# Meddelandeblad

Nr 1/2026

# Primärvårdens uppdrag och ansvar tydliggörs och tillgången till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård stärks

Den 1 juli 2026 träder förtydligade och nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF, i kraft som

- tydliggör primärvårdens uppdrag och ansvar och
- stärker tillgången till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård.

Den 1 augusti 2026 träder en ändring i kraft i HSL som innebär att kommunerna får anlita läkare i de verksamheter som avser den kommunala hälso- och sjukvården.

Detta meddelandeblad redogör översiktligt för innehållet i de ändrade reglerna.

De förtydligade och de nya bestämmelserna riktar sig till kommuner och regioner och i vissa delar även till andra vårdgivare. I bestämmelserna förtydligas vilka skyldigheter kommuner och regioner, samt i vissa fall andra vårdgivare, har. Ändringarna handlar i korthet om följande.

- Det förtydligas att regioner och kommuner ska samverka med varandra i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.
- Det förtydligas att primärvården ska tillgodose både fysiska och psykiska vårdbehov.

Socialstyrelsen

- Det införs krav på att det ska finnas en medicinskt ansvarig för rehabilitering i kommunen.
- Det förtydligas att en medicinsk bedömning av läkare och sjuksköterska vid behov ska erbjudas oavsett tid på dygnet i kommunal hälso- och sjukvård.
- Det införs krav på att en fast vårdkontakt i kommunen ska utses om patienten begär det eller det inte är uppenbart obehövligt.
- Det regleras vilka uppgifter den fasta läkarkontakten till den som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1–2 §§ HSL har.
- Det införs en möjlighet för kommuner att anlita läkare i de verksamheter som avser den kommunala hälso- och sjukvården.
- Informationskravet i förhållande till patienter stärks. En patient ska få information om vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt samt hur patienten kan komma i kontakt med sin fasta vårdkontakt, sin fasta läkarkontakt och sina vårdenheter.
- Termen hemsjukvård tas bort och ersätts i tillämpliga fall med hälso- och sjukvård i hemmet.

# Innehåll

**Bakgrund....4**

**Regioner och kommuner ska samverka i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården....5**

**Primärvården ska tillgodose både fysiska och psykiska vårdbehov....6**

**Det ska finnas en medicinskt ansvarig för rehabilitering i kommunen....7**

Uppgifter för MAR....9

Verksamhetsområden i den kommunala hälso- och sjukvården....9

Inget krav på MAS inom verksamhetsområden som uteslutande omfattar rehabilitering....10

**Stärkt tillgång till och omfattningen av medicinsk kompetens i den kommunala hälso- och sjukvården.... 10**

Personer som omfattas av den stärkta tillgången till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård....11

Personer som inte omfattas....12

Medicinsk bedömning av sjuksköterska vid behov och oavsett tid på dygnet....13

Medicinsk bedömning av läkare vid behov och oavsett tid på dygnet....15

Vårdplan kan underlätta bedömning av sjuksköterska och läkare på jourtid....17

Fast vårdkontakt i den kommunala hälso- och sjukvården....18

Fast läkarkontakt....20

Kommunerna får anlita läkare i de verksamheter som avser den kommunala hälso- och sjukvården....22

**Patienten ska informeras om sin fasta vårdkontakt och sin fasta läkarkontakt.... 27**

**Termen hemsjukvård ersätts i tillämpliga fall med hälso- och sjukvård i hemmet.... 29**

# Bakgrund

Behovet av en omställning av hela hälso- och sjukvårdssystemet till en god och nära vård konstaterades för flera år sedan. Därefter har olika steg tagits för att uppnå målen att tillgängligheten till primärvården och den specialiserade vården ska öka, att en mer delaktig patient och en personcentrerad vård ska uppnås och att kontinuiteten i primärvården och den specialiserade vården ska öka.

Regioner och kommuner ansvarar för olika delar av hälso- och sjukvården och båda är huvudmän för primärvård. Det ställer höga krav på en fungerande samverkan mellan de båda huvudmännen för att målen ska kunna uppnås.

Kraven på den kommunala hälso- och sjukvården har förändrats. Livslängden ökar i befolkningen vilket ökar risken för sjukdomar och mer komplexa sjukdomstillstånd. Utvecklingen gör det samtidigt möjligt att tillhandahålla alltmer hälso- och sjukvård (såväl primärvård som specialiserad vård) i det egna hemmet och allt fler personer får vård- och omsorgsinsatser i sitt hem, i allt högre ålder. Vårdbehoven hos patientgruppen har också förändrats över tid. Den förändrade sjukdomsbilden har också medfört ökade behov av rehabilitering.[1]

Utvecklingen ställer därmed ökade krav på tillgången till medicinteknisk utrustning, personalens kompetens, bemanning och inte minst samverkan mellan hälso- och sjukvårdens olika delar.[2]

De grupper i befolkningen som har kommunal hälso- och sjukvård får insatser på primärvårdsnivå från bägge huvudmännen. De har särskilda behov av en hög tillgänglighet till vårdinsatser och behöver kunna få mer vård i sina hem än resten av befolkningen. Det ställer därmed också särskilda krav på hur huvudmännen organiserar och tillgängliggör hälso- och sjukvård till dessa grupper. En väl fungerande kommunal hälso- och sjukvård är därför central för att uppnå en ökad vårdkapacitet i systemet som helhet.[3]

De nu aktuella lagändringarna ska bidra till en stärkt medicinsk kompetens i kommunerna och ett mer jämlikt omhändertagande i hälso- och sjukvården. De ska även kunna bidra till ett stärkt förebyggande och hälsofrämjande arbete och därigenom på sikt medverka till en förbättrad och mer jämlik vård och en bättre hälsa. Det tydliggörs vad en patient kan förvänta sig i olika situationer, vilket stärker patientens ställning och underlättar för såväl patienter som deras närstående. Ändringarna förväntas också skapa

[1] Se proposition 2025/26:19 Nästa steg för en god och nära vård s. 23
[2] Se proposition 2025/26:19 s. 23
[3] Se proposition 2025/26:19 s. 24.

förutsättningar för bättre kontinuitet inom vården och bättre samordning av vårdens insatser för patienten.[4]

# Regioner och kommuner ska samverka i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården

Det förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, att regioner och kommuner ska samverka i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.[5] Regioner och kommuner har sedan tidigare ett reglerat krav på att samverka i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. I egenskap av huvudmän för bl.a. primärvården är de ytterst ansvariga för att erbjuda hälso- och sjukvård och huvudmannaskapet kan inte överlåtas till någon annan. Samverkan mellan huvudmännen har dock inte skett i tillräcklig utsträckning för att hälso- och sjukvården ska fungera som en sammanhängande helhet för patienterna.[6] Nu förtydligas därför de båda huvudmännens samverkansansvar på så sätt att det uttryckligen anges i de sedan tidigare gällande bestämmelserna[7] att kommuner respektive regioner är sådana samhällsorgan som regionen respektive kommunen ska samverka med i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Förtydligandet betonar behovet av en fortsatt utveckling mot en ökad samverkan på strategisk och övergripande nivå inom såväl olika delar av primärvården som mellan primärvård och specialiserad vård.[8]

De personer som får kommunal hälso- och sjukvård har ofta omfattande och sammansatta vårdbehov och är generellt mer sköra än befolkningen i övrigt. De har ofta behov av både enkla och kvalificerade primärvårdsinsatser och insatser från den specialiserade hälso- och sjukvården. Det ställer ökade krav på tillgången till medicinteknisk utrustning, personalens kompetens, bemanning och inte minst samverkan mellan hälso- och sjukvårdens olika delar.[9] För att kunna tillhandahålla en sammanhängande och effektiv hälso- och sjukvård till befolkningen finns ett stort behov av effektiv samverkan och samordning. Det gäller såväl mellan olika professioner som mellan olika enheter, utförare, vårdnivåer och huvudmän. För att kunna samverka med

[4] Se proposition 2025/26:19 s. 65.
[5] 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
[6] Se proposition 2025/26:19 s. 26.
[7] 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL.
[8] Se proposition 2025/26:19 s. 26.
[9] Se proposition 2025/26:19 s. 23.

andra måste varje organisation säkerställa att det finns adekvat kompetens, tid och resurser för samverkan.[10]

I tidigare förarbeten har framhållits att planeringen bör utgå från primärvården med hänsyn till att den utgör basen i hälso- och sjukvårdsorganisationen.[11] Kommunerna är huvudmän för alltmer hälso- och sjukvård och antalet utförare har ökat, framför allt på primärvårdsnivå. Detta förhållande och den pågående omställningen till en god och nära vård ställer ökade krav på samverkan mellan just huvudmännen.[12] För att inga vårdbehov ska falla mellan stolarna behöver de båda huvudmännen samverka kring planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården med utgångspunkt i de gemensamma invånarnas behov.[13]

# Primärvården ska tillgodose både fysiska och psykiska vårdbehov

Genom ändringar i HSL förtydligas att kommunen och regionen inom ramen för sin primärvård ska tillgodose både fysiska och psykiska vårdbehov.[14] Primärvårdens grunduppdrag har även tidigare omfattat psykiska vårdbehov men ändringen syftar till att öka förutsättningarna för en nära och jämlik primärvård, också i de delar som avser psykisk ohälsa.[15]

Primärvården har ett brett uppdrag som utgår från dess generalistkompetens och inkluderar omhändertagande av alla former av ohälsa som kräver hälso- och sjukvård, i den mån den specialiserade vårdens kompetens inte krävs.[16] Förtydligandet innebär att det i bestämmelsen uttryckligen anges att de hälso- och sjukvårdstjänster som primärvården särskilt ska tillhandahålla för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov inkluderar både fysiska och psykiska vårdbehov.[17]

Generellt tillhandahålls inte hälso- och sjukvårdstjänster eller uppföljning för psykiska vårdbehov enligt lika strukturerade former som för fysiska vårdbehov.[18] Men med en utbredd psykisk ohälsa i samhället är det förebyggande arbetet av stor betydelse och i det förebyggande arbetet har primärvården en central roll.[19]

[10] Se proposition 2025/26:19 s. 20.
[11] Se proposition 2025/26:19 s. 25 f och proposition 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m.
[12] Se proposition 2025/26:19 s. 26.
[13] Se proposition 2025/26:19 s. 26.
[14] Se 13 a kap. 1 § HSL.
[15] Se proposition 2025/26:19 s. 30
[16] Se proposition 2025/26:19 s. 27.
[17] 13 a kap. 1 § HSL.
[18] Se proposition 2025/26:19 s. 29.
[19] Se proposition 2025/26:19 s. 28.

Personer med psykisk ohälsa har ofta behov av insatser från en rad olika aktörer. Detta ställer krav på en välfungerande samverkan och samordning inom och mellan olika verksamheter och delar av systemet. För att primärvården ska kunna fungera som navet i hälso- och sjukvårdssystemet även för dessa patienter behövs en utvecklad samverkan med ett flertal aktörer. Det gäller bl.a. övriga verksamheter på primärvårdsnivån för barn och unga och den specialiserade psykiatrin men även skolan, elevhälsan, socialtjänsten samt civilsamhällets organisationer, inklusive patient-, brukar- och anhörigorganisationer.[20]

Förtydligandet förväntas bidra till ett mer jämlikt omhändertagande av psykisk ohälsa. Primärvårdens roll som första instans att möta människor med psykisk ohälsa tydliggörs.[21] Förtydligandet kan även utgöra ett stöd för de funktioner i regioner och kommuner som ska planera, organisera och resurssätta hälso- och sjukvården och specifikt primärvården. Att regleringen förtydligas kan vidare förväntas bidra till att området i högre utsträckning blir föremål för uppföljning.[22]

Det är upp till respektive huvudman att i planeringen av hälso- och sjukvården avgöra vilka psykiska vårdbehov som är vanligt förekommande och som därmed organisatoriskt ska omhändertas i primärvården.[23] Det är också upp till respektive huvudman att bedöma hur de vanligt förekommande psykiska vårdbehoven bäst tillgodoses och hur det förebyggande arbetet ska utvecklas. Det gäller såväl vilka arbetsmodeller och metoder för omhändertagande som ska tillämpas i verksamheten, som vilken kompetens- och resurssättning som krävs.[24]

# Det ska finnas en medicinskt ansvarig för rehabilitering i kommunen

De nu aktuella lagändringarna innebär att det är obligatoriskt att ha en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i kommunen inom ett verksamhetsområde som omfattar något inslag av rehabilitering.[25] Det innebär att verksamhetsområdet inte huvudsakligen måste omfatta rehabilitering för att det ska finnas en MAR och att det måste finnas minst en MAR i varje kommun. Eftersom det alltid är kommunen som är

[20] Se proposition 2025/26:19 s. 28.
[21] Se proposition 2025/26:19 s. 30.
[22] Se proposition 2025/26:19 s. 30.
[23] Se proposition 2025/26:19 s. 30.
[24] Se proposition 2025/26:19 s. 30.
[25] 11 kap. 4 § andra stycket HSL.

huvudman ska det finnas en MAR i kommunen även i de fall då kommunen överlåtit all hälso- och sjukvård till andra aktörer.

En MAR ska vara fysioterapeut eller arbetsterapeut.[26] Det är inte särskilt reglerat vilken organisatorisk ställning och vilket mandat en MAR ska ha inom den kommunala hälso- och sjukvården men MAR behöver ges en organisatorisk ställning och ett mandat som gör det möjligt att fullgöra de uppgifter och ta det ansvar som framgår av hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.[27]

I kommunens hälso- och sjukvårdsansvar ingår att erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.[28] Vidare ingår i primärvårdens grunduppdrag, som gäller såväl den regionala som den kommunala primärvården, att tillhandahålla förebyggande och rehabiliterande insatser.[29] Hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser som bidrar till att patienten återfår och bibehåller förmågor innebär att behovet av medicinska och sociala insatser minskar eller kan skjutas upp.[30]

Kompetensområdet för rehabilitering inklusive hjälpmedel är såväl brett som komplext.[31] För att kunna bedriva en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård inom kommunernas ansvarsområde krävs specifik kompetens om rehabiliterande insatser samt kunskap om vilka hjälpmedel som finns och hur de ska användas.[32]

Bland patienter med kommunal hälso- och sjukvård finns det ett omfattande behov av rehabilitering med anledning av vanligt förekommande sjukdomar såsom cancer och stroke, och av fallskador.[33] För att bibehålla, återfå och förbättra sina funktionsförmågor har denna målgrupp behov av dels generella hälsofrämjande insatser, dels rehabilitering som är anpassad efter den enskilda personens behov och förutsättningar.[34]

Inom rehabilitering såväl som habilitering kan olika typer av hjälpmedel vara en del av de åtgärder som ordineras för en person. Hjälpmedel kan behövas för att bibehålla och förbättra förmågor som gör det möjligt att klara sig själv i större uträckning utan omfattande stöd och hjälp och för att vara delaktig i samhällslivet.[35] Hjälpmedelsförskrivning och bedömningar av behovet av anpassningar av hemmiljön är också en betydande del av den kommunala hälso- och sjukvårdens arbete.[36] Befolkningens behov av

[26] 11 kap. 4 § andra stycket HSL.
[27] 4 kap. 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF och proposition 2025/26:19 s. 36.
[28] 12 kap. 5 § HSL.
[29] 13 a kap. 1 § HSL.
[30] Se proposition 2025/26:19 s. 34.
[31] Se proposition 2025/26:19 s. 34.
[32] Se proposition 2025/26:19 s. 34.
[33] Se proposition 2025/26:19 s. 34.
[34] Se proposition 2025/26:19 s. 34.
[35] Se proposition 2025/26:19 s. 34.
[36] Se proposition 2025/26:19 s. 34.

rehabiliterande och habiliterande insatser har ökat, vilket har lett till högre ställda krav på primärvården. Det behövs därför någon som kan komplettera den medicinskt ansvariga sjuksköterskan, MAS, inom områdena rehabilitering och hjälpmedel, för att patienter ska kunna få en god och säker vård på lika villkor.[37]

# Uppgifter för MAR

Kompetensområdet för MAR är ett annat än för MAS. Den som är MAR fullgör i viss mån andra men likvärdiga uppgifter som den som är MAS.

I uppdraget som MAR ingår att säkerställa att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet, att patienten får den hälso- och sjukvård som hälso- och sjukvårdspersonal har förordnat om, att journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL, samt att beslut om att delegera vårdansvar är förenliga med patientsäkerheten. I uppgifterna ingår även att se till att det finns välfungerande rutiner för avvikelserapportering och att kontakta läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal vid behov. En MAR ska även ansvara för att det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för rehabilitering, habilitering, förskrivning och användning av hjälpmedel.[38]

Därutöver kan en MAR ha andra uppgifter som arbetsgivaren bestämmer.[39]

# Verksamhetsområden i den kommunala hälso- och sjukvården

Kommunen kan välja att dela upp sin hälso- och sjukvårdsverksamhet i olika verksamhetsområden. Ett verksamhetsområde kan vara geografiskt, t.ex. en del av kommunen eller en viss inrättning, men kan även vara en viss uppgift, t.ex. att svara för alla rehabiliterande och hjälpmedelsinsatser vid kommunens olika särskilda boenden, eller all hälso- och sjukvård i kommunen.[40]

Kommunen är skyldig att tillhandahålla rehabiliterande insatser inom ramen för sin primärvård.[41] Om en kommun valt att inte dela upp sin hälso- och sjukvårdsverksamhet i olika verksamhetsområden kommer det enda verksamhetsområdet som finns att omfatta rehabilitering, även om det inte är det huvudsakliga innehållet. Då ska det inom det verksamhetsområdet finnas både en MAS och en MAR.[42] Har kommunen i stället valt att organisera sin

[37] Se proposition 2025/26:19 s. 35.
[38] 4 kap. 6 § HSF.
[39] Se proposition 2025/26:19 s. 37.
[40] Se proposition 2025/26:19 s. 36 och 77 och proposition 1990/91:14 om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. s. 69.
[41] 13 a kap. 1 § första stycket 4 HSL
[42] 11 kap. 4 § HSL, proposition 2025/26:19 s. 36

hälso- och sjukvård i flera verksamhetsområden med olika inriktningar ska MAR enbart finnas i det eller de verksamhetsområden som omfattar rehabilitering.[43]

Utifrån den lokala kontexten och behoven kan en MAR antingen få ett samlat ansvar för de verksamhetsområden där rehabilitering ingår eller så kan kommunen välja att tillsätta flera MAR. En kommun kan också ha flera MAR inom samma verksamhetsområde. Det finns heller inget som hindrar att den som fullgör uppgiften som MAR också har andra arbetsuppgifter, t.ex. arbetar kliniskt i verksamheten eller har en arbetsledande roll.[44]

## Inget krav på MAS inom verksamhetsområden som uteslutande omfattar rehabilitering

Det finns inget krav på att det ska finnas en MAS för de verksamhetsområden som uteslutande omfattar rehabilitering.[45] De behov som patienter har inom nämnda områden tillgodoses genom kravet på MAR. Det finns alltså inget krav på både MAS och MAR för sådana verksamhetsområden.[46]

# Stärkt tillgång till och omfattningen av medicinsk kompetens i den kommunala hälso- och sjukvården

I syfte att stärka tillgången till medicinsk kompetens i den kommunala hälso- och sjukvården har det införts nya bestämmelser i HSL. De nya bestämmelserna avser medicinsk bedömning av sjuksköterska och läkare oavsett tid på dygnet, fast vårdkontakt och möjligheten för kommuner att anlita läkare.

[43] Se proposition 2025/26:19 s. 36.
[44] Se proposition 2025/26:19 s. 37.
[45] 11 kap. 4 § första stycket HSL.
[46] Se proposition 2025/26:19 s. 37.

# Personer som omfattas av den stärkta tillgången till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård

Den stärkta tillgången till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård omfattar de personer som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § HSL.[47]

## Personer som efter beslut av kommunen bor i äldreboenden eller i boenden för personer med funktionsnedsättningar[48]

Personer som efter beslut av kommunen bor i särskilda boenden för äldre personer omfattas av den stärkta tillgången till hälso- och sjukvårdens resurser liksom personer som får plats på ett s.k. korttidsboende.[49] Även de senares vårdbehov kan vara relativt omfattande, om än tillfälligt.[50]

Personer med funktionsnedsättningar som bor i bostäder med särskilt stöd för personer som behöver ett sådant boende till följd av att de möter betydande svårigheter i sin livsföring av fysiska, psykiska eller andra skäl omfattas.[51]

Personer som bor i tillståndspliktigt boende för äldre personer och för personer med funktionsnedsättning som motsvarar dem som avses ovan omfattas också.[52]

Även personer som bor i bostad med särskild service enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, omfattas.[53]

## Personer som bor i ordinärt boende och i s.k. biståndsbedömt trygghetsboende[54]

Många kommuner har tagit över skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende och i biståndsbedömt trygghetsboende från

[47] 12 kap. 3 a §, 8 kap. 2 a §, 7 kap 3 a och 3 d §§ 4 kap 2 a § HSL, 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821), PL, och proposition 2025/26:19 s. 39.
[48] 12 kap. 1 § HSL.
[49] 8 kap. 4 § första stycket socialtjänstlagen (2025:400), SoL, proposition 2025/26:19 s. 40.
[50] Se proposition 2025/26:19 s. 40 f.
[51] 12 kap. 1 § HSL, 8 kap. 11 § SoL.
[52] 12 kap. 1 § HSL, 26 kap. 1 § första stycket 2 SoL.
[53] Se proposition 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade s. 182.
[54] 12 kap. 2 § HSL.

regionen.[55] Personer som får kommunal hälso- och sjukvård i hemmet i sådana boenden omfattas av den stärkta tillgången till medicinsk kompetens.

Vårdbehovet hos personer som får hälso- och sjukvård i ordinärt boende eller i särskilt boende, kan skilja sig åt väsentligt. Generellt kan vårdbehoven hos personer som bor permanent i särskilda boenden[56] antas vara större än hos dem som kan bo kvar i ordinärt boende eller på s.k. biståndsbedömt trygghetsboende.[57] Men det finns många sköra och sjuka personer, framför allt äldre personer, med komplexa och sammansatta behov, som får och kommer att behöva få kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende och i s.k. biståndsbedömt trygghetsboende. Personer i denna grupp bedöms ha i princip lika stort behov av en stärkt tillgång till hälso- och sjukvårdens resurser som personer som bor i andra former av särskilt boende, som t.ex. äldreboenden. Vårdbehoven i olika former av boenden och bostäder skiljer sig inte åt på ett sätt som motiverar en särbehandling i fråga om vem som ska omfattas av regleringen.[58]

## Personer som erbjuds hjälpmedel av kommunen i samband med hälso- och sjukvård[59]

Personer som erbjuds hjälpmedel av kommunen i samband med hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 eller 2 § HSL omfattas av den stärkta tillgången till medicinsk kompetens.[60]

# Personer som inte omfattas

## Personer som endast omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar p.g.a. att de har beslut om dagverksamhet

Personer med dagverksamhet kan, men behöver inte, ha kommunal hälso- och sjukvård i sitt boende. Personer som endast omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar p.g.a. att de har beslut om dagverksamhet omfattas inte av ändringarna. Regionen är huvudman för den absoluta merparten av dessa personers hälso- och sjukvård, även på primärvårdsnivå. De personer med dagverksamhet som även får annan hälso- och sjukvård från kommunen omfattas däremot av ändringarna avseende tillgången till

[55] Att vårdskyldigheten får överlåtas följer av 14 kap. 1 § HSL.
[56] 12 kap. 1 § HSL.
[57] Se proposition 2025/26:19 s. 40.
[58] Se proposition 2025/26:19 s. 41.
[59] 12 kap. 5 § HSL.
[60] Se proposition 2025/26:19 s. 41.

medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård.[61] Detsamma gäller för personer som vistas i daglig verksamhet enligt LSS.[62]

## Personer som erbjuds hjälpmedel av kommunen i de fall kommunen har tagit över ansvaret för dessa

En region och en kommun får träffa överenskommelse om att kommunen ska ha ansvar för hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.[63] En person som erbjuds hjälpmedel av kommunen utifrån en sådan överenskommelse omfattas inte av bestämmelserna om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård. Detta eftersom det då handlar om överlåtelse av ansvar för hjälpmedel som inte har ett direkt samband med överlåtelse av ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet.[64] Vid eventuella försämringar av dessa patienters hälsotillstånd som kräver nya medicinska bedömningar är det ett ansvar för den regionala hälso- och sjukvården.[65]

# Medicinsk bedömning av sjuksköterska vid behov och oavsett tid på dygnet

Kommunen ska vid behov erbjuda en medicinsk bedömning av sjuksköterska oavsett tid på dygnet till den som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § HSL.[66] Bestämmelsen är ett förtydligande av kravet på att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.[67]

Hälsotillståndet hos personer som är äldre eller svårt sjuka kan snabbt förändras och vissa vårdbehov kan intensifieras och försämras på sätt som medför brådskande behov av medicinsk bedömning och eventuellt vidare åtgärder. Nya eller förändrade vårdbehov kan uppstå när som helst. Detta är relevant inte minst i förhållande till dem som bor i särskilt boende och där flertalet har ett omfattande behov av såväl sociala som medicinska insatser.

[61] Se proposition 2025/26:19 s. 42.
[62] Se proposition 1992/93:159 s. 182.
[63] 14 kap. 3 § HSL.
[64] Se proposition 1992/93:159 s. 203.
[65] Se proposition 2025/26:19 s. 41.
[66] 12 kap. 3 a § HSL.
[67] 5 kap. 2 § HSL och proposition 2025/26:19 s. 78.

Kommunen har ett ansvar för att den vård och omsorg som krävs kan ges till dessa personer dygnet runt.[68]

## Vid behov

Med vid behov avses att sjuksköterskor ska finnas tillgängliga i den omfattning som behövs för att möta vårdbehovet hos de aktuella patienterna.[69]

För att kunna möta patienternas behov behövs en bemanning och en organisation som gör att sjuksköterskor kan finnas tillgängliga nära patienten, och vid behov göra medicinska bedömningar.[70] Det innebär inte att det alltid måste finnas en sjuksköterska fysiskt på plats i alla särskilda boenden hela dygnet men bemanningen behöver utformas för att kunna tillgodose både förväntade och oförutsedda vårdbehov.[71] Det ska finnas en praktisk möjlighet för sjuksköterskor att vid behov inställa sig fysiskt även på kvällar, helger och nätter.[72]

En medicinsk bedömning kan erbjudas både fysiskt och digitalt.[73] Vissa medicinska bedömningar kan göras med hjälp av digitala lösningar, men inte alla. Ny teknik kan bidra till en ökad tillgänglighet, och i vissa fall även ökad kontinuitet, men den kan inte helt ersätta behovet av att träffa de patienter som man ansvarar för.[74] Vårdbehovet i varje enskilt fall avgör om den medicinska bedömningen bör ske genom fysiskt eller digitalt patientbesök.[75]

## Oavsett tid på dygnet

Med oavsett tid på dygnet avses att bedömningen vid behov ska erbjudas även utanför ordinarie arbetstider, dvs. alla dagar i veckan och alla tider på dygnet. Vårdbehovets karaktär avgör om en medicinsk bedömning måste ske utanför ordinarie arbetstid, eller om den kan vänta till ordinarie arbetstid.[76] Även patienten själv bör kunna påkalla behov av en medicinsk bedömning av sjuksköterska genom att personal som återkommande träffar patienten kan bistå patienten i att efterfråga en sådan bedömning.[77]

Sjuksköterskorna spelar en central roll i patientens vård och leder ofta vårdteamets arbete. De ansvarar för bl.a. läkemedelshantering och

[68] Se proposition 1990/91:14 s. 41 och proposition 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre s. 75.
[69] Se proposition 2025/26:19 s. 78.
[70] Se proposition 2025/26:19 s. 44.
[71] Se proposition 2025/26:19 s. 78.
[72] Se proposition 2025/26:19 s. 45.
[73] Se proposition 2025/26:19 s. 78.
[74] Se proposition 2025/26:19 s. 44.
[75] Se proposition 2025/26:19 s. 78.
[76] Se proposition 2025/26:19 s. 78.
[77] Se proposition 2025/26:19 s. 45.

läkemedelsadministration. De behöver finnas tillgängliga för oplanerade och brådskande vårdinsatser och även för att ta om hand tillfälligt ökade vårdbehov. Omsorgspersonal behöver vidare ha möjlighet att kontakta, rådfråga och få handledning av en sjuksköterska. Det behöver finnas tillgång till någon som har tillräcklig kompetens för att bedöma om patienten har behov av en vårdinsats som inte kan anstå och om läkare behöver tillkallas. Det är ofta sjuksköterskor som står för sådan triagering. Sjuksköterskor har sammantaget ansvar och arbetsuppgifter som gör att de behöver vara särskilt tillgängliga, dygnet runt, alla dagar i veckan.[78]

Sjuksköterskor ingår redan i dag i kommunernas jourverksamhet till såväl särskilda som ordinära boenden, men inte alltid i tillräcklig utsträckning för att kunna möta patienternas behov.[79] Det kan bero på att de ansvarar för så många patienter eller ska täcka ett så stort geografiskt område, att det i praktiken saknas förutsättningar för att räcka till för alla patienter, än mindre inställa sig fysiskt på plats när behov uppstår. Att patienter inte kan få medicinska bedömningar av sjuksköterska efter behov innebär en sämre vård för patienten, en ökad osäkerhet för omsorgspersonalen och en ökad risk för besök på akutmottagning samt inläggningar som hade kunnat undvikas och som inte gagnar patienten.[80]

# Medicinsk bedömning av läkare vid behov och oavsett tid på dygnet

Regionen ska vid behov erbjuda en medicinsk bedömning av läkare oavsett tid på dygnet till den som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § HSL.[81] Bestämmelsen är ett förtydligande av kravet på att där det bedrivs hälso- och sjukvårds-verksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.[82]

Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 § HSL.[83] Detsamma gäller hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som anges i 12 kap. 2 § HSL, om en kommun ansvarar för sådan vård.[84]

Hälsotillståndet hos patienter i den kommunala hälso- och sjukvården är över lag sådant att det snabbt kan förändras och vissa vårdbehov kan

[78] Se proposition 2025/26:19 s. 43.
[79] Se proposition 2025/26:19 s. 43.
[80] Se proposition 2025/26:19 s. 43 f.
[81] 8 kap. 2 a § HSL.
[82] 5 kap. 2 § HSL och proposition 2025/26:19 s. 75 f.
[83] 16 kap. 1 § HSL.
[84] 16 kap. 1 § och 14 kap. HSL.

utvecklas på sätt som medför brådskande behov av medicinsk bedömning och eventuellt vidare åtgärder. Dessa patienter behöver därför kunna få såväl planerad som oplanerad tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive läkarinsatser.[85]

Det förtydligade kravet på en medicinsk bedömning av läkare vid behov, oavsett tid på dygnet, behöver beaktas av regioner och kommuner vid utformandet av avtal om läkarmedverkan. Kravet behöver även beaktas av regionerna när de utformar sina förfrågningsunderlag för det vårdvalssystem i primärvården som har i uppdrag att tillhandahålla läkartjänster till den kommunala hälso- och sjukvården.[86]

## Vid behov

Med vid behov avses att läkare ska finnas tillgängliga i den omfattning som behövs för att möta vårdbehovet hos de aktuella patienterna. Bemanningen behöver utformas för att kunna tillgodose både förväntade och oförutsedda vårdbehov. Det är rimligt att en sjuksköterska som utgångspunkt avgör om patienten har behov av en medicinsk bedömning av en läkare. Det finns dock inget hinder för annan yrkesgrupp att ta kontakt med läkare för konsultation eller handledning.

Tillgängligheten till läkare behöver kunna utformas på olika sätt utifrån lokala förutsättningar och patientens individuella behov i det enskilda fallet.[87] En medicinsk bedömning kan erbjudas både fysiskt och digitalt.[88] Men även om vissa bedömningar kan göras med hjälp av digitala lösningar måste det också säkerställas att läkare har förutsättningar att göra fysiska hembesök hos dessa patientgrupper, för de tillfällen som kräver fysiska bedömningar.[89] Vårdbehovet i varje enskilt fall avgör om den medicinska bedömningen bör ske genom fysiskt eller digitalt patientbesök.[90]

## Oavsett tid på dygnet

Med oavsett tid på dygnet avses att en bedömning vid behov ska kunna erbjudas även utanför ordinarie arbetstider, dvs. alla dagar i veckan och alla tider på dygnet. Vårdbehovets karaktär avgör om en medicinsk bedömning måste ske utanför ordinarie arbetstid eller om den kan vänta till ordinarie arbetstid.[91]

I första hand bör läkarbesök kunna planeras och förläggas till ordinarie arbetstider på vardagar, men det krävs en flexibilitet i organisationerna som

[85] Se proposition 2025/26:19 s. 46.
[86] Se proposition 2025/26:19 s. 49.
[87] Se proposition 2025/26:19 s. 48.
[88] Se proposition 2025/26:19 s. 75.
[89] Se proposition 2025/26:19 s. 48.
[90] Se proposition 2025/26:19 s. 75.
[91] Se proposition 2025/26:19 s. 75.

möjliggör även oplanerade besök, med kortare varsel samt plötsliga, oväntade och brådskande vårdbehov.[92] Många personer med kommunal hälso- och sjukvård har vårdbehov som rör t.ex. undernäring, fallskador, svårläkta sår och biverkningar på grund av omfattande läkemedelsintag. Det kan vara vårdbehov som inte alltid kan anstå till dagen efter eller över en helg, men samtidigt inte kräver vård på vårdinrättning. För att undvika onödiga besök på akutmottagningar behöver personer med kommunal hälso- och sjukvård vid behov kunna få tillgång till läkare på primärvårdsnivå som i patientens hem kan ta om hand brådskande vårdbehov. Läkare i primärvården behöver därför även finnas tillgängliga på helger, kvällar och annan jourtid.[93] I jourverksamheten bör i första hand ingå läkare som normalt har hand om äldre personer och personer som får kommunal hälso- och sjukvård.[94]

# Vårdplan kan underlätta bedömning av sjuksköterska och läkare på jourtid

Medicinska bedömningar på jourtid kommer vanligen att utföras av sjuksköterskor eller läkare som inte är patientens ordinarie vårdkontakter. Ordinarie vårdkontakter bör därför upprätta en vårdplan för varje patient, som vårdpersonal på jourtid kan utgå från. En sådan planering, tillsammans med nära samverkan mellan en patients fasta kontakter (fast läkarkontakt, fast vårdkontakt och i tillämpliga fall fast omsorgskontakt) medför att flertalet behov kan hanteras under ordinarie arbetstider och att behovet av medicinska bedömningar på jourtid kan minimeras, även om de aldrig kan undvikas helt. En god planering underlättar även de bedömningar som måste göras under jourtid.[95]

Det kan minska efterfrågan på akuta bedömningar då omsorgspersonalen känner sig trygg med hur olika väntade och oväntade situationer ska hanteras. Att det finns en god grundläggande och proaktiv vårdplanering att utgå från är samtidigt avgörande för att medicinska bedömningar på jourtid – som behöver utföras av läkare som inte är patientens ordinarie läkare – ska vara effektiva och ändamålsenliga.[96]

Om vårdplanering saknas behöver vårdpersonalen i stället hantera patientens behov av insatser mer ad hoc, allt eftersom mer eller mindre brådskande vårdbehov uppstår. I en sådan situation är det svårare att förutse behovet av bemanning och säkerställa tillgång till nödvändig medicinsk kompetens.[97]

[92] Se proposition 2025/26:19 s. 46.
[93] Se proposition 2025/26:19 s. 47.
[94] Se proposition 2025/26:19 s. 49.
[95] Se proposition 2025/26:19 s. 45 och 48.
[96] Se proposition 2025/26:19 s. 48.
[97] Se proposition 2025/26:19 s. 43.

# Fast vårdkontakt i den kommunala hälso- och sjukvården

Kommunen är skyldig att utse en fast vårdkontakt i kommunen till en patient som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § HSL om patienten begär det eller om det inte är uppenbart obehövligt.[98] Verksamhetschefen ska utse en sådan fast vårdkontakt.[99]

Äldre och svårt sjuka personer som bor i särskilt boende, eller som har hälso- och sjukvård i ordinärt boende under en längre tid, har ofta komplexa vårdbehov och därmed särskilt stort behov av trygghet, kontinuitet och samordning. Vård- och omsorgsinsatser utförs av flera olika professioner inom kommunen. Läkarinsatser utförs av regionens primärvård. Många äldre personer har även behov av specialiserad hälso- och sjukvård från regionen. Samordningsbehoven är därmed betydande men det är sällan dessa patienter har en fast vårdkontakt i kommunen och patientens sammantagna vård ges alltför sällan på ett strukturerat, sammanhållet och proaktivt sätt. Behoven hos denna grupp visar att en fast vårdkontakt i kommunen som utgångspunkt behöver utses för de patientgrupper där huvudmännen delar på primärvårdsansvaret.[100]

En fast vårdkontakt ska alltid utses om patienten begär det eller om det inte är uppenbart obehövligt.[101] Med uppenbart obehövligt avses situationer där det är mycket tydligt att patienten inte har behov av en vårdkontakt. Det kan röra sig om personer med mer tillfälliga och begränsade vårdbehov. Det bör dock röra sig om undantagsfall.[102]

En fast vårdkontakt behöver som regel utses i anslutning till att patienten börjar få kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § HSL.[103]

En fast vårdkontakt kan fylla olika funktioner för olika patienter. Ett syfte med en fast vårdkontakt är att en utpekad person ska ha i uppgift att samordna patientens olika vårdkontakter och hålla patienten informerad om vårdprocessen.[104]

En fast vårdkontakt kan utses i all hälso- och sjukvårdsverksamhet. Då vissa patienter har kontakter med flera olika delar av sjukvården, olika enheter, vårdgivare och kommunal och regional hälso- och sjukvård kommer vissa patienter att behöva få fler än en fast vårdkontakt. Dessa särskilt utpekade

[98] 6 kap. 2 § andra stycket PL.
[99] 4 kap. 2 a § första stycket HSL.
[100] Se proposition 2025/26:19 s. 52.
[101] 6 kap. 2 § andra stycket PL.
[102] Se proposition 2025/26:19 s. 74.
[103] Se proposition 2025/26:19 s. 52.
[104] Se proposition 2025/26:19 s. 50.

personer ska då tillsammans samordna patientens vårdprocesser. En enskild vårdkontakts ansvarsområde begränsas av verksamhetschefens, då det är verksamhetschefen som har ansvaret för den fasta vårdkontakten.[105]

En fast vårdkontakt bör vara en utpekad person i personalen. Det är inte lämpligt att flera i personalen turas om att utföra funktionen från dag till dag. En person bör därför vara fast vårdkontakt i kommunen till ett rimligt antal patienter. Risken är annars stor att kvaliteten på vårdinsatserna försämras och samordningen av olika insatser brister samt att effekten av insatserna inte hinner följas upp och det förebyggande arbetet prioriteras ner. Vad som är ett rimligt antal patienter för en fast vårdkontakt att ansvara för behöver anpassas lokalt, utifrån vårdtyngd, teamarbetets utformning, behovet av samordning och andra faktorer av relevans.[106]

De fasta vårdkontakterna ska kunna samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient. Samordning av insatser och förmedling av information med t.ex. andra myndigheter eller närstående förutsätter samtycke från patienten och att allmänna bestämmelser om sekretess beaktas.[107]

Kommunens skyldighet att utse fast vårdkontakt påverkar inte den skyldighet som den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppna vården har att kalla till en samordnad individuell planering.[108]

## Uppgifter för den fasta vårdkontakten i kommunen

För att rollen som fast vårdkontakt i kommunen ska fylla den avsedda funktionen och bidra till patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet har det förtydligats vilka uppgifter en fast vårdkontakt i kommunen ska ha.

Den fasta vårdkontakten ska planera, samordna och följa upp patientens kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Den fasta vårdkontakten ska också hålla patienten informerad om planerade insatser. Om patienten inte motsätter sig det ska den fasta vårdkontakten även hålla närstående informerade om planerade insatser.[109]

När uppgifterna utförs ska den fasta vårdkontakten samverka med patientens fasta läkarkontakt,[110] andra fasta vårdkontakter[111] och i tillämpliga fall med

[105] Se proposition 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning s. 62 och proposition 2025/26:19 s. 51.
[106] Se proposition 2025/26:19 s. 53.
[107] 4 kap. 6 b § HSF.
[108] 4 kap. 3 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård och proposition 2025/26.19 s. 53.
[109] 4 kap. 6 b § första stycket HSF.
[110] 7 kap. 3 § HSL.
[111] 6 kap. 2 § PL.

dennes fasta omsorgskontakt,[112] andra berörda inom socialtjänsten och närstående.[113] Detta gäller under förutsättning att bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar sådan samverkan.[114]

Det innebär bland annat att kontaktpersonen ska informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som t.ex. Försäkringskassan.[115] Att planera och följa upp patientens vård, för att därefter vid behov anpassa planeringen och vården, är inte en arbetsuppgift som görs en gång utan är ett löpande och återkommande arbete.[116]

## Kompetenskrav för den fasta vårdkontakten i kommunen

Den fasta vårdkontakten ska ha legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården.[117]

Att vara fast vårdkontakt för en person med kommunal hälso- och sjukvård kräver kunskap om såväl vårdens medicinska innehåll som hälso- och sjukvårdens strukturer. Personer som får kommunal hälso- och sjukvård har hälsotillstånd som snabbt kan ändras. Den fasta vårdkontakten behöver ha en lämplig kompetens för att kontinuerligt kunna följa upp patienters hälsotillstånd, hur effektiva beslutade insatser är och kunna ta initiativ till nya och ändrade insatser efter behov samt samverka med andra berörda parter.[118]

# Fast läkarkontakt

Patienter ska få möjlighet att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt hos den utförare inom primärvården som patienten valt genom listning.[119] Regionerna är skyldiga att organisera sin primärvård så att patienter kan göra detta.[120] Ett av målen med primärvårdsreformen är att kontinuiteten i primärvården ska öka. Kärnan i kontinuiteten ska vara en fast läkarkontakt för alla patienter som vill ha det.[121]

[112] 10 kap. 7 § SoL
[113] 4 kap. 6 b § andra stycket HSF.
[114] 4 kap. 6 b § andra stycket HSF.
[115] Se proposition 2009/10:67 s. 62.
[116] Se proposition 2025/26:19 s. 54.
[117] 4 kap. 6 b § tredje stycket HSF.
[118] Se proposition 2025/26:19 s. 54.
[119] 6 kap. 3 § PL, 7 kap. 3 a § HSL.
[120] 7 kap. 3 § HSL.
[121] Se proposition 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform s. 27–32.

Alla personer som får kommunal hälso- och sjukvård har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från båda huvudmännen, eftersom regionen ansvarar för läkarinsatser. Ett nära samarbete och en fungerande planering och uppföljning är centralt för att kunna ge en god, nära och samordnad vård till dessa patienter. Berörda professioner, inklusive patientens läkare, behöver samarbeta för att få till en sammanhängande helhet för personen.[122]

Regionerna behöver som huvudmän skapa förutsättningar för fasta läkarkontakter att utföra sina uppgifter, genom att ställa nödvändiga krav på organisering och bemanning i såväl verksamhet i egen regi som i verksamhet med privata vårdgivare. Antalet patienter som en läkare kan vara fast läkarkontakt för behöver anpassas utifrån lokala förutsättningar, exempelvis hur stora vårdbehov personerna har. Vilka andra yrkesgrupper som ingår i teamet på hälso- eller vårdcentralen och hur de arbetar har också betydelse. De anställda läkarnas erfarenhet och tjänstgöringsgrad är exempel på andra faktorer som bör vägas in. Lokalt behöver man t.ex. ta ställning till vad som är ett rimligt antal patienter med kommunal hälso- och sjukvård för en fast läkarkontakt i primärvården att ansvara för.[123]

## Uppgifter för den fasta läkarkontakten till den som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1–2 §§ HSL

Den fasta läkarkontakten i primärvården ska svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I läkarens ansvar ingår att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas. Läkaren ska också informera patienten om hans eller hennes hälsotillstånd och om de behandlingsmöjligheter som finns tillgängliga och vilken av dessa som ur medicinsk synpunkt bedöms vara bäst lämpad för patienten. Det är en viktig uppgift för läkaren att se till att patienten får en reell möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen.[124]

Genom ändringar i HSF får den fasta läkarkontakten till den som får kommunal hälso- och sjukvård förtydligade uppgifter. En fast läkarkontakt till den som får kommunal hälso- och sjukvård i sådant boende eller sådan bostad som anges i 12 kap. 1–2 §§ HSL ska också delta i planering,

[122] Se proposition 2025/26:19 s. 57.
[123] Se proposition 2025/26:19 s. 57.
[124] Se proposition 1994/95:195 Primärvård, privata vårdgivare m.m. s. 41 f.

samordning och uppföljning av patientens hälso- och sjukvård, och i upprättandet av en individuell plan.[125]

När uppgifterna utförs ska den fasta läkarkontakten samverka med patientens andra fasta vårdkontakter i olika delar av hälso- och sjukvården och i tillämpliga fall med patientens fasta omsorgskontakt samt andra berörda inom socialtjänsten, såsom biståndshandläggare.[126] Detta gäller under förutsättning att bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar sådan samverkan.[127]

# Kommunerna får anlita läkare i de verksamheter som avser den kommunala hälso- och sjukvården

Kommunerna får anlita läkare i de verksamheter som avses i 12 kap. 1–2 §§ HSL.[128] De personer som omfattas framgår ovan under rubriken Personer som omfattas av den stärkta tillgången till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård.

## Delat ansvar för den kommunala hälso- och sjukvården

Kommunerna har ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården, förutom sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. För sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare ansvarar regionerna. Kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård är avgränsat till vissa specifikt angivna persongrupper.[129] Regionen ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i regionen.[130] Regionerna är ansvariga för alla läkarinsatser till hela befolkningen, även till de personer som får kommunal hälso- och sjukvård.[131] Kommunerna och regionerna måste därför samverka för att patienterna ska få den läkarvård som de har rätt till inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Det är viktigt att skilja på ansvaret som huvudman för hälso- och sjukvård respektive ansvaret som vårdgivare. Kommunerna behöver säkerställa strukturer för att de i egenskap av hälso- och sjukvårdshuvudmän kan ställa krav på privata vårdgivare och följa upp att vård som utförs i annans regi

[125] 4 kap. 6 a § HSF.
[126] 4 kap. 6 a § andra stycket HSF, proposition 2025/26:19 s. 57 f.
[127] 4 kap. 6 a § andra stycket HSF.
[128] 12 kap. 3 § HSL.
[129] Se proposition 2025/26:216 Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård s. 6 f.
[130] 8 kap. 1 § HSL.
[131] Se proposition 2025/26:216 s. 8.

också lever upp till kraven på god och säker vård.[132] Ansvaret som huvudman för hälso- och sjukvården kan inte avtalas bort till privata vårdgivare. Huvudmannaansvaret gäller såväl för den hälso- och sjukvård som utförs i kommunens egen regi som för den hälso- och sjukvård som genom avtal utförs av privata aktörer. När skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare, ska kommunen eller regionen kontrollera och följa upp verksamheten.[133]

## Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård

Patienter som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården har i dag ofta mer komplexa och allvarliga medicinska tillstånd än för 10–20 år sedan. Detta innebär att alltmer avancerade insatser utförs i hemmet och av den kommunala hälso- och sjukvården.[134]

Det är inte ovanligt att det saknas en läkarresurs, särskilt utanför ordinarie arbetstid, som kan bistå den kommunala hälso- och sjukvården. När så är fallet blir regionens akutmottagning ofta det enda praktiska alternativet för patienter som behöver en läkarbedömning under jourtid.[135] Det är också ofta otydligt vilka krav som ställs på läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.[136]

När läkarmedverkan inte fungerar får det konsekvenser i flera led. För patienten kan väntan på medicinsk bedömning innebära obehag och osäkerhet, men mest allvarligt är att en utebliven eller försenad medicinsk bedömning i sig kan innebära medicinska risker. För den kommunala sjuksköterskan och för övrig omsorgspersonal innebär fördröjd eller utebliven läkarkontakt ofta merarbete och otrygghet och stress i arbetet. Det kan även uppstå etiskt svåra situationer när den kommunala sjuksköterskan blir ställd inför valet att vänta på läkare eller att skicka patienten till regionens akutmottagning. I en sådan situation är det ibland viktigare att en läkarbedömning blir utförd än vilken läkare som utför den. Om en patient skickas till en akutmottagning trots att primärvården egentligen är rätt vårdnivå, innebär det en onödig belastning på den regionala akutvården, samtidigt som vårdmiljön på akutmottagningen inte är optimal för t.ex. äldre patienter med omfattande vårdbehov.[137]

Läkarmedverkan behöver vara anpassad till omställningen till en god och nära vård. Omställningen omfattar hela hälso- och sjukvårdssystemet, såväl regioner och kommuner som alla som verkar inom detta system. Det är ett

[132] Se proposition 2025/26:216 s. 8.
[133] 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725) och proposition 2025/26:216 s. 8.
[134] Se proposition 2025/26:216 s. 9.
[135] Se proposition 2025/26:216 s. 9.
[136] Se proposition 2025/26:216 s.16.
[137] Se proposition 2025/26:216 s. 11.

komplext system med flera olika beslutsnivåer, vårdgivare, professioner samt alla dem vars hälso- och sjukvårdsbehov ska mötas. En utbyggd primärvård är samtidigt en förutsättning för en omställning av systemet i sin helhet. Med en utbyggd primärvård som har rätt kompetens och resurser att omhänderta patienter på primärvårdsnivå kan den specialiserade vården användas mer effektivt för de patienter som behöver dess specifika kompetens och resurser. Omställningen har därför fokus på primärvården.[138]

## Kommunerna ges möjlighet att anlita läkare

Kommunen får möjlighet att anlita läkare i verksamheterna i den kommunala hälso- och sjukvården. Det förtydligas också i HSL att kommunens ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård inte ändras för sådan vård som ges av läkare.[139]

En kommun som ingår i en region har hittills varit förhindrad att anlita läkare för det patientnära kliniska arbetet.[140] Men det behöver finnas fler och olika möjligheter att tillgodose kommunernas behov av sådan medicinsk kompetens.[141]

Kommunerna har ett omfattande hälso- och sjukvårdsuppdrag och de bör ges goda förutsättningar att genomföra detta. Kommunerna ska därför ha större möjlighet att själva avgöra och styra över hur den kommunala hälso- och sjukvården ska bedrivas för att på bästa sätt tillhandhålla vård efter behov och av god kvalitet, vilket är i linje med de grundläggande principerna i HSL.[142] En befogenhet för kommunerna att anlita läkare innebär ingen ändring i dagens ansvarsfördelning mellan kommuner och regioner vad gäller hälso- och sjukvård, vare sig den övergripande ansvarsfördelningen eller för primärvården.[143] Regionens grundläggande ansvar för hälso- och sjukvård, även vad gäller sådan som ges av läkare, förändras alltså inte.[144]

Med att anlita läkare avses att en kommun, förutom att anställa läkare, även på annat sätt får anlita eller finansiera läkare som utför den kommunala hälso- och sjukvården.[145] Samarbeten mellan kommuner, exempelvis inom ramen för kommunalförbunden, kan vara en framkomlig väg för att göra anställningar av läkare möjliga.[146]

Utöver befogenheten för kommunen att anlita läkare så finns det även sedan tidigare befogenhet för en kommun att på egen hand anlita läkare och få

[138] Se proposition 2025/26:216 Sid 12.
[139] 12 kap. 1 § HSL och proposition 2025/26:216 s. 27.
[140] Se proposition 2025/26:216 s. 24.
[141] Se proposition 2025/26:216 s. 25.
[142] Se proposition 2025/26:216 s. 26.
[143] 12 kap. 1 § andra stycket HSL.
[144] Se proposition 2025/26:216 s. 27.
[145] Se proposition 2025/26:216 s. 38.
[146] Se proposition 2025/26:216 s. 26 f.

ersättning för sina kostnader för det från regionen i de fall regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtal om läkarmedverkan.[147]

## Samverkan mellan regioner och kommuner är nödvändig även om kommunerna anlitar läkare

En befogenhet för kommunerna att anlita läkare i den kommunala hälso- och sjukvården är inte avsedd att tillgodose hela det behov av hälso- och sjukvård som en patient kan behöva. Huvudmannaskapet och den grundläggande ansvarsfördelningen mellan region och kommun förblir oförändrad. Det innebär att den frivilliga möjligheten att anställa läkare inte i någon del ska påverka regionernas grundläggande ansvar för läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.[148]

## Hälso- och sjukvårdens regleringar gäller även för de fall kommunen anlitar läkare

Även i de fall kommunen anlitar läkare i den kommunala hälso- och sjukvården så behöver kommunen, i egenskap av huvudman eller vårdgivare, säkerställa att den hälso- och sjukvård som läkaren utför lever upp till gällande regleringar. Befintliga regleringar som gäller för all hälso- och sjukvård, såsom bl.a. journalföring och delning av journaldata, remissförfaranden, förskrivning av läkemedel m.m., gäller även i de fall kommunen anlitar läkare.[149]

Ett system med kommunala läkare måste också förhålla sig till reglerna om vårdval eller fast läkarkontakt. I dag har alla patienter rätt att själva välja vårdcentral och en egen läkare. Detta faktum innebär ibland praktiska problem, särskilt för patienter som är inskrivna i särskilt boende. Regionens ansvar för läkarmedverkan ska kvarstå oförändrat oavsett om en kommunal läkare har anställts eller inte. För patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården gäller att de precis som i dag kommer att vara listade på en regional vårdcentral och ha sin fasta läkarkontakt där. En konsekvens av detta är att en läkare anställd av kommunen till sin natur kommer vara en kompletterande och i viss mån en parallell resurs.[150]

[147] 16 kap. 1 § tredje stycket HSL.
[148] Se proposition 2025/26:216 s. 27 f.
[149] Se proposition 2025/26:216 s. 28.
[150] Se proposition 2025/26:216 s. 29.

## Arbetsuppgifter för läkare i den kommunala hälso- och sjukvården

Om en kommun använder sig av befogenheten att anlita läkare blir det kommunen som bestämmer vilka arbetsuppgifter, vilka ansvarsområden och vilken kompetens som den läkare som kommunen anställer, eller på annat sätt anlitar, ska ha.[151]

Huvudmannaskapet och den grundläggande ansvarsfördelningen mellan region och kommun förblir oförändrad även i de fallen kommunal hälso- och sjukvård ges av läkare. Det innebär att den frivilliga möjligheten för kommunen att anlita läkare, enligt 12 kap. 3 § HSL, inte påverkar regionernas grundläggande ansvar för läkarvård eller för läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården.[152]

## Avtal om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården

Det finns ett krav på att regionen ska sluta avtal med kommunerna om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.[153] Avtalen skiljer sig dock åt mellan de olika regionerna och ibland även mellan kommuner inom samma region.[154]

Lagändringarna om medicinsk bedömning av läkare vid behov, oavsett tid på dygnet, behöver beaktas av regionerna och kommunerna och vid utformandet av avtal om läkarmedverkan. Detsamma gäller vid utformandet av förfrågningsunderlag för det vårdvalssystem i primärvården som har i uppdrag att tillhandahålla läkartjänster till den kommunala hälso- och sjukvården.[155]

Avtalen om läkarmedverkan behöver vara tydliga för att de mål och syften som anges i HSL ska kunna uppfyllas.[156] De behöver vara flexibla, regelbundet följas upp, utvärderas och justeras för att säkerställa att de tillgodoser patienternas vårdbehov och beaktar vårdens förutsättningar.[157] Avtalen behöver också ta hänsyn till den pågående omställningen inom hälso- och sjukvården där primärvården ska vara navet i vården och samspela med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.[158]

[151] Se proposition 2025/26:216 s. 29.
[152] Se proposition 2025/26:216 s. 38.
[153] 16 kap. 1 § andra stycket HSL.
[154] Se proposition 2025/26:216 s. 9.
[155] Se proposition 2025/26:19 s. 49.
[156] Se proposition 2025/26:216 s. 17.
[157] Se proposition 2025/26:216 s. 17.
[158] Se proposition 2025/26:216 s. 17.

# Patienten ska informeras om sin fasta vårdkontakt och sin fasta läkarkontakt

Genom ändringar i patientlagen stärks kravet på information till patienten om fast vårdkontakt och fast läkarkontakt.[159] Patienten ska få information om vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt. Patienten ska också informeras om hur han eller hon kan komma i kontakt med sin fasta vårdkontakt, sin fasta läkarkontakt och sina vårdenheter.[160]

Liksom övriga bestämmelser i 3 kap. patientlagen gäller även de nya bestämmelserna för all hälso- och sjukvård oavsett om utföraren är offentlig eller privat, oavsett vem som är huvudman och oavsett vem som finansierar vården. Det innebär att patienten ska få information om sina fasta vårdkontakter i såväl regionalt och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård som hos enskilda utförare som inte utför offentligt finansierad hälso- och sjukvård.[161]

Den aktuella kontakten måste namnges. Det är inte tillräckligt att informera patienten om att det har utsetts en fast vårdkontakt inom en viss profession eller en fast läkarkontakt med viss specialistkompetens utan att tala om vem det är.[162]

Patienten ska därutöver få information om hur en kontakt kan tas med patientens fasta vårdkontakt, fasta läkarkontakt och vårdenheter.[163] Detta utesluter inte men är inte heller ett krav på att information om enskilda mejladresser eller telefonnummer lämnas ut. Patienten kan få en kontaktuppgift i form av t.ex. ett telefonnummer eller meddelandefunktion där kontakten kan nås direkt. Det stärkta informationskravet kan också uppfyllas genom att patienten t.ex. ges ett telefonnummer där den utsedda fasta kontakten kan nås under angivna telefontider, eller information om hur kontakten kan nås via vårdgivarens chattfunktion som kan vara antingen i realtid (synkron) eller med fördröjning (asynkron).[164]

Liksom all information till patienten ska även denna anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar.[165] Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Informationen ska lämnas

[159] Se proposition 2025/26:19 s. 60 ff.
[160] 3 kap. 2 § PL.
[161] Se proposition 2025/26:19 s. 63 och proposition 2013/14:106 Patientlag s. 42.
[162] Se proposition 2025/26:19 s. 63.
[163] Se proposition 2025/26:19 s. 63.
[164] Se proposition 2025/26:19 s. 63.
[165] 3 kap. 6 § PL.

skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det.[166]

Med vårdenhet avses en enhet där en patient har pågående vårdkontakter. Det kan t.ex. röra sig om en klinik, en vårdcentral eller ett verksamhetsområde inom hälso- och sjukvården.[167]

Tillgänglig information är avgörande för patientens möjlighet att utöva självbestämmande och vara delaktig i vården och bör därför genomsyra hela hälso- och sjukvården.[168] Det stärkta informationskravet innebär att patienters ställning stärks eftersom de får bättre tillgång till relevant information. När en patient vet vem den kan kontakta för olika frågor, och när det går att komma i kontakt med önskad person i vården, finns större förutsättningar för patienten att känna trygghet och tillit till hälso- och sjukvården och uppleva den som mer tillgänglig.[169] En välinformerad patient har också större förutsättningar att kunna vara autonom och ta ansvar för sin egen vård när den kan och vill utifrån sina förutsättningar.[170]

När patienten har aktuell information om sina fasta kontakter i vården och hur dessa kan kontaktas, kan tiden som övrig vårdpersonal lägger på att lotsa patienter rätt i systemet minska.[171]

Informationsskyldigheten åligger i första hand den som har det direkta ansvaret för den vårdsituation som informationen avser. Det är däremot vårdgivarens ansvar att organisera verksamheten så att hälso- och sjukvårdspersonalen kan uppfylla sin informationsskyldighet. Verksamhetschefen vid enheten ansvarar för att det finns rutiner eller lokala instruktioner som både möjliggör och säkerställer att patienten kan få del av information av sådant innehåll och i sådan omfattning som föreskrivs.[172]

[166] 3 kap 7 § PL.
[167] Se proposition 2025/26:19 s.73.
[168] Se proposition 2013/14:106 s. 47 och proposition 2025/26:19 s. 61.
[169] Se proposition 2025/26:19 s. 65.
[170] Se proposition 2013/14:106 s. 47 och proposition 2025/26:19 s. 62.
[171] Se proposition 2025/26:19 s. 63.
[172] Se proposition 2013/14:106 s. 47 f och proposition 2025/26:19 s. 64.

# Termen hemsjukvård ersätts i tillämpliga fall med hälso- och sjukvård i hemmet

Termen hemsjukvård tas bort från HSL och tandvårdslagen (1985:125), TvL och ersätts med hälso- och sjukvård i hemmet.[173]

Det finns ingen definition av hemsjukvård i HSL eller TvL. Termen hemsjukvård infördes i samband med Ädelreformen 1992 men utan en definition. Av förarbeten till reformen framgår att den hemsjukvård som kommuner kan få ta över ansvaret för är den del av primärvården som utför hälso- och sjukvård i enskildas hem i det vanliga bostadsbeståndet. Det finns inget i förarbetena om att hemsjukvård skulle vara något annat än hälso- och sjukvård som genomförs i hemmet.[174] Avsaknaden av en definition för termen hemsjukvård har emellertid bidragit till att det uppstått en otydlighet och att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet av kommunerna många gånger ses som en egen form av vård.[175]

Genom att termen hemsjukvård tas bort tydliggörs att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet har samma kvalitetskrav, krav på adekvat resurssättning och kompetenskrav som övrig hälso- och sjukvård.[176] Den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet är att likställa med övrig hälso- och sjukvård i fråga om de krav som ställs på vården enligt HSL.[177] Det innebär ingen ändring i kommunernas ansvar utan utgör enbart ett förtydligande av vad som redan gäller.[178]

När det gäller särskilda boenden som omfattas av 12 kap. 1 § HSL har kommunen en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård. Kommunen får också erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet till den som vistas i kommunen i ordinärt boende och i biståndsbedömt trygghetsboende.[179] I båda fallen tillhandahåller kommunen hälso- och sjukvård som ges på den plats där patienten i fråga bor. Det är samma kvalitetskrav och grundläggande regelverk som ska gälla för den hälso- och sjukvård som utförs oavsett om den sker på ett särskilt boende av något slag eller i en persons ordinära boende.[180]

[173] Termen tas bort i följande bestämmelser: 8 a § tandvårdslagen (1985:125), TvL, 8 kap. 8 § HSL, 12 kap. 2 § HSL, 12 kap. 4 § HSL, 14 kap. 1 § HSL, 14 kap. 2 § HSL och 16 kap. 1 § HSL.
[174] Se proposition 1990/91:14 s. 59 f.
[175] Se proposition 2025/26:19 s.60.
[176] Se proposition 2025/26:19 s. 60.
[177] Se proposition 2025/26:19 s. 60.
[178] Se proposition 2025/26:19 s. 60.
[179] 12 kap. 2 § HSL och 8 kap. 4 § andra stycket SoL.
[180] Se proposition 2025/26:19 s. 60.

Denna information (artikelnr 2026-6-10358) kan laddas ner från
socialstyrelsen.se/publikationer.