59	58	-	52	52	53	52
Män	63	63	62	61	62	60	-	54	55	55	55
Totalt	**61**	**61**	**61**	**60**	**60**	**59**	**-**	**52**	**53**	**54**	**53**
Särskilt boende	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	60	61	61	60	60	60	-	57	57	57	58
Män	61	61	61	61	60	60	-	57	58	57	58
Totalt	**60**	**61**	**61**	**61**	**60**	**60**	**-**	**57**	**57**	**57**	**58**

Uppgifter saknas för 2021, då Socialstyrelsen inte gjorde någon undersökning.

Källa: Socialstyrelsen, Enkätundersökningen vad tycker de äldre om äldreomsorgen, 2015–2025.

Äldre ska kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende

Ett mål för äldrepolitiken är att äldre ska kunna åldras i trygghet. Sammanlagt uppgav 85 procent av kvinnorna och 87 procent av männen år 2025 att de upplever att det är mycket tryggt eller ganska tryggt att bo hemma (ordinärt boende) med stöd från personal. I särskilt boende är motsvarande siffra 86 procent för både kvinnor och män. Resultatet har varit relativt stabilt över tid och det är små skillnader mellan könen (se tabell 6.5).

Tabell 6.5 Andel äldre som upplever att det är mycket tryggt eller ganska tryggt att bo med stöd från personal

Procent

Ordinärt boende	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	85	84	85	84	85	85	-	84	84	85	85
Män	87	87	87	86	87	87	-	86	86	87	87
Totalt	**86**	**85**	**86**	**85**	**86**	**86**	**-**	**85**	**85**	**86**	**85**
Särskilt boende	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	89	88	88	88	88	88	-	86	87	86	86
Män	89	89	88	88	88	87	-	86	86	86	86
Totalt	**89**	**89**	**88**	**88**	**88**	**87**	**-**	**86**	**86**	**86**	**86**

Anm.: Uppgifter saknas för 2021, då Socialstyrelsen inte gjorde någon undersökning.

Källa: Socialstyrelsen, Enkätundersökningen vad tycker de äldre om äldreomsorgen, 2015–2025.

Ett sätt att få en indikation på om äldreomsorgen bidrar till trygghet och bibehållet oberoende är att fråga om äldre personers upplevelse av om personalen i hemtjänst och särskilt boende har tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete. År 2025 var det totalt 80 procent av kvinnorna och 82 procent av männen som uppgav att personalen i hemtjänsten har det. I fråga om personalen i särskilt boende uppgav 70 procent av kvinnorna och 71 procent av männen motsvarande (se tabell 6.6). Sammantaget är förändringarna för både hemtjänst och särskilt boende små jämfört med föregående år. För hemtjänst så är resultaten i princip tillbaka på samma nivå som före covid-19-pandemin. När det gäller särskilt boende så är resultaten, trots en positiv utveckling sedan 2022, fortfarande inte tillbaka på de nivåer som rådde innan pandemin. Sedan juli 2022 ska den som har hemtjänst erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte är uppenbart obehövligt. Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning när insatserna verkställs De hemtjänstmottagare som träffar sin fasta omsorgskontakt ofta är generellt mer nöjda med kvaliteten och ger mer positiva svar på frågor gällande trygghet och individanpassad omsorg (Socialstyrelsen, Har hemtjänstmottagarna fasta omsorgskontakter? En uppföljning av reformen fast omsorgskontakt i hemtjänsten, S2025/00434). Från och med 1 juli 2026 ska även personer som bor i särskilt boende erbjudas en fast omsorgskontakt (bet. 2025/26:SoU25, rskr. 2025/26:252).

Tabell 6.6 Andelen äldre som uppger att personalen alltid eller oftast brukar ha tillräckligt med tid för att kunna utföra sitt arbete

Procent

Hemtjänst	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	81	81	82	81	81	81	-	78	79	79	80
Män	84	84	84	84	84	83	-	81	82	82	82
Totalt	**82**	**82**	**82**	**82**	**82**	**82**	**-**	**79**	**80**	**80**	**81**
Särskilt boende	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	72	72	73	72	72	74	-	68	70	69	70
Män	74	75	74	74	74	76	-	70	70	71	71
Totalt	**72**	**73**	**73**	**72**	**72**	**74**	**-**	**69**	**71**	**70**	**70**

Anm.: Uppgifter saknas för 2021, då Socialstyrelsen inte gjorde någon undersökning.

Källa: Socialstyrelsen, Enkätundersökningen vad tycker de äldre om äldreomsorgen, 2015–2025.

Minskad väntetid till särskilt boende

En plats i ett särskilt boende kan bidra till ökad trygghet för äldre kvinnor och män. Den genomsnittliga väntetiden till särskilt boende för 2025 är något lägre än för 2024 men är inte tillbaka till nivåerna som var innan toppen 2019 som var året före covid-19-pandemin. Det finns fortsatt skillnader mellan könen, då kvinnor i snitt får vänta längre än män på en plats i särskilt boende (se tabell 6.7).

Tabell 6.7 Väntetid särskilt boende antal dagar

Antal dagar

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	60	59	59	54	70	67	44	57	68	66	63
Män	58	56	56	50	63	58	42	49	61	57	56
Totalt	**57**	**57**	**57**	**52**	**67**	**63**	**44**	**53**	**64**	**62**	**61**

Källa: Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada), Sveriges Kommuner och Regioner.

Boverket gör årligen en nationell undersökning för att få en bild av bostadsmarknaden i Sverige. Av tabell 6.8 framgår att 117 kommuner bedömer att de har ett underskott på särskilda boendeformer för äldre, vilket är en ökning med 14 kommuner jämfört med året innan och den högsta nivån sedan 2019 (Boverket, 2026 års bostadsmarknadsenkät). Stödet till äldrebostäder lämnas genom förordningen (2016:848) om statligt stöd för att anordna och tillhandahålla bostäder för äldre personer. Under 2025 beviljades ansökningar motsvarande 519 miljoner kronor, vilket är en minskning jämfört med föregående år då beloppet uppgick till sammanlagt 546 miljoner kronor. Av de beviljade ärendena uppgick åtgärder för anpassning av gemensamma utrymmen till 89 miljoner kronor, uppförande av hyresbostäder på den ordinarie bostadsmarknaden till 130 miljoner kronor och uppförande av särskilda boendeformer för äldre och biståndsbedömt trygghetsboende till 300 miljoner kronor 2025 (Boverket, Årsredovisning 2025). Som regeringen har aviserat i budgetpropositionen för 2025 (prop. 2024/25:1, utg.omr. 9, avsnitt 6.5) kommer investeringsstödet för bostäder för äldre att avslutas 2026, bl.a. mot bakgrund av Riksrevisionens granskning av stödet (RiR 2018:24).

Tabell 6.8 Läget på bostadsmarknaden gällande särskilda boendeformer (Säbo) för äldre personer

Utbud av särskilda bostäder för äldre. Antal kommuner

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Underskott	125	116	127	109	68	83	109	112	103	117
Ej svarat	7	19	10	13	18	16	10	8	11	6

Källa: Boverket, bostadsmarknadsenkät 2016–2026.

Personalkontinuitet kan bidra till trygghet och oberoende

Under 2024 mötte en hemtjänstmottagare i genomsnitt 16 olika anställda under en tvåveckorsperiod. Detta antal har varit oförändrat sedan 2021. Det finns inte några skillnader mellan kvinnor och män (se tabell 6.9). Att en omsorgsmottagare i största möjliga mån får vård och omsorg av samma personal kan bidra till att äldre kan åldras i trygghet och med bibehållet oberoende. Sedan 2007 har statistik om personalkontinuitet i hemtjänsten presenterats i databasen Kolada. Insamlingen av sådana uppgifter avslutades dock förra året till följd av kvalitetsbrister. För 2025 finns därmed inga nya uppgifter att redovisa och tabellen för indikatorn ”Antalet hemtjänstpersonal som den enskilde möter under en 14-dagarsperiod”. I syfte att fortsatt mäta personalkontinuiteten i äldreomsorgen lämnade regeringen i mars 2026 ett uppdrag till Socialstyrelsen om att utveckla mått som kan användas för att följa personalkontinuiteten i hemtjänsten respektive i särskilt boende. Uppdraget ska slutredovisas senast den 1 oktober 2027 (S2026/00636).

Tabell 6.9 Antalet hemtjänstpersonal som den enskilde möter under en 14-dagarsperiod

Antal

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	-	-	-	-	15	16	16	16	16	-
Män	-	-	-	-	15	16	16	16	16	-
Totalt	**15**	**15**	**15**	**16**	**15**	**16**	**16**	**16**	**16**	**-**

Anm.: Könsuppdelad statistik saknas för åren 2016 till 2019.

Anm: Från och med 2025 publiceras inte längre denna uppgift i Kolada. Iindikator utgår därför ur budgetpropositionen.

Källa: Rådet för främjande av kommunala analyser, Kolada.

Åtgärder för att motverka övergrepp och missförhållanden kan bidra till ökad trygghet

Äldre personer ska känna sig trygga när de tar emot omsorgsinsatser. Regeringen har vidtagit flera åtgärder i syfte att stärka tryggheten bland äldre personer. Sedan den 1 mars 2026 kan kommuner i fler fall ta del av information från belastningsregistret – och i vissa fall även misstankeregistret – innan de anställer någon (prop. 2025/26:61, bet. 2025/26:JuU22, rskr. 2025/26:146). Syftet är att motverka att personer med brottsliga eller skadliga intentioner tar anställning i kommunala verksamheter.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att bl.a. kartlägga förekomsten av kontroller av uppgifter ur misstankeregistret samt belastningsregistret avseende personal inom äldreomsorgen (S2025/02119). Socialstyrelsen ska även utveckla stöd till socialtjänsten, särskilt vad avser att utan hinder av sekretess kunna lämna uppgifter som angår misstanke om brott till brottsbekämpande myndigheter. Myndigheternas stödmaterial för socialtjänsten om missförhållanden ska ses över och det uppdaterade och utvecklade stödet ska spridas till berörda huvudmän och verksamheter.

Brottsförebyggande rådet har fått i uppdrag att kartlägga brott mot äldre inom äldreomsorgen och vid behov lämna förslag på åtgärder utifrån vad som framkommer i kartläggningen (S2026/00116). Vidare har regeringen gett IVO i uppdrag att stärka tillsynen genom att bl.a. granska hur socialnämnden fullgör sitt ansvar för att det finns rutiner för att förebygga, upptäcka och åtgärda risker och missförhållanden inom socialtjänstens verksamheter avseende brott mot äldre inom äldreomsorgen (S2026/00115). Inom ramen för arbetet ska IVO ta fram en plan för hur tillsynen ska genomföras under 2026–2027 samt återföra kunskapen till Socialstyrelsen, kommunerna och berörda verksamheter. I uppdraget ingår också att granska följsamheten till de s.k. lex Sarah-bestämmelserna vid brott eller misstanke om brott mot äldre personer inom äldreomsorgen.

Äldre ska bemötas med respekt

Ytterligare ett mål för äldrepolitiken är att äldre ska bemötas med respekt. De flesta kvinnor och män med äldreomsorg upplever att de blir bemötta på ett bra sätt av personalen. Totalt 96 procent av kvinnorna och 95 procent av männen med hemtjänst upplever att de alltid eller oftast bemöts på ett bra sätt. Motsvarande siffra i särskilt boende är 92 procent för både kvinnor och män (se tabell 6.10).

Tabell 6.10 Andelen äldre som upplever att de alltid eller oftast bemöts på ett bra sätt

Procent

Hemtjänst	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	97	97	97	97	96	97	-	96	96	96	96
Män	97	97	97	96	97	97	-	96	96	95	95
Totalt	**97**	**97**	**97**	**97**	**97**	**97**	**-**	**96**	**96**	**95**	**96**
Särskilt boende	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	94	94	94	94	93	94	-	92	92	92	92
Män	94	94	94	93	93	93	-	91	92	91	92
Totalt	**94**	**94**	**94**	**93**	**93**	**94**	**-**	**92**	**92**	**92**	**92**

Anm.: Uppgifter saknas för 2021, då Socialstyrelsen inte gjorde någon undersökning.

Källa: Socialstyrelsen, Enkätundersökningen vad tycker de äldre om äldreomsorgen, 2015–2025.

Äldre ska ha tillgång till god vård och omsorg

En grundförutsättning för att äldre ska ha tillgång till en god vård och omsorg är att det finns tillgång till personal som har rätt kompetens för uppgifterna. Antalet kvinnor och män som arbetar som undersköterskor i äldreomsorgen har ökat mellan 2023 och 2024, samtidigt har antalet vårdbiträden minskat jämfört med 2023. Samtidigt har det totala antalet anställda i äldreomsorgen fortsatt att minska något jämfört med 2023 (se tabell 6.11). Kompetensförsörjningen är en utmaning, inte minst mot bakgrund av att fler äldre förväntas behöva insatser i framtiden som en följd av den demografiska utvecklingen. Regeringen har i juli 2026 gett Socialstyrelsen i uppdrag att föreslå en nationell plan för kompetensförsörjning av äldreomsorgen (S2026/01521). Uppdraget ska redovisas senast den 10 december 2027. Sedan den 1 juli 2023, är titeln undersköterska en skyddad yrkestitel (prop. 2020/21:175, bet. 2020/21:SoU30, rskr. 2020/21:376). Det innebär att endast den som har ett bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska får använda titeln i yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och i verksamhet enligt socialtjänstlagen. Socialstyrelsen hade fram till den 2 oktober 2026 utfärdat 169 449 bevis om skyddad yrkestitel.

Tabell 6.11 Antal kvinnor och män i olika yrkesgrupper som arbetar inom äldreomsorgen

Antal

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Undersköterskor, hemtjänst, hemsjukvård och äldreboende	**137 663**	**138 161**	**136 405**	**135 263**	**132 307**	**128 985**	**129 349**	**129 634**	**127 996**	**128 091**
Varav kvinnor	127 105	127 554	125 255	123 371	119 901	116 040	114 815	113 906	112 107	111 712
Varav män	10 558	10 607	11 150	11 892	12 406	12 945	14 534	15 728	15 889	16 379
Vårdbiträden	**79 786**	**76 546**	**78 083**	**76 698**	**78 582**	**77 003**	**79 030**	**79 395**	**95 065**	**92 369**
Varav kvinnor	65 040	61 930	61 269	58 362	58 164	55 706	56 293	56 156	67 952	65 639
Varav män	14 746	14 616	16 814	18 336	20 418	21 297	22 737	23 239	27 113	26 730
Övrig vård- och omsorgspersonal(1)	**7 743**	**10 681**	**10 538**	**10 276**	**11 380**	**12 573**	**13 458**	**14 763**	**23 721**	**24 926**
Varav kvinnor	5 613	7 293	7 050	6 797	7 619	8 367	8 960	9 787	17 057	17 627
Varav män	2 130	3 388	3 488	3 479	3 761	4 206	4 498	4 976	6 664	7 299
Antal anställda inom äldreomsorgen	**225 192**	**225 388**	**225 026**	**222 237**	**222 269**	**218 561**	**221 837**	**223 792**	**246 782**	**245 386**
Varav kvinnor	197 758	196 777	193 574	188 530	185 684	180 113	180 068	179 849	197 116	194 978
Varav män	27 434	28 611	31 452	33 707	36 585	38 448	41 769	43 943	49 666	50 408

Anm.: 1: Förändringar har skett i metoderna för framtagandet av statistiken mellan 2018 och 2019 och mellan 2021 och 2023. Därutöver omfattas fr.o.m. 2023 personer i åldern 16-69 år, dessförinnan redovisas 16-64 år.

Anm.: 2: Antalen avser situationen i november.

(1) Yrkesgruppen omfattar även personal inom vård och omsorg annan än äldreomsorg. En stor del av dessa är anställda inom regionerna.

Källa: Statistiska centralbyrån (SCB), Yrkesregistret med yrkesstatistik.

Stärkt tillgång till läkare i kommunal hälso- och sjukvård

Den kommunala hälso- och sjukvården möter många äldre patienter med sammansatta behov, och det krävs medicinsk kompetens för att de ska kunna erbjudas en god, säker och nära vård. Sedan den 1 augusti 2026 har det införts en ny möjlighet för kommunerna att anlita läkare i de verksamheter som avser den kommunala hälso- och sjukvården. Även om kommuner ska få rätt att anställa läkare är dock regionens ansvar för att tillhandhålla de läkarresurser som behövs i den kommunala hälso- och sjukvården oförändrat. För att säkerställa att denna läkarmedverkan fungerar ändamålsenligt har det även införts ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om utformningen av och innehållet i avtal om läkarmedverkan (prop. 2025/26:216).

Nöjdhet i hemtjänst och särskilt boende

Ett sätt att få en indikation på om äldre upplever att de har tillgång till en god vård och omsorg är att undersöka om de är nöjda med den vård och omsorg som ges. Totalt 84 procent av kvinnorna och 86 procent av männen med hemtjänst uppger att de är ganska eller mycket nöjda med hemtjänsten. Motsvarande siffra för äldre i särskilda boenden är 79 procent för kvinnor och 78 procent för männen (se tabell 6.12). Det finns inte några signifikanta skillnader mellan kvinnor och män. En förklaring till den negativa utvecklingen mellan 2020 och 2022 inom framför allt särskilt boende kan vara effekter av covid-19-pandemin. Resultaten för 2025 är inte uppe på samma nivå som före pandemin.

Tabell 6.12 Andel äldre som uppger att de är ganska eller mycket nöjda med hemtjänst och särskilt boende

Procent

Hemtjänst	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	89	89	89	88	87	88	-	85	85	84	84
Män	89	90	90	89	89	89	-	87	87	85	86
Totalt	89	89	89	88	88	88	-	86	86	85	85
Särskilt boende	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**
Kvinnor	82	83	83	82	81	82	-	77	78	79	79
Män	81	82	82	81	80	80	-	76	77	78	78
Totalt	83	83	82	81	81	81	-	77	78	79	79

Anm. Uppgifter saknas för 2021, då Socialstyrelsen inte gjorde någon undersökning.

Källa: Socialstyrelsen, Enkätundersökningen vad tycker de äldre om äldreomsorgen, 2014–2025.

Riskförebyggande åtgärder

Riskförebyggande åtgärder är viktiga för att det ska vara möjligt att erbjuda en god vård och omsorg. Andelen personer över 65 år som efter bedömd risk för exempelvis fall, trycksår och undernäring fått riskförebyggande åtgärder i särskilt boende har ökat sedan 2015. Det som beskrivs i indikatorn är andelen personer i särskilt boende som först har bedömts ha en risk och där sedan minst en åtgärd har utförts. Det innebär att 38 procent av de personer som bedömdes ha en risk 2025 inte har fått någon åtgärd registrerad, skillnaderna mellan kvinnor och män är mycket små (se tabell 6.13). Detta är en förbättring jämfört med 2015 då motsvarande siffra var 45 procent.

Tabell 6.13 Andel personer som är 65 år och äldre som efter bedömd risk erhållit riskförebyggande åtgärder i särskilt boende

Procent

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	55	63	56	61	62	60	65	65	67	65	63
Män	54	60	56	61	62	60	64	64	65	63	61
Totalt	**55**	**62**	**56**	**61**	**62**	**60**	**64**	**65**	**66**	**65**	**62**

Källa: Socialstyrelsen.

Fallskador bland äldre

Fallolyckor är den vanligaste orsaken till att äldre skadar sig och det är också en vanlig dödsorsak bland äldre. Orsaker till att fallrisken ökar med stigande ålder är bl.a. muskelsvaghet, syn- och hörselnedsättning, försämrad balans och gångförmåga samt sjukdom och medicinering. Antalet personer per 1 000 invånare i åldersgruppen 80 år och äldre som drabbas av en fallolycka har minskat under 2025 jämfört med 2024. En positiv trend sedan 2021. Under den senaste 10 årsperioden har antalet fall inom gruppen män legat på en relativt jämn nivå, medan de minskat under samma period för gruppen kvinnor, från 69 till 60. Men det finns fortsatt en skillnad mellan kvinnor och män (se tabell 6.14).

Tabell 6.14 Antal fallskador bland personer som är 80 år och äldre

Per 1000 invånare

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	69	68	67	66	67	66	65	64	64	61	60
Män	48	47	47	47	48	49	49	48	49	47	46
Totalt	61	60	60	58	59	59	59	58	57	55	54

Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret.

En förklaring till skillnaden är bl.a. olika åldersfördelning och att det finns fler kvinnor än män i åldersgruppen 65 år och äldre liksom i åldersgruppen 80 år och äldre. När det gäller gruppen äldre som vårdas inom slutenvård och specialiserad öppenvård efter ett fall har antalet fallskador i åldersgruppen personer 65 år och äldre per 1 000 invånare ökat något sedan föregående år (se tabell 6.15). Samtidigt finns det även i denna grupp en liknande skillnad mellan kvinnor och män.

Tabell 6.15 Antal fallskador bland personer som är 65 år och äldre (Sluten vård och specialiserad öppen vård)

Antal personer per 1000 invånare

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	64	64	64	66	65	58	63	66	67	67	68
Män	42	42	42	44	44	40	43	46	48	48	49
Totalt	**54**	**54**	**54**	**55**	**55**	**49**	**53**	**57**	**58**	**58**	**59**

Anm. Siffrorna för 2025 är preliminära.

Källa: Socialstyrelsen, Patientregistret.

Förebygga undernäring bland äldre

Ätsvårigheter och undernäring är de största näringsrelaterade utmaningarna inom äldreomsorgen. Undernäring ökar risken för fallolyckor, sjukdom och minskar möjligheten att klara sig själv. Även den psykiska hälsan kan försämras. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga förekomsten av undernäring bland äldre samt att kartlägga de hälsoekonomiska kostnaderna för undernäring. Socialstyrelsen ska även sammanställa kunskap om orsakerna till undernäring bland äldre personer och ge förslag på åtgärder att vidta på olika samhällsnivåer för att tillsammans minska förekomsten av undernäring bland äldre (S2026/00145).

Insatser i syfte att utveckla kvaliteten i vården och omsorgen för personer med demenssjukdom

Regeringen har beslutat om fortsatt stöd till Svenskt Demenscentrum för åren 2026–2029 (S2025/02175). Regeringen beslutade i januari 2026 om sammanlagt 8,1 miljoner för 2026 till fyra verksamheter som arbetar med att utveckla vård och stöd för personer med demenssjukdom. Inom ramen för satsningen beviljades kvalitetsregistren BPSD-registret och Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) 3 miljoner kronor vardera för utveckling av respektive kvalitetsregister (S2025/02205 och S2025/02046). Stiftelsen Fingers Brain Health Institute beviljades 1 miljon kronor för att öka användningen av FINGER-modellen i kommuner och regioner (S2026/00042). Modellen fokuserar på livsstilsförändringar som kan förbättra hjärnhälsan och motverka kognitiv svikt. Svenskt Demenscentrum beviljades 1,1 miljoner för att utveckla en webbutbildning för Kognitiv stimuleringsterapi (CST) som är en evidensbaserad modell för träning av kognitiva funktioner (S2026/00042). För medlen ska Svenskt Demenscentrum även stärka stödet för unga anhöriga till personer med demenssjukdom.

Statsbidrag bidrar till en god vård och omsorg för äldre

Regeringen har för 2026 avsatt 4 miljarder kronor till kommuner för att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer (prop. 2025/26:1 utg.omr. 9 avsnitt 6.6). I Socialstyrelsens uppföljning av 2024 års medel framkommer att merparten av statsbidraget har använts, ca två procent av bidraget ska återbetalas till Socialstyrelsen. Cirka två tredjedelar av kommunerna uppger att statsbidraget inte har påverkat kommunernas egen tilldelning av medel till äldreomsorgen och en femtedel av kommunerna har låtit enskilda utförare ta del av bidraget. Undersköterskor och vårdbiträden är de yrkeskategorier som flest kommuner har finansierat med statsbidraget. Den största andelen av satsningarna har riktats till personer som är 65 år eller äldre i

särskilt boende (97 procent). De vanligast förekommande utvecklingsområdena var att förbättra vården och omsorgen av personer med demenssjukdom, investera i eller utveckla välfärdsteknik och att förbättra arbetet med personcentrerad vård (Redovisning av 2024 års statsbidrag till kommuner för att säkerställa en god omsorg och hälso- och sjukvård för äldre personer, Socialstyrelsen 2025).

Stärkt kompetens genom Äldreomsorgslyftet

Regeringen har i enlighet med budgetpropositionen för 2026 (prop. 2025/26:1 utg.omr. 9 avsnitt 6.5) förstärkt och vidgat kompetenssatsningen Äldreomsorgslyftet. Kompetenssatsningen förlängdes till 2027. År 2026 vidgades Äldreomsorgslyftet till att dels omfatta språkutvecklande insatser på arbetsplatsen, dels personal i LSS-verksamhet får en motsvarande möjlighet till kompetensutveckling på arbetstid. För 2024 avsatte regeringen 1,7 miljarder kronor. Enligt Socialstyrelsens redovisning av 2024 års medel har ca 9 000 anställda inom äldreomsorgen gått utbildning till undersköterska, vårdbiträde, specialistundersköterska eller ledarskapsutbildning för chefer. Cirka 40 000 har gått annan kompetenshöjande kurs med stöd av statsbidraget under 2024. Totalt 61 kommuner har låtit ca 1 000 anställda inom äldreomsorgen gå kurs i vård- och omsorgssvenska och ca 400 anställda har gått kurs i svenska språket i kombination med studier till undersköterska eller vårdbiträde. Totalt sju kommuner har rapporterat att de låtit anställda inom äldreomsorgen studera eller genomgå språkstödjande insats i ett nationellt minoritetsspråk. Socialstyrelsen konstaterar att antalet som studerat till undersköterska under 2024 var ca 16 procent högre jämfört med 2023. Det följer samma trend som 2023 då antalet som studerade till undersköterska också ökade jämfört med året innan. Privata utförare tog del av statsbidraget i 85 kommuner (Redovisning av 2024 års statsbidrag till kommuner för ett utvecklat Äldreomsorgslyft, Socialstyrelsen 2025).

Ett språkkrav inom äldreomsorgen införs

Regeringen har den 15 januari 2026 beslutat propositionen Ett språkkrav inom äldreomsorgen (prop. 2025/26:93). I propositionen föreslås att det ska införas ett språkkrav för personal i äldreomsorgen. Regleringen innebär att det införs en skyldighet för den som bedriver verksamhet inom socialtjänstens omsorg om äldre personer att arbeta för att den personal som genomför insatser i sådan omsorg har de kunskaper i svenska som är relevanta för att genomföra insatserna. Riksdagen har antagit regeringens förslag i propositionen (bet. 2025/26:SoU26, rskr. 2025/26:204). Språkkravet trädde i kraft den 1 juli 2026.

Motverka ofrivillig ensamhet bland äldre

För att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre har regeringen 2023–2025 årligen avsatt 50 miljoner kronor till projekt som ska underlätta för äldre att delta i sociala och hälsofrämjande aktiviteter. Av Socialstyrelsens redovisning av 2025 års medel framgår att 48,5 miljoner kronor fördelades till 230 kommuner. Förbrukningsgraden var 92 procent. Statsbidraget har huvudsakligen finansierat lönekostnader. Kommunerna har huvudsakligen använt statsbidraget för att initiera eller vidareutveckla befintliga sociala och kulturella aktiviteter, samt för att etablera eller förbättra mötesplatser och träffpunkter riktade till äldre personer. Många kommuner har även utvecklat eller startat upp fysiska aktiviteter och hälsofrämjande insatser för äldre personer. Flera kommuner har också valt att genomföra särskilda insatser riktade till män då denna grupp upplevs vara svår att nå. Majoriteten av kommunerna anser att de har uppfyllt syftet med statsbidraget, dvs. att motverka ofrivillig ensamhet bland äldre. Majoriteten av kommunerna bedömer även att projekten lett till ökat deltagande bland äldre personer. Satsningarna på idrott och friluftsliv för äldre personer har pågått under 2025 med syfte att skapa bättre förutsättningar för äldre att idrotta och vara aktiva i naturen (se utg.omr. 17 Kultur, medier, trossamfund och fritid, avsnitt 15.6 Idrottspolitiken samt avsnitt 15.7 Friluftspolitiken).

Äldre ska erbjudas en jämställd och jämlik vård och omsorg

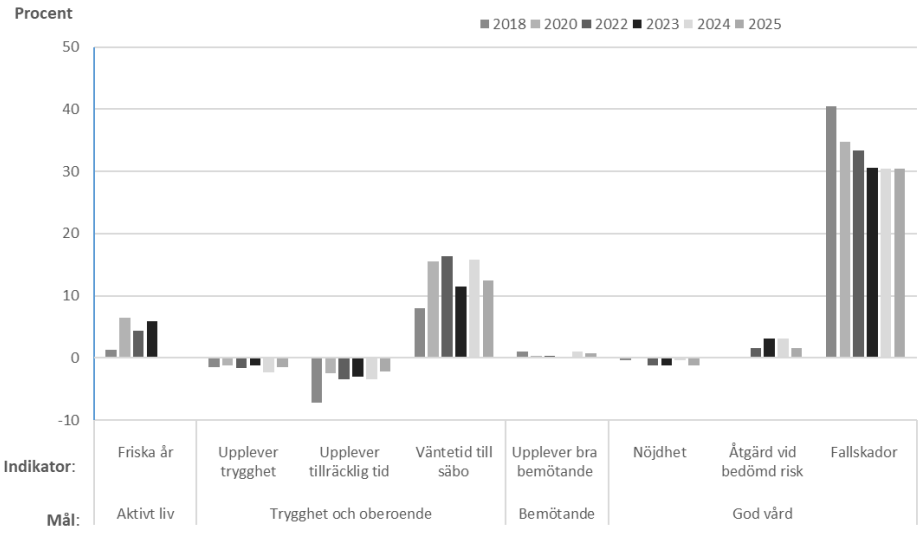
Ett ytterligare mål för äldrepolitiken är att äldre ska erbjudas en jämställd och jämlik vård och omsorg. För att få en indikation om utvecklingen av jämställdhet och jämlikhet presenteras här resultaten för de föregående målen och indikatorerna med redovisning efter kön för perioden 2018–2025 för att mäta utvecklingen i jämställdhet, och efter spridning mellan kommuner för att mäta utvecklingen i jämlikhet.

Jämställdhet

Indikatorn för jämställdhet avser den årliga procentuella skillnaden mellan resultaten för kvinnor och män. Av diagram 6.2 framgår att dessa skillnader varierar för de olika indikatorerna.

Resultaten för 2025 följer i stort samma mönster som för tidigare år. År 2025 drabbades kvinnor fortfarande i större utsträckning av fallskador, samtidigt som minskningen i jämförelse med män verkar ha stannat av. En bidragande orsak kan vara att kvinnor lever längre, men även oftare drabbas av benskörhet än män. Kvinnor fick också vänta i snitt ca en vecka längre för en plats på särskilt boende jämfört med män, en minskning jämfört med 2024 (då väntetiden var i snitt 9 dagar längre). I områden som handlar om brukarens egna upplevelser av trygghet, bemötande och av personalens tidsutrymme var skillnaderna i resultaten mellan kvinnor och män fortfarande mycket små. Skillnaden var också liten i fråga om riskförebyggande åtgärder på särskilda boenden, till kvinnors fördel dock i något mindre utsträckning jämfört med 2024.

Diagram 6.2 Skillnaden mellan kvinnor och män för olika indikatorer och mål, 2025, 2024, 2023, 2022, 2020 och 2018



Anm.: 1 Värdena har beräknats genom att dividera kvinnors resultat med mäns. Värden som är lika med noll innebär att det inte finns några skillnader mellan resultaten för kvinnor och män. Positiva värden innebär att kvinnors resultat överstiger mäns, negativa resultat innebär att kvinnors resultat understiger mäns.

Anm.: 2 Fullständig redovisning av mål och indikatorer sker i tabell 6.1.

Anm.: 3 För indikatorn om ”friska år” saknas uppgifter för 2023.

Källa: Socialstyrelsen, Senior alert, Eurostat samt bearbetningar av Socialdepartementets analysenhet.

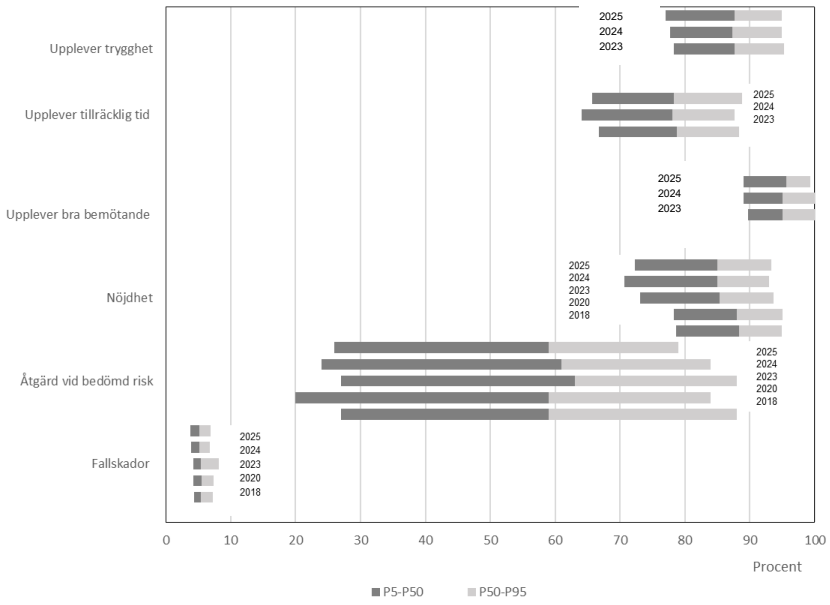
Jämlikhet

Jämlikhet i äldreomsorgen redovisas i diagram 6.3. Spridningen av resultat per indikator mellan kommuner redovisas över perioden 2018–2025. Resultatet ska tolkas så att ju mer spridning det finns i en vald indikator, desto större är ojämlikheten mellan kommuner. En ökning i jämlikhet motsvarar en minskning i spridningen mellan kommunerna, möjligtvis runt ett högre medianvärde (eller lägre medianvärde om indikatorn fångar något som inte är önskvärt), då flera kommuner också har nått ett bättre resultat.

Förändringarna i spridning samt i medianvärdet över tid är små för samtliga indikatorer. Medianvärdet för indikatorn ”åtgärd vid bedömd risk” stannade vid 59 procent mellan 2018 och 2025. Medianvärdet för indikatorn ”nöjdhet” t.o.m. minskade från 87 till 83 procent. När det gäller indikatorn ”fallskador” syns en liten positiv utveckling mellan 2018 och 2025.

För indikatorerna ”Upplever trygghet”, ”Upplever tillräcklig tid” och ”Upplever bra bemötande” redovisas data endast för 2023 till 2025. Under dessa år är skillnaden mellan de lägsta och högsta värdena (p5 och p95) oförändrad, dvs. jämlikhet mellan kommunerna ökade inte. Det är dock svårt att dra några slutsatser då förändringarna är små och uppföljningen endast omfattar ett fåtal år.

Diagram 6.3 Spridning mellan kommuner för olika indikatorer, 2025, 2024, 2023, 2022, 2020 och 2018



Anm.: 1 Spridningsmåtten avser percentil 5, percentil 50 och percentil 95 (P5, P50=median, P95).

Anm.: 2 Fullständig redovisning av mål och indikatorer sker i tabell 6.1.

Anm.: 3 För indikatorerna om trygghet, tid och bemötande är statistiken för 2018 och 2020 inte jämförbar med statistiken för 2022 och redovisas därför inte.

Anm.: 4 Uppgifter för indikatorn om ”friska år” finns endast totalt för riket. Indikatorn för väntetid till särskilt boende mäts i dagar och redovisas därför inte i diagrammet. För 2024 var skillnaden mellan p5 och p95 totalt 109 dagar och medianen var 60 dagar. Även under 2023 uppgick skillnaden mellan p5 och p95 till 109 dagar medan medianen var 45 dagar. Motsvarande tal för 2022 var 95 och 46. För 2020 var talen 114 och 53 och för 2018 uppgick de till 92 och 47 dagar.

Källa: Socialstyrelsen, Senior alert samt bearbetningar som gjorts av Socialdepartementets analysenhet.

Individ- och familjeomsorg

Resultatindikatorer för individ och familjeomsorgen

Tabell 6.16 Riksdagsbundna mål och centrala indikatorer

Resultatindikatorer för området Individ- och familjeomsorg

Mål	Resultatindikatorer	Andra bedömningsgrunder
Individ- och familjeomsorgen ska stärka skyddet för utsatta barn	Antal öppenvårdsinsatser och öppenvårdsform Antal placerade barn samt placeringsform Andel som har treårig gymnasieutbildning vid 20 års ålder bland personer som var placerade under hela årskurs nio Andel anställda handläggare med socionomexamen och minst tre års erfarenhet av barnutredningar, mer än fem års erfarenhet av barnutredningar samt andel konsulthandläggare (årsarbete) inom social barn- och ungdomsvård	Avslutad vård vid SiS ungdomshem
Individ- och familjeomsorgen ska stärka förmågan och möjligheten till social delaktighet för människor i ekonomiskt och socialt utsatta situationer	Antal mottagare och utbetalning av ekonomiskt bistånd Andel biståndsmottagare som är långvariga mottagare (10–12 månader under ett kalenderår) Andel kommuner som har en aktuell överenskommelse om samverkan med Arbetsförmedlingen Andel kommuner som genomfört individuella möten för utredning och planering med sammanboende vuxna i biståndshushållet Tillgängligheten till socialtjänstens missbruks- och beroendevård utifrån väntetider Antal personer i olika typer av hemlöshet Andel kommuner som inom olika verksamhetsområden har en rutin för hur handläggare ska agera vid indikation på vuxnas utsatthet för våld av närstående Andel kommuner som har rutiner för att säkra rätten till utbildning (skolgången) för barn i skyddat boende Antal barn som är föremål för familjerättsliga insatser inom socialtjänsten Andel kommuner/stadsdelar som erbjuder minst ett manualbaserat föräldrastöd i grupp för barn med bråkigt/normbrytande beteende	Andel biståndsmottagare i befolkningen, inom respektive grupp Antal personer som fått heldygnsvård för missbruk och beroende Antal personer som fått individuellt behovsprövande insatser för missbruk och beroende Antal personer med missbruks- och beroende som fått boendeinsatser enligt SoL Avslutad vård vid SiS LVM-hem

Den sociala barn- och ungdomsvården

Fler barn och unga får öppenvårdsinsatser och färre placeras

I detta avsnitt redogör regeringen för hur arbetet med att stärka kvaliteten, barnrättsperspektivet och rättssäkerheten för barn och unga fortlöper inom den sociala

barn- och ungdomsvården i enlighet med riksdagens tillkännagivande om att regeringen årligen ska rapportera detta till riksdagen (bet. 2022/23:SoU9, rskr. 2022/23:114).

Andelen barn och unga som fått insatser i form av personligt stöd eller strukturerade öppenvårdsprogram har ökat sedan 2005. Jämfört med 2024 minskade dock antalet barn och unga som fått sådana insatser. Under samma period minskade andelen barn och unga med kontaktperson eller kontaktfamilj (Socialstyrelsen, Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2026).

Tabell 6.17 Antal barn och unga med behovsprövade öppenvårdsinsatser

Antal

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Flickor	14 275	13 865	-	14 954	15 602	16 325	15 329	15 590	16 509	16 866	16 453
Pojkar	18 299	17 827	-	18 814	18 978	18 936	17 155	17 548	18 354	18 444	17 977
Totalt	**32 574**	**31 692**	**-**	**33 768**	**34 580**	**35 261**	**32 484**	**33 138**	**34 863**	**35 310**	**34 430**

Anm: Avser barn och unga 0–20 år. Uppgifter för 2017 saknas.

Källa: Mängdstatistik om insatser till barn och unga, Socialstyrelsen.

Förebyggande insatser inom socialtjänsten till skydd för barn och unga

I prop. 2025/26:295 som beslutades den 30 juni 2026 lämnas ett samlat förslag utifrån de båda lagrådsremisserna Förebyggande insatser inom socialtjänsten till skydd för barn och unga vid bristande medverkan respektive Elektronisk övervakning - ett verktyg för socialtjänsten till skydd för barn och unga. Riksdagen har beslutat om lagändringar med anledning av regeringens proposition Förebyggande insatser inom socialtjänsten till skydd för barn och unga vid bristande medverkan (prop. 2025/26:295, bet. 2025/26:SoU39, rskr. 2025/26:433). Under beredningen av förslagen har Socialstyrelsen och Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) getts i uppdrag att utreda insatser i form av praktiskt stöd till föräldrar och vårdnadshavare när föräldraförmågan behöver stärkas (S2026/00517). Uppdraget delredovisades i juni 2026.

I betänkandet En statlig ordning med brottsförebyggande åtgärder för barn och unga (SOU 2024:30) föreslås hur ungdomskriminalitetsnämnder enligt dansk modell skulle kunna införas i Sverige. Det bedöms att syftet och målsättningen med ungdomskriminalitetsnämnder tas om hand av bl.a. förslagen i propositionen som beskrivs ovan samt i samverkansstrukturen för arbete med barn och unga i organiserad brottslighet Bob, (Ju2023/00972, Ju2023/02529, Ju2025/00846 och Ju2026/01060) och av utredningen om stöd och samordning vid placering av barn och unga (S 2025:08).

Socialstyrelsen fick i regleringsbrev för 2026 i uppdrag att fördela 98,5 miljoner kronor i statsbidrag till kommuner för insatser till barn och unga för att lämna kriminalitet (S2025/02147). Enligt Socialstyrelsens delredovisning 1 juni 2026 har 168 kommuner hittills rekvirerat bidrag utifrån en fördelningsnyckel.

I september 2025 slutredovisade Socialstyrelsen, Migrationsverket och Polismyndigheten ett uppdrag om att motverka att ensamkommande barn försvinner (S2022/03300). Inom ramen för uppdraget har bl.a. en nationell vägledning tagits fram som stöd för hur berörda aktörer kan arbeta för att motverka att ensamkommande barn försvinner och hur de kan agera om ett försvinnande ändå sker.

Barn och unga i heldygnsvård har ökat

År 2025 fick 26 824 barn och unga i åldrarna 0–20 år någon gång under året vård i form av en heldygnsinsats enligt socialtjänstlagen eller insatser enligt LVU (se tabell

6.18). Det är en något högre nivå än året innan. Av dem som fick en heldygnsinsats 2025 var 52 procent pojkar och 48 procent flickor. Två tredjedelar av alla placeringar 2024 skedde enligt socialtjänstlagen. Placeringar med stöd av LVU har blivit vanligare. Under ett givet år är ca 1 procent av alla barn och unga placerade i heldygnsvård (Socialstyrelsen, Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2026 och Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2025).

Familjehemsvård är vanligast, och knappt tre fjärdedelar (72 procent) av alla som var placerade under 2024 var placerade i familjehem (inklusive jourhem och nätverkshem) någon gång under året. Det är nästan 19 000 barn och unga. Den näst vanligaste placeringsformen är HVB, med en femtedel av de placerade under 2024, totalt 5 300 barn och unga. Fördelningen mellan placeringsformerna har varit stabil under de senaste fem åren.

Tabell 6.18 Antal barn och unga som varit placerade (enligt SoL eller LVU) i heldygnsvård någon gång under året

Antal

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Flickor	12 418	11 554	11 365	11 970	12 449	12 411	12 614	12 771
Pojkar	26 167	19 274	15 440	14 245	14 060	13 565	13 693	14 053
Totalt	**38 585**	**30 828**	**26 805**	**26 215**	**26 509**	**25 976**	**26 307**	**26 824**

Anm.: Avser barn och unga 0–20 år. Uppgifter för 2017 saknas.

Källa: Registret över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen.

Fler vårdplatser av hög kvalitet genom förbättringar inom familjehemsvården

Under åren 2022–2025 gavs Socialstyrelsen i uppdrag att initiera och samordna informationsinsatser riktade till allmänheten i fråga om bl.a. familjehem. Syftet var att synliggöra behovet och öka kunskapen om vad uppdraget innebär (S2022/02131). Uppdraget slutredovisades i januari 2026. Socialstyrelsen bedömer att uppdraget har haft tydliga positiva effekter på både allmänhetens och kommunernas kunskap, attityder och engagemang, och kännedomen om vad det innebär att vara familjehem har ökat markant. Fler överväger att engagera sig, och de vanligaste hindren som bristande kunskap, osäkerhet kring processen och oro för bristande stöd har minskat.

Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har haft i uppdrag att öka kunskapen om förstärkta familjehem och behandlingsfamiljer samt att förbättra förutsättningarna för fler placeringar i förstärkta familjehem och behandlingsfamiljer (S2023/01363). I februari 2026 delredovisade myndigheterna bl.a. de kunskapsunderlag som tagits fram. Socialstyrelsens kartläggning pekar på betydelsen av stöd till familjehem samt kontinuitet i relationer och samverkan mellan berörda aktörer för att möjliggöra anpassade förstärkningar och insatser som kan följas upp och förändras utifrån behov. SBU:s kunskapsunderlag avseende de arbetssätt och metoder som används inom ramen för kvalificerade familjehemsinsatser visar att vissa insatser för att förstärka familjehemsvården kan ge positiva effekter för placerade barn. Bland lovande resultat märks förbättrad psykisk hälsa och anknytningstrygghet samt minskat normbrytande beteende t.ex. färre dagar på låst avdelning.

Det finns i dag ingen rättslig reglering av ersättning till familjehem för fullgörande av ett uppdrag att ta emot barn och unga och det finns indikationer på att ersättningsnivåerna kan ha betydelse för möjligheten att rekrytera familjehem. I juli 2025 gav därför regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga ersättningen till familjehem samt föreslå hur ersättning till familjehem ska beräknas framöver (S2025/01353). Myndigheten delredovisade uppdraget i april 2026, och konstaterar att ett av de mest centrala utvecklingsbehoven är konkretisering av hur ersättningen motiveras och

beräknas. Ett mer strukturerat system som kopplar ersättning till uppdragets omfattning kan bl.a. bidra till ökad likvärdighet och stabilare familjehemsplaceringar.

Det förekommer brister i familjehemsvården som gör att barn och unga i dag riskerar att inte få den vård de behöver och har rätt till. I betänkandet För barn och unga i samhällsvård (SOU 2023:66) föreslås bl.a. krav om tillstånd för familjehem och jourhem. Förslagen bereds i Regeringskansliet. I 2026 års ekonomiska vårproposition (prop. 2025/26:100) aviserades ett införande av tillståndsplikt för familjehem och Jourhem i propositionen Vårändringsbudget för 2026 (prop. 2025/26:99) föreslår regeringen att IVO får fem miljoner kronor för att kunna förbereda det nya systemet med tillståndsprövning.

Reglerna om övervägande av vård har utretts

Riksdagen har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om övervägande av vården (bet. 2020/21:SoU5 punkt 3, rskr. 2020/21:128). Av tillkännagivandet följer att regeringen bör utvärdera reglerna om hur ofta övervägande av vård av barn som vårdas i ett annat hem än det egna ska ske. Om utvärderingen visar att det finns behov av att förtydliga lagstiftningen bör regeringen återkomma till riksdagen med förslag (bet. 2020/21:SoU5 s. 29). I propositionen Regelbundna överväganden av vårdnads-överflyttning och särskilda lämplighetskrav för offentliga biträden (prop. 2020/21:35 s. 21) angavs, i fråga om socialnämndens skyldighet att regelbundet överväga om vården behövs och hur vården bör inriktas och utformas, att regeringen avser följa frågan och överväga ytterligare åtgärder. Regeringen beslutade den 7 oktober 2021 att ge en särskild utredare i uppdrag att se över och föreslå åtgärder för hur kvaliteten i vården kan öka när barn och unga placeras i familjehem, jourhem, stödboende och hem för vård eller boende (HVB) (dir. 2021:84). Den 6 november 2023 tog regeringen emot betänkandet För barn och unga i samhällsvård (SOU 2023:66). Utredningen föreslår inga ändringar i regleringen av hur ofta övervägande av vården ska ske utan bedömer att vården ska övervägas med samma intervall som i dag, dvs. var sjätte månad. Bedömningen är därmed att tillkännagivandet är tillgodosett och slutbehandlat.

Uppdrag har getts för att fler unga ska få möjlighet att bo kvar i familjehem

Riksdagen har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om förlängd familjehemsplacering (bet. 2020/21:SoU19 punkt 15, rskr. 2020/21:187). Av tillkännagivandet följer att regeringen bör se över frågan om en skyldighet för socialnämnden att fortsätta att erbjuda en familjehemsplacering med stöd av social-tjänstlagen sedan ett familjehemsplacerat barn fyllt 18 år om den unge studerar i gymnasiet, dock längst tills den unge har fyllt 21 år (bet. 2020/21:SoU19 s. 30). Regeringen beslutade den 7 oktober 2021 att ge en särskild utredare i uppdrag att se över och föreslå åtgärder för hur kvaliteten i vården kan öka när barn och unga placeras i familjehem, jourhem, stödboende och hem för vård eller boende (HVB) (dir. 2021:84). Enligt direktiven skulle utredaren bl.a. ta ställning till om social-nämnden ska vara skyldig att fortsatt erbjuda familjehemsplacering till den som har fyllt 18 men inte 21 år och som går i skolan. Regeringen tog den 6 november 2023 emot betänkandet För barn och unga i samhällsvård (SOU 2023:66). Utredningen föreslår att socialnämnden ska pröva behov av fortsatt vård utanför det egna hemmet inför att ett barn fyller 18 år. Regeringen har därefter gjort bedömningen att ett uppdrag i stället bör lämnas till Socialstyrelsen att föreslå åtgärder i syfte att fler unga ska ges möjligheten att stanna kvar i familjehem efter 18-årsdagen. Regeringen har därför den 22 januari 2026 gett Socialstyrelsen ett sådant uppdrag (S2026/00099). Genom de vidtagna och redovisade åtgärderna anses tillkännagivandet vara tillgodosett och därmed slutbehandlat.

Utveckling av vård och kapacitet inom den statliga barn- och ungdomsvården

Vid årsskiftet 2025/2026 vårdades drygt 680 barn och unga inom SiS, vilket kan jämföras med ca 640 vid samma tid förra året. Det är den högsta siffran på 10 år och behovet av platser på de särskilda ungdomshemmen är större än kapaciteten. Detta har huvudsakligen sin grund i ökningen av antalet unga som dömts för grova brott vilket har lett till att en allt större del av myndighetens platser beläggs av unga som avtjänar sluten ungdomsvård. Antalet unga som döms till sluten ungdomsvård har femdubblats på tre år, brotten är grövre och verkställighetstiderna har blivit längre över tid. Samtidigt har vårdtiderna för barn och unga placerade med stöd av LVU blivit längre. År 2025 har SiS kunnat bereda plats för alla som dömts till sluten ungdomsvård men inte klarat sitt uppdrag att omedelbart anvisa plats för samtliga barn och unga som behövt placeras med stöd av LVU i en akut situation. Under senare tid har dock kön till de särskilda ungdomshemmen minskat avsevärt.

Regeringen har med anledning av platssituationen på de särskilda ungdomshemmen slutit en överenskommelse med SKR som innebär att SKR ska stödja kommunerna i arbetet med att få tillgång till vårdplatser som möter barn och ungas behov (S2025/00018). SKR inkom med en verksamhetsrapport i mars 2026. SKR:s förslag till regeringen i det fortsatta arbetet är att se över de juridiska förutsättningarna för att införa ett nationellt digitalt verktyg, förutsättningarna för kommuner att nyttja varandras tillfälliga överkapacitet när HVB drivs i egen regi samt skapa förutsättningar för IVO att effektivisera arbetet kring tillsynsärenden och tillstånd för nya HVB, tydliggöra barn- och ungdomspsykiatrins ansvar för placerade barn och unga samt säkerställa tillräckliga förutsättningar för uppdraget. Det bedöms att de flesta av förslagen omhändertas inom ramen för det uppdrag som regeringen gett till en särskild utredare att bl.a. föreslå hur en nationell stödfunktion för placeringar kan utformas och organiseras (S 2025:08).

För att utöka platskapaciteten inom den statliga barn- och ungdomsvården gav regeringen SiS i uppdrag att vidta nödvändiga åtgärder för att öka antalet platser på de särskilda ungdomshemmen (S2025/00421). Uppdraget redovisades i januari 2026. Av redovisningen framgår en förväntad kapacitetsökning om ca 100 platser, där t.ex. utökat antal utskrivningsförberedande- och utslussningsavdelningar ska bidra till ökad genomströmning och kapacitet. Ett uppdrag om att se över och, om lämpligt, ställa om platser från missbruksvård till platser för ungdomsvård slutredovisades i oktober 2025 (S2025/01836). I fullföljandet av uppdraget har SiS tagit flera steg för att använda myndighetens platser mer ändamålsenligt och nya ungdomsvårdsplatser har skapats. Regeringen har också anordnat rundabordssamtal om platssituationen med berörda myndigheter, organisationer och andra aktörer.

SiS har även i maj 2026 redovisat uppdrag om uppföljning av nya särskilda befogenheter. Lagstiftningen har varit efterfrågad och myndighetens uppföljning visar att de nya bestämmelserna haft en positiv inverkan på vårdmiljön, och antalet hot- och våldsincidenter mellan placerade och mot personal har minskat över tid. SiS redovisade också i april 2026 uppdrag (S2026/00812) om förstärkt säkerhetsarbete. Myndigheten redovisade bl.a. åtgärder avseende systematiskt arbete på ledningsnivå, medarbetarskydd, verksamhetens skydd mot otillåten påverkan samt risken för korruption.

I januari 2025 gav regeringen SiS i uppdrag att förbereda för utfasningen av påföljden sluten ungdomsvård (S2025/00164). Parallellt har Kriminalvården haft i uppdrag att inrätta särskilda enheter för barn och unga som ska vara redo att tas i drift senast den 1 juli 2026 (Ju2023/02157). Båda uppdragen slutredovisades i april 2026. I prop. 2025/26:132 Frihetsberövande påföljder för barn och unga föreslogs att sluten ungdomsvård skulle ersättas av fängelse som frihetsberövande påföljd för den som

begått brott innan 18 års ålder. Lagändringarna trädde i kraft den 1 juli 2026. Eftersom den som begått brott innan lagändringarna trädde i kraft fortfarande, som utgångspunkt, ska dömas till sluten ungdomsvård bedöms utfasningen av den påföljden påverka SiS fram till 2031. I och med att sluten ungdomsvård fasas ut väntas platser gradvis frigöras för vård med stöd av LVU, samtidigt som efterfrågan på LVU-platser bedöms öka när SiS återigen kan anvisa plats omedelbart. Mot bakgrund av att barn och unga som begått grova brott, inför och efter verkställighet av fängelsestraff, kommer att kunna vara placerade på SiS enligt LVU har Kriminalvården och SiS fått i uppdrag att se över hur myndigheterna kan ge en sammanhållen behandling till barn och unga som begått allvarliga brott (S2026/01650).

SiS har fortsatt utvecklingsarbetet när det gäller vårdens innehåll. Den totala mängden behandlingsaktiviteter och undervisningstiden har ökat och den ogiltiga skolfrånvaron har minskat. För att långsiktigt minska risken att återfalla i kriminalitet efter sluten ungdomsvård har regeringen beslutat om ytterligare finansiering av projektet FrySiS som bedrivs i samverkan mellan Fryshuset och SiS med syftet att skapa en strukturerad eftervård för barn och unga med hög risk för att återfalla i kriminalitet (S2025/01348 och S2025/02130).

Under de senaste åren har SiS fått kritik och i granskningar av myndighetens verksamhet har det framkommit brister och missförhållanden (t.ex. Riksrevisionen 2024:7 och Institutet för mänskliga rättigheter). Kritik har särskilt riktats mot den vård som ges till flickor som är placerade på de särskilda ungdomshemmen (Statskontoret 2022:4). Regeringen har därför i januari 2026 gett i uppdrag till IVO om förstärkt tillsyn av särskilda ungdomshem där flickor vårdas (S2026/00152). Uppdraget ska slutredovisas den 1 februari 2027. SiS har också fått i uppdrag att stärka och anpassa vården för barn och unga som utsatts för bl.a. våld i nära relationer, hedersrelaterat våld och förtryck, sexuellt våld och sexuell exploatering (S2025/01996). I augusti 2026 lämnade utredningen om en reform av den statliga barn- och ungdomsvården sitt betänkande (SOU 2026:52). Betänkandet är remitterat och sista dag att svara på remissen är den 18 december 2026.

Tabell 6.19 Avslutad vård enligt LVU, LSU och SoL vid SiS särskilda ungdomshem

Antal utskrivningar efter vård enligt LVU och SoL	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Flickor	387	413	411	439	449	346	294	253	206
Pojkar	743	747	853	845	768	633	653	527	507
Totalt	**1 130**	**1 160**	**1 264**	**1 284**	**1 217**	**979**	**947**	**780**	**713**
Genomsnittligt antal vårddygn vid utskrivning LVU och SoL	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Flickor	164	161	135	141	154	188	228	240	271
Pojkar	195	191	177	152	151	169	208	230	202
Samtliga	**184**	**180**	**163**	**148**	**152**	**176**	**214**	**233**	**222**
Antal utskrivningar och genomsnittlig strafftid, LSU	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Antal frigivningar efter vård enligt LSU	69	77	59	67	55	59	61	90	199
Genomsnittlig strafftid vid intagning, månader	10,6	10,4	12,2	11,9	15,3	14,6	17,6	18,0	17,7

Anm.: 2021 genomfördes systembyte från Klient- och institutionsadministrativa system, KIA, till klientadministrativt journalsystem, KAJ för LVU, vilket medförde justeringar i beräkningsgrunderna för vårddygn. Övergången till KIA skedde 2022 för LSU.

Källa: Statens institutionsstyrelse, Klient- och institutionsadministrativa system, KIA.

Placerade barns och ungas skolgång en fortsatt utmaning

Skolgången är en av de viktigaste faktorerna för barns framtida hälsa och livschanser. Socialstyrelsens siffror visar att det fortsatt finns betydande skillnader i skolresultat mellan placerade och icke-placerade barn och unga. Unga som varit placerade i samhällsvård fullgör gymnasieutbildning i betydligt lägre utsträckning jämfört med

andra unga. Vid 20 års ålder hade 41,8 procent av unga kvinnor och 44,9 procent av unga män som var placerade hela årskurs 9 avslutat en treårig gymnasieutbildning (se tabell 6.20). Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta fram riktlinjer för hur socialtjänsten ska följa placerade barns skolresultat under placeringen, samt hur dessa ska rapporteras på kommunal liksom nationell nivå. I uppdraget har också ingått att stödja socialtjänsterna i hur de i samverkan med barnets skola ska arbeta med placerade barns skolresultat och skolgång i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (S2026/00174). Uppdraget redovisades i januari 2026.

Tabell 6.20 Andel som har treårig gymnasieutbildning vid 20 års ålder bland personer som var placerade under hela årskurs nio

Procent

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Flickor	42,4	40,3	42,8	44,2	42,9	39,4	40,4	44,7	43,4	41,5	41,8
Pojkar	34,7	34,7	34,0	32,0	34,2	32,2	31,5	30,7	43,6	40,8	44,9
Totalt	**38,1**	**37,3**	**37,6**	**36,7**	**37,9**	**35,2**	**34,9**	**33,5**	**43,5**	**41,1**	**43,4**

Källa: Registret över insatser till barn och unga, Socialstyrelsen och Utbildningsregistret, SCB.

Fortsatt arbete för att stärka skydd och rättigheter för barn och unga som vårdas utanför hemmet

Regeringen beslutade den 30 juni 2026 propositionen För barns rättigheter och trygghet - En ny lag om omhändertagande för vård av barn och unga (prop. 2025/26:294). I propositionen föreslås den nuvarande lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) ersättas av dels en ny lag om omhändertagande för vård av barn unga, dels en ny lag om särskilda befogenheter för den statliga barn- och ungdomsvården. Förslagen syftar till att åstadkomma en modern, tydlig och överskådlig lagstiftning som utgår från barnet som egen rättighetsbärare och som svarar mot de behov av skydd och stöd som barn och unga har i dag. Riksdagen har antagit förslagen i propositionen (bet. 2025/26:SoU38, rskr. 2025/26:432). Lagändringarna träder i kraft den 1 januari 2027.

Förbättrad kompetensförsörjning i socialtjänstens barn- och ungdomsvård

År 2026 var andelen handläggare med socionomutbildning och minst 3 års erfarenhet av barnutredningar 70 procent, vilket är högre än 2025. Andelen med socionomutbildning och mer än fem års erfarenhet av barnutredningar har ökat med fyra procentenheter, från 44 procent 2025 till 48 procent 2026 (se tabell 6.21).

Reform av socionomutbildningen

För att skapa bättre förutsättningar för socionomer att möta dagens samhällsutmaningar har regeringen beslutat att reformera socionomutbildningen. Utbildningen får nya och ändrade examensmål och syftet är att nyexaminerade socionomer ska vara väl förberedda för arbetslivet. De nya examensmålen syftar även till att socionomutbildningen ska ligga i linje med den nya socialtjänstlagen (förordningen [2026:349] om ändring i högskoleförordningen [1993:100]).

Tabell 6.21 Andel handläggare med socionomutbildning och minst 3 eller 5 års erfarenhet av barnutredningar

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Minst 3 års erfarenhet	57	59	64	69	71	68	65	65	70
Minst 5 års erfarenhet	34	36	38	44	48	47	46	44	48

Anm.: 1 Könsuppdelad statistik saknas. Källa: Socialstyrelsen, Öppna jämförelser.

Förbättrade förutsättningar för nationella studier om hot om våld, våld och sexuella övergrepp mot placerade barn

Riksdagen har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om studier av förekomsten av hot om våld, våld och sexuella övergrepp mot placerade barn (bet. 2020/21:SoU24 punkt 27, rskr. 2020/21:368). Av tillkännagivandet följer att det bör göras regelbundna nationella studier av förekomsten av hot om våld, våld och sexuella övergrepp mot placerade barn och att det ska vara ett nationellt ansvar att säkerställa insamling av de fakta och den statistik som krävs för sådana studier (bet. 2020/21:SoU24 s. 69).

Stiftelsen Allmänna Barnhuset genomför återkommande nationella kartläggningar om våld mot barn med beviljade medel från regeringen och i dessa undersöker stiftelsen även våld mot placerade barn. Studierna genomförs återkommande av stiftelsen sedan år 2000. Stiftelsen gör vidare kartläggningar som rör sexuella övergrepp mot barn och där finns också vissa uppgifter som rör placerade barn. Stiftelsens kartläggningar bedöms ge en bra bild över läget i landet och utsattheten hos gruppen placerade barn. Regeringen har även initierat andra studier som har betydelse för det som anges i tillkännagivandet, bl.a. har Barnombudsmannen i uppdrag från regeringen att kartlägga och beskriva barns och ungas erfarenheter av olika former av våld under uppväxten genom t.ex. intervjuer, exempelvis med frihetsberövade barn och unga eller placerade barn och unga på särskilda ungdomshem (S2024/01208 och S2025/02147). Syftet är att belysa eventuella samband mellan barn och ungas uppväxt- och levnads-förhållanden och risk för att involveras och utnyttjas i kriminalitet. Barnombudsmannen har hittills inkommit med två rapporter, i mars 2025 respektive i mars 2026 som redovisar resultatet av uppdraget. När det gäller barn som är placerade på SiS särskilda ungdomshem så dokumenterar SiS incidenter där ett barn eller en ung person utsätts för våld eller hot om våld under placeringen på hemmet och redovisar statistik över dessa, se bl.a. SiS årsredovisning för 2025.

Regeringen beslutade den 5 mars 2026 propositionen En lag om socialdataregister (prop. 2025/26:165). Riksdagen antog den 20 maj 2026 regeringens förslag (bet. 2025/26:SoU27, rskr. 2025/26:253) och lagen (2026:601) om socialdataregister trädde i kraft den 1 augusti 2026. Lagen utökar Socialstyrelsens möjlighet att behandla personuppgifter i nationella socialdataregister som bl.a. får innehålla uppgifter om de som är eller har varit föremål för en utredning, ett beslut eller en insats och uppgift om varför en utredning har inletts. Lagen ger förutsättningar att öka kunskapen om förekomst av hot om våld, våld och sexuella övergrepp mot placerade barn. Social-styrelsen har fått i uppdrag att förbereda införandet av lagen om socialdataregister och stödja kommunerna inför en utökad uppgiftssamling (S2026/00093). Registret kommer att ge förutsättningar för regelbundna nationella studier om hot, våld och övergrepp mot placerade barn. Mot bakgrund av de vidtagna och redovisade åtgärderna anses tillkännagivandet vara tillgodosett och slutbehandlat.

Riktlinjer för myndigheters bemötande av våldsutsatta barn och unga

Riksdagen har tillkännagett för regeringen det som utskottet anför om riktlinjer för myndigheters bemötande av våldsutsatta barn och unga (bet. 2020/21:SoU24 punkt 34, rskr. 2020/21:368). Av tillkännagivandet följer att det finns behov av nya riktlinjer och kunskapsstöd i syfte att öka kompetensen bland samtliga yrkesgrupper som arbetar med barn som riskerar att utsättas för våld och att regeringen bör ge i uppdrag åt lämplig myndighet att ta fram sådana riktlinjer och kunskapsstöd 2020/21:SoU24 s. 93).

Utredningen En uppväxt fri från våld (A 2021:02) har haft i uppdrag att lämna förslag till en samlad nationell strategi för att förebygga och bekämpa våld mot barn (dir. 2021:29). Uppdraget redovisades den 18 januari 2023 i betänkandet En uppväxt fri

från våld – En nationell strategi för att förebygga och bekämpa våld mot barn (SOU 2022:70). Den 30 juli 2026 beslutade regeringen om En uppväxt fri från våld – Nationell strategi för att förebygga och bekämpa våld mot barn (S2026/01542).

Vidare gav regeringen den 13 juni 2024 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd och Socialstyrelsen i uppdrag att stärka stödet till socialtjänsten i arbetet med riskbedömningar samt i frågor om vårdnad, boende och umgänge (S2024/01210). Uppdraget delredovisades den 16 juni 2025 och ska delredovisas senast den 9 november 2026. Myndigheterna ska senast den 15 december 2027 lämna en slutredovisning av uppdraget till Regeringskansliet. Regeringen gav även den 26 mars 2025 Socialstyrelsen i uppdrag att stödja tillämpningen av reformen om skyddat boende genom att ta fram och sprida kunskapsmaterial om det nya regelverket om skyddat boende och om barns utsatthet för såväl direkt som indirekt våld samt att ta fram och sprida ett bedömningsstöd för placering av barn i skyddat boende (S2025/00580). Socialstyrelsen har i regleringsbrevet för 2025 även fått i uppdrag att undersöka och bedöma behovet av att förtydliga och utöka befintliga rekommendationer kring att systematiskt fråga om våld inom ramen för pågående uppdrag om att kartlägga hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården verkar för att upptäcka våldsutsatthet. Uppdraget ska i denna del redovisas senast den 26 februari 2027. Regeringen gav den 25 juli 2025 Brottsoffermyndigheten i uppdrag att ta fram en nationell plan för barnahus samt ge stöd till och följa utvecklingen av samverkan avseende våldsutsatta barn (S2025/01366). Regeringen gav den 25 juli 2025 även Polismyndigheten, Åklagarmyndigheten, Socialstyrelsen och Rättsmedicinalverket i uppdrag att revidera de gällande nationella riktlinjerna för samverkan vid misstanke om att barn har utsatts för våldsbrott och kriterierna för barnahusverksamhet (S2025/01365). Vidare gav regeringen genom en regleringsbrevsändring den 6 mars 2025 Myndigheten för delaktighet i uppdrag att sprida framtaget stöd- och utbildningsmaterial för att förebygga och motverka våld mot barn och unga med funktionsnedsättning (S2025/00473). Myndigheten ska genomföra kunskapshöjande insatser till relevanta verksamheter med utgångspunkt i den fördjupade kunskap om hedersrelaterat våld och förtryck som myndigheten tagit fram i tidigare uppdrag. Tillkännagivandet anses därmed vara tillgodosett och slutbehandlat.

Ekonomiskt bistånd

Antalet biståndsmottagare har minskat något medan utbetalningar av ekonomiskt bistånd har ökat

Ekonomiskt bistånd är det yttersta skyddsnätet inom det sociala trygghetssystemet och är avsett att vara ett tillfälligt stöd vid försörjningsproblem som inte kan tillgodoses på annat sätt. Antalet hushåll med ekonomiskt bistånd har minskat flera år i följd.

Antalet biståndshushåll som någon gång under året tagit emot ekonomiskt bistånd minskade mellan 2024 och 2025 från 145 371 till 141 879. År 2025 betalade kommunerna ut ca 11,2 miljarder kronor ekonomiskt bistånd, vilket är en ökning med 1,9 procent i fasta priser jämfört med 2024.

Tabell 6.22 Ekonomiskt bistånd uppdelat efter inrikes och utrikes födda hushåll

Antal och miljoner kronor i fasta priser

År	Totalt antal biståndshushåll	Utbetalt belopp för samtliga biståndshushåll, 2025 års priser	Inrikes födda hushåll**	Utrikes födda hushåll***
2015	226 671	14 033	5 635	8 398
2016	220 190	13 971	5 318	8 653
2017	215 302	13 875	5 005	8 871

År	Totalt antal biståndshushåll	Utbetalt belopp för samtliga biståndshushåll, 2025 års priser	Inrikes födda hushåll**	Utrikes födda hushåll***
2018	206 681	14 246	5 041	9 205
2019	202 219	14 546	5 232	9 314
2020	198 531	14 880	5 537	9 343
2021	182 170	14 181	5 288	8 893
2022	160 554	12 095	4 591	7 505
2023	145 740	10 754	4 315	6 439
2024	145 371	10 986	4 555	6 430
2025	141 879	11 193	4 688	6 504

*Belopp 2017–2025 har räknats om till s.k. fasta priser för att motsvara 2025 års prisnivå (enligt KPI).

*Samtliga uppgifter för statistikåren 2017–2025 är uppdaterade från registret, därför kan uppgifter skilja mot tidigare års publiceringar.

**Hushåll där både sökande och ev. medsökande är födda i Sverige.

***Hushåll där någon av sökande eller ev. medsökande är utrikes född, inklusive okänt födelseland.

Källa: registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

Antalet personer som någon gång under året tagit emot ekonomiskt bistånd uppgick 2025 till 246 676 jämfört med 251 141 år 2024 (2,3 procent av befolkningen jämfört med 2,4 procent 2024). Fördelningen mellan kvinnor och män är relativt jämn (86 080 kvinnor och 87 896 män). Antalet barn som lever i hushåll med ekonomiskt bistånd uppgick till 72 610 (3,4 procent av alla barn i landet), vilket är en minskning med nästan 6 procent jämfört med föregående år. Andelen biståndsmottagare i befolkningen varierar mellan kommunerna, mellan mindre än 1 procent till ca 6 procent under 2025 (Socialstyrelsen, Ekonomiskt bistånd årsstatistik 2025).

Tabell 6.23 Långvariga biståndsmottagare fördelat på inrikes och utrikes födda

Antal och andel i procent

År	Samtliga långvariga biståndsmottagare	Antal inrikes födda	Andel av samtliga inrikes födda biståndsmotta gare	Antal utrikes födda	Andel av samtliga utrikes födda biståndsmotta gare
2017	97 267	33 349	37,2	63 918	37,1
2018	98 450	33 034	38,1	65 416	39,7
2019	102 149	34 532	40,2	67 617	42,2
2020	109 172	37 117	42,8	72 055	46,4
2021	104 270	36 244	44,6	68 026	48,5
2022	92 486	33 061	44,9	59 425	48,5
2023	85 478	31 411	44,0	54 067	51,5
2024	83 266	31 844	44,0	51 422	51,0
2025	84 982	33 297	44,5	51 685	52,6

Källa: Registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen.

År 2025 ökade antalet vuxna biståndsmottagare med långvarigt ekonomiskt bistånd, dvs. som fått bistånd i 10 månader eller längre under en 12 månaders period, jämfört med föregående år med 2,1 procent. Bland inrikes födda vuxna var ökningen 4,6 procent och bland utrikes födda 0,5 procent. Omkring 45 procent av de vuxna biståndshushållen har fått långvarigt bistånd. Ungefär 55 procent av dessa utgjordes av hushåll där någon av de sökande eller medsökande var utrikes född. När det gäller antal barn i hushåll som fått långvarigt bistånd har nivån varit relativt konstant under en följd av år men sedan 2020 har antalet successivt minskat (Socialstyrelsen, Ekonomiskt bistånd årsstatistik 2025).

Andelen biståndsmottagare i befolkningen är större bland utrikes födda. Av det totala antalet biståndstagare var omkring 57 procent utrikes födda. (Socialstyrelsen, Ekonomiskt bistånd årsstatistik 2025).

Tabell 6.24 Andel biståndsmottagare i befolkningen, inom respektive grupp

Procent

	Biståndsmottagare i hela befolkningen				Unga vuxna 18–24 år med ekonomiskt bistånd			
År	Inrikes födda kvinnor	Inrikes födda Män	Utrikes födda kvinnor	Utrikes födda män	Inrikes födda kvinnor	Inrikes födda Män	Utrikes födda kvinnor	Utrikes födda Män
2016	1,0	1,4	9,1	9,7	3,5	3,8	21,4	24,9
2017	0,9	1,2	9,0	9,4	3,0	3,2	20,1	24,5
2018	0,9	1,2	8,3	8,6	2,8	3,1	18,7	25,0
2019	0,9	1,2	7,7	8,2	2,8	3,0	17,1	25,9
2020	0,9	1,2	7,6	7,6	2,8	3,1	16,8	22,0
2021	0,8	1,1	6,9	6,6	2,4	2,6	14,9	17,8
2022	0,7	1,0	6,1	5,4	2,0	2,1	12,7	13,5
2023	0,7	1,0	5,2	4,5	1,8	2,0	10,5	11,2
2024	0,7	1,0	5,0	4,2	1,8	2,0	9,4	10,6
2025	0,8	1,0	4,9	4,0	1,8	2,0	8,9	10,1

Källa: Socialstyrelsen, ekonomiskt bistånd (registerdata).

Antal individuella möten för utredning och planering ökar

I öppna jämförelser (Öppna jämförelser 2025 – Ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen) tillfrågas kommunerna om de har genomfört separata möten med sammanboende vuxna i hushåll som får ekonomiskt bistånd, för en individuell utredning och planering mot egen försörjning. Andelen kommuner som uppger att de har genomfört sådana möten i hushåll som består av både en kvinna och en man har ökat från 23 procent 2024 till 29 procent 2025 (se tabell 6.25).

Tabell 6.25 Andel kommuner som erbjuder individuella möten för utredning och planering

Procent

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Totalt	11	11	17	21	23	29

Källa: Öppna jämförelser 2025 – Ekonomiskt bistånd.

Aktivitetskrav som villkor för försörjningsstöd

Regeringen har den 17 mars 2026 beslutat propositionen Aktivitetskrav för mottagare av försörjningsstöd (prop. 2025/26:207). I propositionen föreslås att det ska införas ett aktivitetskrav i försörjningsstödet. Förslaget innebär att det införs ett villkor för rätt till försörjningsstöd för enskilda som har fått försörjningsstöd under minst tre sammanhängande månader och en skyldighet för socialnämnden att tillhandahålla aktiviteter och begära att den enskilde deltar i aktiviteter. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska enligt förslaget besluta om en sanktionsavgift för kommunen vid systematiska brister i tillämpningen av aktivitetskravet. Riksdagen har antagit regeringens förslag i propositionen (bet. 2025/26:SoU29, rskr. 2025/26:291). Aktivitetskravet trädde i kraft den 1 juli 2026 och lagändringarna som rör sanktionsavgift träder i kraft den 1 juli 2027.

För att stödja kommunerna vid införandet av aktivitetskravet har regeringen den 13 mars 2026 ingått en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner för perioden 2026–2027.

Regeringen beslutade den 22 april 2026 att ge en utredare i uppdrag att ta fram förslag så att barn till föräldrar med aktivitetskrav kan erbjudas förskola, fritidshem eller pedagogisk omsorg i den omfattning som behövs för att föräldern ska kunna delta fullt ut i anvisade aktiviteter (S 2026:C).

Reformerat försörjningsstöd – bidragstak och ökade möjligheter till arbete

Regeringen har den 17 mars 2026 beslutat propositionen Reformerat försörjningsstöd – bidragstak och ökade möjligheter till arbete (prop. 2025/26:201). Förslaget innebär bl.a. att riksnormen moderniseras, att försörjningsstödet för större hushåll begränsas, att den som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom ska lämna läkarintyg och att ekonomiskt bistånd utöver vad som krävs i akuta situationer endast ska lämnas till personer som vistas lagligen i Sverige. Riksdagen har antagit regeringens förslag i propositionen (bet. 2025/26:SoU30, rskr. 2025/26:292). Lagändringarna som innebär att det införs krav på att lämna läkarintyg trädde i kraft den 1 juli 2026. Övriga lagändringar träder i kraft den 1 januari 2027.

Regeringen beslutade den 25 maj 2026 att ge en utredare i uppdrag att utreda insamling av data över kommunala arbetsmarknadsinsatser. Syftet är att skapa förutsättningar för att i större utsträckning kunna följa upp och utvärdera kommunala arbetsmarknadsinsatser på nationell nivå, vilket på sikt kan bidra till ett mer kunskapsbaserat arbete inom socialtjänsten samt ökad övergång till arbete bland biståndsmottagare och andra grupper utan arbete (S 2026:D).

Jobbpremien, drivkraft för övergång till arbete

Regeringen har den 15 januari 2026 beslutat om en ny tidsbegränsad statlig ersättning; jobbpremien, som gäller i två år från och med den 1 mars 2026. Personer som har fått försörjningsstöd varje månad från juli 2025 till december 2025, har inkomst av anställning och inte längre får försörjningsstöd kan ansöka om jobbpremien, som är en skattefri ersättning. Syftet med premien är att stärka drivkrafterna för personer att lämna försörjningsstödet och bli självförsörjande.

Skadligt bruk och beroende

Socialtjänstens vård och stöd för personer med skadligt bruk eller beroende har inte förändrats nämnvärt

Det totala antalet beviljade insatser till vård och stöd inom socialtjänsten för personer med skadligt bruk eller beroende har varit relativt konstant de senaste åren, men en viss minskning kan ses sedan föregående år. Heldygnsvård gavs 2025 till 5 432 personer, jämfört med 6 016 år 2024 (se tabell 6.26).

Tabell 6.26 Antal personer som beviljats frivillig institutionsvård för missbruk och beroende enligt SoL

Antal

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	1 887	1 921	1 765	1 732	2 048	1 725	1 607	2 130	2 039	1 912
Män	5 260	5 304	5 229	4 836	4 542	4 629	4 445	4 218	3 977	3 524
Totalt	**7 147**	**7 225**	**6 994**	**6 568**	**6 590**	**6 354**	**6 052**	**6 348**	**6 016**	**5 432**

Källa: Socialstyrelsen, Missbruk – SoL, enbart socialtjänstinsatser efterfrågas.

Tabell 6.27 Antal personer som fått individuellt behovsprövade öppenvårdsinsatser för missbruk och beroende

Antal

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	3 346	3 502	3 665	3 722	3 885	3 962	3 747	3 780	3 845	3 545
Män	7 281	7 393	7 667	8 037	7 971	7 902	7 613	7 721	7 547	7 090
Totalt	**10 627**	**10 895**	**11 332**	**11 759**	**11 856**	**11 864**	**11 360**	**11 501**	**11 406**	**10 619**

Källa: Socialstyrelsen, Missbruk – SoL, mätdag 1 nov.

Tabell 6.28 Antal personer med missbruk och beroende som fått boendeinsatser enligt SoL

Antal

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Kvinnor	1 365	1 542	1 472	1 545	1 516	1 546	1 561	1 692	1 623	1 555	1583
Män	4 528	4 705	4 583	4 652	4 798	4 679	4 823	4 711	4 692	4 455	4 498
Totalt	**5 893**	**6 247**	**6 055**	**6 197**	**6 314**	**6 225**	**6 384**	**6 403**	**6 315**	**6 010**	**6 081**

Källa: Socialstyrelsen, Missbruk – SoL, antal respektive år mätdag 1 nov.

Väntetiderna till socialtjänstens insatser för skadligt bruk och beroende har minskat

Socialstyrelsen följer upp tillgängligheten i kommunernas missbruks- och beroendevård genom att redovisa den genomsnittliga väntetiden för personligt besök (nybesök) hos socialtjänsten Cirka 20 procent av kommunerna erbjöd ett nybesök inom tre dagar 2025, vilket är en större andel än 2024 då 14 procent erbjöd ett nybesök inom den tiden. För 56 procent av kommunerna tog det 4–7 dagar, vilket är en större andel kommuner jämfört med 2024 då motsvarande siffra var 50 procent. För ca 15 procent av kommunerna tog det 8–14 dagar vilket är en mindre andel kommuner jämfört med 2024 då motsvarande siffra var 26 procent.

Socialtjänstens insatser mot spelberoende

År 2025 fick 845 personer insatser som handlade om spel om pengar, vilket är något färre än föregående år då totalt 996 personer fick sådana insatser. Av dessa var 206 personer kvinnor (dvs. ca 25 procent) och 639 personer män (dvs. ca 75 procent). (Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2025, Socialstyrelsen). Se vidare avsnitt 4 Folkhälsopolitik.

Minskat antal vårddygn inom statligt bedriven missbruks- och beroendevård

Inför 2025 beslutade SiS att minska antalet platser från 353 till 335 på myndighetens 11 LVM-hem. År 2024 minskade platserna för kvinnor med 3 platser medan platserna för män minskade med 15 platser. Antalet fakturerade vårddygn inom missbruksvården minskade med ca 10 000 vårddygn 2023 och 2024, vilket innebär en minskning med 8 procent. Den genomsnittliga vårdtiden ökade dock med i genomsnitt 3 dygn per placering. Av tabell 6.29 framgår att antal utskrivningar efter vård med stöd av LVM har minskat för både kvinnor män jämfört med 2023.

Tabell 6.29 Avslutad vård vid SiS LVM-hem

Antal vårddygn, antal utskrivningar

År	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Genomsnittligt antal vårddygn LVM										
Kvinnor	158	157	158	151	151	160	168	171	175	174
Män	157	159	161	151	149	156	157	159	162	161
Antal utskrivningar efter vård enligt LVM										-
Kvinnor	353	351	344	345	317	352	310	343	272	264

År	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Genomsnittligt antal vårddygn LVM										
Män	660	745	666	698	691	567	567	549	499	444
Totala antalet utskrivningar vårdade enligt LVM	1 013	1 096	1 010	1 043	1 008	919	877	892	771	708
Genomsnittligt antal vårddygn samtliga vårdade enligt LVM	158	158	160	151	150	158	161	164	167	166
Genomsnittligt antal vårddygn samtliga vårdade enligt 4 § LVM	176	177	180	179	180	166	188	188	187	-

Anm.: Från år 2020 redovisas LVM och SoL sammanslaget. 2021 genomfördes systembyte från Klient- och institutionsadministrativa system, KIA, till klientadministrativt journalsystem, KAJ, vilket medförde justeringar i beräkningsgrunderna för vårddygn.

Anm: SiS redovisade tidigare vårddygn inom missbruksvården utifrån lagrum. Från och med år 2024 redovisas i stället vårddygnen för intag respektive behandling oavsett lagrum.

Genomsnittligt antal vårddygn samtliga vårdade enligt LVM inkluderar dem som vid utskrivning vårdas enligt 4 eller 13 § LVM samt SoL.

Källa: Statens institutionsstyrelse, Klient- och institutionsadministrativa system, KIA.

Hemlöshet och svårigheter att etablera sig på bostadsmarknaden

Den nationella kartläggningen visar ingen uppenbar ökning av hemlösa i kontakt med socialtjänsten

Socialstyrelsens senaste nationella kartläggning av hemlösheten i Sverige (2023) visar ingen uppenbar ökning av personer i hemlöshet som under mätperioden var i kontakt med socialtjänsten. Av kartläggningen framgår att minst 27 380 personer som hade kontakt med socialtjänsten befann sig i någon av Socialstyrelsens fyra hemlöshetssituationer (1. Akut hemlöshet, 2. Institutionsvistelse och boende med stöd, 3. Långsiktiga boendelösningar via socialtjänsten, 4. Eget ordnat kortsiktigt boende). Av dessa var uppskattningsvis 63 procent män och 27 procent kvinnor. Detta är ca 2 700 färre individer än det antal hemlösa som ingick i den förra undersökningen (2017). Flera kommuner genomför egna, lokala hemlöshetskartläggningar mer frekvent än Socialstyrelsens nationella sådana. Kartläggningarna kan inte tolkas som ett rikssnitt men bidrar ändå med viktig information eftersom hemlösheten är mest utbredd i de mest befolkade kommunerna.

I budgetpropositionen för 2026 (prop. 2025/26:1, utg.omr. 9, avsnitt 6.6.7) föreslog regeringen medel för en förlängning och förstärkning av den nationella hemlöshetsstrategin för att arbetet ska kunna fortsätta och utvecklas. Riksdagen har röstat i enlighet med förslaget. Tillsammans med tidigare beslutade medel uppgår satsningen till 150 miljoner kronor/år 2026–2031.

Fler kommuner erbjuder metoden Bostad först

Socialstyrelsen ska enligt den nationella hemlöshetsstrategin 2022–2026 fördela statsbidrag till kommuner för att motverka hemlöshet med metoden Bostad först. En målsättning enligt strategin är att metoden bör införas nationellt. Under 2025 fördelade Socialstyrelsen totalt 68,5 miljoner kronor till sammanlagt 126 kommuner. Sammanlagt 34 kommuner startade ny verksamhet, vilket innebar att statsbidraget finansierade 106 nya lägenheter inom Bostad först. Sammanlagt 42 kommuner använde statsbidrag för att utöka antalet lägenheter vilket innebar att statsbidraget finansierade en utökning av Bostad först verksamheterna med 269 lägenheter. Sammanlagt 56 kommuner använde statsbidraget för att förbättra den befintliga Bostad först-verksamheten. Över 80 procent av kommunerna (97) anger att statsbidraget bidragit till att kommunen har kunnat ge bostadsstabilitet hos tidigare långvarigt hemlösa personer. Kommunerna uppger att arbetet har minskat kommunens antal personer i akut hemlöshet under 2025. Andelen kommuner som under 2025 erbjöd Bostad först ökade till 46 procent, jämfört med 37 procent

föregående år. Sedan 2022, då endast 20 procent av kommunerna erbjöd metoden, har andelen mer än fördubblats.

Tabell 6.30 Andel kommuner som erbjuder Bostad först

Procent

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Totalt	**20**	**21**	**22**	**20**	**20**	**19**	**20**	**21**	**35**	**46**

Källa: Socialstyrelsen, Öppna jämförelser 2024

Fler barn berörs av vräkningar

Kronofogdemyndighetens statistik visar att antalet barn som berörs av vräkning fortsatt ökar. Antalet barn som berörs av vräkningar, dvs. både barn som är permanent boende, samt de som är växelvis boende eller umgängesbarn hos den som blir vräkt, har ökat sedan 2018. År 2025 fanns barn med i 447 vräkningsärenden. Sammantaget berördes 824 barn, varav 433 barn var skrivna på adressen där vräkningen genomfördes. 391 barn var inte skrivna på adressen, men hade en förälder som vräktes.

Regeringen har vidtagit flera åtgärder som syftar till att motverka vräkningar, i synnerhet av barnfamiljer. Regeringen har bl.a. gett Socialstyrelsen i uppdrag att stärka arbetet mot vräkningar av barnfamiljer (S2024/01823). I den delredovisning som lämnades den 2 december 2025 redogör Socialstyrelsen för resultatet från en registerstudie om vuxna och barn som berörts av den summariska och den verkställande processen, som föregår en genomförd avhysning, under 2021–2024. Resultaten, som avser hushåll där barn är berörda, visar att antalet ansökningar till Kronofogdemyndighetens summariska process är omkring fem gånger fler än ansökningarna om verkställighet av avhysning. I den summariska processen är det vanligaste utfallet att hushållet bor kvar, vilket gäller ungefär sex av tio ansökningar under åren 2021–2023. Samtidigt är kontakt med vården på grund av psykisk ohälsa och tidigare skulder hos Kronofogden mycket vanligt bland personer som riskerar avhysning. I den verkställande processen bor drygt 40 procent av hushållen kvar efter ansökan, drygt 20 procent flyttar på egen hand och drygt 30 procent blir avhysta. Studien visar även att fler barn berörs av den verkställande processen i Socialstyrelsens registerstudie än vad som framgår av Kronofogdens statistik. Socialstyrelsen ska slutredovisa uppdraget den 31 maj 2027.

Regeringen har även gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp regeringens strategi för att motverka hemlöshet samt undersöka behovet av och lämna förslag på fortsatta åtgärder inom området. I uppdraget ingick att se över om det finns behov av att ändra strategins innehåll, struktur och mål samt att lämna förslag på nödvändiga förändringar. Socialstyrelsen skulle bl.a. föreslå åtgärder som syftar till att stärka regeringens arbete med stadigvarande boende till våldsutsatta samt att förebygga och motverka vräkningar av barnfamiljer (S2025/02142). Uppdraget redovisades den 2 mars 2026 och förslagen analyseras just nu i Regeringskansliet.

Brottsutsatta

Rätten till skolgång för barn i skyddat boende säkras genom rutiner

Den 1 april 2024 infördes nya regler för skyddat boende (prop. 2023/24:31, bet. 2023/24:SoU6, rskr. 2023/24:152). Genom reformen har barnets tillgång till skolgång stärkts. Lagändringarna innebär bl.a. att en elev som med anledning av placering i ett skyddat boende flyttar från en kommun ska ha rätt att tas emot till utbildning i förskoleklass eller skola i vistelsekommunen. Andelen kommuner som uppgav att de har rutiner för att säkra skolgång för dessa barn har fortsatt öka under 2025 jämfört

med föregående år (se tabell 6.31). En majoritet av kommunerna uppger dock fortfarande att de saknar sådana rutiner.

Tabell 6.31 Andel kommuner med rutiner för att säkra rätten till utbildning (skolgång) för barn i skyddat boende

Procent

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Totalt	18	22	21	24	28	28	36	49

Källa: Socialstyrelsen, Öppna jämförelser, Våld i nära relationer.

Fler kommuner har en rutin för hur handläggare ska agera vid utsatthet för våld av närstående

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-FS 2022:39) ska socialnämnden fastställa rutiner för när och hur socialtjänstpersonal ska ställa frågor om våld för att kunna upptäcka bl.a. våldsutsatta. Socialstyrelsens Öppna jämförelser socialtjänst – Våld i nära relationer visar att det sett över flera år är allt fler kommuner som uppger att de har en rutin för hur handläggare ska gå till väga vid indikation på att en vuxen har utsatts för våld av närstående. (se tabell 6.32).

Den 14 april 2026 beslutade regeringen en ny tioårig nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer, utnyttjande i prostitution och människohandel samt hedersrelaterat våld och förtryck (skr. 2025/26:245, bet. 2025/26:A13, rskr. 2025/26:245). I strategin framhålls att det finns behov av att stärka socialtjänstens förmåga att upptäcka våldsutsatthet och våldsutövande och att socialnämnden behöver säkerställa att yrkesverksamma har kunskap och rutiner för att både ställa frågor om våld och agera vid misstanke eller upptäckt.

Tabell 6.32 Andel kommuner med rutiner för handläggning av våldsärenden

Procent

Områden inom socialtjänsten	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ekonomiskt bistånd	59	59	58	55	63	58	67	68
Skadligt bruk och beroende	55	55	60	52	63	74	70	70
Socialpsykiatri	48	47	52	43	51	66	61	64
Barn och unga	53	58	59	53	61	72	66	69
LSS-barn	43	46	47	38	45	62	58	62
LSS-vuxen	43	46	48	38	44	62	57	63
Äldreomsorg	43	44	50	40	44	63	59	66
Hemlöshet	41	-	42	56	-	-	-	-
Våld i nära relationer, vuxna	57	57	63	74	68	74	71	73

Indikatorn något ändrad fr.o.m. 2024, vilket påverkar jämförbarheten.

Källa: Socialstyrelsen, Öppna jämförelser, Våld i nära relationer.

Stora variationer i antal barn i skyddat boende

Sedan 2011 har Socialstyrelsen regelbundet följt antalet vuxna och barn som vistas i skyddat boende. Utvecklingen var relativt stabil fram till 2019, då både antalet vuxna och barn ökade. Därefter minskade antalet barn, medan antalet vuxna fortsatte att öka. Av Socialstyrelsens kartläggning av skyddade boenden (Socialstyrelsen, 2024-12-9374) framgår att antalet barn i skyddat boende hade minskat med 34 procent jämfört med 2020 års kartläggning. Uppgifterna avser situationen före reformen av skyddat boende som trädde i kraft den 1 april 2024. Mot denna bakgrund har Socialstyrelsen genomfört en analys av minskningen av antalet barn i skyddat boende (Socialstyrelsen, 2026-2-10052). Analysen visar att minskningen av antalet barn i skyddat boende

sannolikt beror på ett samspel mellan olika faktorer såsom misstro mot socialtjänsten, organisatoriska förutsättningar inom socialtjänsten och förändrade hjälpsöknings-mönster hos våldsutsatta kvinnor med barn. Socialstyrelsen lyfter att våld mot kvinnor och barn fortsatt är omfattande och komplext, och att minskningen av antalet barn i skyddat boende därför inte speglar en minskning av utsatthet vilket gör att frågan behöver följas ytterligare.

Även Statskontoret konstaterar en fluktuation när det gäller såväl antal vuxna som antal barn i skyddade boenden. Av Statskontorets delrapport Uppföljning av reformen skyddat boende (STK 2026:23) framgår dock att det finns skäl att vara försiktig med att dra skarpa slutsatser utifrån den tillgängliga statistiken eftersom såväl centrala begreppsdefinitioner som mätmetoder har förändrats under åren och det finns en hel del osäkerheter i uppgifterna. Barns placeringar i skyddat boende ingår i Socialstyrelsens barn- och unga-register från och med 2026, vilket bedöms möjliggöra mer jämförbara uppgifter över tid.

Regeringen har gett flera myndigheter i uppdrag att stödja genomförandet av reformen av skyddat boende respektive att följa upp effekterna av densamma. Bland annat har Socialstyrelsen fått i uppdrag att ta fram ett bedömningsstöd för placering av barn i skyddat boende (S2025/00580). Regeringen beslutade dessutom den 26 mars 2026 att stärka finansieringen av det pågående uppdraget för att på så sätt tidigarelägga publiceringen av bedömningsstödet. Den delen av uppdraget ska nu redovisas den 17 december 2026, i stället för den 15 oktober 2027 (S2026/00645).

Statskontoret har i uppdrag att följa upp och analysera effekterna av reformen om skyddat boende (S2025/00585). Myndigheten överlämnade den 29 maj 2026 en första delredovisning av uppdraget. Av rapporten (STK 2026:23) framgår bl.a. att reformen har stärkt barns rättsliga skydd och försvårat för oseriösa aktörer, men även att de nya kraven och hur de tillämpas medfört färre skyddade boenden. Statskontorets uppdrag ska slutrapporteras senast den 10 december 2027.

Familjerätt

Det familjerättsliga området avser socialnämndernas familjerättsliga ärenden om bl.a. fastställande av faderskap och föräldraskap, vårdnad, boende och umgänge, informations- och samarbetssamtal samt familjerådgivning. Det ingår även föräldra-förberedelse, medgivandeutredning och stöd till barn och föräldrar i samband med adoption.

Tabell 6.33 Antal barn som varit föremål för familjerättsliga insatser och antal avtal som föräldrar ingått inom socialtjänsten

Antal

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Antal barn som det lämnas snabbupplysningar för	11 494	11 323	12 193	12 258	13 014	12 612	10 215	9 979	10 020	9 936
Antal barn som varit föremål för utredning om vårdnad, boende och umgänge	6 006	6 163	6 243	6 637	6 969	6 973	6 393	5 607	5 944	5 999
Antal barn vars föräldrar deltagit i samarbetssamtal	21 356	21 622	22 783	22 290	20 886	20 931	20 922	21 894	21 052	21 550
Antal avtal om vårdnad, boende och umgänge som socialtjänsten utrett	3 410	3 266	3 363	3 546	3 308	3 047	3 414	3 579	3 160	3 047
Antal utfärdade samtalsintyg vid föräldrars deltagande i informationssamtal	-	-	-	-	-	-	-	10 861	10 923	11 900

Anm.: Könsuppdelad statistik saknas.

Källa: 2016 Mängdstatistik familjerätt Socialstyrelsen, 2017–2025 Mängdstatistik familjerätt Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd.

Innan en domstol fattar ett interimistiskt beslut i ett mål om vårdnad, boende eller umgänge kan rätten inhämta upplysningar, s.k. snabbupplysningar, från socialnämnden. Under den senaste tioårsperioden har antalet barn i upplysningar varit som lägst under de fyra senaste åren (se tabell 6.33).

Sedan 2022 är socialnämnden enligt lagen (2021:530) om informationssamtal skyldig att erbjuda informationssamtal till föräldrar som överväger att inleda en tvist i domstol i frågor om vårdnad, boende och umgänge. Det är även krav på att den förälder som vill inleda en tvist först ska ha deltagit i ett sådant samtal. Socialnämnden utfärdar ett samtalsintyg till de föräldrar som deltagit i informationssamtal. Jämfört med de två föregående åren har antalet samtalsintyg ökat med cirka 1 000 under 2025.

Barnets familj spelar en viktig roll för barnets trygghet och uppväxtvillkor. Stöd i familjerättsliga frågor och familjerådgivning kan bidra till att enskilda och familjer kan lösa konflikter och nå samförstånd. Under 2025 har MFoF samlat in nya uppgifter om familjerådgivningen. Bland annat vad gäller kommunernas organiseringsform, väntetid och egenavgift. Av de 270 kommuner som lämnade uppgift om hur familjerådgivningen var organiserad uppgav 39 procent, att verksamheten bedrevs genom avtal med kommun eller region, 33 procent att familjerådgivningen bedrevs i egen regi, medan 18 procent uppgav att den utfördes genom avtal med upphandlade utförare. Av de 266 kommuner som lämnade uppgift om den genomsnittliga väntetiden var en väntetid på 8–14 dagar vanligast (34 procent). Egenavgiften för en timmes samtal varierade mellan 0 och 450 kronor (264 svarande kommuner). Regeringen har gett MFoF i uppdrag att betala ut och följa upp statsbidrag för förstärkta familjerätter och våldsförebyggande familjerådgivning till särskilt utpekade kommuner. De kommuner som hade möjlighet att rekvirera medel gjorde detta och har använt medel till bemanning, kompetenshöjande åtgärder, ökad tillgänglighet och sänkta egenavgifter i verksamhet som rör familjerättsliga frågor eller familjerådgivning (S2025/00210).

Socialnämnden har en skyldighet att göra en riskbedömning i sin vårdnads-, boende- och umgängesutredning. För att göra utredningarna mer enhetliga och kunskapsbaserade har regeringen gett MFoF och Socialstyrelsen i uppdrag att stärka stödet till socialtjänsten i arbetet med riskbedömningar samt i frågor om vårdnad, boende och umgänge (S2024/01210). Myndigheterna delredovisade i juni 2025 den del av uppdraget som rör att kartlägga standardiserade bedömningsmetoder samt bedöma metodernas användbarhet och tillgänglighet.

Den internationella adoptionsverksamheten i Sverige

Antalet förmedlade internationella adoptioner fortsätter att minska. År 2025 genomfördes 50 adoptioner till Sverige via svenska adoptionsorganisationer, vilket är en minskning från 54 adoptioner 2024 och 73 adoptioner 2023 (MFoF:s statistik, Anlända barn genom auktoriserade adoptionsorganisationer 2025). Trenden är densamma över hela världen, antalet internationella adoptioner minskar.

MFoF har fått i uppdrag att förbereda inrättandet av ett nationellt resurscentrum för adopterade personer och adoptionsfrågor inom ramen för den internationella verksamheten. Centrumet ska samla och samordna statens adoptionsspecifika stöd och vara en tydlig väg in för adopterade personer som behöver stöd, men även för yrkesverksamma som i sitt arbete möter adopterade personer. För att underlätta enskilda personers tillgång till verksamheten ska centrumet vara helt eller delvis lokaliserat i Stockholms län (S2026/01103).

MFoF har även haft ett fortsatt uppdrag under 2026 om förstärkt stöd till internationellt adopterade och adoptivföräldrar, bl.a. vid ursprungssökning (S2025/00210).

Statsbidrag för skolsociala team

Sedan 2023 finns ett statsbidrag riktat till skolhuvudmän för att kunna inrätta och bedriva arbete med skolsociala team. I samband med att statsbidraget beslutades fick Skolverket och Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp arbetet med skolsociala team (U2023/01277). Uppdraget redovisades i oktober 2025 (U2025/02001). Resultaten i rapporten indikerar att det stöd som de skolsociala teamen erbjuder kan ha en positiv inverkan på eleverna. I intervjuerna framkommer att elevernas trivsel och välmående i skolan förefaller gradvis förbättras och att eleverna på sikt minskar sin skolfrånvaro. Den 18 december 2025 gav regeringen Socialstyrelsen och Skolverket i uppdrag att fortsatt stödja, kartlägga och följa upp skolsociala team (S2025/02169).

Genomförda satsningar på stärkt föräldraskapsstöd

MFoF har på uppdrag av regeringen betalat ut 375 miljoner kronor i statsbidrag till kommuner och regioner för förstärkta föräldraskapsstödjande insatser. Totalt 278 kommuner och 20 regioner har fått bidrag under 2025. Av kommunernas och regionernas redovisningar framkom att föräldraskapsstöd nådde fler föräldrar och 97 procent av kommunerna och samtliga regioner bedömde att syftet med statsbidraget uppnåtts. Vidare framkom att och kommunernas användning av Socialstyrelsens rekommenderade kunskapsbaserade program mot normbrytande beteende ökade, bl.a. ökade antalet föräldrar som nåddes av någon av de rekommenderade insatserna med 32 procent jämfört med 2024. Av kommunerna erbjöd 90 procent riktat föräldraskapsstöd i grupp till pappor i familjer med riskfaktorer, jämfört med 26 procent 2024. Även regioner redovisar 38 procent fler pappagrupper än 2024 (S2024/02156).

MFoF har även i uppdrag i regleringsbrevet att under 2025–2028 genomföra intensifierade insatser för att åstadkomma ett mer tillgängligt och målgruppsanpassat föräldraskapsstöd. MFoF har bl.a. genom kartläggning av vetenskaplig kunskap, dialog med kommuner och regioner samt analys av statsbidragsåterrapporteringar, visat att allt fler kommuner satsar på åtgärder för ökad tillgänglighet – exempelvis har det digitala föräldraskapsstödet ökat från 83 till 101 kommuner och 25 procent fler kommuner använde medlen för individuellt stöd jämfört med 2024. Kartläggningen visar samtidigt att deltagandet i föräldraskapsstödjande insatser är ojämnt fördelat och i högre grad når resursstarka föräldrar, medan socioekonomiskt utsatta grupper deltar i

lägre utsträckning. Av föräldrar med psykisk ohälsa eller kognitiva svårigheter saknar 69 procent någon form av stöd (S2024/02156).

Regeringen har gett länsstyrelserna i län med utsatta områden, särskilt utsatta områden och riskområden som har identifierats av Polismyndigheten, i uppdrag att under 2023–2026 erbjuda stöd till kommuner, regioner och andra relevanta aktörer i att utveckla ett kunskapsbaserat, samordnat och långsiktigt stöd i föräldraskapet till föräldrar. Satsningen har bl.a. bidragit till att kopplingen mellan föräldraskapsstöd och det brottsförebyggande arbetet stärkts; samverkan har utvecklats och bilden av föräldrar som skyddsfaktor har tydliggjorts. Vidare har länsstyrelsernas stöd bidragit till att fler kommuner och regioner systematiserat genomförandet av föräldraskapsstöd, vilket är ett nödvändigt led i att skapa ett långsiktigt hållbart stöd. Samverkan med civilsamhället har bidragit till att nå fler föräldrar i utanförskapsområden genom att bygga tillitsfulla relationer och erbjuda stöd via lokala arenor (Fi2021/02746 och S2026/00352).

Andel kommuner som erbjuder minst ett manualbaserat föräldrastöd i grupp för barn med normbrytande beteende

Socialstyrelsen har utvecklat en ny modell för öppna jämförelser, som inkluderar nya indikatorer och nyckeltal. Vidare har Socialstyrelsen beslutat att mäta indikatorer med olika frekvens för att minska uppgiftslämnarbördan för kommunerna. Socialstyrelsen har förmedlat att indikatorn Andel kommuner/stadsdelar som erbjuder minst ett manualbaserat föräldrastöd i grupp för barn med bråkigt/normbrytande beteende uppgick till 53 för 2024 (se tabell 6.34).

Tabell 6.34 Andel kommuner/stadsdelar som erbjuder minst ett manualbaserat föräldrastöd i grupp för barn med normbrytande beteende

Procent

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Totalt	62	60	59	56	53	56	-	53	-

Indikatorn samlas in vartannat år inom ramen för Socialstyrelsens öppna jämförelser.

Källa: Socialstyrelsen, Öppna jämförelser.

Stöd i arbetet med att inrätta och vidareutveckla familjecentraler

Socialstyrelsen har 2024 och 2025 tagit fram ett samlat kunskapsstöd för kommuner och regioner i arbetet med att inrätta och vidareutveckla familjecentraler, vilket publicerats på webbplatsen kunskapsguiden.se. Stödet omfattar organisering, våldsförebyggande arbete, jämställt föräldraskap samt etablering i områden där utanförskapet är stort. Vidare visar en förnyad datainsamling visar att antalet familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter har ökat till 311, en ökning med 65 verksamheter sedan den senaste nationella kartläggningen (S2023/03257 och S2025/00511). Socialstyrelsen har fått fortsatt uppdrag att ge stöd till kommuner och regioner i arbetet med att inrätta och organisera familjecentraler eller familjecentralsliknande verksamheter, samt stärka samverkan vid familjecentraler för våldsförebyggande arbete och jämställt föräldraskap. Socialstyrelsen ska också betala ut och följa upp statsbidrag i syfte att inrätta fler och vidareutveckla befintliga familjecentraler eller familjecentralsliknande verksamheter i kommuner och regioner med områden där utanförskapet är särskilt stort (S2025/02147).

Personer med funktionsnedsättning

Mål och resultatindikatorer för personer med funktionsnedsättning

Genomförandet av det nationella målet för funktionshinderspolitiken inriktas bl.a. mot individuella stöd och lösningar för individens självständighet. De kan vara

avgörande för individens möjlighet till delaktighet och bör ses som ett komplement i förhållande till den generella tillgängligheten i samhället (prop. 2016/17:188, bet. 2017/18:SoU5, rskr. 2017/18:86). Indikatorerna är ett mått på måluppfyllelsen av de individuella stöden.

Tabell 6.35 Riksdagsbundet mål och indikatorer

Resultatindikatorer för området personer med funktionsnedsättning

Mål	Resultatindikatorer
Det nationella målet för funktionshinderspolitiken är att, med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning som utgångspunkt, uppnå jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet för personer med funktionsnedsättning i ett samhälle med mångfald som grund. Målet ska bidra till ökad jämställdhet och till att barnrättsperspektivet beaktas	Antal personer med funktionsnedsättning med insatser enligt LSS och SoL och kostnader för detta.
	Andel personer som uppger att de får bestämma över saker som är viktiga och som känner trivsel och trygghet i gruppbostad och servicebostad enligt LSS.
	Antal anmälningar enligt SoL och LSS.
	Antal personer och antal beviljade timmar med assistansersättning och kostnader för assistansersättning.
	Antal personer som beviljats bilstöd och kostnader för bilstöd.

Antalet personer som får LSS-insatser ökar

Insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska främja jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhällslivet. I oktober 2025 hade 82 800 personer en eller flera LSS-insatser varav 41 procent lämnats till kvinnor och 59 procent till män (se tabell 6.36). Det är en ökning med drygt 1 700 personer jämfört med 2024. I genomsnitt är det 1,5 insatser per person. Den vanligaste kombinationen för personer med flera olika insatser var bostad med särskild service för vuxna tillsammans med daglig verksamhet och kontaktperson. Sedan 2010 har antalet personer som får stöd enligt LSS ökat med 33 procent. Antalet män med LSS-insatser har ökat med 37 procent sedan 2010. Motsvarande siffra bland kvinnor är 28 procent. Vissa insatser som exempelvis personlig assistans och korttidsvistelse minskade något medan korttidstillsyn, daglig verksamhet och boende för vuxna ökade. De två vanligaste insatserna för barn i åldern 0–12 år var avlösarservice och korttidsvistelse.

Tabell 6.36 Kvinnor och män med insats enligt LSS

Antal personer

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1. Råd och stöd	**4 100**	**3 000**	**2 100**	**1 400**	**900**	**800**	**600**	**600**	**600**	**500**
Kvinnor	1 825	1 339	978	662	461	417	330	316	315	264
Män	2 290	1 617	1 117	713	413	352	268	248	251	213
2. Personlig assistans	**4 600**	**4 900**	**5 100**	**5 200**	**5 300**	**5 800**	**4 800**	**4 700**	**4 400**	**4 300**
Kvinnor	2 099	2 226	2 288	2 344	2 410	2 214	2 151	2 071	1 974	1 905
Män	2 476	2 679	2 829	2 861	2 969	2 768	2 659	2 630	2 501	2 408
3. Ledsagarservice	**8 000**	**7 700**	**7 600**	**7 300**	**7 100**	**6 700**	**6 400**	**6 400**	**6 300**	**6 400**
Kvinnor	3 457	3 333	3 248	3 135	2 996	2 835	2 659	2 695	2 727	2 684
Män	4 581	4 368	4 298	4 147	4 050	3 835	3 735	3 665	3 647	3 669
4. Kontaktperson	**19 400**	**19 300**	**19 100**	**18 700**	**18 100**	**17 600**	**17 100**	**16 800**	**16 900**	**16 900**
Kvinnor	8 756	8 636	8 580	8 381	8 094	7 866	7 615	7 600	7 676	7 640
Män	10 665	10 662	10 509	10 318	9 952	9 758	9 442	9 245	9 243	9 292
5. Avlösarservice	**3 800**	**3 900**	**4 000**	**4 000**	**4 000**	**4 100**	**4000**	**4 000**	**3 800**	**3 900**
Kvinnor	1 206	1 226	1 192	1190	1 179	1 195	1 144	1 156	1 126	1 119

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Män	2 585	2 646	2 790	2 792	2 826	2 918	2 858	2 806	2 755	2 736
6. Korttidsvistelse	**9 600**	**9 400**	**9 400**	**9 100**	**8 800**	**8 800**	**8 700**	**8 500**	**8 400**	**8 300**
Kvinnor	3 412	3 324	3 273	3 221	3 158	3 146	3 076	2 977	2 961	2 893
Män	6 181	6 123	6 049	5 891	5 670	5 696	5 609	5 539	5 504	5 418
7. Korttidstillsyn	**4 400**	**4 400**	**4 500**	**4 600**	**4 500**	**4 600**	**4 800**	**5 000**	**5 100**	**5 300**
Kvinnor	1 644	1 649	1 661	1 694	1 668	1 675	1 741	1 805	1 855	1 919
Män	2 778	2 740	2 827	2 872	2 829	2 901	3 031	3 157	3 308	3 414
8. Boende, barn	**1 000**	**1 000**	**900**	**900**	**900**	**900**	**800**	**800**	**800**	**800**
Flickor	364	356	330	339	311	304	318	306	289	249
Pojkar	622	612	612	585	563	569	531	517	508	503
9. Boende, vuxna	**27 100**	**27 800**	**28 300**	**28 800**	**29 200**	**29 700**	**29 900**	**30 100**	**30 300**	**30 500**
Kvinnor	11 411	11 668	11 802	11 912	12 110	12 254	12 291	12 388	12 477	12 510
Män	15 687	16 164	16 444	16 774	17 116	17 417	17 606	17 745	17 912	17 963
10. Daglig verksamhet	**36 600**	**37 400**	**37 800**	**38 400**	**39 000**	**40 200**	**41 000**	**42 500**	**44 300**	**46 100**
Kvinnor	15 520	15 780	15 935	16 047	16 307	16 802	17 108	17 745	18 501	19 299
Män	21 078	21 700	21 878	22 246	22 712	23 400	23 880	24 799	25 796	26 838
Totalt antal personer	**71 400**	**72 900**	**74 100**	**75 100**	**75 800**	**77 100**	**77 500**	**79 100**	**81 000**	**82 800**
Totalt antal insatser	**118 600**	**118 900**	**118 800**	**118 500**	**117 700**	**118 400**	**118 000**	**119 400**	**121 300**	**122 900**

Anm.: Kvinnor och män redovisas utan avrundning.

Källa: Socialstyrelsen, Register över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Antalet personer med insatser enligt LSS har ökat, även sett till befolkningen, från 77 till 78 personer per 10 000 invånare jämfört med 2024. Den insats som ökar mest är daglig verksamhet. Enligt Socialstyrelsen sker ökningen parallellt med att personer med lönebidrag minskar år från år. Det kan därför enligt Socialstyrelsen inte uteslutas att en viss del av ökningarna inom daglig verksamhet kan förklaras med svårigheter inom andra sektorer, exempelvis lönebidrag (Lägesrapport Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen, 2024). Regeringen gav i regleringsbrevet för 2026 Försäkringskassan i uppdrag att utveckla indikatorer för att löpande kunna följa upp att unga med aktivitetsersättning på grund av nedsatt arbetsförmåga i särskilda fall ges möjligheter att närma sig arbete eller studier (S2026/00203). I uppdraget ingår att följa utvecklingen för unga med aktivitets-ersättning som finns i kommunernas dagliga verksamhet. I uppdraget ingår även att skapa förutsättningar som möjliggör uppföljning av identifierade indikatorer genom statistikuttag. Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen ska också fortsätta att samverka för att fler unga med aktivitetsersättning tidigt ska få insatser som stärker arbetsförmågan.

I maj 2026 antog riksdagen förslagen i propositionen Stärkta insatser för äldre och för de som vårdar eller stöder närstående (prop. 2025/26:60, bet. 2025/26:SoU25, rskr. 2025/26:252). LSS ändras på så sätt att insatsen avlösarservice inte längre behöver utföras i hemmet. Lagändringarna trädde i kraft den 1 juli 2026.

I regleringsbrevet för budgetåret 2026 avseende Socialstyrelsen (S2025/02147) har regeringen gett myndigheten i uppdrag att ta fram ett stödmaterial för handläggning av LSS, med särskilt fokus på ledsagarservice. Stödmaterialet ska omfatta utredning, bedömningar av personkrets och rätt till insatser enligt LSS, bl.a. utifrån LSS intentioner och internationella konventioner. Myndigheten ska senast den 9 december 2026 lämna en slutredovisning av uppdraget till Regeringskansliet (Socialdepartementet). Ett sådant stödmaterial syftar till att bidra till en ökad likvärdighet i kommunernas tillämpning av LSS.

Könsskillnaderna är störst bland yngre

Det är fler män än kvinnor som har en insats enligt LSS. Skillnaderna mellan könen är störst bland de yngre och minskar med stigande ålder. Könsskillnaderna var minst i åldersgruppen 65 år och äldre. I gruppen personer upp till 22 år var det fler pojkar än flickor som har en insats för i stort sett alla insatser. Skillnaden var störst för insatserna avlösarservice, boende för barn och korttidsvistelse. Könsfördelningen är relativt oförändrad mellan 2024 och 2025. Socialstyrelsen har tidigare konstaterat att könsskillnaderna till viss del kan förklaras av skillnader i förekomst av olika diagnoser (S2023/01267). Vissa diagnoser som är kopplade till rätten till insatser enligt LSS är mer förekommande bland män än bland kvinnor, som exempelvis intellektuell funktionsnedsättning och autism.

Många är nöjda i sitt LSS-boende och med den dagliga verksamheten

Den enskildes möjligheter till självbestämmande och till att trivas och känna sig trygg där han eller hon bor och i den dagliga verksamheten är centralt och anges därför i målen för verksamheterna inom LSS. Det är även en indikator för resultatutvecklingen för det nationella målet för funktionshinderspolitiken.

Självbestämmande och trygghet i LSS-boenden

Tabell 6.37 Bedömning av självbestämmande och inflytande i gruppbostad, servicebostad och daglig verksamhet

Procent

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Gruppbostad						
Kvinnor	74	77	73	77	80	78
Män	81	81	76	80	81	82
Servicebostad						
Kvinnor	79	80	72	82	82	-
Män	82	85	82	86	84	-
Daglig verksamhet						
Kvinnor	75	76	76	77	79	79
Män	75	76	75	75	78	79

Anm.: Fråga som ställts i undersökningen: Får du bestämma över saker som är viktiga?

Källa: Rådet för främjandet av kommunala analyser, Kolada.

Av den brukarundersökning som genomförs av SKR framgår att flertalet (se tabell 6.37) personer med funktionsnedsättning som bor i gruppbostad eller i servicebostad eller har insatsen daglig verksamheten upplever att de får bestämma över saker som är viktiga för dem. Det har legat på ungefär samma nivå mellan 2020 och 2025. Det finns vissa skillnader mellan män och kvinnor där männen skattar självbestämmande och inflytande något högre.

Tabell 6.38 Bedömning av trivsel och trygghet i gruppbostad, servicebostad och daglig verksamhet

Procent

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Gruppbostad[1]						
Kvinnor	81	80	76	82	81	81
Män	86	85	80	85	85	85
Servicebostad[1]						
Kvinnor	75	75	65	76	74	76
Män	78	82	78	81	77	80

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Gruppbostad[1]						
Gruppbostad[2]						
Kvinnor	75	76	71	78	75	74
Män	80	80	76	79	80	81
Servicebostad[2]						
Kvinnor	68	69	59	70	67	-
Män	77	77	74	76	73	-
Daglig verksamhet						
Kvinnor	83	83	83	83	84	83
Män	85	85	87	86	86	87

Anm.: 1: Frågan som ställs i undersökningen: Trivs du med personalen/hemma?

Anm.: 2: Frågan som ställs i undersökningen: Känner du dig trygg med personalen?

Källa: Rådet för främjandet av kommunala analyser, Kolada.

Av tabell 6.38 framgår att andelen som känner trivsel och trygghet i sitt boende på en gruppbostad eller servicebostad och i den dagliga verksamheten är på ungefär samma nivåer jämfört med tidigare år. Genomgående känner kvinnorna lägre trygghet jämfört med männen. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att andelen LSS-boenden som har rutiner vid indikation på våld och eller övergrepp har ökat från 67 procent 2024 till 70 procent 2025.

Relativt hög kompetens hos personal i LSS-verksamheter

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att 84 procent av personalen inom bostad med särskild service respektive 91 procent inom daglig verksamhet har adekvat utbildning, på gymnasie- eller högskolenivå. Andelen med adekvat utbildning inom bostad med särskild service har minskat med 8 procentenheter sedan föregående år, medan andelen inom daglig verksamhet är oförändrad. (Lägesrapport Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen, 2026).

Tabell 6.39 Personalens utbildningsnivå i LSS-boenden

Procent

	2023		2024		2025	
Utbildningsnivå	Tillsvidare-anställda	Visstids-anställda	Tillsvidare-anställda	Visstids-anställda	Tillsvidare-anställda	Visstids-anställda
Adekvat utbildning på gymnasienivå	73	46	71	44	70	48
Stödpedagog	6	2	6	2	6	1
Annan relevant högskoleutbildning	6	5	7	7	7	7
Saknar relevant utbildning	15	47	16	47	17	44

Anm.: 1: Med adekvat utbildning på gymnasienivå avses utbildningar som rekommenderas i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2014:2).

Anm.: 2: Med annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som är relevant för verksamheten avses personal som har annan yrkeshögskoleutbildning eller högskoleutbildning som verksamheten bedömt vara relevant utifrån behovet av kompetens i verksamheten.

Källa: Enkät Enhetsundersökning LSS 2025, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har inom ramen för öppna jämförelser även undersökt i vilken grad anställda i LSS-boenden och daglig verksamhet erbjuds kompetensutvecklingsplaner, kontinuerlig handledning och kompetensutveckling i alternativ kommunikation (AKK). Resultatet visar att det skett en ökning av personal som erbjuds utbildning i AKK. I LSS-boenden har det ökat från 45 procent till 60 procent mellan 2018 och 2025 och i daglig verksamhet från 53 procent till 70 procent under samma period.

Majoriteten (71 procent) av personalen som varit anställda mer än ett år i LSS-boende har kompetensutvecklingsplaner. De som erbjuds handledning har minskat med 9 procentenheter mellan 2018 och 2025 från 50 procent till 41 procent. Inom daglig verksamhet har andelen som har kompetensutvecklingsplaner ökat från 50 procent till 81 procent under samma period. Handledning erbjuds till 34 procent av personalen, vilket inte har förändrats över tid.

Regeringen har i enlighet med budgetpropositionen för 2026 (prop. 2025/26:1) förstärkt och vidgat Äldreomsorgslyftet. Från 2026 vidgades Äldreomsorgslyftet så att personal i LSS-verksamhet får en motsvarande möjlighet till kompetensutveckling på arbetstid. (se även avsnitt 6.5 Omsorg om äldre). Vidare har regeringen beslutat att Socialstyrelsen ska driva ett nationellt kunskapscentrum för frågor om intellektuell funktionsnedsättning och autism (15 b § förordningen [2015:284] med instruktion för Socialstyrelsen).

Boendestöd fortsätter att öka

Personer med funktionsnedsättning kan även få insatser enligt socialtjänstlagen. Vid mättillfället 2025 hade drygt 63 600 personer med funktionsnedsättning i ålder 0–64 år, varav 51 procent kvinnor och 49 procent män, en pågående insats enligt socialtjänstlagen. Den vanligaste insatsen var boendestöd som ges till drygt 34 000 personer. Med boendestöd avses insatser i form av stöd i den dagliga livsföringen riktat till personer med intellektuell funktionsnedsättning eller psykisk funktionsnedsättning i eget boende. Andra insatser som ges till personer med funktionsnedsättning är hemtjänst, trygghetslarm och ledsagning.

Tabell 6.40 Kommunernas kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning

Löpande priser miljarder kronor

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Summa för samtliga insatser enligt LSS	**57,8**	**60,3**	**62,7**	**66,0**	**71,4**	**75,6**	**77,1**
Boende enligt LSS	31,7	33,8	35,5	37,6	41,2	44,0	*44,9*
varav boende vuxna	*29,7*	*31,6*	*33,3*	*35,4*	*38,8*	*41,5*	*42,5*
varav boende barn	*2,0*	*2,1*	*2,2*	*2,2*	*2,4*	*2,6*	*2,5*
Personlig assistans[1]	12,1	12,6	12,6	12,8	13,4	13,8	*13,8*
Daglig verksamhet	8,8	9,0	9,4	10,2	11,0	11,7	*12,3*
Övriga insatser enligt LSS	5,1	5,0	5,1	5,3	5,8	6,1	*6,1*
Summa för samtliga insatser enligt SoL	**14,8**	**15,1**	**15,5**	**16,1**	**17,3**	**17,6**	**17,5**
Totalt	**72,7**	**75,4**	**78,1**	**82,1**	**88,7**	**93,2**	**94,6**

1 Inkluderar kommunernas kostnader för de första 20 timmarna för personlig assistans enligt socialförsäkringsbalken.
Källa: Statistiska centralbyrån, Kommunernas räkenskapssammandrag.

Fler beviljas assistansersättning och sammansättningen utifrån ålder och kön är relativt oförändrad

Assistansersättning lämnas till personer som ingår i personkretsen enligt LSS och som har behov av personlig assistans med fler än i genomsnitt 20 timmar per vecka. Assistansersättning betalas ut av Försäkringskassan.

År 2024 började antalet mottagare öka efter att ha minskat under flera år. Ökningen fortsatte under 2025 och i december 2025 uppgick antalet mottagare till drygt 13 500 personer, vilket är en ökning med drygt 200 personer jämfört med föregående

år. Inflödet av nya assistansmottagare var 2025 det största sett till antal sedan 2015. Ökningen av antalet förstagångsbeviljade gäller både barn och vuxna.

År 2025 ökade antalet barn som är mottagare av assistansersättning med drygt 190 personer, vilket motsvarar en procentuell ökning med 9 procent från 2024. Den största ökningen finns bland barn i åldersgruppen 7–11 år. I denna grupp ökade antalet mottagare med 220 personer mellan 2024 och 2025, vilket motsvarar en ökning med 28 procent.

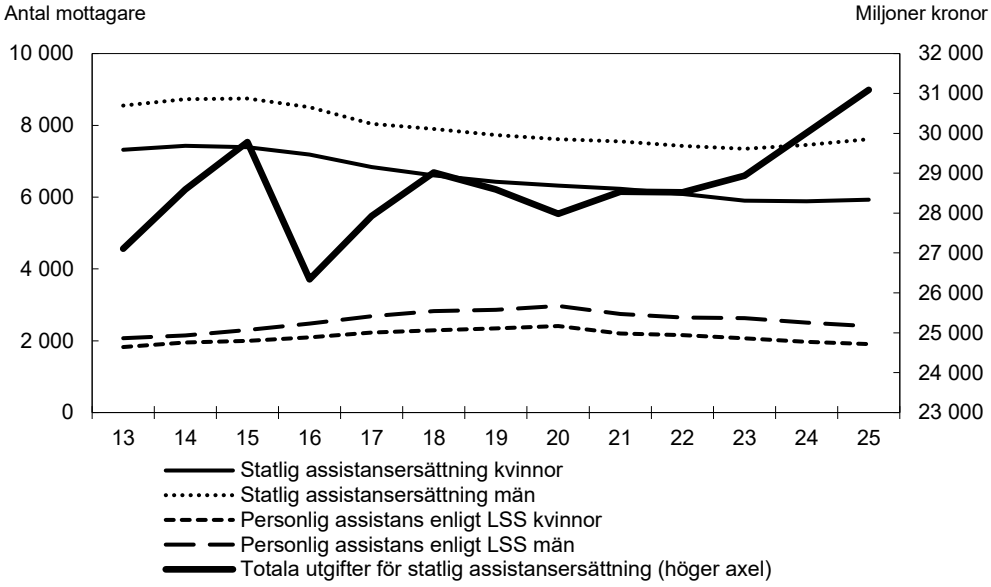
Könsfördelningen bland mottagare över 18 är relativt oförändrad mellan 2024 och 2025. Bland vuxna mottagare var 44 procent kvinnor och 56 procent män. Skillnaden mellan könen var större bland barn då andelen flickor var knappt 41 procent och andelen pojkar 59 procent 2025.

Det genomsnittliga antalet beviljade timmar per vecka och mottagare var i december 2025 knappt 138 timmar vilket innebär en procentuell ökning med drygt 1 procent jämfört med december 2024. Kvinnor och flickor var beviljade i genomsnitt 135 timmar per vecka och män och pojkar 140 timmar.

De totala utgifterna för statlig assistansersättning uppgick 2025 till drygt 26,4 miljarder kronor, vilket var en ökning med 1,1 miljarder kronor jämfört med 2024, motsvarande 4 procent. Ökningen beror på att det genomsnittliga antalet timmar per mottagare har ökat, att schablonersättningen har höjts och att antalet mottagare har ökat något.

Eftersom den förväntande ökningen av barn som beviljades personlig assistans uteblev 2023 halverades schablonen för föräldraavdraget den 1 januari 2025. Regeringen gav Försäkringskassan i uppdrag att följa upp utfallet av åtgärden. Uppföljningen visar att de allra flesta barn som fått avslag skulle fått det även utan föräldraavdrag. Efter att schablonen halverats har andelen avslag som beror på föräldraavdraget minskat något. Det kan bero på halveringen, men det kan också bero på andra faktorer såsom vilka som ansökt och hur omfattande hjälpbehov de hade (S2025/01999).

Diagram 6.4 Mottagare av personlig assistans och utgifter för assistansersättning



Källa: Försäkringskassan och Socialstyrelsen

Andelen avslag på ansökan om tillstånd att bedriva personlig assistans har ökat

IVO utfärdar tillstånd för de verksamheter som bedrivs enligt LSS. År 2025 fattade IVO 12 beslut om återkallelse av tillstånd eller tillfälligt förbud för verksamheter som utför personlig assistans, jämfört med 11 beslut 2024 och 10 beslut 2023 (IVO:s årsredovisning, 2025).

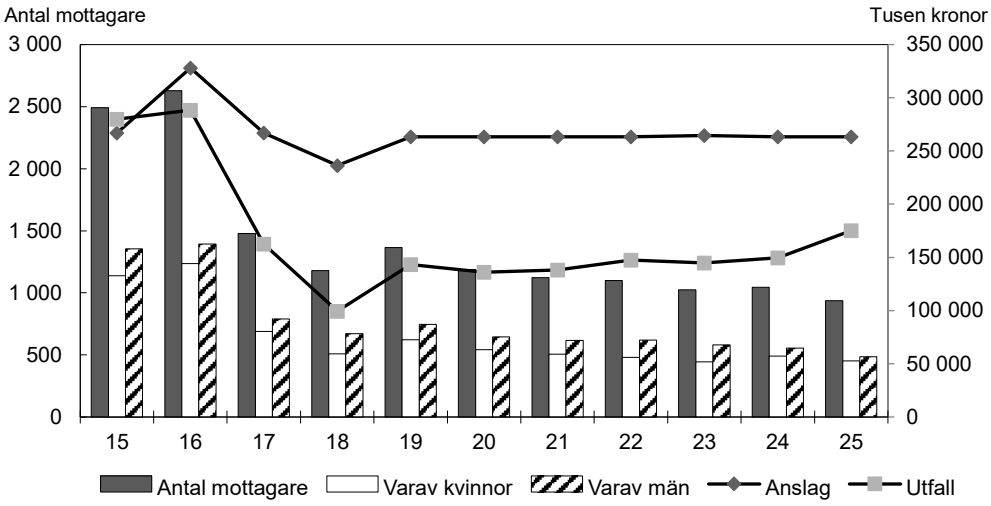
Av de aktörer som ansökte om tillstånd om att bedriva personlig assistans fick mer än två tredjedelar (71 procent) avslag under 2025, jämfört med 41 procent 2024, och 53 procent 2023. Avslagen omfattar brister i lämplighet, insikt eller ekonomiska förutsättningar, samt andra faktorer såsom olämpliga lokaler och brister i kompetens hos föreståndare eller verksamhetsansvariga. Det förekommer både oseriösa aktörer och verksamheter med bristande kompetens inom vård och omsorg, vilket avspeglas i antalet tillståndsansökningar som IVO avslår (IVO:s årsredovisning, 2025).

Användningen av bilstöd är fortsatt låg

Bilstöd beviljas personer som, på grund av sitt eget eller sitt barns varaktiga funktionsnedsättning, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att använda allmänna kommunikationer.

Utgifterna för bilstöd uppgick 2025 till 175 miljoner kronor, vilket är en ökning med 26 miljoner kronor jämfört med 2024. Utgifterna var ca 88 miljoner kronor lägre än anslaget belopp, vilket innebär att bara 67 procent av det anslagna beloppet nyttjades. Antalet mottagare 2025 uppgick till 937 personer, vilket var färre än 2024. Av dessa var 48 procent kvinnor och 52 procent män (se diagram 6.5).

Diagram 6.5 Mottagare av och utgifter för bilstöd



Källa: Försäkringskassan

Lex Sarah-anmälningar berör främst LSS

Den som bedriver en verksamhet enligt socialtjänstlagen eller enligt LSS är skyldig att anmäla allvarliga missförhållanden eller risker för det till IVO (lex Sarah). Inom funktionshindersområdet berör de flesta lex Sarah-anmälningar som kommer in till IVO personer som får insatser enligt LSS.

Tabell 6.41 Lex Sarah-anmälningar

Antal inkomna och beslutade ärenden inom verksamhetsområde funktionsnedsättning

	2021	2022	2023	2024	2025
LSS inkomna	330	308	337	358	351
SoL inkomna	43	47	47	40	57
Inkomna, uppgift om verksamhetsområde saknas	6	4	7	7	26
LSS beslutade	319	309	327	380	322
SoL beslutade	42	47	49	44	50
Beslutade, uppgift om verksamhetsområde saknas	6	3	5	7	9

Ett ärende kan avse flera verksamhetsområden.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Ökning av antalet klienter som får stöd av personliga ombud

Under 2025 hade 252 kommuner verksamhet med personligt ombud, vilket är en ökning med 1 kommun jämfört med föregående år. År 2025 fanns 351 personliga ombud i landet, vilket var en minskning med två heltidsanställningar jämfört med 2024. Sammanlagt arbetade ombuden med 10 561 klienter, varav 4 747 män och 5 814 kvinnor. Detta är en ökning med 313 klienter jämfört med 2024. Många kommuner fortsätter att rapportera tendenser till förändringar av vilka grupper som söker stöd av personligt ombud (Lägesrapport om verksamhet med personligt ombud 2025). Grupper som ökat är bl.a. personer med komplexa behov, inklusive psykisk och fysisk ohälsa samt skadligt bruk eller beroende (samsjuklighet), personer som saknar myndighetskontakt och personer som har svårt att hantera digitaliseringen. Kommunerna uppger att de främsta orsakerna till att klienter söker stöd av personligt ombud, likt tidigare år är att de upplever behov av stöd i kontakt med myndigheter, svårigheter med ekonomin samt stöd i kontakt med hälsa och sjukvården. Under 2025 redovisades en ökning av andelen verksamheter med kö- och väntetider för att få kontakt med ett personligt ombud. Kö- och väntetider rapporterades från 64 procent av verksamheterna jämfört med 2024 då drygt 54 procent rapporterade väntetider. Väntetiderna har kortats i vissa kommuner medan den blivit längre i andra. Under 2025 låg väntetider hos de flesta verksamheter med köer inom ett intervall mellan 20 och 70 dagar. Väntetiderna uppges bero på att det är flera sökande än vad det finns tillgängliga ombud för.

Övergripande insatser

Styrning med kunskap

Rådet för styrning med kunskap har fortsatt att ta viktiga steg i linje med den myndighetsgemensamma strategi som beslutades 2021 (Strategi för Rådet för styrning med kunskap 2021–2025, Socialstyrelsen 2021). För att bli mer behovsanpassade, samordnade och effektiva har rådet valt att även 2025 fokusera på delmålen samordnande och effektiva. Rådet har 2025 haft flertalet nätverk, bl.a. om AI-frågor, hälsodata, patient- och brukarsamverkan, hälsofrämjande och förebyggande arbete samt för en modell för generering och implementering av ny vetenskaplig kunskap. År 2025 har Kunskapsguiden.se utökats med elva nya teman, bl.a. nya socialtjänstlagen 2025, kunskapsbaserad socialtjänst, intellektuell funktionsnedsättning, närståendes delaktighet i psykiatrin och rättspsykiatrin, sällsynta hälsotillstånd samt fast vårdkontakt.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har genomfört en samlad analys av hur styrningen med kunskap ser ut och fungerar inom socialtjänsten. Myndigheten drar i rapporten Med kunskap som kompass - En kartläggning och analys av styrningen med

kunskap inom socialtjänsten (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2026) bl.a. slutsatsen att kunskapsstyrningssystemet är fragmenterat och inte fungerar som ett sammanhållet och ändamålsenligt system. Myndigheten beskriver rapporten att Rådet för styrning med kunskap är viktigt men att samordningen fortfarande behöver utvecklas. Bristen på samordning blir enligt myndigheten särskilt tydlig i politiskt prioriterade frågor där flera myndigheter får parallella regeringsuppdrag. Vidare skriver myndigheten att det finns utmaningar med att hälso- och sjukvårdsfrågor och socialtjänstfrågor hanteras gemensamt i Rådet för styrning med kunskap, då socialtjänstfrågor ofta hamnar i skymundan. En orsak till det kan enligt myndigheten vara att flera av myndigheterna med relevans inom socialtjänsten inte finns representerade i rådet. Vidare är det enligt myndigheten inte tydligt hur de olika nätverken fungerar, vad som skiljer dem åt, vilka mandat de har och vad de gör i praktiken.

6.4 Den årliga revisionens iakttagelser

Riksrevisionen har i sin revisionsberättelse för Statens institutionsstyrelse (SiS) 2025 lämnat ett uttalande med reservation. Orsaken till reservationen är enligt Riksrevisionen att SiS inte har kommenterat en väsentlig avvikelse mellan tilldelat anslag och utgifter för utgiftsområde 9, anslag 4:6, anslagspost 4, särskild satsning på platskapacitet, vilket inte är förenligt med 6 kap. 1 § förordningen (2000:605) om årsredovisning och budgetunderlag. Regeringen har följt upp frågan med myndigheten, som har redogjort för bakgrunden till bristen.

6.5 Budgetförslag

6.5.1 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

Tabell 6.42 Anslagsutveckling 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd

Tusental kronorl

2025	Utfall	38 771	Anslagssparande	4 184
2026	Anslag	67 607[1]	Utgiftsprognos	68 248
2027	**Förslag**	**68 547**		
2028	Beräknat	69 303[2]		
2029	Beräknat	65 062[3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

[2] Motsvarar 68 547 tkr i 2027 års prisnivå.

[3] Motsvarar 63 391 tkr i 2027 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för förvaltningsutgifter för Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFOF). Anslaget får även användas för utbetalning av statsbidrag till auktoriserade adoptionssammanslutningar och till de adopterades organisationer.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 6.43 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 4:1 Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstödfamiljerätt och föräldraskapsstöd

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**67 607**	**67 607**	**67 607**
Pris- och löneomräkning[2]	940	1 696	2 747
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder			-5 292
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**68 547**	**69 303**	**65 062**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26: FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2026. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2028–2029 är preliminär.

Regeringen föreslår att 68 547 000 kronor anvisas under anslaget 4:1 *Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 69 303 000 kronor respektive 65 062 000 kronor.

6.5.2 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

Tabell 6.44 Anslagsutveckling 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

Tusental kronor

2025	Utfall	814 647	Anslagssparande	12 067
2026	Anslag	789 714[1]	Utgiftsprognos	782 646
2027	**Förslag**	**789 714**		
2028	Beräknat	789 714		
2029	Beräknat	789 714		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag för insatser inom funktionshindersområdet och för vissa administrativa utgifter kopplade till bidragsgivningen. Kostnaderna för de administrativa utgifterna får utgöra högst 1,5 procent av anslaget.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 6.45 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**789 714**	**789 714**	**789 714**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**789 714**	**789 714**	**789 714**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26: FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Från anslaget finansieras bl.a.

- statsbidrag till tolktjänst,
- bidrag till utrustning för elektronisk kommunikation,
- bidrag till nationellt kunskapscenter för dövblindfrågor,
- verksamhet med service- och signalhundar,
- granskning av hur Sverige lever upp till Förenta nationernas konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning,
- anskaffning och placering av ledarhundar för synskadade och därmed sammanhängande åtgärder,
- statsbidrag för viss verksamhet inom funktionshindersområdet,
- bidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning,
- statsbidrag för habiliteringsersättning,
- insatser för att stimulera universell utformning,
- stödstrukturen för genomförande av funktionshinderspolitik.

Regeringen föreslår att 789 714 000 kronor anvisas under anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshinderområdet* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 789 714 000 kronor respektive 789 714 000 kronor.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag

Regeringen bemyndigas att under 2027 för anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 15 000 000 kronor 2028 och 2029.

Skälen för regeringens förslag

Regeringen avser att besluta om bidrag för anskaffning och placering av ledarhundar för synskadade och därmed sammanhängande åtgärder. Regeringen bör därför bemyndigas att under 2027 för anslaget 4:2 *Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 15 000 000 kronor 2028 och 2029.

Tabell 6.46 Beställningsbemyndigande för anslaget 4:2 Vissa statsbidrag inom funktionshindersområdet, Utgiftsområde 09 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Tusental kronor

	Utfall 2025	Prognos 2026	Förslag 2027	Beräknat 2028	Beräknat 2029
Ekonomiska åtaganden vid årets början		11 643	8 983		
Nya ekonomiska åtaganden	11 643	8 630	14 056		
Utgifter mot anslag till följd av ekonomiska åtaganden		-10 590	-8 039	-10 551	-4 449
Övriga förändringar av ekonomiska åtaganden		-700			
Ekonomiska åtaganden vid årets slut	11 643	8 983	15 000		
Beslutat/föreslaget bemyndigande	**15 000**	**15 000**	**15 000**		

6.5.3 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

Tabell 6.47 Anslagsutveckling 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

Tusental kronor

2025	Utfall	175 295	Anslagssparande	87 942
2026	Anslag	264 237[1]	Utgiftsprognos	168 495
2027	**Förslag**	**266 237**		
2028	Beräknat	266 237		
2029	Beräknat	266 237		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för att finansiera utgifter för bilstöd till personer med funktionsnedsättning enligt socialförsäkringsbalken och lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 6.48 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 4:3 Bilstöd till personer med funktionsnedsättning

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**264 237**	**264 237**	**264 237**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder	2 000	2 000	2 000
Makroekonomisk utveckling			
Volymer			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**266 237**	**266 237**	**266 237**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26: FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

De principer som tillämpas vid utformningen av denna proposition innebär att anslaget ökar med 2 000 000 kronor 2027 till följd av tidigare beslut om höjning av åldersgränserna i pensionssystemet och i angränsande trygghetssystem (prop. 2021/22, bet. 2021/22:SfU25, rskr. 2021/22:331).

Regeringen föreslår att 266 237 000 kronor anvisas under anslaget 4:3 *Bilstöd till personer med funktionsnedsättning* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 266 237 000 kronor respektive 266 237 000 kronor.

6.5.4 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

Tabell 6.49 Anslagsutveckling 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

2025	Utfall	26 387 954	Anslagssparande	534 920
2026	Anslag	27 432 553[1]	Utgiftsprognos	27 670 462
2027	**Förslag**	**28 814 756**		
2028	Beräknat	29 958 877		
2029	Beräknat	31 173 330		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för statlig assistansersättning till personer med funktionsnedsättningar enligt socialförsäkringsbalken och lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 6.50 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 4:4 Kostnader för statlig assistansersättning

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**27 432 553**	**27 432 553**	**27 432 553**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder	792 800	792 800	792 800
Makroekonomisk utveckling			
Volymer	589 403	1 733 524	2 947 977
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**28 814 756**	**29 958 877**	**31 173 330**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26: FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Enligt socialförsäkringsbalken ska varje år ett schablonbelopp för assistansersättning bestämmas och beräknas med ledning av de uppskattade kostnaderna för att få assistans. Regeringen meddelar föreskrifter om schablonbeloppet i förordningen (1993:1091) om assistansersättning.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att:

– Uppräkningen av schablonbeloppet för 2027 bör vara densamma som för 2026, dvs. 1,5 procent. Schablonbeloppet för assistansersättningen blir därmed 352,90 kronor, en höjning med 5 kronor och 20 ören.
– Rätten till personlig assistans har stärkts (prop. 2021/22:214, bet. 2021/22:SoU34, rskr. 2021/22:416 och prop. 2021/22:244, bet. 2021/22:SoU35, rskr. 2021/22:428). Lagändringen trädde i kraft den 1 januari 2023. Anslaget ökas därför med 737 800 000 kronor 2027.
– Anslaget ökar med 55 000 000 kronor 2027 till följd av tidigare beslut om höjning av åldersgränserna i pensionssystemet och i angränsande trygghetssystem (prop. 2021/22, bet. 2021/22:SfU25, rskr. 2021/22:331).

Regeringen föreslår att 28 814 756 000 kronor anvisas under anslaget 4:4 *Kostnader för statlig assistansersättning* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 29 958 877 000 kronor respektive 31 173 330 000 kronor.

6.5.5 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet

Tabell 6.51 Anslagsutveckling 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet

Tusental kronor

2025	Utfall	6 045 602	Anslagssparande	629 389
2026	Anslag	6 319 740[1]	Utgiftsprognos	6 017 406
2027	**Förslag**	**5 943 740**		
2028	Beräknat	4 582 740		
2029	Beräknat	4 574 740		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att

- genom riktade insatser ge bättre förutsättningarför en ökad bemanning och kvalitet i omsorgen,
- främja ett hållbart arbetsliv inom omsorgen,
- främja kunskaps- och erfarenhetsutbyte inom äldreområdet,
- öka kunskap och kompetens inom omsorgen,
- öka antalet platser i särskilt boende samt öka antalet bostäder för äldre personer på den ordinarie bostadsmarknaden,
- stödja och utveckla anhöriga och närståendes insatser,
- fördela statsbidrag till pensionärsorganisationer,
- samt fördela statsbidrag till organisationer som vårdar och hjälper närstående.

Anslaget får även användas för utgifter för forskning och för utgifter för medlemskap i internationella organisationer inom äldreområdet och för vissa administrativa utgifter kopplade till bidragsgivningen. Kostnaderna för de administrativa utgifterna får utgöra högst 1 procent av anslaget.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 6.52 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**6 319 740**	**6 319 740**	**6 319 740**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder	-376 000	-1 737 000	-1 745 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**5 943 740**	**4 582 740**	**4 574 740**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att detta anslag minskas med 393 000 000 kronor för insatserna om fast omsorgskontakt i särskilt boende och utökat anhörigstöd i lagen om stärkta insatser för äldre och för de som vårdar eller stöder närstående (prop. 2025/26:60, bet. 2025/26:SoU25, rskr. 2025/26:252) som trädde i kraft den 1 juli 2026. Utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, anslag 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* (se utgiftsområde 25) ökas med motsvarande belopp.

I förhållande till beräknad anslagsnivå för 2027 i budgetpropositionen för 2026 innebär tillämpningen av principerna för utformningen av denna proposition att nivån

på Äldreomsorgslyftet minskar med 450 000 000 kronor och att statsbidraget för 2027 uppgår till 1 350 000 000 kronor.

Regeringen föreslår att 5 943 740 000 kronor anvisas under anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 4 582 740 000 kronor respektive 4 574 740 000 kronor.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag

Regeringen bemyndigas att under 2027 för anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 343 514 000 kronor 2028–2033.

Skälen för regeringens förslag

Regeringen avser att besluta om bidrag till forskning om äldreomsorgen för personer med demenssjukdom som ska utlysas av Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. Delar av bemyndigandet är kopplad till avvecklingen av investeringsstödet för att stimulera ombyggnation och nybyggnation av särskilt boende samt bostäder på den ordinarie bostadsmarknaden som riktar sig till personer över 65 år. Avvecklingen av investeringsstödet aviserades i budgetpropositionen för 2025. Regeringen bör därför bemyndigas att under 2027 för anslaget 4:5 *Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 343 514 000 kronor 2028–2033.

Tabell 6.53 Beställningsbemyndigande för anslaget 4:5 Stimulansbidrag och åtgärder inom äldreområdet, Utgiftsområde 09 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Tusental kronor

	Utfall 2025	Prognos 2026	Förslag 2027	Beräknat 2028	Beräknat 2029	Beräknat 2030 – 2033
Ekonomiska åtaganden vid årets början	966 656	960 348	507 610			
Nya ekonomiska åtaganden	547 596	11 741	120 000			
Utgifter mot anslag till följd av ekonomiska åtaganden	-428 317	-460 068	-284 096	-89 592	-109 922	-144 000
Övriga förändringar av ekonomiska åtaganden	-125 587	-4 411				
Ekonomiska åtaganden vid årets slut	960 348	507 610	343 514			
Beslutat/föreslaget bemyndigande	**1 027 955**	**572 466**	**343 514**			

6.5.7 4:6 Statens institutionsstyrelse

Tabell 6.54 Anslagsutveckling 4:6 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

2025	Utfall	2 415 207	Anslagssparande	175 812
2026	Anslag	3 095 246[1]	Utgiftsprognos	2 974 698
2027	**Förslag**	**2 489 622**		
2028	Beräknat	2 416 679[2]		
2029	Beräknat	1 905 295[3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

[2] Motsvarar 2 386 874 tkr i 2027 års prisnivå.

[3] Motsvarar 1 854 589 tkr i 2027 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Statens institutionsstyrelses förvaltningsutgifter. Anslaget får även användas för utgifter för Statens institutionsstyrelses (SiS) uppgift att initiera och stödja forsknings- och utvecklingsverksamhet inom myndighetens verksamhetsområde.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 6.55 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 4:6 Statens institutionsstyrelse

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**3 060 246**	**3 060 246**	**3 060 246**
Pris- och löneomräkning[2]	47 955	86 767	132 936
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder	-618 579	-740 618	-1 298 322
Överföring till/från andra anslag		10 284	10 435
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**2 489 622**	**2 416 679**	**1 905 295**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26: FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2026. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2028–2029 är preliminär.

Statens institutionsstyrelse (SiS) är förvaltningsmyndighet för de hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (särskilda ungdomshem) och lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM-hem). Verksamheten är indelad i ungdomsvård, sluten ungdomsvård och missbruksvård. Ungdomsvården och missbrukarvården finansieras till omkring två tredjedelar med avgifter medan sluten ungdomsvård finansieras helt via myndighetens anslag.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att:

– Lagändringarna med anledning av propositionen Frihetsberövande påföljder för barn och unga (prop. 2025/26:132, bet. 2025/26:JuU30, rskr. 2025/26:241) trädde i kraft den 1 juli 2026. Anslaget minskas därför med 291 000 000 kronor 2027. Att anslaget minskas beror på att sluten ungdomsvård kommer att utmönstras. Barn och unga kommer i stället att dömas till fängelse och avtjäna straffet hos Kriminalvården.
– Lagen om skjutvapen och explosiva varor (prop. 2023/24:33, bet. 2023/24:JuU04, rskr. 2023/24:84) trädde i kraft den 1 januari 2024. Anslaget minskas därför med 9 000 000 kronor 2027. Att anslaget minskas beror på att

sluten ungdomsvård kommer att utmönstras. Barn och unga kommer i stället att dömas till fängelse och avtjäna straffet hos Kriminalvården.
– Den nya lagen (2026:1637) om insatser inom socialtjänsten när samtycke saknas (prop. 2025/26:295, bet. 2025/26:SoU39, rskr. 2025/26:433) träder i kraft den 2 januari 2027. Propositionen innehåller även en ändring av nämnda lag som innebär att vissa bestämmelser om elektronisk övervakning ska börja gälla den dag som regeringen bestämmer. Anslaget ökas därför med 43 000 000 kronor 2027.
– Den tillfälliga satsningen om temporär förstärkning för fler platser på särskilda ungdomshem upphör vid årsskiftet 2026. Anslaget minskas därför med 203 000 000 kronor fr.o.m. 2027.
– Den tillfälliga satsningen om temporär förstärkning för säkerhetsarbete upphör vid årsskiftet 2026. Anslaget minskas därför med 158 000 000 kronor fr.o.m. 2027.

Regeringen föreslår att 2 489 622 000 kronor anvisas under anslaget 4:6 *Statens institutionsstyrelse* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 2 416 679 000 kronor respektive 1 905 295 000 kronor.

6.5.8 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

6.56 Anslagsutveckling 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

2025	Utfall	3 101 717	Anslagssparande	67 083
2026	Anslag	4 872 801[1]	Utgiftsprognos	4 440 398
2027	**Förslag**	**4 868 301**		
2028	Beräknat	3 895 801		
2029	Beräknat	1 050 801		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för bidrag för att stimulera utvecklingen av socialt arbete samt för utgifter för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård med syftet att stärka det civila försvaret. Anslaget får även användas för vissa administrativa utgifter kopplade till bidragsgivning. De administrativa utgifterna får utgöra högst 1 procent av anslaget. Anslaget får även användas för att medfinansiera programmet för fonden för europeiskt bistånd till dem som har det sämst ställt.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 6.57 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**4 860 301**	**4 860 301**	**4 860 301**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder	8 000	-954 500	-3 799 500
Överföring till/från andra anslag		-10 000	-10 000
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**4 868 301**	**3 895 801**	**1 050 801**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26: FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att:

– Den nya lagen För barns rättigheter och trygghet – en ny lag om omhändertagande för vård av barn och unga (prop. 2025/26:294, bet. 2025/26:SoU38, rskr. 2025/26:432) träder i kraft den 1 januari 2027. Från den 1 januari 2027 utgår statsbidrag från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, anslag 1:1 Kommunalekonomisk utjämning (se utgiftsområde 25) och utgiftsområde 4 Rättsväsendet, anslag 1:11 Rättsliga biträden (se utgiftsområde 4). Anslaget minskas därför med 33 000 000 kronor 2027.
– En lag om socialdataregister (prop. 2025/26:165, bet. 2025/26:SoU27, rskr. 2025/26:253) trädde i kraft den 1 augusti 2026. Från den 1 januari 2027 utgår statsbidrag från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, anslag 1:1 Kommunalekonomisk utjämning (se utgiftsområde 25). Anslaget minskas därför med 40 000 000 kronor 2027.
– I budgetpropositionen för 2026 ökades anslaget engångsvis med 72 miljoner kronor 2026 för medel för lagerhållning av sjukvårdsprodukter i kommunerna. Mot bakgrund av att det av propositionen Hälso- och sjukvårdens beredskap (prop. 2024/25:167, bet. 2025/26:SoU6, rskr. 2025/26:44) framgår att kommunerna från den 1 januari 2027 har en lagerhållningsskyldighet för sjukvårdsprodukter utgår statsbidrag från 2027 till kommunerna i stället från utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner, anslag 1:1 Kommunalekonomisk utjämning (se utgiftsområde 25). Anslaget minskas därför med 72 000 000 kronor 2027.
– Förordningen (2026:4) om statlig jobbpremie trädde i kraft den 1 mars 2026. Anslaget ökas därför som tidigare aviserats i budgetpropositionen för 2026 med 153 000 000 kronor.

I förhållande till beräknad anslagsnivå för 2027 i budgetpropositionen för 2026 innebär tillämpningen av principerna för utformningen av denna proposition att det tidigare beräknade ökningen på 300 000 000 kronor för statsbidrag till kommuner för att utveckla socialtjänstens arbete med att förebygga och motverka brottslighet uteblir. Tillämningen av principerna innebär att satsningen 2027 blir 300 000 000 kronor vilket är samma nivå som för 2026.

Regeringen föreslår att 4 868 301 000 kronor anvisas under anslaget 4:7 *Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 3 895 801 000 kronor respektive 1 050 801 000 kronor.

7 Barnrättspolitik

7.1 Mål för området

Målet för barnrättspolitiken är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande (prop. 2008/09:1 utg.omr. 9 avsnitt 3.4, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127). Målet grundar sig bl.a. på de åtaganden som Sverige gjort genom att ratificera FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och syftar till att främja och skydda barnets rättigheter och intressen i samhället. Målet innebär att alla barn, oavsett bl.a. ålder, kön, ursprung och funktionsnedsättning, ska få sina rättigheter tillgodosedda.

7.2 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

Barnrättspolitiken är sektorsövergripande, vilket innebär att barnets rättigheter och intressen ska genomsyra all politik, liksom alla verksamheter som rör barn. Resultat av genomförda insatser kopplade till barnrättspolitikens mål redovisas således inom respektive utgiftsområde, se särskilt barns rätt till trygg uppväxt och stöd i avsnitt 6 Politik för sociala tjänster, barns rätt till hälsa och utveckling i avsnitt 3 Hälso- och sjukvårdspolitik och 4 Folkhälsopolitik, barns rätt till utbildning i utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning avsnitt 3, barns rätt till skälig levnadsstandard i utgiftsområde 12 Ekonomisk trygghet för familjer och barn samt utgiftsområde 13 Integration och jämställdhet. Det samlade nationella arbetet med mänskliga rättigheter redovisas under utgiftsområde 1 Rikets styrelse avsnitt 10.

I detta avsnitt hänvisas till resultat och åtgärder som vidtagits inom andra politikområden för att säkerställa tillämpningen av barnets rättigheter. Redovisningen i avsnittet omfattar främst strategiskt och systematiskt arbete som ökat kunskap om barnets rättigheter i enlighet med bl.a. barnkonventionen och bidragit till en ökad integrering av barnrättsperspektivet i offentlig verksamhet samt stärkt barnets rätt till delaktighet och inflytande. Resultat av särskilda insatser riktade till barn i olika situationer av utsatthet, i synnerhet våld, omfattas också. De centrala indikatorer och bedömningsgrunder som används för att redovisa och beskriva utvecklingen inom barnrättspolitiken i detta avsnitt är följande:

- barns delaktighet och inflytande hemma samt upplevelse av trygghet, uppgifter från Statistiska centralbyråns (SCB) undersökning av barns levnadsförhållanden (Barn-ULF) och från Barnombudsmannen,
- barns utsatthet för våld och brott, uppgifter från Brottsförebyggande rådets (Brå) skolundersökning om brott och från Stiftelsen Allmänna Barnhusets nationella kartläggning,
- slutsatser och rekommendationer som FN:s kommitté för barnets rättigheter (FN:s barnrättskommitté) regelbundet tar fram om genomförandet av barnets rättigheter i Sverige och
- rapporter från Barnombudsmannen, andra myndigheter och barnrättsorganisationer.

7.3 Resultatredovisning

Det strategiska och systematiska arbetet för att tillförsäkra barn deras rättigheter fortsätter

För att alla barn ska få sina rättigheter tillgodosedda krävs strategiskt och systematiskt arbete med att sprida kunskap om barnkonventionen och arbetssätt och metoder för dess tillämpning i praktiken. FN:s barnrättskommitté har i sina senaste rekommendationer till Sverige uttryckt fortsatt oro över de skillnader som kvarstår när det gäller genomförandet av barnkonventionen i olika kommuner, vilket leder till att barns tillgång till stöd och tjänster inte är likvärdig (Sammanfattande slutsatser och rekommendationer om Sveriges sjätte och sjunde rapport, CRC/C/SWE/CO/6-7).

Barnombudsmannen har haft i uppdrag i sitt regleringsbrev för 2025 att redogöra för hur myndigheten, på kort och lång sikt, planerar att fullgöra sin lagstadgade uppgift att sammanställa statistik om barns och ungas levnadsvillkor i syfte att följa upp och driva på genomförandet av barnkonventionen. Myndigheten föreslår att statistikarbetet framåt ska fokusera på fyra områden: våld, hälsa, utbildning och god levnadsstandard. Barnombudsmannen planerar också att genomföra en återkommande Barnbarometer där barn får beskriva sina liv för att ge bättre underlag för beslut om barns rättigheter.

Regeringen har under året arrangerat två möten med Barnrättsdelegationen, som är ett forum för dialog mellan regeringen och civilsamhällesorganisationer i Sverige där även ungdomsorganisationer ingår. Barnrättsdelegationen bidrar med fördjupad kunskap, erfarenheter och perspektiv i frågor som rör barnets rättigheter och efterlevnad av barnkonventionen. Våld i digitala miljöer och barnets rätt till skälig levnadsstandard stod på agendan vid sammanträdena.

Statskontoret redovisade i mars 2026 sin uppföljning av regeringens strategiska arbete inom barnets rättigheter utifrån strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige (prop. 2009/10:232) och lämnade förslag på en mer effektiv styrning av barnrättspolitiken på statlig, regional och kommunal nivå (S2025/00065).

Offentliga aktörer har fått kunskap om hur barnets rättigheter tillämpas i praktiken

Barnombudsmannen har haft i uppdrag i sitt regleringsbrev för 2025 att fortsatt samla in, analysera och sprida rättspraxis avseende barnkonventionen till offentliga aktörer, vilket bl.a. har resulterat i lanseringen av bl.a. webbplatsen Barnrättskollen – barnkonventionen i rättspraxis. På den webbplatsen finns avgöranden från de högsta svenska instanserna och JO i syfte att ge överblick och kunskap om hur barnkonventionen har tillämpats i rättspraxis. Därtill har myndigheten haft i uppdrag att utvärdera framtagna metoder, arbetsformer och material om hur barnets rättigheter kan tillämpas i praktiken, sprida lärande exempel samt kartlägga och analysera behoven av ytterligare vägledning med tolkning och tillämpning av barnkonventionen, vilket resulterat i rapporten ”Det är först nu jag fattar vad demokrati är” (Barnombudsmannen 2026). Inom ramen för uppdragen har myndigheten genomfört enkätundersökningar med aktörer för att skapa en samlad bild av hur barnkonventionen tillämpas och vilket stöd yrkesverksamma behöver för att omsätta barnets rättigheter i praktiken. Myndigheten har även genomfört riktade utbildningsinsatser kopplade till Barnombudsmannens digitala metodstöd.

Länsstyrelserna har haft i uppdrag i sitt regleringsbrev för 2025 att sprida kunskap till kommuner och regioner om tillämpningen av barnets rättigheter i verksamheter som rör barn samt att möjliggöra erfarenhetsutbyten mellan olika aktörer. Av redovisningen framgår att länsstyrelserna har fokuserat på att gå från generella insatser till ett mer verksamhetsnära stöd (S2026/00352). Genom nätverk når länsstyrelserna ut till

168 kommuner och 17 regioner. Barnombudsmannen har haft i uppdrag i sitt regleringsbrev att bistå länsstyrelserna i genomförandet av uppdraget.

Uppsala universitet har haft i uppdrag i sitt regleringsbrev för 2025 att genomföra utbildningsinsatser om mänskliga rättigheter och specifikt barnets rättigheter, för personal i statliga myndigheter, kommuner och regioner (se även utg.omr. 1 avsnitt 10). Barnombudsmannen har haft ett parallellt uppdrag i sitt regleringsbrev för 2025 att samverka med universitetet i genomförandet av uppdraget vilket bl.a. har inneburit att representanter från Barnombudsmannen har deltagit som utbildare. Intresset för utbildningsinsatserna har varit stort. Efterfrågan på verksamhetsanpassade utbildningar har ökat särskilt och 2025 deltog ca 430 personer i en sådan utbildningsinsats. Utvärderingarna visar att deltagarnas förväntningar på utbildningarna infrias i hög utsträckning.

Lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter innebär bl.a. ett förtydligande av att domstolar och rättstillämpare ska beakta de rättigheter som följer av barnkonventionen. Domstolsverket har sedan 2025 ett återrapporteringskrav i sitt regleringsbrev att bl.a. redovisa hur domstolarna arbetar för att de förhandlingar där barn deltar ska vara anpassade till barnets behov och förutsättningar. I dialoger och erfarenhetsutbyten har goda exempel på domstolars utvecklingsarbete med barn i rättsprocesser identifierats och spridits. Brottsoffermyndigheten har fått i uppdrag i sitt regleringsbrev för 2026 att utveckla myndighetens webbutbildning för rättsväsendet genom att ta fram och sprida ett särskilt riktat och praktiknära utbildnings- och informationsmaterial om barnets rättigheter och barns våldsutsatthet samt erbjuda utbildningsinsatser till biträdande jurister och advokater som är särskilda företrädare för barn samt målsägandebiträden och kriminalvårdspersonal. Syftet med uppdraget är att öka kunskapen om barnets rättigheter enligt barnkonventionen och barns våldsutsatthet, inklusive hedersrelaterat våld och förtryck.

Diskrimineringsombudsmannen (DO), Statens institutionsstyrelse (SiS) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har haft i uppdrag i respektive regleringsbrev att göra verksamheterna mer kända, tillgängliga och anpassade för barn. Uppdragen har, sedan de inleddes 2024, bidragit till stärkt barn- och ungdomsanpassad kommunikation, ökat utbildningsutbud och att barnrättsperspektivet i högre grad genomsyrar myndigheternas planering, genomförande och uppföljning.

Föräldrar har fått stöd för att främja barns hälsa och utveckling

Stöd i föräldraskapet är en av de viktigaste insatserna från samhället för att främja barns hälsa och utveckling. Tidiga preventiva insatser som föräldraskapsstöd kan minska behov av mer ingripande åtgärder. Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) och länsstyrelserna har haft i uppdrag att förstärka föräldraskapsstödjande insatser i kommuner och regioner (se avsnitt 6).

Insatser har genomförts för att stärka barns möjlighet till delaktighet och inflytande

Barns rätt att fritt uttrycka sina åsikter och att få dem beaktade är avgörande både för att deras rätt till delaktighet ska tillgodoses och för kvaliteten och träffsäkerheten i de insatser som riktas till barn. I arbetet med Barnombudsmannens årsrapport 2026 ”Det var som att leva i ett fängelse. Jag kunde knappt andas” – om hedersrelaterat våld och förtryck mot barn och unga, barnäktenskap, tvångsäktenskap och könsstympning av flickor, har myndigheten 2025 djupintervjuat 19 barn och unga (sju pojkar och tolv flickor) placerade utanför det egna hemmet och som har utsatts för olika former av hedersrelaterat våld och förtryck. I intervjuerna berättar barnen att de har blivit bestraffade när de velat få sina grundläggande rättigheter tillgodosedda. De berättar

även om brister i samhällets stöd och skydd, om myndigheters bristande förståelse och felaktiga tolkningar samt att de vill leva utan våld och ha ett liv i frihet. Regeringen har tagit del av barns och ungas berättelser i samband med bl.a. överlämningen av årsrapporten.

Barnombudsmannen har även haft flera uppdrag om att bl.a. undersöka om det finns brister i samhällets skyddsnät för barn, analysera vad bristerna beror på och lämna förslag på lämpliga och konkreta åtgärder, vilket resulterade i rapporten ”Tro på oss när vi väl vågar berätta” (Barnombudsmannen 2026). Rapporten bygger på djupintervjuer med 70 barn och unga (varav 57 procent pojkar, 42 procent flickor och 1 procent icke-binär), svaren från en enkätundersökning som besvarats av 176 barn och unga (varav 61 procent pojkar, 33 procent flickor, 3 procent annan könsidentitet och 3 procent som inte har uppgett kön) samt intervjuer med 40 yrkesverksamma inom förskolan, skolan inklusive elevhälsan, socialtjänsten, hälso- och sjukvården, tandvården och rättsväsendet samt forskare och politiker. Barnen beskriver att de på olika sätt blivit svikna av vuxenvärlden och berättelserna visar hur brister kan uppstå i olika delar av stöd- och vårdkedjan.

Regeringen har beslutat om förordningen (2025:119) om statsbidrag till försöksverksamhet med oberoende barnombud. Satsningen pågår 2025–2028. År 2025 beviljades nio, och 2026 beviljades tio ideella föreningar och stiftelser medel för satsningen. Socialstyrelsens arbete med statsbidragen har fokuserat på att definiera målgruppen för de konkreta insatserna, tydliggöra det oberoende barnombudets praktiska roll samt identifiera behov av utbildningsinsatser för de oberoende barnombuden (S2025/00404).

År 2026 har barnrättsperspektivet integrerats i flera av Myndigheten för civilt försvars vägledningar, rapporter och andra externa leveranser. Särskild vikt har lagts vid arbetet med kommunala trygghetspunkter, där barns rätt till skydd, information och trygghet i krissituationer har beaktats. Genom satsningar på anpassad samhällsinformation har barn fått bättre förutsättningar att förstå och hantera kriser. På webbplatsen Lilla Krisinfo har information spridits om bl.a. källkritik, säkerhet, våld och övergrepp samt om hur barn kan agera vid allvarliga händelser i skolan och i samhället. Särskild vikt har lagts vid att stärka barns kunskap om informationskanaler i kris och krig, däribland hur man ställer in radions kanal P4 (se utg.omr. 6).

Ungas demokratiska organisering är en viktig del i att öka ungas inflytande och delaktighet. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor fördelar statsbidrag enligt förordningen (2011:65) om statsbidrag till barn- och ungdomsorganisationer i syfte att stödja barns och ungdomars självständiga organisering och inflytande i samhället (se utg.omr. 17).

Sveriges internationella engagemang för att skydda och främja barnets rättigheter fortsätter

Sverige har deltagit i arbetet med att skydda och främja barnets rättigheter inom EU, FN och Europarådet. Sverige fortsätter genom det omfattande kärnstödet att vara en av de största bilaterala givarna till FN:s barnfond Unicef. Stödet har gått till Unicefs viktiga arbete att tillgodose barns behov både genom utvecklingsinsatser och insatser i humanitära kriser samt deras normativa arbete för barnets rättigheter i över 190 länder. Vidare fortsätter arbetet med att stötta Ukraina att bygga upp och stärka sina sociala tjänster och stödinsatser riktade till barn och familjer.

Sverige har under lång tid tagit en aktiv roll i det internationella arbetet för ett fullständigt förbud mot barnaga. I nuläget finns ett fullständigt förbud mot kroppslig bestraffning av barn i 70 av FN:s 193 medlemsstater. Hösten 2024 presenterades det

nya vägvisarinitiativet Pathfinding Global Alliance, till vilket 51 länder har anslutit sig. Plattformen arbetar vidare för att bekämpa alla former av våld mot barn i enlighet med delmål 16.2. i Agenda 2030.

Sverige deltar fortsatt även i EU Network on Children's Rights som utgår från EU:s strategi för barnets rättigheter (COM [2021] 142) och i arbetet med genomförandet av den europeiska barngarantin. I Europarådet har Sverige deltagit i arbetet med att genomföra Europarådets strategi för barnets rättigheter samt Europarådets konvention om skydd för barn mot sexuell exploatering och sexuella övergrepp (Lanzarotekonventionen).

Det riktade stödet till barn i särskilt utsatta situationer fortsätter

För att alla barn ska få sina rättigheter tillgodosedda krävs riktade insatser för barn i särskilt utsatta situationer. Regeringen får kunskap om vilka grupper av barn som är särskilt utsatta för rättighetskränkningar och övergrepp genom bl.a. Barnombudsmannens, Barnens rätt i samhället (Bris), Stiftelsen Allmänna Barnhusets och andra aktörers rapporter, FN:s barnrättskommittés granskningar och dialogen med Barnrättsdelegationen. FN:s barnrättskommitté påpekar i sin senaste rekommendation att Sverige bör fokusera mer på att arbeta förebyggande mot diskriminering och vidta åtgärder för att skydda barn i missgynnade situationer (Sammanfattande slutsatser och rekommendationer om Sveriges sjätte och sjunde rapport 2023 punkt 17).

Stärkt barnrättsperspektiv i den nya socialtjänstlagen

Sedan den nya socialtjänstlagen (2025:400) trädde i kraft den 1 juli 2025 har Socialstyrelsens insatser i form av utvecklat rättsligt stöd, kunskapsstöd och statsbidrag nått nästan samtliga kommuner och regionala samverkansstrukturer och har bidragit till ökad kompetens och kapacitet att arbeta förebyggande med barn och unga, inklusive brottsförebyggande (S2025/00116, se avsnitt 6).

I november 2026 överlämnades betänkandet Lyssna på barnet! (SOU 2026:66) till regeringen. Ett av förslagen är att domstolen i vissa särskilda fall ska utse ett juridiskt biträde för barnet vid prövningen av mål om vårdnad, boende och umgänge. Betänkandet bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Från den 1 januari 2026 har en förälder rätt till tillfällig föräldrapenning för ett barn som inte har fyllt 18 år om föräldern behöver avstå från förvärvsarbete i samband med utredning om barnets behov av skydd eller stöd enligt socialtjänstlagen eller i en förhandsbedömning av om en sådan utredning ska inledas (prop. 2025/26:1, bet. 2025/26:SfU3, rskr. 2025/26:108). Rätt till tillfällig föräldrapenning ger föräldrar rätt till ledighet från arbetet med ersättning och underlättar kartläggning av barnets behov av skydd eller stöd. Tidiga insatser och stöd till barn och unga kan vara angelägna för att exempelvis minska risken för kriminalitet senare i livet. Riksdagen har också beslutat om lagändringar med anledning av regeringens proposition Förebyggande insatser inom socialtjänsten till skydd för barn och unga vid bristande medverkan (prop. 2025/26:295, bet. 2025/26:SoU39, rskr. 2025/26:433). Bland annat ska en förälder kunna få tillfällig föräldrapenning när han eller hon deltar i vissa insatser enligt socialtjänstlagen eller den nya lagen om insatser inom socialtjänsten när samtycke saknas. Lagändringarna träder i kraft den 2 januari 2027.

Tydliga skillnader i uppväxtvillkor består

Alla barn ska behandlas med respekt och ska ges möjlighet till trygghet och utveckling, men barns förutsättningar ser olika ut och påverkas av skillnader i uppväxtvillkor.

Faktorer som kan påverka barns uppväxtvillkor är exempelvis socioekonomisk utsatthet, osäkra boendeförhållanden och utanförskap. Även funktionsnedsättning och placering utanför det egna hemmet kan påverka exempelvis barnets hälsa och kunskapsresultat i skolan och därmed förutsättningar. Under året har flera åtgärder vidtagits för att stärka och utveckla insatser till barn och unga i utsatta situationer inom flera politikområden (se bl.a. avsnitt 6 samt utg.omr. 12, utg.omr. 13 avsnitt 3–6, utg.omr. 16 avsnitt 3 och utg.omr. 17 avsnitt 15).

God ekonomisk levnadsstandard är grundläggande för att barn ska kunna utvecklas på ett gynnsamt sätt. Efter en tids minskning är andelen barn som lever i familjer med låg inkomststandard nu på sin lägsta nivå sedan 2014. Andelen barn (0–17 år) som lever i familjer med låg inkomststandard (vårdnadshavare har så låga inkomster att de har svårt att täcka vardagsutgifterna) har minskat från 10 procent 2014 till 6 procent 2024 (67 000 pojkar och 63 000 flickor). Samtidigt finns stora skillnader mellan kommuner och mellan olika stadsdelar inom storstadsområdena (andelen varierar mellan 2–17 procent), samt mellan barn till utrikes födda föräldrar och barn till inrikes födda föräldrar. Andelen hushåll med låg ekonomisk standard, definierat som andelen med mindre än 60 procent av medianvärdet för hela befolkningen, har sjunkit något sedan 2023 och var ca 13 procent 2024. År 2024 levde 17 procent av barn och unga vuxna i hushåll med låg ekonomisk standard, vilket är ungefär samma andel som 2023 (könsuppdelad statistik saknas). Över hälften (52 procent) av barn och ungdomar i områden där utanförskapet är stort lever i hushåll med låg ekonomisk standard, jämfört med 16 procent i övriga områden. Kopplingen mellan låg ekonomisk standard och föräldrars utbildningsnivå är också tydlig (SCB Barn- och familjestatistik, Inkomster och skatter 2024 samt ESO-rapporten Unga under strecket – en ESO-rapport om fattigdom bland barn till utrikesfödda [ESO 2026:3]; se utg.omr. 12).

Statistik från Kronofogdemyndigheten visar samtidigt att antalet barn som berörts av vräkning fortsätter att öka. Antalet ökade med nästan 16 procent jämfört med 2024. Totalt berördes 824 barn från 447 hushåll 2025, vilket är den högsta siffran sedan 2008 (könsuppdelad statistik saknas). Från och med 2025 har Kronofogdemyndigheten infört ett nytt sätt att registrera barn i samband med vräkning. Tidigare angavs om barnet bodde permanent, växelvis eller hade umgänge med förälder bosatt på adressen. Numera utgår statistiken från var barnet är folkbokfört. Socialstyrelsen har i uppdrag att lämna förslag på åtgärder för att minska antalet vräkningar av barnfamiljer (S2024/01823). Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 maj 2027 (se avsnitt 6).

Socialstyrelsen har under 2022–2026 fått extra medel att fördela till barnrätts-organisationer som arbetar med stöd till barn i utsatta situationer i enlighet med förordningen (2011:1062) om statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området m.m. Totalt 19 barnrättsorganisationer har tilldelats extra medel 2025.

Fortsatta satsningar för att främja barns fysiska och psykiska hälsa

Alla barn har rätt till liv och utveckling, bästa möjliga hälsa, tillgång till hälso- och sjukvård samt till rehabilitering. År 2025 och 2026 har flera insatser genomförts för att främja barns och ungas hälsa, förebygga ohälsa och skapa förutsättningar för en god, och tillgänglig hälso- och sjukvård och omsorg. Det handlar t.ex. om satsningar för att öka tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatrin, stärka det främjande och förebyggande arbetet för psykisk hälsa och förbättra förutsättningarna för att barns och ungas hälsa och hälsouppföljning, bl.a. genom utökade hembesöksprogram och ett nationellt hälsoprogram (se avsnitt 3 och 4). Vidare lanserades fritidskortet för barn och unga den 15 september 2025, som syftar till att främja barns och ungas

förutsättningar att delta i fritidsaktiviteter och ska bidra till en aktiv och meningsfull fritid i gemenskap med andra (se avsnitt 4).

Sveriges nationella stödlinje för barn och unga som drivs av Bris finansieras delvis med statliga medel sedan 2023. Sedan 2020 har antalet stödjande kontakter nästan fördubblats. År 2025 uppgick antalet kurativa kontakter till 62 935, jämfört med 64 004 år 2024 och 51 587 år 2023. Av de kurativa kontakterna 2025 är kön känt i 62 procent av kontakterna och av dem var 79 procent flickor, 20 procent pojkar och 1 procent icke-binära. Psykisk ohälsa var fortsatt den vanligaste kontaktorsaken, följt av familj och familjekonflikter, våld, övergrepp och kränkningar, skolan och vänner (se tabell 7.1).

Tabell 7.1 Bris kurativa kontakter fördelade på de 10 vanligaste kontaktområdena 2025

Procent

Kontaktorsak	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Psykisk ohälsa	38	36	37	36	41	49	47	49	44	43
Familj/familjekonflikter	25	27	25	24	29	26	23	22	19	21
Våld, övergrepp och kränkningar	17	20	21	21	21	22	22	20	17	16
Skolan	17	20	20	18	18	15	13	16	14	15
Vänner	19	22	19	17	17	15	13	15	14	14
Att vara ung[1]	-	17	14	14	15	14	18	19	16	12
Samhällets stödinsatser	10	9	12	10	12	14	17	15	10	9
Kärlek	13	11	11	10	9	9	8	9	8	8
Stress[2]	-	-	-	5	6	8	6	6	5	4
Onlinerelaterade frågor	2	2	3	3	3	3	2	3	3	4
Totalt antal kurativa kontakter	24 690	26 113	26 746	27 143	31 497	41 667	44 420	51 587	64 004	62 935

Källa: Bris Årsrapporter 2017–2022 och Barnrapporter 2024–2026. Vid varje kontakt kan flera olika kontaktområden kategoriseras. I 38 procent av samtliga kurativa kontakter saknas uppgifter om kön.

[1] 2017 förändrades dokumentation av Att vara ung.

[2] 2019 förändrades dokumentation av Stress

Regeringen har även beviljat Bris medel för riktade kampanjer för att nå fler barn i otrygga miljöer, och det har skett en tredubbling av samtal om kriminalitet sedan 2022, även om samtalen minskade något mellan 2024 och 2025, från 919 till 813 samtal. Det vanligaste temat i samtal som rör gängkriminalitet är egen involvering och en önskan om att ta sig ur kriminaliteten. Våld och hot om våld, riktat mot dem själva eller familjen uppges ofta vara det som hindrar (Bris, Barnrapport 2026).

Utbildning är en av de bästa skyddsfaktorerna

Alla barn har rätt till utbildning. En fullgjord skolgång kan vara en stark skyddsfaktor mot kriminalitet och ett flertal andra problem senare i livet, såsom svag förankring på arbetsmarknaden och ekonomisk utsatthet. Enligt Statens skolverks bedömning av läget i skolväsendet 2026 finns det mycket i skolan som fungerar bra och det har skett en positiv utveckling inom flera viktiga områden. Samtidigt ökar exempelvis resultatskillnaderna mellan hög- och lågpresterande elever och socioekonomiska faktorer har fortsatt stor betydelse för resultaten. Under 2025 och 2026 har regeringen beslutat om flera insatser inom utbildningsområdet som tillsammans ska bidra till att stärka barns rätt till utbildning enligt skollagen (2010:800) och barnkonventionen. Exempelvis beslutade regeringen i mars 2026 om åtta propositioner med ändringar i skollagen som tillsammans skapar förutsättningar för att höja kunskapsresultaten, förbättra säkerheten, skapa trygghet och studiero i skolan och bidra till att alla barn och elever får en

likvärdig utbildning av hög kvalitet. De samlade resultaten för området barn och ungdomsutbildning redovisas mer utförligt under utgiftsområde 16 avsnitt 3.

Insatser för att stärka och skydda barn i digitala miljöer

Mediemyndighetens arbete för att stärka barn och unga som medvetna medieanvändare och skydda dem från skadlig mediepåverkan redovisas inom utgiftsområde 17 avsnitt 13 Medier. Arbetet för att skydda barns och ungas hälsa och välmående i digitala miljöer, redovisas i avsnitt 4 Folkhälsopolitik.

Nya krafttag för att förebygga och bekämpa våld mot barn

Barn har rätt till en uppväxt fri från våld. Arbetet för att motverka alla former av våld mot barn berör flera politikområden och redovisas inom respektive utgiftsområde (se framför allt avsnitt 6, utg.omr. 4 och 13 avsnitt 4 och 5). Mycket har gjorts för att säkerställa barnets rätt till skydd mot våld men enligt Stiftelsen Allmänna Barnhusets nationella kartläggning om våld mot barn utsätts fortfarande många barn för våld (Våld mot barn 2022 – En nationell kartläggning). Det kan vara fråga om fysiskt eller psykiskt våld och eller andra kränkningar i nära relation, hedersrelaterat våld och förtryck, mobbning eller olika former av exploatering, bl.a. inom ramen för kriminella nätverk både i fysiska och digitala miljöer. Enligt Brå finns det också ett mörkertal gällande den faktiska brottsutsattheten bland barn (Brå 2023:8).

Stiftelsen Allmänna Barnhuset genomför återkommande nationella kartläggningar om våld mot barn. I den senaste kartläggningen, Våld mot barn 2022, svarade mer än hälften (57 procent) av de tillfrågade eleverna i årskurs nio i grundskolan att de hade varit utsatta för någon form av våld under uppväxten. Under 2025 beviljades Stiftelsen Allmänna Barnhuset medel för att genomföra tre olika studier – dels om våld mot barn, dels om unga, sex och internet, dels om våld mot barn med intellektuell funktionsnedsättning.

Våldsutsatthet får allvarliga konsekvenser – främst för det enskilda barnet, vars liv, hälsa och utveckling kan påverkas kraftigt, men även för samhället i stort. Många barn som utnyttjas inom ramen för kriminella nätverk har själva utsatts för våld tidigare i livet (”Ni måste hinna före” Barnombudsmannen 2025, ”I alla fall, det var normalt i min värld” Barnombudsmannen 2026 och Barn under 15 år som begår allvarliga brott, Brå 2025:11). För att bryta en ond spiral där våld föder våld behövs en helhetssyn inom vilken mål och insatser samordnas. Regeringen har därför med utgångspunkt i betänkandet En uppväxt fri från våld (SOU 2022:70) beslutat om en nationell strategi för att förebygga och bekämpa våld mot barn (S2026/01542). I strategin framhålls bl.a. behovet av ett samlat, förebyggande och långsiktigt agerande som stärker samhällets förmåga att tidigt identifiera, skydda och stödja barn som utsätts för eller riskerar att utsättas för våld, även i digitala miljöer. En övergripande målsättning är varje barns rätt till en uppväxt fri från våld, vilket innebär en nollvision i arbetet mot våld mot barn.

Vidare har regeringen tagit fram skrivelsen En nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer, utnyttjande i prostitution och människohandel samt hedersrelaterat våld och förtryck (skr. 2025/26:245, se utg.omr. 13 avsnitt 5).

Statistik från Brå visar att antalet barn som dödats av våld har minskat under de senaste åren. Efter en topp 2023 minskade antalet från 10 barn 2024 till 4 barn 2025, samtliga pojkar (Konstaterade fall av dödligt våld 2025, Brå 2026:10, se avsnitt 6).

Föräldrar eller andra vårdnadshavare spelar en viktig roll för barnets uppväxtförhållanden och möjlighet till utveckling. Stöd i föräldraskap, familjerättsliga frågor och

familjerådgivning kan bidra till att enskilda och familjer kan lösa konflikter och nå samförstånd. MFoF har under året haft i uppdrag att betala ut och följa upp statsbidrag för förstärkt föräldraskapsstöd till kommuner och regioner (S2024/02156) och statsbidrag till kommuner för våldsförebyggande familjerådgivning och förstärkta familjerätter i särskilt utpekade kommuner (S2025/00210, se avsnitt 6).

Det nationella kunskapscentrumet Barnafrid vid Linköpings universitet inrättades efter ett regeringsbeslut 2015 för att samla och sprida kunskap om våld mot barn. Centret har utvecklats väl genom åren och fungerar i dag som en länk mellan forskning och praktik. År 2025 har en resurssida för barnskyddsteam och en digital kunskapsportal riktad till ukrainska yrkesverksamma lanserats. Barnafrids basprogram når i dag över 38 000 användare och utgör en central nationell kunskapsresurs för yrkesverksamma som möter barn i utsatta situationer.

Barn inom den sociala barn- och ungdomsvården är särskilt utsatta

Barn och unga som är placerade utanför det egna hemmet är en särskilt utsatt grupp med varierande behov och förutsättningar. Antalet barn och unga som någon gång fick samhällsvård i form av vård utanför det egna hemmet ökade något 2025 från 26 307 år 2024 till 26 824 år 2025. Av dessa var 52 procent pojkar och 48 procent flickor. Barn och unga i samhällsvård har generellt lägre skolresultat och högre psykisk ohälsa än andra ungdomar. År 2024 var gymnasiebehörigheten bland placerade 17-åringar 45 procent för pojkar och 52 procent för flickor, jämfört med 83–85 procent bland icke placerade. (Socialstyrelsen, Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2026, se avsnitt 6).

En rad åtgärder har vidtagits för att utveckla vård och kapacitet inom den statliga barn- och ungdomsvården. Bland annat har riksdagen den 13 augusti 2026 beslutat om lagändringar med anledning av regeringens proposition För barns rättigheter och trygghet – en ny lag om omhändertagande för vård av barn och unga (prop. 2025/26:294, bet. 2025/26:SoU38, rskr. 2025/26:432). Det innebär att den nuvarande lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, ska ersättas av den nya lagen (2026:1600) om omhändertagande för vård av barn och unga och den nya lagen (2026:1601) om särskilda befogenheter för den statliga barn- och ungdomsvården. Lagändringarna träder i kraft den 1 januari 2027 (se avsnitt 6).

Förstärkt brottsförebyggande arbete för att skydda barn

Om framför allt yngre barn får stöd tidigt minskar risken för att barn och unga far illa eller utnyttjas i kriminalitet senare i livet. Riksdagen har den 13 augusti 2026 beslutat om lagändringar med anledning av regeringens proposition Förebyggande insatser inom socialtjänsten till skydd för barn och unga vid bristande medverkan (prop. 2025/26:295, bet. 2025/26:SoU39, rskr. 2025/26:433)). I propositionen föreslogs bl.a. en ny lag om insatser inom socialtjänsten när samtycke saknas och möjlighet till elektronisk övervakning av vissa barn och unga. Lagändringarna, utom de om elektronisk övervakning, träder i kraft den 2 januari 2027 (se avsnitt 6).

Myndigheten för delaktighet har sammanställt kunskap om den ökade risken för barn och unga med neuropsykiatriska eller intellektuella funktionsnedsättningar att dras in i normbrytande beteende och kriminalitet (S2025/00845). Regeringen gav myndigheten i maj 2025 ett uppdrag att ta fram stödmaterial för arbetet mot kriminellas rekrytering av barn och unga med funktionsnedsättning (S2025/00939). Materialet finns nu tillgängligt på myndighetens webbplats.

Regeringen har arbetat med att öka säkerheten och tryggheten för elever, lärare och annan personal i skolan. Riksdagen har beslutat om lagändringar med anledning av

regeringens proposition Skolor mot brott (prop. 2024/25:160, bet. 2024/25:UbU21, rskr. 2024/25:226) och propositionen Bättre förutsättningar för trygghet och studiero i skolan (prop. 2025/26:193, bet. 2025/26:UbU22, rskr. 2025/26:308). Lagändringarna trädde i kraft den 1 juli 2025 respektive den 1 augusti 2026 (se utg.omr. 16 avsnitt 3). Vidare har Brå och Skolverket på uppdrag av regeringen kartlagt arbetet med situationell brottsprevention i skolväsendet (U2025/01545 och Ju2025/01479). Av myndigheternas delredovisning framgår bl.a. att svenska skolor har kommit långt i sitt brottsförebyggande arbete, men att de på många håll behöver arbeta mer kunskapsbaserat och systematiskt med att kartlägga och se över orsakerna till brotten som sker i skolan. Skolverket, Brå och Socialstyrelsen har även den 23 april 2026 fått i uppdrag att gemensamt ta fram ett praktiknära kunskaps- och metodstöd för brottsförebyggande arbete i skolväsendet. Stödet ska omfatta såväl social som situationell brottsprevention (U2026/00874, Ju2026/00994 och S2026/00833).

7.4 Budgetförslag

7.4.1 5:1 Barnombudsmannen

Tabell 7.2 Anslagsutveckling 5:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor

2025	Utfall	28 236	Anslagssparande	291
2026	Anslag	40 973[1]	Utgiftsprognos	40 895
2027	**Förslag**	**41 535**		
2028	Beräknat	41 982[2]		
2029	Beräknat	42 647[3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

[2] Motsvarar 41 535 tkr i 2027 års prisnivå.

[3] Motsvarar 41 535 tkr i 2027 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Barnombudsmannens förvaltningsutgifter.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 7.3 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 5:1 Barnombudsmannen

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**40 973**	**40 973**	**40 973**
Pris- och löneomräkning[2]	562	1 009	1 674
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**41 535**	**41 982**	**42 647**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2026. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2028–2029 är preliminär.

Regeringen föreslår att 41 535 000 kronor anvisas under anslaget 5:1 *Barnombudsmannen* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 41 982 000 kronor respektive 42 647 000 kronor.

7.4.2 5:2 Barnets rättigheter

Tabell 7.4 Anslagsutveckling 5:2 Barnets rättigheter

Tusental kronor

2025	Utfall	80 702	Anslagssparande	1 559
2026	Anslag	73 761[1]	Utgiftsprognos	73 101
2027	**Förslag**	**73 761**		
2028	Beräknat	53 761		
2029	Beräknat	33 761		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att förverkliga barnets rättigheter i Sverige med utgångspunkt i barnkonventionen.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 7.5 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 5:2 Barnets rättigheter

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**73 761**	**73 761**	**73 761**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder		-20 000	-40 000
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**73 761**	**53 761**	**33 761**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

Regeringen föreslår att 73 761 000 kronor anvisas under anslaget 5:2 *Barnets rättigheter* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 53 761 000 kronor respektive 33 761 000 kronor.

8 Forskning

8.1 Mål för området

Målet för forskningspolitiken är att Sverige ska vara ett av världens främsta forsknings- och innovationsländer och en ledande kunskapsnation. Sverige ska vara ett land där högkvalitativ forskning, högre utbildning och innovation leder till samhällets utveckling och välfärd, stärker näringslivets konkurrenskraft och svarar mot de samhällsutmaningar vi står inför, både i Sverige och globalt (propositionen Forskning och innovation för framtid, nyfikenhet och nytta, prop. 2024/25:60).

8.2 Resultatindikatorer och andra bedömningsgrunder

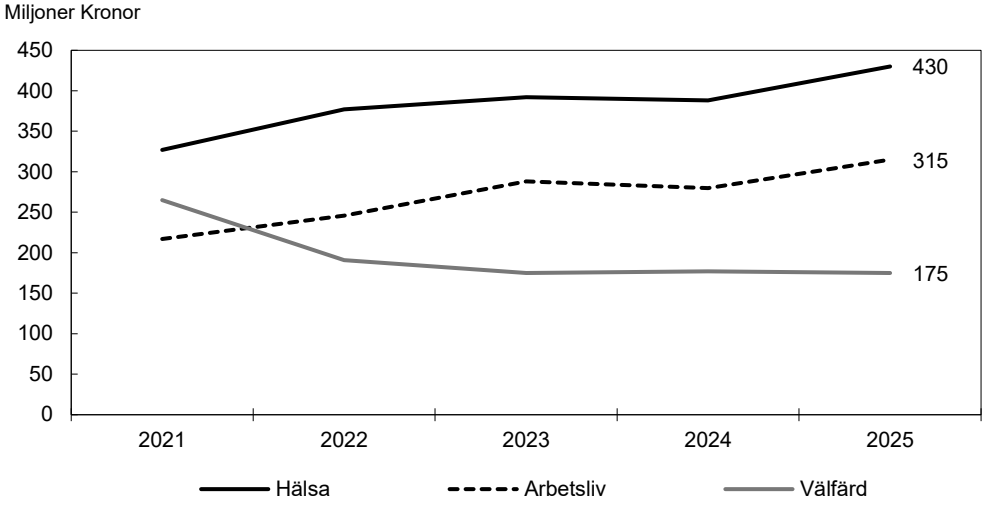
Den samlade forskningspolitiken redovisas i utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning, under avsnitt 6 Forskning. I detta avsnitt redovisas resultat relaterade till anslagen 6:1 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning* och 6:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning*. Underlag för bedömningen av hur verksamheten vid Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) bidrar till att nå forskningspolitikens mål är myndighetens resultatredovisning i årsredovisningen samt övriga rapporter som myndigheten lämnat under 2025 och första halvåret 2026.

8.3 Resultatredovisning

Under 2025 ökade omfattningen av Fortes forskningsfinansiering både till följd av nya regeringsuppdrag och förstärkta anslag. Forte betalade ut ca 939 miljoner kronor i forskningsmedel, vilket var det högsta beloppet hittills för myndigheten och 74 miljoner kronor mer än föregående år. Av de utbetalda medlen fördelades ungefär 46 procent till hälsa, 34 procent till arbetsliv och 19 procent till välfärd (se diagram 8.1). En mindre andel av medlen har gått till forskning som inte går att kategorisera inom ett enskilt område.

Universitet och högskolor tog emot ca 90 procent av de utbetalda medlen medan resterande del gick till andra organisationer, främst regioner. Karolinska institutet var fortsatt den största mottagaren med 215 miljoner kronor i utbetalda medel.

Diagram 8.1 Utbetalda medel per huvudområde



Källa: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Årsredovisning 2025.

Antalet ansökningar som prövades av Forte uppgick 2025 till 2 149. Av de inkomna ansökningarna beviljades 233 finansiering, motsvarande en beviljandegrad på ca 10,8 procent (se tabell 8.1). Utfallet innebär en sänkning jämfört med föregående år.

Tabell 8.1 Antal inkomna respektive beviljade utlysningar

	2023	2024	2025
Antal beviljade ansökningar	221	241	233
Antal inkomna ansökningar	1 525	2 117	2 149
Beviljandegrad	14,5	11,4	10,8

Källa: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Årsredovisning 2025.

Beviljade medel inom Fortes egna utlysningar uppgick till ca 1,45 miljarder kronor, vilket är en ökning jämfört med föregående år då beslut om nya bidrag uppgick till 835 miljoner kronor. Genomsnittligt beviljat bidrag för projektbidrag låg på 1,58 miljoner kronor per år räknat som snittbidrag per år. Beviljandegraden för kvinnor var 10 procent och för män 6,6 procent. Föregående år var beviljandegraden 11,1 procent för kvinnor och 7,8 för män. Kvinnor stod för 63 procent av inkomna ansökningar. Av medlen som beviljades 2025 fördelades 31 procent (451 miljoner kronor) genom utlysning utan tematisk inriktning. Av dessa fördelades ca 54 procent inom området hälsa, 24 procent inom arbetsliv och 22 procent inom välfärd. Forte beviljade även finansiering till utlysningar som inte i sin helhet handläggs av myndigheten själv, vilka inte ingår i redovisning ovan. Dessa uppgick till 43 miljoner kronor för 2025. Andelen av fortefinansierad forskning som publicerades med omedelbar öppen tillgång var under året 95 procent.

Under 2025 har Fortes projekt för utveckling av forskningsfinansieringen fortgått. Syftet är att utveckla processer, rutiner och verktyg som stödjer en kontinuerlig förbättring och effektivisering av forskningsfinansieringen. Inom ramen för projektet har en ny webbplats lanserats under året för att förbättra informationen om Fortes utlysningar. En ny indikator för öppen vetenskap vid publicering av finansierad forskning har implementerats i redovisningen. Kommunikationsinsatser för att sprida resultat och lärdomar av en observationsstudie med fokus på makt och kön i beredningsprocessen, genomförd av Jämställdhetsmyndigheten, har också genomförts under året.

Omfattande arbete med särskilda forskningssatsningar

Inom det nationella forskningsprogrammet (NFP) om arbetsliv har en utlysning genomförts med inriktning på hälsofrämjande arbetsliv, där fjorton treåriga projekt beviljades finansiering med totalt 68 miljoner kronor. Två rapporter om rehabilitering till arbete för personer med psykisk ohälsa och muskuloskeletal smärta har också publicerats under 2025.

Under året har 92 miljoner kronor beviljats genom en utlysning inom NFP om tillämpad välfärdsforskning. För att sprida resultat och stärka forskningen har tre seminarier arrangerats tillsammans med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Socialstyrelsen. Inom forskarskolan för yrkesverksamma i socialtjänsten har ytterligare tio licentiatexamina tagits.

Inom NFP om psykisk hälsa har en utlysning genomförts med särskilt fokus på suicidprevention och 25 projekt beviljades medel till en total budget på 139 miljoner kronor. En uppföljning av 2019 års utlysning inom praktiknära forskning har påbörjats och regeringens nationella strategi, inom området psykisk hälsa och suicidprevention, har integrerats i programmets forskningsagenda.

Under året har Forte startat upp arbete med NFP för en hållbar socialtjänst. En projektplan för den strategiska forskningsagendan samt en plan för programmets utlysningar har tagits fram. Första utlysningen öppnades även under hösten. Arbetet med NFP om barns och ungas uppväxtvillkor och hälsoutveckling har också inletts under året med fokus på etablering, planering och datainsamling för programmets strategiska agenda, programlogik med uppföljningsramverk och utlysningsplan.

Forte genomförde 2025 en bred centrumutlysning för att långsiktigt främja forskningsmiljöer av hög kvalitet inom områdena kvinnors hälsa och sjukdomar, vård och omsorg för personer med demenssjukdom och psykisk hälsa. Sammanlagt beviljades elva centrum finansiering med totalt 620 miljoner kronor över sex år. Inom satsningen prevention och folkhälsa har 46 miljoner kronor betalats ut under året och en kunskapsöversikt om tobaksfria nikotinprodukter togs fram. Forte har även genomfört en utlysning inom omställningen mot nära vård inom vilken 14 projekt beviljades finansiering med 84 miljoner kronor.

Utökat beredningsarbete

Under 2025 genomfördes totalt nio utlysningar med 28 beredningsgrupper för att bedöma ansökningar. Totalt deltog 249 personer i beredningsgrupperna vilket är en ökning med ca 9 procent från föregående år. Sammansättningen består av erfarna forskare och företrädare för myndighetens huvudområden. I varje grupp ingår även representanter för att bevaka samhällsrelevansen och att det som finansieras är genomförbart i en svensk kontext. Under året var 41 procent av ledamöterna rekryterade från andra länder än Sverige, i huvudsak från Norge, Storbritannien Danmark och Finland. Fördelningen mellan kvinnor och män i beredningsgrupperna är 58 procent kvinnor och 42 procent män.

8.4 Budgetförslag

8.4.1 6:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning

Tabell 8.2 Anslagsutveckling 6:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning

Tusental kronor

2025	Utfall	59 425	Anslagssparande	201
2026	Anslag	59 049[1]	Utgiftsprognos	58 720
2027	**Förslag**	**59 946**		
2028	Beräknat	60 686[2]		
2029	Beräknat	61 587[3]		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

[2] Motsvarar 59 946 tkr i 2027 års prisnivå.

[3] Motsvarar 59 946 tkr i 2027 års prisnivå.

Ändamål

Anslaget får användas för Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärds förvaltningsutgifter.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 8.3 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 6:1 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**59 049**	**59 049**	**59 049**
Pris- och löneomräkning[2]	897	1 637	2 538
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**59 946**	**60 686**	**61 587**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

[2] Pris- och löneomräkningen baseras på anvisade medel 2026. Övriga förändringskomponenter redovisas i löpande priser och inkluderar därmed en pris- och löneomräkning. Pris- och löneomräkningen för 2028–2029 är preliminär.

Regeringen föreslår att 59 946 000 kronor anvisas under anslaget 6:1 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Förvaltning* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 60 686 000 kronor respektive 61 587 000 kronor.

8.4.2 6:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning

Tabell 8.4 Anslagsutveckling 6:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning

Tusental kronor

2025	Utfall	883 464	Anslagssparande	-3 006
2026	Anslag	921 503[1]	Utgiftsprognos	916 721
2027	**Förslag**	**921 503**		
2028	Beräknat	921 503		
2029	Beräknat	921 503		

[1] Inklusive beslut om ändringar i statens budget 2026 och förslag till ändringar i samband med denna proposition.

Ändamål

Anslaget får användas för utgifter för att finansiera forskning om arbetsliv, socialvetenskap och folkhälsovetenskap samt kostnader för utvärderingar, beredningsarbete, kommunikationsinsatser, konferenser, vissa resor och seminarier som är kopplade till forskningsstödet.

Skälen för regeringens förslag

Tabell 8.5 Förändringar av anslagsnivån 2027–2029 för 6:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning

Tusental kronor

	2027	2028	2029
Anvisat 2026[1]	**921 503**	**921 503**	**921 503**
Beslutade, föreslagna och aviserade åtgärder			
Överföring till/från andra anslag			
Övrigt			
Förslag/beräknat anslag	**921 503**	**921 503**	**921 503**

[1] Statens budget enligt riksdagens beslut i december 2025 (bet. 2025/26:FiU10). Beloppet är således exklusive beslut om ändringar i statens budget.

De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att den tidigare beräknade ökningen av anslaget med 62 000 000 kronor för 2027 enligt propositionen Forskning och innovation för framtid, nyfikenhet och nytta (prop. 2024/25:60) uteblir.

Regeringen föreslår att 921 503 000 kronor anvisas under anslaget 6:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* för 2027. För 2028 och 2029 beräknas anslaget till 921 503 000 kronor per år.

Bemyndigande om ekonomiska åtaganden

Regeringens förslag

Regeringen bemyndigas att under 2027 för anslaget 6:2 *Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning* ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 2 330 000 000 kronor 2028–2033.

Skälen för regeringens förslag

Den forskning som Forte finansierar ges vanligen i form av flerårigt stöd. De principer som tillämpats vid utformningen av denna proposition innebär att regeringen bör bemyndigas att under 2027 för anslaget 6:2 *Forskningsrådet för hälsa,*

arbetsliv och välfärd: Forskning ingå ekonomiska åtaganden som inklusive tidigare åtaganden medför behov av framtida anslag på högst 2 330 000 000 kronor 2028–2033.

Tabell 8.6 Beställningsbemyndigande för anslaget 6:2 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd: Forskning

Tusental kronor

	Utfall 2025	Prognos 2026	Förslag 2027	Beräknat 2028	Beräknat 2029	Beräknat 2030 – 2033
Ekonomiska åtaganden vid årets början	1 607 221	2 027 352	1 983 307			
Nya ekonomiska åtaganden	1 133 189	768 725	1 231 791			
Utgifter mot anslag till följd av ekonomiska åtaganden	-707 656	-812 770	-885 098	-921 503	-921 503	-486 994
Övriga förändringar av ekonomiska åtaganden	-5 402					
Ekonomiska åtaganden vid årets slut	2 027 352	1 983 307	2 330 000			
Beslutat/föreslaget bemyndigande	**2 500 000**	**2 500 000**	**2 330 000**			