

Närvårdsplatser

Översikt och förslag på utveckling

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

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

Artikelnummer: 2026-9-10408

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, september 2026

Förord

Omställningen till en god och nära vård innebär att tillgängligheten till både primärvård och specialiserad vård behöver stärkas. Denna förstudie har tagits fram för att identifiera behov av stöd till regioner och kommuner som vill etablera gemensamt drivna närvårdsplatser. Uppdraget är egeninitierat inom ramen för Socialstyrelsens instruktion om att följa, stödja och främja utvecklingen inom hälso- och sjukvården när det gäller en god och nära vård, med fokus på primärvården. Arbetet är en del av Socialstyrelsens fördjupade strategi för God och nära vård.

Förstudien belyser varför gemensamt drivna närvårdsplatser kan vara ett relevant arbetssätt i omställningen. Den innehåller också en analys av nuvarande lagstiftning och identifierar behov av förändringar som kan underlätta nya samarbetsmodeller mellan hälso- och sjukvårdens huvudmän.

Arbetet har genomförts i enlighet med Socialstyrelsens nya interna strategi där myndigheten ska bidra till utvecklingen av hälso- och sjukvård, socialtjänst och tandvård med tydligt fokus på nytta för målgrupperna.

Förstudien riktar sig till regeringen och utgör en rapportering inom myndighetens arbete med god och nära vård. Regioner och kommuner kan genom rapporten ta del av exempel, erfarenheter och en samlad bild av juridiska möjligheter och utmaningar för att driva närvårdsplatser.

Ansvariga enhetschefer har varit Maria Areblad och Niklas Eklöf. Projektleddare har varit Camilla Bucht och Helena Petersson. Sakkunnig jurist inom hälso- och sjukvårdsjuridik har varit Åsa Lindberg. Flera utredare vid myndigheten har också bidragit till rapporten.

Vi vill rikta ett särskilt tack till medarbetare, strateger och chefer i regioner och kommuner, liksom kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR), samt andra aktörer som generöst delat med sig av sina erfarenheter.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Förslag på översyn av lagstiftning, samt förslag på försöksverksamhet och verksamhetsnära stöd	6
Gemensamt drivna närvårdsplatser skulle kunna möta behov av "mellanvård"	6
Närvårdsplatserna kan ha en roll i Sveriges beredskap	8
Inledning och uppdrag.....	9
Socialstyrelsens uppdrag i omställningen av hälso- och sjukvårdssystemet	9
Genomförandet av förstudien	10
Bakgrund.....	13
Socialstyrelsen föreslog 2024 att regioner och kommuner gemensamt etablerar och driver vårdplatser på "mellanvårdsnivå"	13
Erfarenheter av att driva närvårdsplatser	14
Organisation och utformning	14
Målgrupp	15
Kompetensmix och bemanning	16
Finansiering, statistik och uppföljning	17
Patienters och anhörigas upplevelser	17
Samlokalisering och samverkan	17
Regioner och kommuner som inte har närvårdsplatser	18
Sammanfattande slutsatser	19
Juridiska möjligheter och utmaningar med att driva närvårdsplatser.....	21
Vårdformer och vårdnivåer i dagens lagstiftning	21
Ansvarsfördelning region och kommun	25
Möjligheter att driva närvårdsplatser gemensamt	29
Möjligheter med avtalssamverkan, kommunalförbund och gemensam nämnd	29
Utmaningar med regelverket om läkemedelsförsörjning	33
Sammanfattande slutsatser	36
Vård och rehabilitering i korttidsboende (SoL).....	37
Sammanfattande slutsatser	41

Nationell statistik och gemensamma begrepp behövs.....	42
Osäkra data i nationella register	42
Hälften av regionerna har minst en "vårdplats på primärvårdsnivå"	45
Osäkerhet i enkätsvar om antal vårdplatser	46
Behov av gemensam terminologi.....	46
Sammanfattande slutsatser	48
Beredskap i hälso- och sjukvården.....	49
Ökat krav på gemensam planering för sammanhängande vårdkedja	49
Sammanfattande slutsatser	50
Systemperspektiv	51
Alla delar i ett vårdsystem påverkar helheten	51
Patientsäkerhet och kompetensförsörjning	51
Medicinteknisk utrustning i ett vårdsystem i förändring.....	52
Förslag till nationell strategi och handlingsplan för rehabilitering och habilitering	53
Kommunernas upplevelse av vårdplatsläget.....	53
Minskad tillgång till korttidsboende	55
Ökade krav på samverkan	55
Hälsoekonomiskt perspektiv	56
Sammanfattande slutsatser	58
Erfarenheter från Norge	59
Sammanfattande diskussion och förslag	60
"Mellanvårdsnivåer" i både region och kommun	60
Närvårdsplatser och korttidsboenden har delvis överlappande verksamhet.....	60
Behov av förändrad struktur och tydligt ansvar	62
Underlätta för att etablera gemensamt drivna närvårdsplatser	64
Förstudiens slutsatser	64
Förslag om översyn av lagstiftningen	64
Förslag om försöksverksamhet.....	66
Förslag om verksamhetsnära stöd	66
Referenser.....	68
Bilaga 1 Metoder och genomförande.....	71
Bilaga 2 Erfarenheter från Norge	75

Sammanfattning

Förslag på översyn av lagstiftning, samt förslag på försöksverksamhet och verksamhetsnära stöd

Översyn av lagstiftningen

Utifrån resultaten i förstudien föreslår Socialstyrelsen att en särskild utredare ges i uppdrag att göra en översyn av relevant lagstiftning. En förändring i lagsstiftningen skulle underlätta för de regioner och kommuner som vill etablera och gemensamt driva närvårdsplatser.

De behov av förändringar som Socialstyrelsen har uppmärksammat handlar till exempel om att möjligheten till avtalssamverkan i dag är begränsad. Även socialtjänstlagen föreslås ses över, utifrån att kommunernas korttidsboenden och regionernas närvårdsplatser har en delvis överlappande verksamhet för tillfälliga behov av vård och rehabilitering på en "mellanvårdsnivå". Det finns även andra författningar som kan behöva ses över.

Försöksverksamhet

Socialstyrelsen föreslår att det inom ramen för försöksverksamhet införs ett tillfälligt undantag från regler som hindrar att kommuner och regioner gemensamt driver närvårdsplatser.

Verksamhetsnära stöd

Socialstyrelsen föreslår också att myndigheten ger verksamhetsnära stöd till regioner och kommuner om närvårdsplatser.

Gemensamt drivna närvårdsplatser skulle kunna möta behov av "mellanvård"

Gemensamt drivna vårdplatser

Förstudien tar sin utgångspunkt i ett av förslagen som Socialstyrelsen lämnade 2024 i rapporten *Plats för vård*, förslag till nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen föreslog att:

Regioner och kommuner överväger att etablera gemensamt drivna vårdplatser på primärvårdsnivå (gemensamt drivna närvårdsplatser¹). Detta för att möjliggöra en ”mellannivå” av vård för patienter som inte kräver den slutna vårdens resurser, men samtidigt har ett vårdbehov som inte kan tillgodoses i ordinärt eller kommunalt boende. ”Mellanvårdsnivån” har då inte sjukhusens fullständiga resurser, men kan samtidigt vårda patienter som är för sjuka för att vara i ordinärt eller kommunalt boende.

Förstudiens mål är att ge en översiktlig bild av dagens närvårdsplatser och av möjligheterna med gemensamt drivna närvårdsplatser som ett arbetssätt för att möta vårdbehov i omställningen till en god och nära vård.

Över hälften av landets regioner anger i enkätsvar att de år 2025 har minst en ”vårdplats på primärvårdsnivå” (till exempel en närvårdsplats). Vårdplatserna drivs främst av regional primärvård eller specialiserad sjukhusvård. Platserna finns i större och mindre städer samt i glesbygd.

Vårdplatserna riktar sig till patienter som inte behöver sjukhusets akuta vårdplats, men som har behov som inte kan tillgodoses hemma eller på kommunens boenden. Även om den mobila vården har utvecklats i snabb takt i landet de senaste åren har en del patienter tillfälligt så stora behov av vård och tillsyn att en del regioner och kommuner bedömer att behovet inte kan mötas med mobil vård i hemmet.

Dialoger med regioner visar att en stor del av patienterna som nyttjar närvårdsplatserna är sköra äldre, med flera kroniska eller akuta sjukdomstillstånd. Vårdtiderna är cirka 3–10 dagar och det är vanligt att det är primärvårdens läkare som ansvarar för inskrivning. I flera fall är närvårdsplatserna samlokaliserade med kommunens korttidsboenden. Erfarenheter från verksamheterna tyder på att användandet av närvårdsplatser leder till minskat antal inläggningar på sjukhus, och besök på akutmottagning.

Delvis överlappande verksamhet med korttidsboenden

Kommunernas korttidsboenden och regionernas närvårdsplatser bedriver delvis överlappande verksamhet när det gäller vård och rehabilitering. I en del kommuner finns dessutom korttidsboenden som är särskilt inriktade mot rehabilitering. Men korttidsboenden bedrivs inom ramen för en social insats. I och med att korttidsboende är en social insats är det inte den enskildes läkare som avgör behovet av korttidsplats för rehabilitering, utan socialtjänsten. Det innebär att de prioriteringsprinciper som gäller inom hälso- och

¹ I Socialstyrelsens tidigare rapport, Plats för vård (2024) kallades platserna för ”vårdplatser på primärvårdsnivå”. Men eftersom ”närvårdsplatser” är mer vanligt förekommande i de verksamheter vi haft dialoger med väljer vi i den här rapporten att använda begreppet ”närvårdsplatser”.

sjukvården inte tillämpas i dessa fall, till exempel att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.²

Nya sätt att organisera vården

Målet med omställningen till en god och nära vård är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska uppnås.³ Hälso- och sjukvården behöver därför organiseras för att möta de behov som invånarna har, och som i större utsträckning än tidigare handlar om långvariga- och komplexa hälsoproblem.

Det finns ett behov av att underlätta för regioner och kommuner att etablera gemensamt drivna närvårdsplatser. För att detta ska bli möjligt behövs förändringar i lagstiftningen och ett stärkt nationellt stöd. Närvårdsplatser kan fungera som en resurseffektiv form av ”mellanvård” genom att bättre utnyttja befintliga vårdresurser och samtidigt avlasta akutsjukhusen. Detta kan bidra till ett mer sammanhållet och behovsanpassat vård- och omsorgssystem. För patienten kan det innebära en vårdnivå som bättre motsvarar behovet, med ökad trygghet och möjlighet till vård närmare hemmet.

Närvårdsplatserna kan ha en roll i Sveriges beredskap

Nya krav på beredskap innebär att regioner och kommuner ska planera sin hälso- och sjukvård så att beredskap upprätthålls för katastroftillstånd, händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, samt andra händelser som allvarligt kan inverka på regioners och kommuners förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda vård eller uppfylla andra föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård. Regioner och kommuner ska särskilt beakta behovet av gemensam planering för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja i dessa fall.⁴ Närvårdsplatser kan då fungera som en flexibel gemensam resurs vid höjd beredskap.

² Se 3 kap.1 § hälso-och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

³ Se prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform s. 32.

⁴ Se 7 kap. 2 b § samt 11 kap. 2 a § HSL.

Inledning och uppdrag

Socialstyrelsens uppdrag i omställningen av hälso- och sjukvårdssystemet

Socialstyrelsen har genomfört denna egeninitierade förstudie inom ramen för Socialstyrelsens instruktion 5 a § om att följa, stödja och främja utvecklingen inom hälso- och sjukvården när det gäller en god och nära vård, med fokus på primärvården.⁵

Uppdraget påbörjades innan förordningen trädde i kraft, utifrån regeringens uppdrag till Socialstyrelsen att främja, stödja och följa upp omställningen till en god och nära vård.⁶ Målet med omställningen är att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan, att patienten ska vara delaktig utifrån sina förutsättningar samt att hälso- och sjukvårdens resurser ska användas mer effektivt.⁷

Omställningen innebär en strukturell förflyttning från en sjukhustung vårdmodell till en stärkt primärvård. För att möta patienters individuella behov behöver vårdens organisation och arbetssätt utvecklas, så att samordning mellan berörda aktörer underlättas och ges förbättrade förutsättningar.

Omställningen gäller hela hälso- och sjukvårdssystemet

I juli 2026 trädde lagändringar i kraft med syfte att tydliggöra primärvårdens uppdrag och ansvar, samt stärka tillgången till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård. I förarbetena anges att målen för omställningen bör omfatta hela hälso- och sjukvårdssystemet, det vill säga såväl primärvård som specialiserad vård.⁸

Inriktningsmålen bör enligt regeringen formuleras enligt följande: att tillgängligheten till primärvården och den specialiserade vården ska öka, en mer delaktig patient och en personcentrerad vård ska uppnås, samt att kontinuiteten i både primärvården och den specialiserade vården ska öka.⁹

I propositionen skriver regeringen bland annat att vårdbehoven hos personer som får kommunal hälso- och sjukvård har förändrats sedan Ädelreformen.

⁵ Se förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

⁶ S2023/01930, delvis.

⁷ Se prop. 2019:20/164, s. 32.

⁸ Se prop. 2025/26:19 Nästa steg för en god och nära vård, s. 15.

⁹ Se prop. 2025/26:19, s. 15.

I dag har många av dessa personer kroniska och ofta komplexa livslånga tillstånd, vilket medför ökade behov av rehabilitering och palliativ vård. Personer i kommunal hälso- och sjukvård har generellt omfattande och sammanstatta behov och är ofta mer sköra än befolkningen i övrigt. De behöver såväl grundläggande som kvalificerade insatser från både primärvård och specialiserad vård.¹⁰

Utvecklingen ställer enligt regeringen ökade krav på medicinteknisk utrustning, kompetensförsörjning, bemanning och samverkan mellan vårdens olika delar. Kortare vårdtider i sluten vård innebär dessutom att fler personer skrivs ut med kvarstående och ibland omfattande vård- och omsorgsbehov, vilket ökar kraven på kommunernas förmåga att tillgodose behov av rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i ordinärt och särskilt boende. Den snabba kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården förutsätter kontinuerlig fortbildning för att säkerställa en vård av god kvalitet och på lika villkor. Samtidigt visar utredningar att personal i kommunal hälso- och sjukvård har begränsad tillgång till fortbildning, vilket innebär en risk för att patienter inte får tillgång till bästa tillgängliga vård.¹¹

Genomförandet av förstudien

Förstudien har genomförts inom ramen för Socialstyrelsens instruktionsenliga arbete med att stödja omställningen. De metoder som vi använt oss av i arbetet är dialoger med regioner och kommuner och andra aktörer, enkätfrågor samt inläsning av tidigare utredningar, forskning och annat relevant material. I bilaga 1 beskrivs genomförandet av förstudien närmare.

Syfte och mål

Syftet med förstudien är att identifiera vilket stöd regioner och kommuner behöver för att kunna etablera och utveckla gemensamt drivna närvårdsplatser. Målet är att ge en översiktlig bild av dagens närvårdsplatser samt belysa möjligheter, utmaningar och förutsättningar för gemensam drift som ett arbetssätt i omställningen till en god och nära vård.

Rapportens upplägg och innehåll

I rapporten presenterar vi först en bakgrund som beskriver förslaget om gemensamt drivna vårdplatser på primärvårdsnivå och omställningen till en god och nära vård. Därpå följer en översiktlig bild av förekomsten av närvårdsplatser i Sverige. Vidare redovisar vi utmaningar för gemensam drift och fortsatt utveckling och ger exempel på erfarenheter från liknande vårdplatser i Norge. Slutligen diskuteras resultaten och vi ger förslag på insatser

¹⁰ Se prop. 2025/26:19, s. 23.

¹¹ Se prop. 2025/26:19, s. 23.

för att underlätta för regioner och kommuner att etablera gemensamt drivna närvårdplatser. Varje kapitel avslutas med sammanfattande slutsatser.

Begrepp som vi använder i förstudien

Vi har listat ett antal begrepp i tabell 1 som vi använder i förstudien. Förklaringarna ska inte användas som definitioner i andra sammanhang, utan syftar bara till att öka förståelsen av just denna rapport. För vissa begrepp, som har en juridisk definition, sammanfaller dock förklaringstexten med den juridiska definitionen av begreppet.

Tabell 1. Förklaring av vissa begrepp i rapporten

Begrepp	Förklaring
Närvårdsplatser	I Socialstyrelsens tidigare rapport, Plats för vård (2024), kallade vi platserna för "vårdplatser på primärvårdsnivå". Eftersom "närvårdsplatser" är mer vanligt förekommande i de verksamheter vi haft dialoger med väljer vi här att använda begreppet "närvårdsplatser". I förstudien använder vi begreppet närvårdsplatser som ett samlingsbegrepp som även innefattar till exempel närsjukvårdsplatser, allmänmedicinska slutenvårdsplatser, utskrivningsplatser.
Gemensamt drivna närvårdsplatser	I Socialstyrelsens rapport Plats för vård (2024) var ett av förslagen för att minska vårdplatsbristen inom slutenvård att regioner och kommuner överväger att etablera gemensamt bedrivna vårdplatser på primärvårdsnivå. I denna förstudie kallar vi det "gemensamt drivna närvårdsplatser".
Vårdplats	Ligg- eller sittplats på vårdenheter som kan användas för vård och behandling.
Primärvård	Hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning vad gäller sjukdom, ålder eller patientgrupp. Primärvården svarar för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. ¹²
Specialiserad vård	Hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård.
Sluten vård	Med sluten vård avses hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. ¹³

¹² Se 2 kap. 6 § HSL.

¹³ Se 2 kap. 4 § HSL.

Begrepp	Förklaring
Öppen vård	Med öppen vård avses annan hälso- och sjukvård än sluten vård. ¹⁴
Vårdnivå	Uttrycket vårdnivå används för att beskriva vårdens grad av specialisering, oavsett om vården bedrivs i offentlig eller privat regi: <i>Specialiserad vård</i> innefattar både sluten vård och öppen vård. <i>Primärvård</i> delas upp i <i>regional och kommunal primärvård</i> och är öppen vård. ¹⁵
Primärvårdsnivå	Hälso- och sjukvård som inte är specialiserad. I prop. 2025/26:19 (s. 15) framför regeringen att 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.
"Mellanvårdnivå, mellanform"	I Socialstyrelsens dialoger om närvårdsplatser med verksamheter sägs återkommande, att eftersom det i lagstiftningen bara finns två vårdnivåer och två vårdformer så faller närvårdsplatser inom första linjens vård, den primära. Men flera lyfter att det kanske mer är en fråga om att vården är på en "mellanivå och en mellanform". Någon "mellanvårdnivå, eller mellanform" av vård finns inte i lagstiftningen i dag.
Korttidsboende, korttidsplatser	Begreppen korttidsboende och korttidsplatser finns inte i lagstiftningen. Den benämning som finns är "Hem för viss annan heldygnsvård". I förstudien använder vi oss av begreppen korttidsboende och korttidsplatser eftersom det är de ord som vanligen används. Begreppen används synonymt. Korttidsboende/korttidsplats är en tillfällig insats för äldre eller personer med funktionsnedsättning, som ger möjlighet till exempelvis växelvård, avlastning för anhöriga eller rehabilitering för den enskilde. Verksamheten bedrivs enligt 26 kap. 1 § 3 socialtjänstlagen (2025:400), SoL, och behöver tillstånd från IVO. Kommunal hälso- och sjukvård ingår i verksamheten.

¹⁴ Se 2 kap. 5 § HSL.

¹⁵ Se 13a kap. 1 § samt 2 kap. 6 § HSL.

Bakgrund

Socialstyrelsen föreslog 2024 att regioner och kommuner gemensamt etablerar och driver vårdplatser på "mellanvårdsnivå"

Socialstyrelsen publicerade i juni 2024 ett förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården [1]. I rapporten redogör Socialstyrelsen för ett stort antal åtgärder. Ett fokusområde var *Ställ om till en god och nära vård för att minska behovet av slutna vård på sjukhus*. Den övergripande målsättningen med fokusområdet var att ge förslag på insatser för att omhänderta och förebygga patienters vård- och omsorgsbehov på bästa effektiva omhändertagandenivå, det vill säga till lägst sammantagen kostnad med bibehållen eller ökad kvalitet. Ett av förslagen var att:

Regioner och kommuner överväger att etablera gemensamt drivna vårdplatser på primärvårdsnivå (gemensamt drivna närvårdsplatser¹⁶). Detta för att möjliggöra en "mellanivå" av vård för patienter som inte kräver den slutna vårdens resurser, men samtidigt har ett vårdbehov som inte kan tillgodoses i ordinärt eller kommunalt boende. "Mellanvårdsnivå" har då inte sjukhusens fullständiga resurser, men kan samtidigt vårda patienter som är för sjuka för att vara i ordinärt eller kommunalt boende.

En nyckelfaktor i arbetet med denna typ av vårdplatser är att följa upp såväl patientutfall som resursåtgång. För att närvårdsplatserna ska ha en effekt på det totala vårdplatsbehovet krävs att platserna har lägre bemanningsbehov, alternativt bemannas med en annan kompetensmix, än sjukhusens disponibla vårdplatser. Annars innebär arbetssättet enbart en förflyttning av resurser.

¹⁶ I Socialstyrelsens tidigare rapport, *Plats för vård* (2024) kallades platserna för vårdplatser på primärvårdsnivå. Eftersom "närvårdsplatser" är mer vanligt förekommande i de verksamheter vi haft dialoger med väljer vi i den här rapporten att använda begreppet "närvårdsplatser".

Erfarenheter av att driva närvårdsplatser

I denna del beskriver vi resultatet av de dialoger som vi haft, med regioner och kommuner, både sådana där det finns närvårdsplatser, och med några som inte har närvårdsplatser.

I Socialstyrelsens tidigare rapport, Plats för vård (2024), kallade vi platserna för "vårdplatser på primärvårdsnivå". Eftersom "närvårdsplatser" är mer vanligt förekommande i de verksamheter vi haft dialoger med väljer vi här att använda begreppet "närvårdsplatser".

Organisation och utformning

Socialstyrelsen har fört dialoger med verksamheter som driver närvårdsplatser i nio regioner. Dessa vårdplatser benämns på olika sätt, exempelvis närvårdsplatser, närsjukvårdsplatser, utskrivningsplatser eller allmänmedicinska slutenvårdsplatser. De är i regel dygnet-runt-platser, ibland med möjlighet till dagvård, och drivs främst av regional primärvård eller specialiserad sjukhusvård.

Vårdplatserna är oftast placerade utanför sjukhus, i vårdinrättning eller som enstaka vårdplatser. I det senare fallet ligger de ofta i anslutning till vårdcentral/hälsocentral eller kommunala korttidsboenden. I vissa fall är de samlokaliserade med kommunens särskilda boenden, mobil hälso- och sjukvård i hemmet, hemtjänst eller biståndshandläggare. Socialstyrelsen har även haft dialog med verksamheter som bedriver närvårdsplatser på sjukhus. Vissa verksamheter har funnits länge, andra är relativt nystartade.

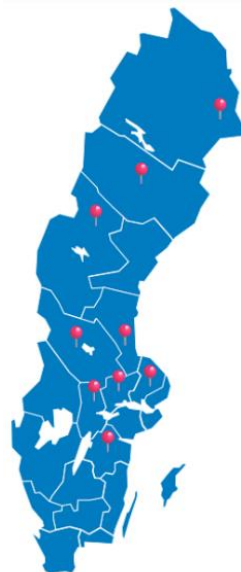
Närvårdsplatserna ses som ett viktigt komplement, som kan skapa kontinuitet och trygghet för patienten, avlasta sjukhusen och stärka samverkan med kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst, mobil vård och specialistvård. Mobil vård är en viktig del av vårdkedjan, men verksamheterna betonar att all vård inte kan ges i hemmet.

Vårdsnivå och vårdform

I dialogerna lyfts det att det kan vara otydligt vilken vårdform och vårdnivå närvårdsplatserna tillhör. Flera nämner att de driver en "mellanvårdform", där primärvård och specialiserad vård emellanåt går in i varandra, vilket gör gränsdragningen svår.

Regioner med närvårdsplatser där vi genomfört verksamhetsdialoger

- Gävleborg
- Jämtland-Härjedalen
- Norrbotten
- Uppsala
- Värmland
- Västerbotten
- Västmanland
- Örebro
- Östergötland



Målgrupp

Närvårdsplatserna riktar sig till patienter som inte behöver akutsjukhusets resurser, men som under en kortare period behöver mer vård, behandling, rehabilitering eller utredning än vad som kan erbjudas i hemmet eller i kommunala boenden. Flera verksamheter beskriver att de kortare vårdtiderna på sjukhus kopplat till lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS), medfört att patienter skrivs ut med större kvarstående vård- och rehabiliteringsbehov.

Vilka är patienterna och var kommer de ifrån?

Närvårdsplatserna tar övervägande emot patienter över 18 år, som inte kräver den slutna vårdens resurser men samtidigt har ett vårdbehov som inte kan tillgodoses i ordinärt eller kommunalt boende. Denna grupp är främst äldre och multisjuka personer med komplexa vårdbehov. Se faktaruta 1. Men yngre patienter kan också förekomma. Majoriteten av patienterna kommer från hemmet via mobila team eller vårdcentral, men patienter kommer även från sjukhuset för eftervård och rehabilitering. Inläggningskriterierna varierar lokalt, men gemensamt är att patienterna inte ska behöva akutsjukhusets resurser. Inskrivning sker vanligen via primärvårdsläkare, vilket ofta möjliggör direktinläggning utan att patienten behöver passera akutmottagningen. Vårdtiden ligger vanligtvis mellan 3 och 10 dagar.

Vårdåtgärder och medicinteknisk utrustning

På närvårdsplatserna erbjuds vårdåtgärder som till exempel enklare utredningar, infusioner, blodtransfusioner, rehabilitering och palliativ vård. Det är varierande vilken medicinteknisk utrustning som finns att tillgå. Flera verksamheter menar att laboratorium och röntgen och/eller ultraljud är viktiga resurser för dessa platser.

Faktaruta 1

Exempel på vanliga diagnoser och orsaker till vård

Infektioner, känd hjärtsvikt, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), obstipation, eftervård efter ortopedi/kirurgi/medicin, palliativ vård.

Exempel på vanliga vårdåtgärder

Antibiotikabehandling (även intravenös), såromläggning, viss läkemedelsjustering och uppföljning, intravenös behandling vid uttorkning, provtagning, enklare utredningar, blodtransfusion, smärtlindring, mobilisering, rehabilitering, EKG, ultraljud, operationsförberedelser.

Sjukstugornas vårdplatser kan ha mer akut innehåll

Sjukstugomodellen, som länge använts i Norrlands glesbygd, innebär att hälsocentraler fungerar som små ”minisjukhus”, där vården växlar mellan mer akut specialiserad vård och primärvård. Sjukstugornas verksamheter kan därför ha ett något mer akut innehåll än andra typer av närvårdsplatser i landet. Enheterna har egna allmänmedicinska slutenvårdsplatser och är ofta utrustade med röntgen, ultraljud, laboratorium och telemedicin. I vissa fall samlokaliseras vårdplatserna med kommunala boenden, socialtjänst och ambulans, vilket kan skapa effektiva patientflöden och ekonomiska fördelar vid god samverkan.

Modellen möjliggör nära samarbete mellan regionens och kommunens professioner och ger en integrerad, personcentrerad vård för patienter med både medicinska och sociala behov. Samtidigt lyfts utmaningar kopplade till samverkan, skiftande vårdnivåer och återkommande kompetensförsörjningsproblem.

Patientdokumentation och läkemedel

Dokumentation och läkemedelsförsörjning hanteras olika beroende på huvudmannaskap och verksamhetsform. Det är inte möjligt att journalföra i samma patientjournal mellan olika vårdgivare såsom region och kommun. Detta lyfts som en av de större utmaningarna när samlokaliserade närvårdsplatser och kommunala korttidsboenden vill dela personal, exempelvis sjuksköterska.

Kompetensmix och bemanning

Närvårdsplatserna är vanligtvis multiprofessionellt bemannade med läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeut, fysioterapeut och undersköterskor. Läkare och rehabiliteringspersonal finns oftast på plats dagtid och läkarna har jour

övrig tid, medan sjuksköterskor och undersköterskor bemannar dygnet runt. Bemanningen av legitimerad personal är lägre än på akutsjukhus. Kompetensförsörjning och möjligheter till vidareutbildning lyfts som centrala utmaningar, särskilt för sjuksköterskor och undersköterskor. Flera verksamheter betonar vikten av att personalen får kontinuerlig kompetensutveckling och praktisk färdighetsträning, något som varierar i tillgång mellan olika enheter.

Finansiering, statistik och uppföljning

Finansieringen av närvårdsplatserna sker främst via regional primärvård eller specialiserad sjukhusvård. Kostnaden per vård dygn varierar, men flera verksamheter bedömer att närvårdsplatser generellt är mer kostnadseffektiva än sjukhusvård. Vid samlokalisering och delade personalresurser mellan huvudmän försvåras samarbete och långsiktighet av lagsstiftning, verksamheternas olika avtal och separata budgetar.

Inrapporteringen till nationella register ser olika ut, en del väljer att till exempel rapportera närvårdsplatserna som slutenvård eller förlängda mottagningsbesök, medan andra uppger att de inte vet hur platserna rapporteras in. En del verksamheter lyfter att detta leder till oklarheter och gör det svårt att följa vårdplatserna och bedöma kostnadseffektiviteten. Den systematiska uppföljningen är begränsad, även om vissa indikatorer används, såsom patientenkäter, belägningsgrad och återinläggningsfrekvens. Flera verksamheter uppger resultat i form av minskade återinläggningar och färre akutmottagningsbesök, bland annat tack vare möjligheten till direktinläggning från hemmet.

Patienters och anhörigas upplevelser

Uppföljningar från några av verksamheterna visar att patienter och närstående upplever ökad trygghet, kontinuitet och mer personcentrerad vård på närvårdsplatserna. Vården bidrar även till bättre samordning inför hemgång och ökad självständighet. Närstående beskriver dessutom en större trygghet och lättnad när vården ges nära hemmet, eftersom det underlättar besök och delaktighet.

Samlokalisering och samverkan

Kommunala korttidsboenden

Närvårdsplatser som är samlokaliserade med kommunala boenden, ofta korttidsboenden, har olika motiv för hur de organiserar verksamheten. I vissa fall handlar det om att kunna samnyttja personal och skapa bättre samordning. Detta eftersom patientgrupperna delvis överlappar på närvårdsplatser

och korttidsboenden, till exempel när det gäller rehabilitering efter sjukhusvistelse eller palliativ vård. I andra fall beror samlokaliseringen främst på lokalbrist och mindre på möjligheter till ökad samverkan. Det innebär att samlokalisering inte alltid är ett resultat av strategiskt samverkansarbete.

Samverkan inom hälso- och sjukvårdssystemet och med socialtjänsten är nödvändig

Verksamheterna betonar att nära samverkan med specialiserad vård, mobila team, kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst är avgörande för att närvårdsplatserna ska fungera effektivt och patientsäkert. Även ambulansverksamhet kan vara en viktig samarbetspartner. Verksamheterna lyfter vikten av att närvårdsplatserna integreras i det bredare vårdssystemet och inte blir en isolerad verksamhet.

Regioner och kommuner som inte har närvårdsplatser

Socialstyrelsen har även haft dialoger med ett par av landets största och medelstora regioner och kommuner som inte driver närvårdsplatser. Gemensamt för dem är att de satsar på att möta samma behov hos målgruppen med mobila team och korttidsboenden. En del kommuner väljer att dela upp korttidsboenden i olika inriktningar, så att vissa har en mer vård- och rehabiliteringsinriktad verksamhet och vissa en mer social verksamhet för avlösning, växelvård och väntan på permanent särskilt boende. En anledning som nämndes var att den sociala verksamheten och hemlika prägeln inte prioriterades annars.

I några dialoger lyftes att eftersom korttidsboende är en insats enligt socialtjänstlagen förekommer det att äldres behov av vård och rehabilitering inte kan tillgodoses genom den insatsen. Detta eftersom verksamheten inte har den bemanning, kompetens och utrustning som en vårdinrättning har.

Sammanfattande slutsatser

Exempel på framgångsfaktorer med närvårdsplatser

Adekvat och effektiv vårdnivå för patienterna: När kriterier och flöden fungerar på närvårdsplatserna kan det ge lägre antal återinskrivningar på sjukhus, färre besök på akutmottagning och kortare vårdtider på akutsjukhus. Patienten får den vård och rehabilitering som behövs. Det finns goda erfarenheter när primärvårdens läkare gör bedömningen av behov av inskrivning på närvårdsplats, och inte att akutsjukhusens läkare beslutar om det.

Samlokalisering av verksamheter: När vårdcentral, korttidsboende, mobil vård och närvårdsplats finns nära varandra finns möjligheter att underlätta kommunikation och kompetensdelning samt att skapa trygghet för både patient och personal.

Samverkan med specialistvården: Vid god samverkan och god tillgänglighet till att konsultera den specialiserade vården ökar möjligheterna att patienterna inte behöver åka till akutsjukhus från närvårdsplatserna, om behovet inte är akut.

Multiprofessionella team och individuell planering: På närvårdsplatserna kan det finnas mer utrymme att ha team med en helhetsyn på patientens behov och att planera för hemgång, jämfört med på akutsjukhus.

Kompetensutveckling: När verksamheten också omfattar interna utbildningar, samarbete med klinisk träningscentrum (KTC) och hospitering kan det ge stora effekter.

Närhet till patientens hem: Geografisk närhet till patientens hem kan innebära kortare resor, mindre stress och bättre kontinuitet. Det kan även underlätta samordning inför hemgång och underlätta för kontakt med anhöriga.

Exempel på utmaningar vid samverkan och samlokalisering av närvårdsplatser och kommunernas boenden

Två huvudmän: Otydlig gränsdragning mellan den vård som regionen har ansvar för och den vård som kommunens hälso- och sjukvård ansvarar för och vad samverkan kan omfatta.

Vårdnivå: Oklart vad som ingår i den regionala primärvårdens uppdrag i förhållande till specialiserad vård. Många menar att närvårdsplatser är en slags "mellannivå", en "mellanvårdform" mellan sluten och öppen vård.

Kompetensförsörjning: Konkurrens om personal. Dubbla system för kompetensutveckling, och olika möjligheter för samma profession beroende på huvudman.

Läkemedelshantering: Separata förråd krävs. Olika tillgång till läkemedel och olika system för förskrivning.

Vårdinformationssystem, patientjournaler: Dubbla journalsystem och skilda behörigheter krävs.

Beslut om insatser: Olika logiker styr insatser som ges enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Beslut om korttidsboende är en insats som beviljas enligt socialtjänstlagen, även om det i praktiken kan vara behov av hälso- och sjukvård som motiverar insatsen.

Långsiktighet och att satsa på breddinförande: Otydligheter om respektive huvudmans ansvar och olika ekonomiska prioriteringar försvårar.

Uppföljning och statistik: Oklarheter hur närvårdplatser ska rapporteras i nationella register.

Juridiska möjligheter och utmaningar med att driva närvårdsplatser

I denna del beskriver vi kortfattat dagens lagstiftning och de juridiska möjligheter och utmaningar som kan ses om regioner och kommuner vill etablera gemensamt drivna närvårdsplatser.

Vårdformer och vårdnivåer i dagens lagstiftning

Hälso- och sjukvården i Sverige delas juridiskt in enligt två separata kategoriseringar: vårdform (öppen vård och sluten vård) samt vårdnivå (primärvård och specialiserad vård).¹⁷ Indelningen är en viktig utgångspunkt för regleringen om vilken hälso- och sjukvård som regioner respektive kommuner ansvarar för och för de juridiska möjligheter som de har att samarbeta på.

Sluten vård och öppen vård

Sluten vård är när patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning, alltså i princip när patienten övernattar på vårdinrättningen. All annan hälso- och sjukvård är öppen hälso- och sjukvård.¹⁸

Primärvård och specialiserad vård

Primärvård är hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning vad gäller sjukdom, ålder eller patientgrupp. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.¹⁹

Specialiserad vård är inte definierat i lagstiftningen, men brukar användas som benämning för den hälso- och sjukvård som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvården, både vad gäller utrustning och kompetens.²⁰

¹⁷ Det finns även högspecialiserad vård. Nationell högspecialiserad vård är särskilt reglerat (se 7 kap. 5-5b §§ HSL) och definieras i 2 kap. 7 § HSL. För att få bedriva nationell högspecialiserad vård krävs det tillstånd av Socialstyrelsen.

¹⁸ Se 2 kap. 4 och 5 §§ HSL.

¹⁹ Se 2 kap. 6 § HSL.

²⁰ Se termen specialiserad vård i Socialstyrelsens termbank samt Utökad insamling från öppenvården SOU 2024:57, sid 142.

Öppen vård kan alltså vara primärvård eller specialiserad vård och specialiserad vård kan vara öppen vård eller sluten vård. Primärvård är däremot bara öppen vård och sluten vård kan inte vara primärvård. Detta hindrar dock inte regionerna från att bedriva allmänmedicinsk sluten vård.²¹

Gränsdragningsproblematik

Vårdinrättning är inte definierat

Sluten vård definieras i 2 kap. 4 § HSL som hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Vid närmare tolkning av vad lagstiftaren avsett med sluten vård är begreppet vårdinrättning därför centralt. Vad som avses med begreppet vårdinrättning är dock inte definierat. Enligt allmänt språkbruk bör det kunna vara flera olika typer av inrättningar för vård. Vad som avses med uttrycket i HSL framgår av förarbeten liksom andra bestämmelser i HSL.

Sjukhus är inte definierat

Av 7 kap. 4 § HSL framgår att regionerna ansvarar för att det finns sjukhus för hälso- och sjukvård som kräver intagning vid vårdinrättning. Någon definition av vad som avses med sjukhus finns dock inte. Vad som uppfattats som ett sjukhus har också förändrats över tid.²²

I Sverige finns ett mycket stort antal vårdinrättningar som enligt lagstiftarens mening är att anse som sjukhus och vårdinrättning för sluten vård. Många av dessa är små enheter med ett begränsat antal vårdplatser. Det kan vara fråga om när- eller lokalsjukhus med ett litet antal vårdplatser för viss typ av vård.²³ I dagligt tal associerar många ett sjukhus med en byggnad där särskilt avancerad och relativt bred vårdverksamhet bedrivs. Ibland begränsas begreppet även till att endast omfatta akut sjukvård. Så begränsat ser inte lagstiftaren på saken.²⁴

Gränsdragningsproblematik mellan öppen vård och sluten vård

Redan i de äldre förarbetena framhölls att begreppen sluten och öppen vård var ålderdomliga, och att det kunde uppkomma problem med att dra gränserna mellan dem. En av orsakerna till detta var till exempel att det hade vuxit fram nya "halvöppna" vårdformer.²⁵ I förarbetena angavs att "sjukhus

²¹ Se prop. 2019/20:164, s. 71

²² Se God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29), s. 100 f.

²³ Se prop. 2000/01:36 Sjukhus med vinstsyfte, s. 13–14 och s. 21; prop. 2004/05:145 Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus, s. 13 ff. och s. 26–27.

²⁴ Se SOU 2019:29, s. 100 f.

²⁵ Se prop. 1981/82:97, om hälso- och sjukvårdslag, m.m., s. 72.

är den vårdinrättning där sluten vård ges. Det förhållandet att sluten vård ges på sjukhus hindrar naturligtvis inte att även öppen vård tillhandahålls där.”²⁶

Gränsen mellan öppen och sluten vård förändras

Regeringen konstaterade i skrivelsen Riksrevisionens rapport om primärvårdens styrning (skr. 2014/15:72) att den medicinska utvecklingen sker i snabb takt vilket innebär att vad som kan utföras i öppen respektive sluten vård kan variera över tid.²⁷ Behandlingar som tidigare behövde sjukhusets resurser och som endast var aktuella för patienter som var inneliggande på sjukhus kan nu utföras i öppen specialistvård eller kanske till och med behandlas i primärvården.²⁸

Vad som är möjligt och önskvärt att göra utanför sjukhusen förändras i takt med den medicinska utvecklingen och den pågående strukturomvandlingen av vården. Det sker en kontinuerlig utveckling, så att insatser som tidigare krävt sluten vård i allt större utsträckning kan utföras i öppen vård.²⁹

Det finns inte halvöppna vårdformer eller mellanvårdformer

Socialstyrelsens förslag från 2024 i rapporten *Plats för vård*, om att regioner och kommuner kan överväga att etablera gemensamt drivna vårdplatser på primärvårdsnivå, utgick bland annat från dialoger med regioner och kommuner [1]. I rapporten diskuteras att närvårdsplatser utformas för att möjliggöra en mellannivå av vård för patienter som inte kräver den slutna vårdens resurser men som samtidigt har ett vårdbehov som inte kan tillgodoses i ordinärt eller kommunalt boende.

Som tidigare nämnts framgår av HSL att sluten vård är vård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning, och att all annan hälso- och sjukvård är öppen vård.³⁰ Den här lagtekniska konstruktionen innebär att det inte finns några halvöppna vårdformer eller mellanvårdsformer enligt HSL. Ingen vård är tänkt att falla mellan de två begreppen. I praktiken kan dock rättstillämparen ändå ställas inför svåra gränsdragningar. Den juridiska ramen för sluten vård markeras med ett beslut om intagning av en patient för vård vid en vårdinrättning. Det är ett administrativt beslut om att vården ska anses som sluten vård. När ett intagningsbeslut fattats ska all vård som patienten får med anledning av det aktuella hälsotillståndet anses som sluten vård fram till dess att patienten skrivs ut från sluten vård.³¹

²⁶ Se prop. 1981/82:97, s. 120 f.

²⁷ Se Skr. 2014/15:72, s. 14.

²⁸ Se prop. 2019/20:164, s. 76.

²⁹ Se SOU 2019:29, s. 102.

³⁰ Se 2 kap. 4 och 5 §§ HSL.

³¹ Se SOU 2019:29, s. 99.

Avgifter varierar med vårdform

Den avgift som patienten ska betala påverkas av om vården ges som öppen eller sluten vård. Vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök får tas ut enligt grunder som regionen eller kommunen bestämmer.³² För sluten vård får regionen fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. Avgiften för sluten vård får för varje vård dag uppgå till högst 0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.³³ Av patienter som är 85 år eller äldre får vårdavgifter och andra avgifter för öppen vård som regionen ansvarar för inte tas ut. Inte heller får avgifter tas ut för sådana förbrukningsartiklar som fortlöpande behövs på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom.³⁴ Vilket högkostnadsskydd som gäller beror på om kostnaderna avser avgifter till regioner eller kommuner.³⁵

Vilka avgifter en patient ska betala beror således på om det rör sig om öppen vård eller sluten vård och det är olika högkostnadsskydd för avgifter till region och för avgifter till kommun.

Gränsen mellan primärvård och specialiserad öppen vård

Öppen vård är uppdelad i primärvård och specialiserad vård. Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning vad gäller sjukdom, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.³⁶

Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård:

- tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov
- se till att vården är lätt tillgänglig, tillhandahålla förebyggande och rehabiliterande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar
- samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården

³² Se 17 kap. 1 § HSL.

³³ Se 17 kap. 2 § HSL.

³⁴ Se 17 kap. 3 §, samt 17 kap. 6 § och 8 kap. 9 § HSL.

³⁵ Se 17 kap. 6 § HSL (högkostnadsskydd för avgifter till regioner) och 17 kap. 8 § HSL (avgifter till kommuner).

³⁶ Se 2 kap. 6 § HSL.

- möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.³⁷

Specialiserad öppen vård avser hälso- och sjukvård som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvården, både vad gäller utrustning och kompetens.³⁸ Den specialiserade vården är regionens ansvar.

Det finns ingen exakt gräns mellan primärvård och mer specialiserad vård, och det kommunala självstyret innebär att regionerna har stor frihet att själva besluta hur hälso- och sjukvården ska organiseras utifrån bland annat regionala och lokala förutsättningar och behov. Gränsen mellan primärvård och specialiserad vård bestäms av om det krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Denna gräns är oskarp och förändras i takt med den medicinska utvecklingen.

Ansvarsfördelning region och kommun

Regionens ansvar

- Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen samt till den som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom regionen. Även i övrigt ska regionen verka för en god hälsa hos befolkningen.³⁹
- Regionen svarar också för att det inom regionen finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet.⁴⁰
- Regionen ska erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning till de som omfattas av regionens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård enligt ovan.
- Regionens ansvar omfattar dock inte insatser att erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning som en kommun inom regionen ansvarar för.
- Regionens ansvar innebär inte heller någon inskränkning i de skyldigheter som arbetsgivare eller andra kan ha enligt annan lag.⁴¹ Regionen ska också till den som omfattas av regionens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård enligt ovan tillhandahålla förbrukningsartiklar som fortlöpande

³⁷ Se 13a kap. 1 § HSL.

³⁸ Se Utökad insamling av uppgifter från öppenvården SOU 2024:57, s. 142.

³⁹ Se 8 kap. 1 § HSL.

⁴⁰ Se 7 kap. 6 § HSL.

⁴¹ Se 8 kap. 7 § HSL.

behövs på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom. Detta gäller dock inte om kommunen har motsvarande ansvar.⁴²

- Regionen ska också erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. En sådan patient omfattas dock inte av regionens vårdgaranti. I övrigt ska vården ges på samma villkor som för de egna invånarna.⁴³ Om någon som vistas inom regionen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, ska regionen erbjuda sådan vård.⁴⁴
- Regionen får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård, om regionerna kommer överens om det.⁴⁵ Sådana överenskommelser finns i Riksavtalet för utomlänsvård [2].
- Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § andra stycket socialtjänstlagen (2025:400), SoL, om regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare.⁴⁶

Regionen har alltså det övergripande ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen.⁴⁷ Det gäller såväl sluten som öppen vård, och både primärvård och specialiserad vård. Regionens ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom regionen har ansvar för enligt 12 kap. 1 § eller 14 kap. 1 § HSL.⁴⁸

Allmänmedicinska slutenvårdsplatser

I samband med att primärvårdens grunduppgifter förtydligades gjordes även vissa ändringar i HSL:s definition av primärvård. I förarbetena till ändringen konstaterar regeringen att primärvårdens ansvarsområde även i fortsättningen enbart omfattar öppen vård. Detta hindrar dock inte regionerna från att bedriva allmänmedicinsk slutenvård vid en vårdinrättning. Till följd av definitionens utformning omfattas den formen av vård dock inte av bestämmelserna i HSL om vårdgaranti och vårdvalssystem.⁴⁹

⁴² Se 8 kap. 9 § HSL.

⁴³ Se 8 kap. 3 § HSL.

⁴⁴ Se 8 kap. 4 § HSL.

⁴⁵ Se 8 kap. 5 § HSL.

⁴⁶ Se 14 kap. 1 § HSL.

⁴⁷ Se 8 kap. 1 § HSL.

⁴⁸ Se 8 kap. 6 § HSL.

⁴⁹ Se prop. 2019/20:164, s. 71.

Kommunens ansvar

- Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan särskild boendeform eller bostad som avses i 8 kap. 4 § första stycket, 8 kap. 11 § eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 26 kap. 1 § första stycket 2 SoL. Kommunen ska även i samband med dagverksamhet enligt 8 kap. 1 § samma lag erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i dagverksamheten.⁵⁰
- Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § andra stycket SoL.⁵¹
- Kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård gäller inte hälso- och sjukvård som ges av läkare.⁵² I lagrådsremissen Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård föreslås en ändring i HSL som innebär att kommunerna ska få anlita läkare i de verksamheter som avser den kommunala hälso- och sjukvården. Ändringen föreslås träda i kraft den 1 augusti 2026.⁵³
- Kommunen ska i samband med hälso- och sjukvård enligt ovan erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.⁵⁴
- Kommunen ska i samband med sådan hälso- och sjukvård som kommunen har en skyldighet att erbjuda tillhandahålla sådana förbrukningsartiklar som fortlöpande behövs på grund av allvarlig sjukdom eller efter behandling för sådan sjukdom.⁵⁵
- Kommuner får ingå avtal med regioner om att utföra sådana transporter som avses i 7 kap. 6 § HSL (sjuktransporter).⁵⁶
- Kommuner får även ingå avtal med regioner om att utföra hälso- och sjukvård i väntan på sådana sjuktransporter som anges ovan.⁵⁷

Enligt förarbetena till Ädelreformen ingår endast öppen vård i kommunernas ansvar

I förarbetena till Ädelreformen⁵⁸ framhölls att de sjukhem och motsvarande som förs över till kommunerna inte längre bör anses som sjukhus i rättslig

⁵⁰ Se 12 kap. 1 § HSL.

⁵¹ Se 12 kap. 2 § HSL.

⁵² Se 12 kap. 3 § samt 14 kap. 1 § HSL.

⁵³ Se lagrådsremiss Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård, s. 1.

⁵⁴ Se 12 kap. 5 § första stycket HSL.

⁵⁵ Se 12 kap. 6 § HSL tillsammans med 8 kap. 9 § HSL.

⁵⁶ Se 3 kap. 2 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.

⁵⁷ Se 3 kap. 2 § lagen om vissa kommunala befogenheter.

⁵⁸ Se prop. 1990/91:14 om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m. m.

mening. De bör i stället ses som en särskild boendeform för service och omvårdnad enligt socialtjänstlagen.

Den sjukvård som ska erbjudas vid sjukhemmen ska därmed ses som öppen sjukvård. Det bör vara kommunens skyldighet att svara för sådan vård, förutom insatser av läkare.⁵⁹ Äldredelegationen hade föreslagit att delar av primärvården skulle föras över till kommunerna. Det gällde sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och undersköterskor inom hemsjukvården⁶⁰. Enligt föredragande statsråd var det angeläget att undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster samt övrig biträdespersonal integrerades i den kommunala organisationen. Detta eftersom det var dessa personalgrupper som, vid sidan av de personalkategorier som kommunen redan hade i sin organisation, gjorde de mest omfattande insatserna i de särskilda boendeformerna/bostäderna. Med utgångspunkt i de motiv som låg till grund för reformen ansågs det inte finnas skäl att ge kommunerna ett ansvar för sådan hälso- och sjukvård som utförs av läkare.⁶¹

Kommunernas ansvar är bara upp till en viss nivå

Kommunerna ansvarar alltså för att erbjuda hälso- och sjukvård till personer som får vissa insatser inom socialtjänsten samt för att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet om regionen och kommunen har kommit överens om det. Kommunerna ansvarar inte för all hälso- och sjukvård som deras patienter kan behöva utan man kan beskriva det som att de ansvarar till en viss nivå, och i övrigt ansvarar regionerna för att erbjuda hälso- och sjukvård. Lagregleringen om vilken hälso- och sjukvård som ingår i kommunens ansvar är inte helt tydlig, men enligt förarbetena rör det sig om öppen vård.

Kommunens ansvar sträcker sig också bara upp till en viss nivå och omfattar inte sådan vård som ges av läkare. I lagrådsremissen Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård föreslogs dock en ändring i HSL som innebär att kommunerna får anlita (de kan till exempel anställa) läkare i de verksamheter som avser den kommunala hälso- och sjukvården. Ändringen trädde i kraft den 1 augusti 2026.⁶²

Kommunernas möjlighet att bedriva hälso- och sjukvård begränsas av att de bara får bedriva sådan vård som ankommer på dem, det vill säga hälso- och sjukvård till personer som får vissa insatser inom socialtjänsten samt hälso- och sjukvård i hemmet om regionen och kommunen har kommit överens om det.

⁵⁹ Se prop. 1990/91:14, s. 52.

⁶⁰ Den 1 juli 2026 tas termen hemsjukvård bort från hälso- och sjukvårdslagen och ersätts med hälso- och sjukvård i hemmet. Det innebär ingen ändring i kommunernas ansvar utan är enbart ett förtydligande av vad som redan gäller. Hälso- och sjukvård i hemmet avser den hälso- och sjukvård som kommunen får erbjuda enligt 12 kap. 2 § HSL.

⁶¹ Se prop. 1990/91:14, s. 57 f.

⁶² Se lagrådsremiss Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård, s. 1

Möjligheter att driva närvårdsplatser gemensamt

Kommuner och regioner får inte göra varandras uppdrag

En grundläggande kommunalrättslig princip är att kommuner och regioner inte får utföra uppgifter som ankommer på andra.⁶³ Det finns dock vissa möjligheter för kommuner och regioner att samverka. Den vanligaste formen av samverkan är avtalssamverkan men även med ett sådant avtal får kommunerna inte utföra uppgifter som inte ankommer på dem.⁶⁴ Det är svårt att dra en exakt gräns mellan kommunernas respektive regionernas ansvar för den samlade hälso- och sjukvården. Kommunernas ansvar är inte helt tydligt reglerat, men kommunernas ansvar omfattar inte sluten vård. Därmed kan ett juridiskt kompetensproblem uppstå om regionen och kommunen vill bedriva sluten vård tillsammans.

Det görs också olika tolkningar av hur långtgående utrymmet för samverkan är mellan kommuner och regioner när det gäller vård på specialiserad nivå.⁶⁵ Frågan kompliceras av att den medicintekniska utvecklingen gör att insatser som tidigare bara kunde utföras på sjukhus numera kan utföras i patientens hem, och att det är en utveckling som väntas fortsätta.

Möjligheter med avtalssamverkan, kommunalförbund och gemensam nämnd

Avtalssamverkan

En kommun eller en region får ingå avtal om att någon av dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller en annan region (avtalssamverkan).⁶⁶

Av förarbetena till reglerna om avtalssamverkan framgår att förslaget inte innebar att ansvaret för en viss uppgift överlämnas till en annan kommun eller ett annat landsting (nuvarande region). Den kommun som genom avtalssamverkan överlåter utförande av en uppgift har fortfarande kvar det övergripande ansvaret för den. Den ansvariga nämnden i den överlåtande

⁶³ Se kap. 2 § kommunallagen (2017:725).

⁶⁴ Se prop. 2017/18:151, s. 29.

⁶⁵ Se Förändring genom försök SOU 2023:94, s. 221–222.

⁶⁶ Se 9 kap. 37 § första stycket kommunallagen.

kommunen är fortsatt ansvarig för att verksamheten bedrivs enligt lag och fullmäktiges riktlinjer och ansvarar för brister i den verksamhet som samverkan avser.⁶⁷

I förarbetena anförde regeringen vidare att kommuner och regioner endast kan avtalssamverka om uppgifter som ankommer på dem båda. Detta innebär att samverkan endast kan avse sådant som faller inom den kommunala befogenheten. En kommun eller en region får alltså inte genom avtalssamverkan uppdra åt en annan kommun eller en annan region att utföra uppgifter som den inte får utföra själv. Detta innebär att det på många områden finns hinder mot avtalssamverkan mellan en kommun och en region.⁶⁸

Försöksverksamhet

Försöksverksamhetskommittén föreslog i sitt slutbetänkande⁶⁹ att det genom en försökslag skulle göras möjligt för kommuner och regioner att avtalssamverka om uppgifter inom specialiserad hälso- och sjukvård som kan utföras i hemmet även om dessa uppgifter inte ligger inom båda parter kompetens. Avtalet skulle dock inte få avse sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare.^{70,71} Socialstyrelsen tillstyrkte i sitt remissvar att det genom en försökslag ska möjliggöras för kommuner och regioner att avtalssamverka om att kommunen ska utföra specialiserad vård i en persons hem för de patienter som finns i den kommunala hälso- och sjukvården, även om dessa uppgifter inte ligger inom båda parter kompetens.⁷²

Kommunalförbund

Kommuner och regioner får bilda kommunalförbund och lämna över skötseln av kommunala angelägenheter till sådana förbund.⁷³ En uppgift som lämnas över till ett kommunalförbund behöver inte vara gemensam för medlemmarna. Kommuner och regioner kan samverka i ett kommunalförbund om verksamheter som åligger dem var för sig.⁷⁴ En uppgift som lämnades över till ett kommunalförbund behövde enligt tidigare reglering vara kompetensenlig och gemensam för samtliga medlemmar. I samband med att det blev möjligt för kommuner och regioner att samverka i ett kommunalförbund om verksamheter som åligger dem var för sig angavs att man med en friare ordning kan vinna ekonomiska samt drifts-, kvalitets-, och vårdmässiga fördelar om till exempel äldreomsorg och geriatrisk vård integreras. Regeringen ansåg att det enda krav som bör ställas på den verksamhet man vill

⁶⁷ Se prop. 2017/18:151 En generell rätt till kommunal avtalssamverkan, s. 29.

⁶⁸ Se prop. 2017/18:151, s. 29.

⁶⁹ SOU 2023:94.

⁷⁰ I lagrådsremissen Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård föreslås dock en ändring i HSL som innebär att kommunerna ska få anlita läkare inom sitt ansvarsområde enligt 12 kap. 1 och 2 §§ HSL.

⁷¹ Se SOU 2023:94, s. 231.

⁷² Se Dnr 3.1 3414/2024.

⁷³ Se 3 kap. 8 § kommunallagen.

⁷⁴ Se prop. 2016/17:171 En ny kommunallag, s. 307.

samverka om i kommunalförbund är att uppgiften faller inom den överlämnande kommunens eller den överlämnande regionens kompetens, och att samverkan i kommunalförbund alltså ska vara möjlig för alla kommunala angelägenheter.⁷⁵

Lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet

Regioner och kommuner har också möjlighet att samverka på vård och omsorgsområdet inom ramen för en gemensam nämnd, enligt lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Enligt denna lag får en region och en eller flera kommuner som ingår i regionen genom samverkan i en gemensam nämnd gemensamt fullgöra regionens uppgifter enligt bland annat HSL samt kommunens uppgifter enligt SoL och HSL.⁷⁶

Regionen och kommunen eller kommunerna får endast samverka ifall uppgifter från såväl regionen som kommunen eller kommunerna ingår i den gemensamma nämndens ansvarsområde.⁷⁷ För samverkan i en gemensam nämnd krävs således att var och en av de samverkande huvudmännen lämnar över ansvaret för verksamhet från sitt ansvarsområde till den gemensamma nämnden.⁷⁸

För en gemensam nämnd gäller i övrigt bestämmelserna i kommunallagen om gemensam nämnd.⁷⁹ Vid samverkan i en gemensam nämnd har de samverkande parterna fortfarande kvar huvudmannaskapet för sina respektive områden. En bestämmelse i en annan författning som rör en kommun eller en region gäller således även om kommunen eller regionen bildat en gemensam nämnd på området.⁸⁰

I förarbetena till lagen anförde regeringen att förutsättningarna för samverkan varierar mellan olika kommuner och regioner. Det är därför varken möjligt eller lämpligt att försöka finna rikstäckande modeller för hur samverkan ska organiseras.

Möjligheten att bilda en gemensam nämnd innebär att samarbetsformerna kan anpassas efter lokala behov och förutsättningar. Den gemensamma nämnden möjliggör samverkan i en offentligrättslig form som tillåter att huvudmannaskapet och det politiska inflytandet ligger kvar hos respektive part.⁸¹

⁷⁵ Se prop. 1996/97:105 Kommunal samverkan, s. 67.

⁷⁶ Se 1 § lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

⁷⁷ Se 2 § lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

⁷⁸ Se prop. 2002/03:20 Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet, s. 41.

⁷⁹ Se 3 § lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

⁸⁰ Se prop. 2002/03:20, s. 41.

⁸¹ Se prop. 2002/03:20, s. 24.

Möjligheter ges också att avgränsa ansvarsområdet för den gemensamma nämnden, så att nämnden inte behöver vara totalansvarig för ett helt område såsom all hälso- och sjukvård. En del av ansvaret för hälso- och sjukvården kan således ligga kvar hos huvudmännen i andra nämnder. Vidare möjliggör den gemensamma nämnden att personalen även fortsättningsvis kan vara anställd av respektive samverkande huvudman.⁸²

Förslag om utökad möjlighet till kommunal samverkan

I lagrådsremissen *En mer sammanhållen vård för personer med skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska tillstånd* föreslås en utökad möjlighet till kommunal samverkan. Regeringen föreslår att en kommun och en region ska kunna ingå avtal om att någon av de uppgifter som kommunen ansvarar för ska utföras av regionen eller att någon av de uppgifter som regionen ansvarar för ska utföras av kommunen.⁸³

Regeringen anför i lagrådsremissen att samverka i en gemensam nämnd eller ett kommunalförbund innebär att en relativt omfattande administrativ överbyggnad behöver skapas. Dessa organisationsformer är fullt möjliga att tillämpa, men de är inte alltid de mest ändamålsenliga för den verksamhet som den föreslagna lagen avser.⁸⁴ Regeringen bedömer därför att det finns ett sådant behov av att utvidga möjligheterna till avtalssamverkan när det gäller den föreslagna samordnade vård- och stödverksamheten.⁸⁵

Begränsade möjligheter till gemensam drift

För en god och nära hälso- och sjukvård behöver regioner och kommuner samverka inom ramen för gällande lagstiftning. Möjligheten till gemensamt drivna närvårdsplatser genom avtalssamverkan är dock begränsad av att samverkan endast kan avse uppgifter som ankommer på både region och kommun, och att kommunerna inte får bedriva sluten vård.

Möjligheten att samverka om närvårdsplatser kan däremot vara större inom ramen för ett kommunalförbund eller en gemensam nämnd. Men som regeringen konstaterar i lagrådsremissen *En mer sammanhållen vård för personer med skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska tillstånd* innebär dock samverkan i en gemensam nämnd eller kommunalförbund att en relativt omfattande administrativ överbyggnad behöver skapas.

⁸² Se prop. 2002/03:20, s. 24.

⁸³ Se lagrådsremiss *En mer sammanhållen vård för personer med skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska tillstånd*, s. 88.

⁸⁴ Se lagrådsremiss *En mer sammanhållen vård för personer med skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska tillstånd*, s. 89.

⁸⁵ Se lagrådsremiss *En mer sammanhållen vård för personer med skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska tillstånd*, s. 89–90.

Utmaningar med regelverket om läkemedelsförsörjning

Läkemedelsbehandling är en väsentlig del av hälso- och sjukvården inklusive tandvården. Utgångspunkten för läkemedelsförsörjningen är att den ska vara säker och effektiv för att säkerställa att läkemedel finns tillgängliga när de behövs, där de behövs.

Regelverket om hälso- och sjukvårdens läkemedelsförsörjning är uppdelad i olika bestämmelser för försörjningen i den slutna vården respektive i den öppna vården. Det innebär att det kan uppstå svårigheter för regionerna att på ett smidigt och effektivt sätt säkerställa tillgången till läkemedel genom hela vårdkedjan.

Regionen har det övergripande ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Av 5 kap. 2 § HSL framgår 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. Läkemedel är en sjukvårdsprodukt.⁸⁶

Läkemedelsförsörjningen inom sjukhus skiljer sig från den till andra vårdinrättningar

Enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel ska en vårdgivare organisera läkemedelsförsörjningen till och inom ett sjukhus så att den bedrivs rationellt, och så att behovet av säkra och effektiva läkemedel tryggas. För detta ändamål ska det finnas sjukhusapotek som ska vara bemannat med en eller flera farmaceuter.⁸⁷ Av definitionen i 1 kap. 4 § samma lag framgår att ett sjukhusapotek är den funktion eller de aktiviteter som tillgodoser läkemedelsförsörjningen till eller inom sjukhus. Sjukhusapotek kan endast lämna ut läkemedel för sjukhusets verksamhet. Ett sjukhusapotek kan således inte tillgodose läkemedelsförsörjningen till andra vårdinrättningar inom regionen. Vårdgivaren kan bedriva sjukhusapotek i egen regi eller genom avtal låta andra aktörer utföra alla eller vissa aktiviteter inom sjukhusapoteket. Endast en aktör med detaljhandelstillstånd (öppenvårdsapotek) får bedriva detaljhandel med läkemedel till andra vårdinrättningar än sjukhus.⁸⁸ Det här innebär att regioner som driver sitt sjukhusapotek i egen regi inte får leverera läkemedel till sina egna vårdcentraler, utan måste upphandla den tjänsten av ett öppenvårdsapotek.

⁸⁶ Se 2 kap. 8 § HSL.

⁸⁷ Se 5 kap. 1 § lagen om handel med läkemedel.

⁸⁸ Se 4 kap. 2 § lagen om handel med läkemedel.

Skillnaden mellan receptförskrivning och rekvisition till vårdenhet

Regelverket gör också skillnad på receptläkemedel (förskrivning till enskild patient) och rekvisitionsläkemedel (läkemedel som rekvirerats till en vårdenhet). Tidigare var det möjligt att likställa rekvisitionsläkemedel med läkemedel inom slutna vård och receptläkemedel med läkemedel inom öppen vård. Den utveckling som har skett inom hälso- och sjukvården under de senaste decennierna har dock inneburit att mycket av den avancerade vård som tidigare endast kunde utföras på ett sjukhus (slutna vård) numera sker i öppen vård. Detta har lett till att sättet som hälso- och sjukvården använder sig av rekvisitionsläkemedel och receptläkemedel har ändrats [3].

Om ett läkemedel förskrivs eller rekvireras bestämmer hur läkemedelskostnaderna ska finansieras. Vid receptförskrivning, där en patient själv får hämta ut läkemedlet på öppenvårdsapotek, får patienten själv stå för hela eller delar av kostnaden. Den resterande delen står det offentliga för genom läkemedelsförmånerna.⁸⁹

Ett rekvisitionsläkemedel däremot upphandlas och finansieras av sjukvården, för att sedan användas i hälso- och sjukvården. Läkemedel som en patient får i samband med hälso- och sjukvård inom den slutna vården är en del av den vård som ges på sjukhus och ingår i den kostnad som patienten betalar för vården. Regionerna får också erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får hälso- och sjukvård i hemmet och på framställan av en kommun får regionen erbjuda läkemedel utan kostnad ur läkemedelsförråd till den som bor i en sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § första stycket SoL eller får hälso- och sjukvård i hemmet genom kommunens försorg.⁹⁰

Läkemedelsförsörjningen vid regiondrivna närvårdsplatser

Om närvårdsplatser är lokaliserade i en sjukhusbyggnad omfattas de av regelverket för sjukhusens läkemedelsförsörjning. Det är då tillåtet för regionen att leverera läkemedel från sitt sjukhusapotek, oavsett om det drivs i egen regi eller om det finns avtal med en apoteksaktör. Skulle närvårdsplatserna vara lokaliserade någon annanstans, till exempel i anslutning till en vårdcentral, omfattas de inte av regelverket för sjukhusens läkemedelsförsörjning.

⁸⁹ I lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m. finns bestämmelser om bland annat förskrivning och utlämnande av läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna.

⁹⁰ Se 8 kap. 8 § samt 12 kap. 4 § HSL.

Nya krav på ökad beredskap för läkemedel, men dagens regelverk försvårar

Från och med 1 januari 2027 ska kommuner och regioner ha en viss lagerhållning av sjukvårdsprodukter.⁹¹ Det inkluderar läkemedel. Kommuner och regioner ska lagerhålla sjukvårdsprodukter för sådan vård som de ska erbjuda enligt HSL. Regeringen kommer också att i förordning närmare ange innehållet i och omfattningen av lagerhållningen.⁹² Dessa krav är alltså inte avgränsade endast till sluten vård eller sjukhusvård. Men det är i dagsläget inte tillåtet för vårdgivare att leverera från sina beredskapslager till vårdinrättningar som ligger utanför sjukhusbyggnad. Fram till att denna fråga blir omhändertagen behöver regionerna säkerställa läkemedelsförsörjningen på annat sätt, till exempel via avtal med ett öppenvårdsapotek [4].

Pågående statlig utredning om läkemedelsförsörjning

Regeringen har uppmärksammat den beskrivna problematiken med läkemedelsförsörjningen och tillsatt en utredning, *Säkrare tillgång till läkemedel*.⁹³ Utredningen ska bland annat ta ställning till om sjukhusapotek ska kunna tillgodose läkemedelsförsörjningen även till andra vårdinrättningar än sjukhus, och ska särskilt beakta behovet av en god läkemedelsberedskap. Slutbetänkandet ska lämnas till regeringen senast 30 november 2026.

⁹¹ Sjukvårdsprodukter definieras i 2 kap. 8 § HSL.

⁹² Se 8 kap. 10 § samt 12 kap. 7 § HSL.

⁹³ Säkrare tillgång till läkemedel, Dir. 2025:67, <https://regeringen.se/rattsliga-dokument/kommittedirektiv/2025/06/dir.-202567>

Sammanfattande slutsatser

Dagens lagstiftning begränsar möjligheterna med närvårdsplatser

- **Regionernas möjligheter:** Regionerna kan driva närvårdsplatser (allmänmedicinsk sluten vård) på en vårdinrättning. På sådana vårdinrättningar för närvård kan sluten vård så väl som öppen vård ges.
- **Kommunernas möjligheter:** Kommunerna kan inte driva närvårdsplatser (sluten vård).
- **Region och kommun, möjligheter att driva närvårdsplatser gemensamt:** Möjligheten till gemensamt drivna närvårdsplatser genom avtalssamverkan är begränsad av att samverkan endast kan avse uppgifter som ankommer på både region och kommun. Möjligheten kan däremot vara större inom ramen för ett kommunalförbund eller en gemensam nämnd. Men att samverka i dessa former innebär att en relativt omfattande administrativ överbyggnad behöver skapas.

Läkemedelsförsörjning

- De regelverk kring läkemedelsförsörjning som finns i dag utgår från ett tidigare sätt att organisera vården när det fanns en tydligare uppdelning av olika vårdformer och olika vårdgivare. När vi i dag ser en utveckling med till exempel mer specialiserad vård i hemmet, närvårdsplatser och olika samverkansformer mellan huvudmännen, innebär det utmaningar att säkerställa en säker och effektiv läkemedelsförsörjning.
- När regioner driver närvårdsplatser på en vårdinrättning utanför sjukhus uppstår utmaningar med läkemedelsförsörjning, på grund av att regelverket skiljer sig från sjukhusets. Om regioner och kommuner ska etablera och driva närvårdsplatser gemensamt kommer det att uppstå utmaningar kring läkemedelsförsörjningen. En statlig utredning pågår som utreder bland annat detta.

Vård och rehabilitering i korttidsboende (SoL)

I denna del gör vi en tillbakablick på insatsen korttidsboende från Ädelreformen till nutid. Vi inleder med en kort bakgrund till att kommunerna fick ta över ansvaret på 1990-talet och sedan ger vi exempel på hur staten har resonerat om insatsen i utredningar och kartläggningar fram till nutid.

1992: Kommuner bör med kort varsel kunna erbjuda korta vistelser för rehabilitering, växelvård och avlastning vid en särskild boendeform

Sedan Ädelreformen år 1992 har korttidsboende varit en biståndsbedömd insats enligt socialtjänstlagen. I regeringens proposition⁹⁴ inför reformen föreslogs att kommunerna borde förfoga såväl över resurserna för långvarig vård och boende som resurserna för rehabilitering, växelvård och avlastning, där vårdtiderna var korta. Dessa senare insatser ansågs mycket viktiga för att öka flexibiliteten i kommunens samlade äldre- och handikappomsorg. Genom att kommunen förfogade över resurser för rehabilitering, växelvård och avlastning skulle stödet i det egna boendet förbättras. I propositionen står att kommunen bör med kort varsel kunna erbjuda sådana korta vistelser vid en särskild boendeform. Det tydliggjordes att resurser för somatisk korttidssjukvård inte skulle föras över till kommunerna. Även om dessa resurser var förlagda till en anläggning som skulle bli kommunal, skulle ansvaret för den del av verksamheten som var en länssjukvårdsspecialitet även fortsättningsvis vara landstingets.

2004: Oklarhet om hur långt kommunernas ansvar sträcker sig för rehabiliterande insatser

I direktivet⁹⁵ om översyn av vård och omsorg för äldre, - tio år efter Ädelreformen, konstateras att "korttidsvård" var en beteckning som börjat användas för vård till personer som behövde mer omfattande hälso- och sjukvårdsinsatser under en tidsbegränsad period än vad som kunde erbjudas i hemsjukvården. Det beskrevs att både landsting och kommuner på flera håll i landet hade inrättat gemensamma enheter för korttidsvård. I direktivet hänvisades till en rapport från kommun- och landstingsförbunden, där det lyftes

⁹⁴ Se Prop. 1990/91:14, s. 54

⁹⁵ Kommittédirektiv 2003:40 Översyn av vård och omsorg för äldre – tio år efter Ädelreformen.

att korttidsvård inte fanns reglerat i lagstiftningen och att eventuella oklarheter i ansvarsfördelningen borde ses över.

I betänkandet Sammanhållen hemvård⁹⁶ föreslogs att begreppet ”korttidsplats” skulle införas i socialtjänstlagen som beteckning på vad som ibland kallades korttidsboende eller korttidsvård, för att skapa klarhet i kommunernas ansvar. Utredningen lyfte att eftersom stödformen korttidsboende inte fanns närmare beskriven vare sig i hälso- och sjukvårdslagen eller i socialtjänstlagen fanns en oklarhet om hur långt kommunernas ansvar sträckte sig för bland annat rehabiliterande insatser. Utredningen menade att tillgången på korttidsplatser kunde vara avgörande för att personer med stora behov av rehabilitering och omvårdnad skulle kunna återvända hem igen efter en sjukhusvistelse. Korttidsplatserna behövdes, ansåg utredningen, för att erbjuda personer med många och komplexa vårdbehov återkommande rehabiliteringsperioder och som trygghet vid vård i livets slutskede, samt vid tillfälliga försämringar i hälsotillståndet hos personer som vårdades av sina närstående i hemmet, eller för avlastning av deras närstående.

Utredningens förslag om att införa beteckningen ”korttidsplats” i socialtjänstlagen som en insats antogs inte.

2013: Ökade vårdbehov och olika syn på ansvarsfördelning för rehabilitering

För nära femton år sedan gjorde Socialstyrelsen en kartläggning som bland annat innefattade korttidsboende [5]. Kommunerna och enhetscheferna lyfte fram de ökade vårdbehoven hos personer som bedömdes vara utskrivningsklara. De nämnde till exempel att korttidsboenden kunde upplevas som sjukvårdens förlängda arm, och att det var svårt att upprätthålla en bred kompetens hos personalen. I kartläggningen framkom också att inte alla kommuner beviljade korttidsplats för rehabilitering. Den rehabilitering som främst gavs på korttidsboenden beskrevs som vardagsrehabilitering, eller som ett rehabiliterande förhållningssätt. Mellan olika professioner och mellan huvudmännen kunde det finnas olika syn på vad som var rehabilitering, ”mobilisering” respektive ”vardagsträning”, och vem som ansvarade för vad. Socialstyrelsen lyfte att kommuner och landsting måste tydliggöra ansvarsförhållandena för att säkerställa den enskildes behov av rehabilitering.

⁹⁶ Se SOU 2004:68.

2015: Förslag om specialisering av korttidsboenden, kommunöverskridande samverkan samt kompetensutveckling

Socialstyrelsen fick 2014 i uppdrag av regeringen⁹⁷ att fördjupa sin analys och precisera lämpliga åtgärder för bland annat korttidsboende, med utgångspunkt i tidigare genomförda kartläggningar.

Socialstyrelsen lyfte i sin rapport ett antal åtgärdsförslag för korttidsboenden riktade till kommunerna [6]. Bland annat föreslogs att kommunerna borde överväga följande åtgärder:

- Utredda och utveckla möjligheter för ökad specialisering av insatsen korttidsboende utifrån olika behov, exempelvis eftervård efter sluten specialiserad vård, rehabilitering eller avlösning.
- Inleda kommunöverskridande samverkan om korttidsboendeenheter för specialisering av insatsen korttidsboende, eftersom små kommuner kan ha för litet underlag för att inrätta olika enheter för vissa bestämda behov hos de äldre, vilket gör att personer med vitt skilda behov vistas på samma enhet.
- Öka och stimulera kompetensutveckling vid korttidsboendena. Det gällde framför allt för områdena: rehabilitering, demens, palliativ vård och smärthantering, så att korttidsboende skulle få bättre förutsättningar att ge god geriatrisk vård och omsorg.

I rapporten beskrev Socialstyrelsen att det borde finnas flera fördelar med mer specialiserade korttidsboenden: kompetensen hos personalen kan höjas och utnyttjas bättre när uppdraget blir skarpare, de äldre får ökade möjligheter att nå resultat och uppnå målet med vistelsen, och kommunen kan följa upp kvaliteten på insatsen och verksamheten. Socialstyrelsens tidigare kartläggningar visar också att korttidsboende är fundamentalt för avlösning av anhängvårdare och behövs för att kvarboendepincipen i ordinärt boende ska fungera för de äldre där det är möjligt, men att anhänga liksom enhetschefer önskar en bättre anpassad boendemiljö och socialt innehåll.

En ökad specialisering av insatsen korttidsboende skulle kunna öka möjligheterna att göra sådana anpassningar.

⁹⁷ <https://www.esv.se/statsliggaren/regleringsbrev/Index?rbId=15958>

2025: Ny socialtjänstlag, förslaget att korttidsboende ges utan behovsprövning antogs inte

Utredningen Framtidens socialtjänst⁹⁸ beskrev insatsen korttidsboende på följande sätt:

Hem för viss annan heldygnsvård är ett tillfälligt boende utanför det egna hemmet avsett för tillfällig vård och omsorg dygnet runt. Boendeformen benämns ofta korttidsboende. Insatsen används bl.a. för äldre personer som har ett fortsatt vård- och omsorgsbehov efter utskrivning från vård på sjukhus och där det av olika skäl inte fungerar med hemsjukvård, hemtjänstinsatser eller utskrivning direkt till det ordinära boende. Plats på korttidsboende finns också för att stödja andra delar av äldreomsorgen t.ex. då utökad hemtjänst dygnet runt inte är tillräckligt eller då hemsituationen i det ordinarie boendet inte fungerar. Insatsen korttidsboende är emellertid inte begränsad till äldre utan kan riktas även till andra grupper och användas för bl.a. rehabilitering, omvårdnad, växelvård och avlösning av närstående.

Utredningen föreslog att korttidsboende skulle kunna erbjudas utan behovsprövning. Regeringen konstaterade i lagrådsremissen⁹⁹ att insatsen korttidsboende i dag huvudsakligen används inom äldreomsorgen och i omsorgen om personer med funktionsnedsättning, och att på korttidsboende får den enskilde ofta omfattande insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Förslaget antogs inte, med motiveringen att det finns risk för bristande samordning och samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Korttidsboende benämns i nuvarande socialtjänstlag som ”Hem för viss annan heldygnsvård” enligt 26 kap. 1 § 3 i socialtjänstlagen (SoL).

⁹⁸ Se SOU 2020:47 Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag, s. 703.

⁹⁹ Se lagrådsremiss En förebyggande socialtjänstlag – för ökade rättigheter, skyldigheter och möjligheter (2024).

Sammanfattande slutsatser

Korttidsboende är en behovsprövad socialtjänstinsats, men det finns olika syn på omfattningen av hälso- och sjukvårdsansvaret, exempelvis för rehabilitering

Sedan Ädelreformen på 1990-talet har kommunernas ansvar för det som i dagligt tal kallas korttidsboende inte förändrats. Utredningar som följt visar att det är en insats med många olika syften som kräver olika kompetenser och resurser. Ingången till att erhålla insatsen är en bedömning av socialtjänsten.

Det innebär att beslut om att erbjuda insatsen för exempelvis rehabilitering efter sjukhusvistelse inte följer principerna för prioritering enligt hälso- och sjukvårdslagen, eftersom korttidsplatsen erbjuds enligt SoL. Enligt hälso- och sjukvårdslagen och den etiska plattformen för prioriteringar¹⁰⁰ ska den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Svårare sjukdomstillstånd och åtgärder som gör större nytta ska således prioriteras före mindre svåra tillstånd.

Kommuner uppger att vårdinsatserna har blivit mer komplexa och att patienternas vårdbehov har ökat inom den kommunala hälso- och sjukvården. Olika syn mellan region och kommun på ansvaret för exempelvis rehabilitering vid ett korttidsboende kan leda till ojämlik och otillräcklig vård. Förslag om specialisering och kompetensutveckling lyftes för tio år sedan av Socialstyrelsen.

¹⁰⁰ Se Betänkande SOU1996/97:14 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Nationell statistik och gemensamma begrepp behövs

I denna del beskrivs svårigheterna att inhämta statistik om närvårdsplatser i nationella register. Vi diskuterar också behovet av en gemensam terminologi och informationsmodell för att kunna filtrera på olika typer av vårdplatser.

Osäkra data i nationella register

I våra dialoger med verksamheter som bedrev närvårdsplatser ställde vi frågor om hur de rapporterar uppgifter rörande verksamheten nationellt och lokalt. Svaren varierade, men flera angav att de visserligen rapporterade platserna som sluten vård, men att det var inom ”primärvårdsnivå”. Vissa angav också att närvårdsplatserna i stället rapporterades som förlängda mottagningsbesök. Exempel på beskrivningssystem och hälsodataregister som huvudsakligen används för bred uppföljning av insatser inom hälso- och sjukvården:

Patientregistret (PAR): Ett nationellt hälsodataregister hos Socialstyrelsen som innehåller uppgifter om alla vårdtillfällen i specialiserad slutenvård och inom psykiatri, samt om läkarbesök i specialiserad öppen vård. Registret omfattar bland annat diagnoser (ICD-10) och åtgärder (KVÅ). Det är krav på inrapportering till PAR. Primärvården ingår inte i registret.

KPP-databasen (Kostnad Per Patient): Ett register som förvaltas av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Databasen innehåller kostnadsunderlag för individuella vårdkontakter inrapporterat av regionerna på frivillig basis och uppdelat i somatisk slutenvård, öppen vård samt primärvård. Registret är inte heltäckande (exempelvis saknas privata utförare), men kan användas exempelvis som grund för analyser och jämförelser både inom och mellan regioner.

DRG (Diagnosrelaterade grupper): Ett sekundärklassificerings- och beskrivningssystem inom sjukvården, som bygger på underlag ifrån KPP och förvaltas av Socialstyrelsen. DRG grupperar patienter med homogena diagnoser och åtgärder i gemensamma grupper och beräknar nationella snittkostnader. DRG används av regionerna i olika utsträckning, exempelvis som ett produktivetsmått och som verktyg för budgetering av vård inom och utanför den egna regionen.

Datainsamling till Patientregistret

Patientregistret (PAR) är ett nationellt hälso- och sjukvårdsregister som innehåller vårdtillfällen/vårdkontakter som utförts i slutenvård samt i specialiserad öppen vård. Majoriteten av dessa kontakter är läkarkontakter, eftersom registret endast nyligen har ökat till att inkludera andra yrkeskategorier i den specialiserade psykiatriska öppna vården samt inom den psykiatriska tvångsvården. I och med den utökade insamlingen av andra yrkeskategorier har patientregistret ökat med cirka 4 miljoner vårdkontakter jämfört med tidigare år.¹⁰¹

Registret innehåller inte uppgifter om vårdkontakter från primärvården, eftersom nuvarande reglering inte medger att sådana personuppgifter samlas in till registret.¹⁰² I utredningen Ett nytt regelverk för hälsodataregister (SOU 2024:57) föreslås dock en ny hälsodataregisterlag med tillhörande förordning som möjliggör en utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår bland annat att även primärvårdens vårdkontakter ska ingå i PAR. Utredningens förslag bereds för närvarande på Regeringskansliet. Socialstyrelsen har också fått i uppdrag att förbereda för en utökad insamling av uppgifter, bland annat från primärvården, i enlighet med utredningens förslag.¹⁰³ Myndigheten har i slutredovisningen av det första uppdraget lämnat förslag på föreskriftsändringar i Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2023:33) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister, som innebär en utökad rapportering av uppgifter från vårdgivare som tillhandahåller offentligt finansierad primärvård [7]. De uppgifter som föreslås rapporteras in är exempelvis administrativa uppgifter om patienten och om vårdkontakten, anledning till vårdkontakten i form av uppgift om diagnoskod samt uppgift om åtgärder som patienten har fått. Förslaget till ändringsföreskrift har skickats på extern remiss.

Det går inte att skilja ut närvårdsplatser i inrapportering till PAR, vilket innebär att det i dagsläget inte går att ta fram statistik för dessa vårdplatser.

SKR:s kostnadsdatabas – osäkerhet i antal närvårdsplatser

Ett antal regioner rapporterar in primärvård (definierad som ”öppen eller slutenvård”) till SKR:s kostnad-per-patient-databas (KPP). Det är inte obligatoriskt att rapportera in till denna databas. För året 2024 rapporterade 17 regioner in vårdkontakter till ”primärvård – öppen vård” samt 9 regioner till ”primärvård – slutenvård”. Detta utgör dock bara en bråkdel av den

¹⁰¹ Se 4 § första stycket förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.

¹⁰² Se 4 § första stycket förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.

¹⁰³ Se Uppdrag till Socialstyrelsen att förbereda för utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården (S2025/00940) och Uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra förberedelser för nytt regelverk om hälsodataregister och utökad insamling (S2026/00384).

primärvård som bedrivs. Stora regioner som Stockholm och Västra Götaland samt Örebro och Gotland rapporterar inte in någon form av primärvård till databasen. Inte heller privata aktörer/vårdgivare rapporterar. Trots att KPP-databasen främst används för konstadsunderlag för diagnosrelaterade grupper (DRG), så kan de inrapporterade vårdkontaktarna i primärvården ge en initial inblick till hur verksamheterna ser ut, till exempel vilken typ av vård, dock inte säkerställa antal närvårdsplatser.

Inrapportering av ”primärvård – slutenvård” i KPP

I KPP-databasen finns det 9000 vårdkontakter registrerade i kategorin ”primärvård – slutenvård”. Av de regioner som har rapporterat in data i den här kategorin, kan man se att majoriteten av vårdkontaktarna som troligen avser närvårdsplatser, finns i norra Sverige, samt i Region Uppsala. Med denna tolkning fanns det åren 2024 och 2025 inrapporterat 149 respektive 137 närvårdsplatser i SKR:s verksamhetsstatistik. Dock saknas data från flera regioner [8,9]. Fördelningen av de inrapporterade platserna framgår av diagram 1.

Vårdtid, diagnos och ålder finns angett men är inte tillförlitliga data

Vi har undersökt olika parametrar vid det som skulle kunna tolkas som närvårdsplatser i KPP-databasen, men det behöver här understrykas att detta underlag är bristfälligt givet den lilla mängden vårdkontakter samt att definitionerna av dessa platser kan variera kraftigt. Eftersom dessa vårdkontakter dessutom är avidentifierade finns det inget sätt att matcha med andra hälso-dataregister (såsom PAR). Det går inte att följa patienten om den exempelvis vårdas delvis på sjukhus eller vid annan vårdutförare eller klinik.

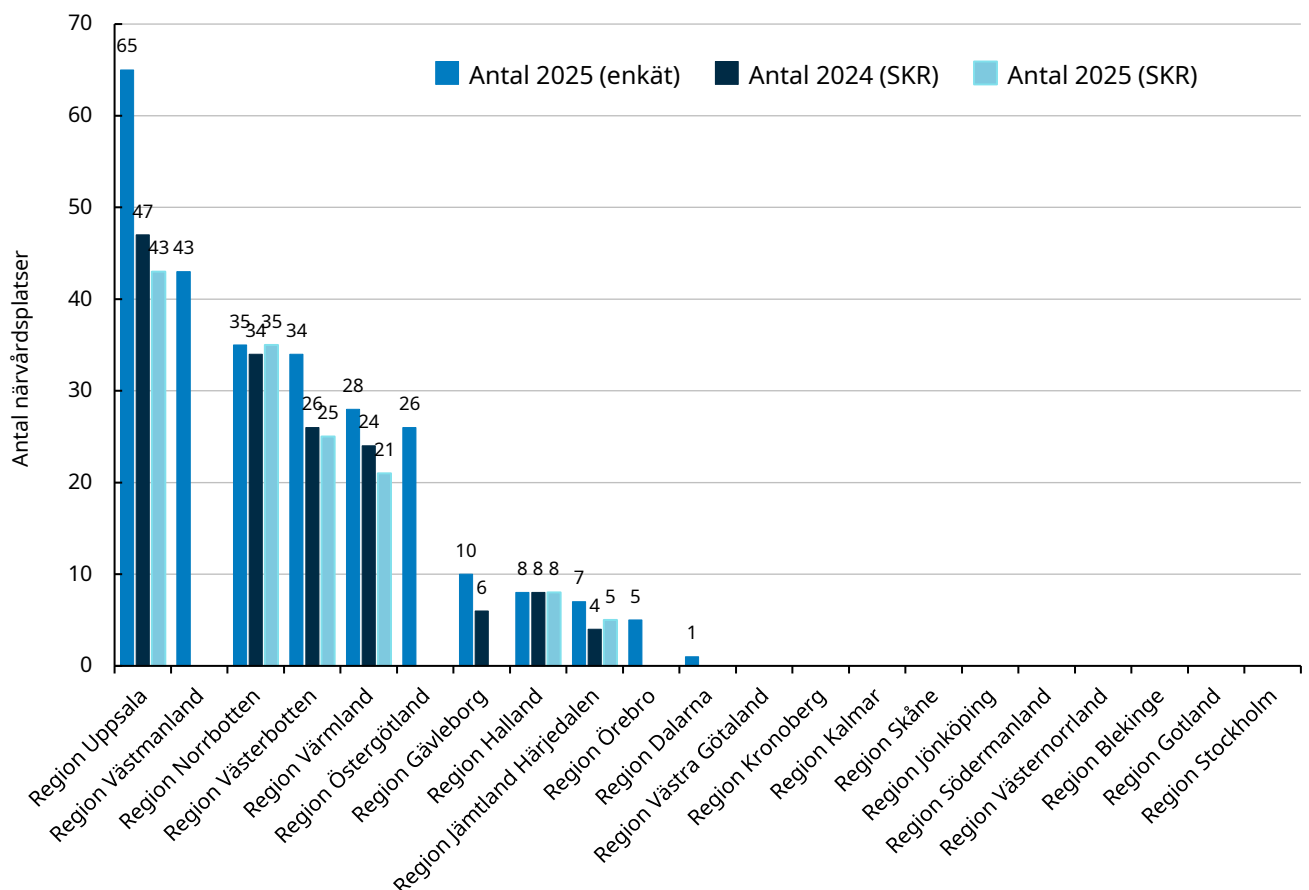
Den data vi hämtat ut, som skulle kunna omfatta närvårdsplatser, tyder på en hög medelålder för de som skrivs in (77 år). De vanligaste diagnoserna som anges är hjärtinsufficiens samt maligna tumörer i bronk, lunga och pankreas. Här kan det finnas en sammanblandning med exempelvis mobila team som är inriktade på avancerad vård i hemmet (ASIH), och därför kan resultaten få en överrepresentation av cancerdiagnoser. Eftersom det inte finns någon enhetlig definition av ”primärvård – slutenvård” tolkas begreppet olika, vilket ger stor variation i exempelvis vårdtid och diagnoser.

Den information som rapporteras till KPP i dag är utformad till vara så lik inrapporteringen till PAR som möjligt sett till innehåll och struktur, och många regioner visar redan i dag att de redan klarar den typen av inrapportering. Det krävs dock ett övergripande terminologiarbete för att avgöra hur närvårdsplatser ska rapporteras, om det faller inom primärvårdens inrapporteringsområde.

Hälften av regionerna har minst en "vårdplats på primärvårdsnivå"

I årets uppföljning av god och nära vård har Socialstyrelsen använt sig av enkätfrågor till regionerna om antal vårdplatser på primärvårdsnivå (till exempel närvårdsplatser), samt frågat om det finns samverkan med kommunerna om dessa vårdplatser [10]. Se enkätfrågor i bilaga 1. Syftet med enkätfrågorna var att försöka få en uppfattning om antalet vårdplatser på primärvårdsnivå i landet och omfattningen av samverkan kring dessa. Samtliga 21 regioner besvarade enkätfrågan, och 52 procent uppgav att de har sådana vårdplatser. Det sammanlagda antalet rapporterade platser uppgår till 262. Fördelningen framgår av diagram 1.

Diagram 1. Antal vårdplatser på primärvårdsnivå per region från enkät samt inrapporterad "primärvård - slutenvård" till SKR:s verksamhetsstatistik



Källa: Enkätresultat från Socialstyrelsens uppföljning av God och Nära vård 2025 samt SKR:s kostnadsdata-bas, KPP, "primärvård - slutenvård", 2024, 2025.

Osäkerhet i enkätsvar om antal vårdplatser

I våra dialoger med regionerna framgick det att vårdplatserna återfinns i större och mindre städer samt i glesbygd. Det framkom också att regionerna har svårt att ange exakt antal platser. Orsaken är att det saknas en definition av vad som avses med en vårdplats på primärvårdsnivå. Det innebär att regionerna gör olika bedömningar av vilka vårdplatser som ska inkluderas. Exempelvis kan platser som benämns ”eftervårdsplatser” eller ”utskrivningsplatser” i vissa fall motsvara sådana platser, men detta är inte tydligt. Socialstyrelsen bedömer därför att de rapporterade siffrorna är osäkra och att det sannolikt kan finnas ett mörkertal.

Samverkan region och kommun

Av de elva regioner som svarade att de har vårdplatser på primärvårdsnivå svarade tio regioner att de har samverkan med kommunen om dessa vårdplatser, medan en uppgav att de inte har det. I enkäten svarade några regioner i fritext att samverkan med kommunerna främst handlar om att regionen ansvarar för medicinskt ansvar och läkarinsatser, medan kommunen står för omvårdnad, bemanning eller korttidsplatser. I vissa fall delas lokaler, i andra fall sker samverkan genom gemensamma rutiner, förstärkta team eller samordnade utskrivningsprocesser. Ett par regioner beskriver också att bemanningsutmaningar och organisatoriska gränser påverkar möjligheterna till en mer integrerad samverkan.

Totalt svarade 252 kommuner på enkätfrågan om kommunen samverkar med regionen om vårdplatser på primärvårdsnivå. Av dessa uppgav 49 kommuner att de samverkar med regionen, medan 203 kommuner uppgav att de inte gör det. I fritextsvaren motiverades avsaknaden av samverkan med att vårdplatser på primärvårdsnivå saknas, att kommunen har egna korttidsplatser, eller att frågan inte varit aktuell. De kommuner som uppgav att de samverkar med regionen vid dessa platser, beskriver att detta till exempel sker vid närvårdsplatser, korttidsplatser eller palliativa platser.

Behov av gemensam terminologi

Terminologiskt resonemang om *närvårdsplats*

Det finns inte någon nationellt överenskommen definition av vad som menas med en närvårdsplats. Ett sätt att skapa förutsättningar för en nationellt enhetlig begreppsanvändning är att genomföra en terminologiutredning [11]. En sådan utredning består av att man definierar ett begrepp och väljer en term för att benämna det. För att definiera ett begrepp behöver man beskriva

dess kännetecken. ”Närvårdsplats” har många kännetecken och definitionen behöver vara vid för att täcka in vårdplatsens olika kännetecken med bara en term. En vid definition kan leda till att en term tolkas på olika sätt, och till exempel används för andra typer av vårdplatser än de som avses.

Termen vårdplats i termbanken

I Socialstyrelsens termbank definieras *vårdplats* som ”ligg- eller sittplats på vårdenhet som kan användas för vård eller behandling”.¹⁰⁴ *Vårdplats* har en vid definition för att den ska inkludera så många olika typer av vårdplatser som möjligt. Den ska omfatta både en vårdplats där en patient är inskriven för öppen vård kortare tid än ett dygn och en vårdplats där en patient är intagen för sluten vård.

Terminologerna vid Socialstyrelsen genomför under 2026 en terminologiutredning inom regeringsuppdraget S2024/01058 om tillgänglighet och vårdkapacitet. Utredningen behandlar termer som relaterar till *närvårdsplats*. Ett förslag inom det regeringsuppdraget är att ta bort begränsningen till sluten vård i definitionen av *disponibel vårdplats*. Termen disponibel vårdplats kan då användas mer flexibelt, med fler olika resurstyper, och till exempel användas för närvårdsplatser.

Behov av att kunna filtrera på olika typer av vårdplatser

Det finns önskemål från regionerna att kunna filtrera på olika typer av vårdplatser. I förslagen på filtrering som inkommit från regionerna finns även närvårdsplatser med. Socialstyrelsen har påbörjat ett arbete med att se över möjligheterna att förbättra datainsamling inom Socialstyrelsens väntetidsdatabas.

Nationell informationsstruktur och nationella informationsmängder

Nationell informationsstruktur (NI) ger en gemensam och entydig grund för hur information inom vård och omsorg ska dokumenteras, struktureras och delas [12]. Syftet är att säkerställa rättssäkerhet, interoperabilitet och hög kvalitet i informationshanteringen, samt att underlätta uppfyllandet av lagstadgade dokumentationskrav och nationell rapportering. Nationella informationsmängder (NIM) konkretiserar dessa principer genom att samla juridiska krav, definierade begrepp, nationella kodverk och logiska informationsmodeller inom specifika områden [12]. NIM fungerar därmed som ett praktiskt stöd för regioner och kommuner i att dokumentera på ett enhetligt

¹⁰⁴ Se termen *vårdplats* i Socialstyrelsens termbank.

och jämförbart sätt. Det saknas i dag en nationell informationsmodell för vårdplatser. Socialstyrelsen arbetar med att definiera och revidera relevanta begrepp.¹⁰⁵ För att kunna särskilja olika typer av vårdplatser krävs gemensamma nationella modeller som möjliggör jämförbarhet mellan vårdinformationssystemen. Ytterligare resonemang om NI, NIM och närvårdsplatser finns att läsa i ett separat PM som togs fram under arbetet med denna förstudie [13].

Sammanfattande slutsatser

Behov av nationell statistik och gemensamma definitioner

Det saknas i dag nationell statistik och enhetliga begrepp för närvårdsplatser, vilket gör att de inte kan identifieras eller följas upp i befintliga register. Variationer i hur regioner rapporterar verksamheten och avsaknaden av en gemensam terminologi och informationsmodell leder till osäkerhet i både omfattning och innehåll. För att möjliggöra likvärdig uppföljning, stärka kunskapsunderlaget och kunna stödja utvecklingen av närvårdsplatser behövs tydligare inrapporteringsprinciper, nationellt samordnade definitioner och strukturerad informationshantering.

¹⁰⁵ Enligt regeringsuppdraget S2024/01058 om tillgänglighet och vårdkapacitet.

Beredskap i hälso- och sjukvården

En fungerande hälso- och sjukvård i fred är en förutsättning för en fungerande hälso- och sjukvård i krig.¹⁰⁶ Kommuner och regioner är enligt hälso- och sjukvårdslagen skyldiga att tillgodose befolkningens behov av vård i alla lägen, dvs. både i ett normalläge och vid kris och krig. Under fredstida krissituationer och höjd beredskap är kommuner och regioner endast skyldiga att erbjuda vård som är nödvändig för liv och hälsa.¹⁰⁷ Det innebär att vårdskyldigheten är mer begränsad än i normala situationer.

Kommuner och regioner ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av kommunens respektive regionens ansvar för hälso- och sjukvård.¹⁰⁸

Vid planeringen måste kommuner och regioner även ta särskild hänsyn till att det krävs beredskap för att kunna hantera särskilt utmanande situationer, i både fred och krig. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska regionen och kommunen planera sin hälso- och sjukvård så att beredskap upprätthålls för katastroftillstånd, händelser som medför ett stort antal skadade eller sjuka, och andra händelser som allvarligt kan inverka på regionens och kommunens förutsättningar att fullgöra sina skyldigheter att erbjuda vård.¹⁰⁹

Ökat krav på gemensam planering för sammanhängande vårdkedja

Hanteringen av de mest utmanande situationerna som kan uppstå i vården kräver ett sammanhängande hälso- och sjukvårdssystem. Även om kommuner och regioner inte har samma vårdansvar, är de beroende av varandras resurser för att upprätthålla vård som är nödvändig för liv och hälsa.¹¹⁰ Kommuner och regioner ska därför särskilt beakta behovet av gemensam planering för att säkerställa en sammanhängande vårdkedja i situationer med katastroftillstånd, många skadade eller sjuka eller vid andra allvarliga händelser.¹¹¹ Vid krig är det sannolikt att regioner kommer att få omhänderta ett större antal skadade än normalt, och vissa av dessa kommer senare att behöva fortsatt vård och rehabilitering i en kommun. För att kunna frigöra vårdplatser på sjukhus behöver kommunerna kunna ta emot utskrivningsklara patienter som är i behov av kommunal hälso- och sjukvård. I andra

¹⁰⁶ Regeringens proposition Totalförsvaret 2025–2030, prop. 2024/25:34, s. 133.

¹⁰⁷ 16 a kap. 1 § HSL.

¹⁰⁸ 7 kap. 2 § och 11 kap. 2 § HSL.

¹⁰⁹ 7 kap. 2 b § första stycket och 11 kap. 2 a § första stycket HSL.

¹¹⁰ Regeringens proposition Hälso- och sjukvårdens beredskap, prop. 2024/25:167, s. 51.

¹¹¹ 7 kap. 2 b § andra stycket och 11 kap. 2 a § andra stycket HSL.

situationer kan personer som normalt får kommunal hälso- och sjukvård behöva tas in på sjukhus, till exempel vid en pandemi. Hela vårdstrukturen måste därför beaktas i totalförsvarsplaneringen.¹¹² Det kan också vara så att det är lämpligt att i vissa fall upprätta tillfälliga vårdplatser som bemannas gemensamt av kommunens och regionens personal, för att på så sätt samla resurser och med gemensamma ansträngningar skapa förutsättningar för den vård som patienter behöver.¹¹³

Sammanfattande slutsatser

Gemensam planering behövs för en sammanhängande vårdkedja

Kommuner och regioner behöver en gemensam beredskap för att kunna upprätthålla nödvändig vård i fred, kris och krig. Detta kräver samordnad planering och en sammanhängande vårdkedja, där resurser kan flyttas och förstärkas vid höjd belastning. Gemensamma närvårdsplatser skulle kunna utgöra en viktig pusselbit genom att skapa flexibel kapacitet i kris och krig.

¹¹² Prop. 2024/25:167, s. 51 f.

¹¹³ Betänkandet Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga, SOU 2022:6, s. 207.

Systemperspektiv

I detta avsnitt diskuterar vi vikten av ett systemperspektiv vid utvecklingen av närvårdsplatser. Vi konstaterar också att det finns en viss överlappning av målgrupperna för korttidsboenden och närvårdsplatser, och att kommuner upplever att vårdinsatserna har blivit mer komplexa och att patienternas vårdbehov har ökat inom den kommunala hälso- och sjukvården under de senaste åren.

Alla delar i ett vårdssystem påverkar helheten

För att uppnå effektiv styrning måste vården ses som ett helt system där resurser och kapacitet balanseras genom hela vårdkedjan. Hälso- och sjukvårdsverksamheter kan inte planeras isolerat, utan behöver utvecklas i relation till olika vårdformer och vårdnivåer, till exempel primärvård, slutenvård och kommunal vård och omsorg, samt mobil vård och digitala alternativ. Det är också viktigt att ta hänsyn till olika perspektiv såsom personcentrerad vård, kvalitet, patientsäkerhet, ekonomi, tillgänglighet och medarbetarnöjdhet för att skapa en långsiktigt hållbar vård [14].

Flöden och interaktioner

Samspelet mellan olika vårdnivåer och kommunala insatser påverkar hur effektivt kapacitet och resurser används (till exempel vårdpersonal, sängplatser och medicinsk utrustning). För att uppnå effektiva system krävs samordning mellan vård- och omsorgsaktörer och stöd från digitala verktyg som realtidsdata, planering, uppföljning och prediktiv analys. Till exempel kan en bättre samordning mellan akutsjukvård och primärvård minska onödig belastning på sjukhusen och se till att patienter får rätt vård på rätt nivå [1,14].

Patientsäkerhet och kompetensförsörjning

Socialstyrelsens indikatorbaserade uppföljning visar att oplanerade återinskrivningar bland äldre kan signalera att patienter skrivs ut från sjukhus med kvarstående vårdbehov eller att samordningen mellan slutenvård, öppen vård och kommunal hälso- och sjukvård har brustit [15]. En trygg och patientsäker utskrivning förutsätter att medicinska och omvårdnadsmissiga behov är identifierade och åtgärdade, samt att det finns säkra processer för diagnostik, riskbedömning och personcentrerad vård. När vårdplatskapaciteten är otillräcklig ökar risken för alltför tidiga utskrivningar, vårdskador och återinskrivningar. Uppföljningen betonar även vikten av att verksamheter

har personal med rätt kompetens, strukturerad kompetensutveckling och en bemanning som möjliggör snabba medicinska bedömningar och tidigt omhändertagande vid försämrat hälsotillstånd. Detta är centralt för att undvika obehandlade symtom, akuta försämringar och onödiga sjukhusbesök [15].

Nationella vårdkompetensrådet beskriver samtidigt betydande utmaningar i kompetensförsörjningen inom både primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Brist på specialistutbildad personal, begränsade resurser och otillräcklig tid för uppföljning och kvalitetsarbete försvårar omställningen till en god och nära vård [16]. Rådet framhåller därför behovet av systematisk fortbildning, tydlig rollfördelning och att befintlig personal ges förutsättningar att arbeta i enlighet med sin kompetens. Rätt kompetensmix och bemanning, systematisk fortbildning samt en välfungerande samordning är särskilt viktiga aspekter för utvecklingen av närvårdsplatser och för att förebygga återinskrivningar och säkerställa en trygg och patientsäker vårdnivå [1,16, 17].

Medicinteknisk utrustning i ett vårdssystem i förändring

Med en vård och omsorg i utveckling och med förändrade arbetssätt finns det flera möjligheter och utmaningar. Ett exempel är medicintekniska produkter (MTP), där det kan finnas olika syn på vad som ingår i primärvårdsnivån respektive specialistnivån. MTP omfattar en mängd olika produkter, allt från enkla förbrukningsartiklar till komplicerade högteknologiska utrustningar [18]. Även hjälpmedel och medicinska behandlingshjälpmedel omfattas, samt informationssystem och programvara som hanterar information kring patienten. Inom alla nivåer av hälso- och sjukvård används MTP för diagnos, behandling och rehabilitering.

Utvecklingen gör att alltmer teknisk utrustning används i hela vårdkedjan, från slutna vård till vård i hemmet. I den slutna vården används mer teknisk kvalificerad utrustning än i primärvården och i den kommunala hälso- och sjukvården. Varje vårdgivare ska fastställa rutiner för användning och hantering av medicintekniska produkter i verksamheten¹¹⁴, vilket gör att det kan se olika ut vilken utrustning som återfinns vid till exempel närvårdsplatser. Den snabba kunskapsmässiga- och tekniska utvecklingen innebär också att hälso- och sjukvårdspersonalen behöver kontinuerlig fortbildning.¹¹⁵ Brist på fortbildning innebär patientsäkerhetsrisker och att vård inte ges på lika villkor.

¹¹⁴ Se 2 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

¹¹⁵ Se Regeringens proposition 2025/26:19 Nästa steg för en god och nära vård.

Förslag till nationell strategi och handlingsplan för rehabilitering och habilitering

Behovet av rehabilitering och habilitering ökar i Sverige, till följd av att fler överlever allvarliga sjukdomstillstånd, att fler lever med kroniska sjukdomar samt att medellivslängden ökar. Samtidigt finns betydande variationer i tillgång och kvalitet över landet, vilket påverkar förutsättningarna för en jämlik vård. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta fram förslag till en nationell strategi och handlingsplan för rehabilitering, habilitering och användning av hjälpmedel [19]. Syftet är att skapa en mer sammanhållen, effektiv och behovsbaserad verksamhet. Arbetet ska utgå från hälso- och sjukvårdens etiska principer, där patienter med störst behov ska prioriteras. Förslagen lämnades till Socialdepartementet i maj 2026.

Av våra dialoger framgår att det är varierande tillgång till rehabilitering över landet och ibland bristande kvalitet, men att närvårdsplatser ger ökade möjligheter att möta behoven av rehabilitering.

Kommunernas upplevelse av vårdplatsläget

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Myva) har utvärderat regeringens pågående satsning för att öka antalet vårdplatser inom hälso- och sjukvården [20, 21]. I delrapporteringen av uppdraget lyfter de att hälso- och sjukvårdens olika verksamheter hänger ihop: hög belastning i en del får följd effekter i andra delar av systemet. Hög belägningsgrad och få disponibla vårdplatser i sluten vård kan till exempel leda till längre väntetider på akuten och högre belastning i den kommunala vården, på grund av för snabba utskrivningar. De har analyserat vårdplatsbristens påverkan på den kommunala hälso- och sjukvården bland annat genom en enkät till MAS och MAR (medicinskt ansvarig sjuksköterska, respektive medicinskt ansvarig för rehabilitering). Slutsatser och resultat av enkäten sammanfattas i faktaruta 2.

Faktaruta 2

Sammanfattning av Myvas enkätresultat och slutsatser

- En stor andel av MAS och MAR anser att den slutna vården inte kan tillgodose behovet av vårdplatser för patienter som bor i deras kommun.
- Flera MAS och MAR upplever att patienterna skrivs ut för snabbt från slutna vård, och några tar upp att patienter blir utskrivna innan de är medicinskt färdigbehandlade. Enligt svarspersonerna leder för korta vårdtider också till fler återinläggningar. Några nämner att även akuten kan påverkas om slutna vården inte kan tillgodose behovet av slutenvårdsplatser. Till exempel så kan patienter få vänta länge på akuten eller behöva åka tillbaka till sjukhuset för att söka akut vård.
- Flera MAS och MAR lyfter att för tidig utskrivning ställer högre krav på kommunerna och ökar belastningen på dem. Till exempel kan det behövas fler korttidsplatser. Enligt svarspersonerna behöver kommunen därmed ge mer avancerad vård i hemmet.
- Några tar upp en pågående förskjutning som innebär att kommunen utför mer avancerad hälso- och sjukvård än tidigare. Nästan alla uppger också att vårdinsatserna har blivit mer komplexa och att patienternas vårdbehov har ökat inom den kommunala hälso- och sjukvården under de senaste 5–10 åren.
- Knappt tre fjärdedelar uppger att fler patienter än tidigare behöver insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.
- Flera MAS och MAR beskriver att kommunerna inte har den kompetens och de resurser som krävs för att vårda patienter som egentligen borde flyttas till en högre vårdnivå än kommunens. Enligt några resulterar detta i ojämlikheter, eftersom patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården och personer på särskilt boende inte får tillgång till slutna vård eller vård i samma utsträckning som andra patienter.
- Fritextsvaren visar att korta vårdtider kan leda till sämre patientsäkerhet och till att patienter inte får den vård som de behöver. Dessutom kan det orsaka otrygghet och oro hos både patienter och närstående, och även ökat lidande för patienten.

Minskad tillgång till korttidsboende

Några MAS och MAR beskriver i Myvas rapport en pågående förskjutning som innebär att kommunen utför mer avancerad hälso- och sjukvård än tidigare [20, 21]. Nästan alla uppger också att vårdinsatserna har blivit mer komplexa och att patienternas vårdbehov har ökat inom den kommunala hälso- och sjukvården under de senaste åren. I Myvas rapport lyfts också att en del MAS och MAR ser att det kan behövas ett fler korttidsplatser.

Under 2023 hade 37 724 personer i åldersgruppen 65 år och äldre en korttidsplats, varav 25 794 personer tillhörde åldersgruppen 80 år och äldre [22]. 97 procent av dessa personer hade även behov av insatser inom kommunal hälso- och sjukvård på korttidsboendet.

Tillgången till korttidsboende har minskat över tid, särskilt för personer 80 år och äldre [23]. Andelen med korttidsplats har i denna åldersgrupp minskat från 1,2 procent till 0,6 procent mellan åren 2015 och 2025. Andelen bland personer 65–79 år har däremot varit låg och relativt stabil under hela perioden. En minskad tillgång till korttidsboende kan försämra möjligheten för äldre att få rehabilitering och stöd i övergången mellan sjukhusvård och hemmet [22].

Ökade krav på samverkan

Från 1 juli 2026 förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen att region och kommun ska samverka med varandra i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.¹¹⁶ Vården ska upplevas som sömlös för patienten, och för att inga vårdbehov ska falla mellan stolarna behöver båda huvudmännen samverka kring planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården, utifrån invånarnas behov.

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.¹¹⁷

I förarbetena till lagändringen skriver regeringen bland annat att vårdbehoven hos personer som får hälso- och sjukvård från kommunen har förändrats sedan tiden för Ädelreformen. Det är i dag vanligt förekommande att personerna har kroniska sjukdomar eller flera sjukdomar samtidigt. Sjukdomsbilden är ofta komplex med livslånga tillstånd. Den förändrade sjukdomsbilden medför ökat behov av rehabilitering. Många behöver vård i livets slutskede.¹¹⁸

¹¹⁶ Se 7 kap. 7 § HSL.

¹¹⁷ Se prop. 2025/26:19, s. 25.

¹¹⁸ Se prop. 2025/26:19, s. 23.

De personer som får kommunal hälso- och sjukvård har överlag omfattande och sammansatta vårdbehov och är oftast mer sköra än befolkningen generellt. De har ofta behov av både enkla och kvalificerade primärvårdsinsatser och insatser från den specialiserade hälso- och sjukvården. Utvecklingen ställer ökade krav på tillgången till medicinteknisk utrustning, personalens kompetens, bemanning och inte minst samverkan mellan hälso- och sjukvårdens olika delar.¹¹⁹

I propositionen lyfts att en snabbare utskrivning från sjukhus bidrar till att personer allt oftare har ett fortsatt stort vård- och omsorgsbehov när de skrivs ut. Fler personer kan tillfälligt behöva få efterföljande vårdbehov tillgodosett i ordinärt boende, på kommunens korttidsboenden eller andra särskilda boenden. Utvecklingen ställer nya krav även på kommunens förmåga att möta ett ökat behov av rehabilitering, habilitering och tillgång till hjälpmedel.¹²⁰

Den snabba kunskapsutvecklingen innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen behöver kontinuerlig fortbildning för att kunna erbjuda bästa tillgängliga hälso- och sjukvård. En fungerande fortbildning och kunskapsspridning är viktig även för socialtjänstens verksamheter, mot bakgrund av att kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst i många delar är tätt sammanflätade, till exempel inom äldreomsorgen. Utredningar visar dock att personal i kommunens primärvård får begränsad tillgång till fortbildning. Bristen på fortbildning innebär en risk för att patienter i kommunal hälso- och sjukvård inte får tillgång till bästa tillgängliga hälso- och sjukvård eller inte får tillgång till vård på lika villkor.¹²¹

Hälsoekonomiskt perspektiv

Ur ett hälsoekonomiskt perspektiv kan vårdplatser på ”mellannivå” motiveras genom principen om vård på rätt vårdnivå. En del patienter som i dag vårdas i sluten vård har stabila medicinska tillstånd men kvarstående behov av medicinsk uppföljning, rehabilitering och omvårdnad. När dessa patienter vårdas på akutsjukhus används resurser och specialistkompetens som inte motsvarar vårdbehovet, vilket kan leda till ineffektiva patientflöden och begränsa den slutna vårdens kapacitet [1].

Socialstyrelsen betonade i rapporten *Plats för vård* att vård utanför sjukhus för vissa patientgrupper kan bidra till förbättrade patientutfall, vilket i sin tur kan minska framtida vårdbehov och därmed den långsiktiga resursbelastningen [1]. Forskning visar att vård på ”mellannivå” kan ge likvärdiga kliniska resultat till lägre eller motsvarande kostnad jämfört med sjukhusvård. En systematisk översikt visar att ”mellanvårdsnivå” (engelskans *intermediate*

¹¹⁹ Se prop. 2025/26:19, s. 23.

¹²⁰ Se prop. 2025/26:19, s. 23.

¹²¹ Se prop. 2025/26:19, s. 23.

care) kan vara kliniskt likvärdig med traditionell sjukhusvård och potentiellt mer kostnadseffektiv [24]. Svenska registerdata bekräftar betydande kostnadsskillnader mellan slutenvårdsdygn och exempelvis vårddygn i kommunal vård [25].

Regioners beräkningar indikerar att närvårdsplatser kan vara ett kostnadseffektivt alternativ. Region Uppsala har exempelvis uppskattat att ett vårddygn på närvårdsplats (5 600 kr) som ersätter ett sjukhusdygn (12 000 kr) kan ge årliga besparingar på minst 1,9 miljoner kronor [26]. SKR föreslår i sin vägledande skrift att närvårdsplatser i anslutning till primärvård ska räknas som slutenvård, men med lägre kostnadsnivå än sjukhusens [27].

Vårdplatser på ”mellannivå”, såsom närvårdsplatser, kan därmed skapa större flexibilitet i användningen av personalresurser, särskilt i ett läge där tillgången till sjuksköterskor och annan nyckelkompetens påverkar vårdplatskapaciteten [1]. Integrerade arbetssätt över huvudmannagränser lyfts fram som centrala för att minska fragmentering i vårdkedjan [28]. Om regioner och kommuner etablerar och driver närvårdsplatser gemensamt skulle det kunna bidra till en mer ändamålsenlig kompetensmix och förbättrad kompetensförsörjning.

Som en del i omställningen till god och nära vård utvecklas arbetssätten inom hälso- och sjukvården, inte minst genom olika mobila vårdformer. Den tekniska och medicinska utvecklingen under senare år har gjort det möjligt att bedriva alltmer avancerad sjukvård i patientens eget hem [29]. För patienter som behöver mer omfattande observation eller tillgång till medicintekniska resurser kan mobil vård i hemmet vara ett viktigt komplement till slutenvård. Den är dock inte alltid ändamålsenlig. När patientens behov överstiger vad som rimligen kan tillhandahållas i hemmet, kan närvårdsplatser vara ett mer lämpligt och ändamålsenligt alternativ i ett sammanhållet vård- och omsorgssystem [30]. Studier där vård på sjukhus och mobil vård jämförs visar blandade resultat avseende dödlighet, vårdkonsumtion och kostnader, även om vissa aspekter, till exempel av patienternas upplevelse av trygghet och nöjdhet ofta är högre med mobila team [31].

Sammanfattande slutsatser

Utvecklingen utmanar vårdssystemet

Ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem kräver ett tydligt systemperspektiv, där regioner och kommuner planerar och utvecklar vården gemensamt. Den ökande komplexiteten i patienternas behov, minskad tillgång till korttidsplatser och snabbare utskrivningar från sjukhus innebär att kommunal hälso- och sjukvård behöver hantera mer avancerade insatser än tidigare. De personer som får kommunal hälso- och sjukvård har över lag omfattande och sammansatta vårdbehov. Det ställer högre krav på samverkan, kompetens, medicintekniskt stöd och kapacitetsstyrning genom hela vårdkedjan. Gemensamma närvårdsplatser skulle kunna utgöra en viktig del av lösningen, genom att skapa en flexibel "mellanvårdnivå" som ger patienter med komplexa behov en tryggare och mer sammanhållen vård, stärker samordningen samt frigör vårdplatser på akutsjukhusen.

Erfarenheter från Norge

Kommunala akutvårdsplatser (KAD) infördes i Norge 2012 för att avlasta sjukhusen och erbjuda akuta vårdinsatser närmare patientens hem [32]. Sedan 2016 är alla kommuner skyldiga att tillhandahålla KAD-platser, som främst riktas till äldre och personer med kroniska sjukdomar som har behov av kortvarig observation, behandling och tillsyn [33]. Vårdtiden är ofta upp till tre dygn. Organisation och bemanning varierar mellan kommunerna, från små enheter integrerade i vårdhem eller vårdcentraler till större interkommunala enheter med läkare på plats dygnet runt. Samtliga KAD-enheter ska ha tillgång till akutkompetent sjuksköterska, dagliga läkarbesök och grundläggande medicinteknisk utrustning. Verksamheten bygger på nära samverkan mellan kommuner, primärvård och sjukhus, med elektroniska journalsystem som stöd för informationsöverföring.

Trots att KAD funnits i över ett decennium är beläggningen fortsatt låg, omkring 40 procent [34]. Studier visar att KAD inte alltid ersätter sjukhusvård, särskilt när patienter behöver mer avancerad diagnostik [35]. Samtidigt tyder resultaten på att äldre patienter kan ha särskild nytta av vårdformen. Variationer i antagningskriterier, dokumentationskrav och läkarbemanning har identifierats som återkommande hinder, medan god planering, tydliga rutiner och stabil läkarbemanning lyfts fram som framgångsfaktorer. Läs mer om Norge i bilaga 2.

Sammanfattande slutsatser

Utblick till våra grannländer kan ge underlag för vägval

Erfarenheterna från Norge kan vara relevanta för utvecklingen av svenska närvårdsplatser, till exempel när det gäller kriterier, vårdutbud, kompetens och samverkan i hela vårdkedjan.

Sammanfattande diskussion och förslag

Erfarenheter visar att närvårdsplatser kan fylla en viktig funktion i vårdkedjan. I dialogerna framkommer återkommande att närvårdsplatserna möter ett växande behov av vård och rehabilitering på en nivå mellan mobil vård och sjukhusvård. Patientgruppen på dessa vårdplatser består oftast av äldre multisjuka personer med så komplexa behov av hälso- och sjukvård och tillsyn, att den mobila vården inte alltid kan tillgodose dessa. Kommuner beskriver också ökade vårdbehov och mer avancerade insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården på korttidsboenden.

”Mellanvårdnivåer” i både region och kommun

Närvårdsplatserna fungerar i dag i praktiken som en ”mellanvårdnivå”, men en sådan nivå finns inte i lagstiftningen. Avsaknaden av en tydlig vårdform skapar otydlighet kring ansvar, bemanning, läkemedelshantering och rapportering. Verksamheterna beskriver att de ”driver en mellanvårdsform där primärvård och specialiserad vård emellanåt går in i varandra”. Detta leder till variationer i hur platserna organiseras, bemannas och följs upp, vilket försvårar jämförbarhet och nationell analys. Även korttidsboendena fungerar i dag i många kommuner som en sorts ”mellanvårdnivå”, men erbjudande om plats där styrs av SoL, inte HSL.

Närvårdsplatser och korttidsboenden har delvis överlappande verksamhet

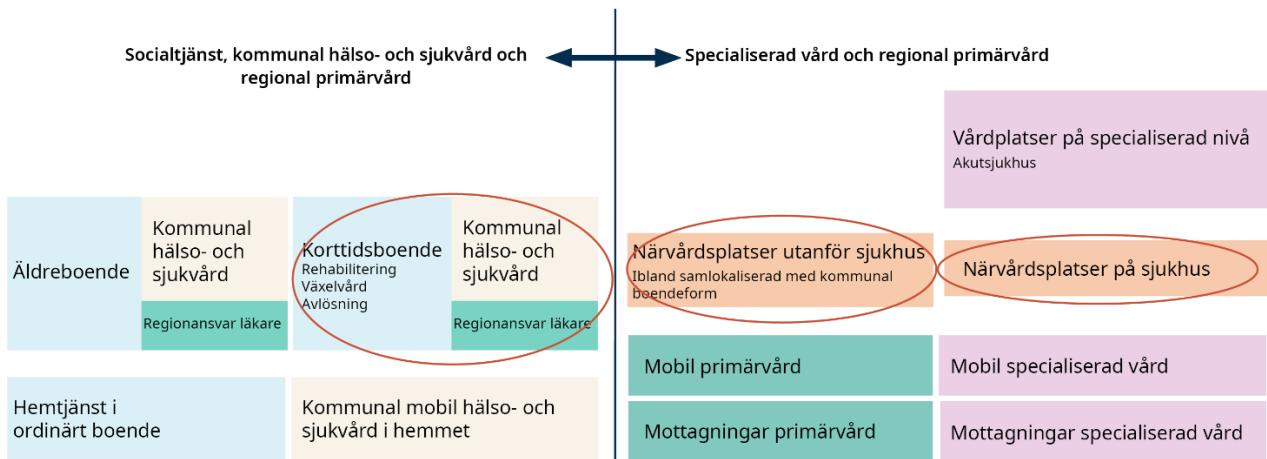
Utifrån resultaten i förstudien ser vi att det fortfarande finns diskussioner om vilken huvudman som ansvarar för tillfälliga behov av vård och rehabilitering av till exempel äldre personer som inte behöver vara på akutsjukhus. Det handlar om personer i ordinärt boende med tillfälliga försämringar i hälsotillståndet eller efter utskrivning från sjukhus.

Kommunernas korttidsboenden och regionernas närvårdsplatser bedriver delvis överlappande verksamhet när det gäller vård och rehabilitering. Båda dessa typer av verksamheter används alltså för att möta behov av mer komplexa vård- och rehabiliteringsinsatser, men på olika platser i vård- och omsorgssystemet, se figur 1.

En stor skillnad är att för att få ett korttidsboende krävs beslut om att erbjuda platsen med stöd av socialtjänstlagen. En korttidsplats erbjuds alltså inte enligt behovsprincipen i hälso- och sjukvårdslagen, som innebär att den som

har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.¹²²

Figur 1. Exempel på var i vård- och omsorgssystemet det finns dygnet-runt-platser för korttidsvård och rehabilitering



Källa: Figuren är framtagen baserad på dialoger med regioner och kommuner. Socialstyrelsen 2025–2026.

Fortfarande gränsdragningsproblem vid utskrivning från sjukhus

Socialstyrelsen pekar i sin nationella analys av vårdplatsläget 2026 på att arbetet för att minska behovet av vårdplatser behöver intensifieras ytterligare [36]. En viktig fråga för att frigöra kapacitet är den stora andelen patienter som är redo att skrivas ut till hemmet eller till kommunal vård och omsorg, men som fortfarande vårdas på sjukhus. I dag upptar utskrivningsklara patienter cirka 4,8 procent av vårdplatserna på sjukhus. Om alla regioner skulle uppnå målnivån, som är 2,4 procent, motsvarar det omkring 270 vårdplatser nationellt. Andelen har dessutom ökat i flera regioner.

Myva skriver i sin utvärdering av antalet vårdplatser, att lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, som infördes 2018, haft stor betydelse för hur kommunerna och den slutna vården arbetar med utskrivningar [20, 21]. Myva skriver vidare att resultaten tyder på att korttidsplatserna i kommunen används som dragspel och hamnar i kläm från både slutenvården och kommunen, och att varken antalet platser inom särskilda boenden eller korttidsboenden är i dag dimensionerade efter dagens behov.

Av Myvas intervjuer framgår också att alltmer vård flyttas ut från slutna vård till öppen vård i takt med att specialistvården blir alltmer avancerad. Som en följd av det får den kommunala hälso- och sjukvården mer

¹²² Se 3 kap.1 § HSL.

komplikerade uppgifter i dag. I ett par intervjuer som Myva genomfört med kommuner framgår att lagen om samverkan vid utskrivning kan försätta kommunerna i en svår situation i vissa lägen. Det kan till exempel handla om att kommunerna inte håller med om att patienterna kan lämna sjukhuset, eller att primärvården och den slutna vården inte kan enas om vem som ska ha det medicinska ansvaret. Bilden utifrån Myvas intervjuer med kommunrepresentanter är att de utmaningarna blir extra tydliga när den slutna vården är ansträngd. Det förekommer att kommunerna blir uppmanade att ta hem patienter som personalen i kommunen upplever hade behövt någon extradag på sjukhuset. Och om kommunen vill skriva in en patient kan de mötas av försök att vårda patienten på andra vårdnivåer än slutna vård.

Myva beskriver också att det är vanligt att informationen inför utskrivning från slutna vård är bristfällig eller kommer med kort varsel under perioder med ansträngt läge på sjukhuset, eller att man pressas till att lägga patienter på korttidsboende.

Myva konstaterar att även under förhållandevis lugnare perioder i den slutna vården utmanas kommunerna av de korta vårdtiderna, tillsammans med ett ökat vårdbehov hos patienterna. Myva drar slutsatsen att den kommunala hälso- och sjukvården över tid har fått ett utökat ansvar för sådan vård och omvårdnad som tidigare gavs inom slutna vård.

Behov av förändrad struktur och tydligt ansvar

Systemperspektiv och resurseffektivitet

Ett återkommande tema i våra dialoger med regioner och kommuner är att närvårdsplatserna inte kan ses isolerat, utan måste integreras i ett sammanhållet vårdsystem. I våra dialoger beskriver verksamheterna att närvårdsplatserna bidrar till minskade akutmottagningsbesök, kortare vårdtider på sjukhus och färre återinläggningar. Detta ligger i linje med målen för omställningen till en god och nära vård.

- Erfarenheterna talar för att närvårdsplatser på ”mellanvårdnivå” skulle kunna stärka vårdens förmåga att möta sköra patienter med komplexa behov i ett tidigt skede. Närvårdsplatserna möjliggör multiprofessionella arbetssätt och mer tid för personcentrerad vård och individuell planering vilket kan stärka patientsäkerheten.
- Förstudien visar att kompetensförsörjningen är en av de mest avgörande faktorerna för att en verksamhet ska kunna bidra till en trygg och effektiv vård. Både vid korttidsboenden och närvårdsplatser finns svårigheter att säkerställa tillgång till rätt kompetens, särskilt läkare, sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal.

- En nyckelfaktor i arbetet med närvårdsplatser är att följa upp såväl patientutfall som resursåtgång. För att närvårdsplatserna ska ha en effekt på det totala vårdplatsbehovet krävs att platserna har lägre bemanningsbehov, alternativt bemannas med en annan kompetensmix, än sjukhusens disponibla vårdplatser. Annars innebär arbetet enbart en förflyttning av resurser. Om platserna bemannas som disponibla vårdplatser men genererar ett lägre vårdbehov hos patienterna och minskar belägningsgraden på sjukhus är även detta ett lyckat utfall, sett ur perspektivet att målet är att minska vårdplatsbristen [1].
- Det finns en överlappning i den vård och rehabilitering som erbjuds på korttidsboenden och på närvårdsplatser. Verksamheterna drivs dock med olika regelverk och styrlogiker. Vi har i vår juridiska analys sett att en samlokalisering av korttidsboenden och närvårdsplatser stöter på juridiska utmaningar som försvårar möjligheten att kunna använda gemensamma resurser såsom personal, patientjournalssystem och läkemedelsförråd. Detta talar för att det behövs en översyn av ansvarsfördelningen och förutsättningarna för gemensam drift, för att resurser och kompetens ska kunna utnyttjas på ett bättre sätt.

Behov av nationell statistik och gemensamma begrepp för uppföljning

Förstudien visar också att bristen på gemensamma begrepp och nationell statistik försvårar uppföljning. I dag rapporteras närvårdsplatser på olika sätt, och det går inte att skilja ut närvårdsplatserna i inrapporteringen av slutenvård. Detta begränsar möjligheten att bedöma effekter, kvalitet och kostnadseffektivitet samt utvecklingen av närvårdsplatser, både på nationell och regional nivå.

Beredskapsperspektivet

Vår bedömning är att närvårdsplatser även kan ha en viktig roll i Sveriges beredskap. Vid höjd beredskap eller kris behöver regioner kunna frigöra sjukhusplatser och samtidigt behöver huvudmännen säkerställa fortsatt vård för patienter med mindre akuta men omfattande behov. Närvårdsplatser kan då fungera som en flexibel resurs, särskilt om de drivs gemensamt av region och kommun och integreras i totalförvarsplaneringen. Detta ligger i linje med lagkraven på gemensam planering för en sammanhängande vårdkedja.

Underlätta för att etablera gemensamt drivna närvårdsplatser

Omställningen till en god och nära vård kräver nya arbetssätt. Att underlätta så att region och kommun gemensamt kan driva närvårdsplatser skulle kunna bidra till att stärka hälso- och sjukvårdens långsiktiga kapacitet, kompetensförsörjning och resurseffektivitet. Med en vårdnivå som bättre motsvarar patienternas faktiska behov kan vårdens resurser användas mer ändamålsenligt samtidigt som belastningen på den slutna vården minskar.

Förstudiens slutsatser

Sammantagna slutsatser från förstudien

Gemensamt drivna närvårdsplatser kan:

- förbättra resurseffektiviteten i vård- och omsorgssystemet
- avlasta sluten vård och minska vårdplatsbristen
- ta tillvara och utveckla personalens kompetens
- stärka vårdkedjan för patienter med komplexa behov
- bidra till ökad kontinuitet och trygghet för patienter och närstående
- skapa förutsättningar för att bedriva vård och rehabilitering på ett effektivt och jämlikt sätt
- utgöra en del av hälso- och sjukvårdens beredskap.

För att underlätta denna utveckling skulle det behövas förändringar i lagstiftningen, tydligare nationella begrepp och förbättrade förutsättningar för gemensam drift.

Förslag om översyn av lagstiftningen

Utifrån resultaten i förstudien föreslår Socialstyrelsen att en särskild utredare ges i uppdrag att göra en översyn av lagstiftningen. En förändring av lagstiftningen skulle underlätta för de regioner och kommuner som vill etablera och gemensamt driva närvårdsplatser. I kommande avsnitt redogör vi för de behov av förändringar som Socialstyrelsen har uppmärksammat.

Avtalssamverkan enligt kommunallagen

I dag begränsas möjligheten till avtalssamverkan av att samverkan endast kan avse uppgifter som ankommer på båda huvudmännen. Socialstyrelsen anser att det kan finnas skäl att se över möjligheten för regioner och kommuner att kunna avtalssamverka om att gemensamt bedriva närvårdsplatser

trots att det i dag inte är en uppgift som ankommer på kommuner enligt 12 kap. 1 och 2 §§ HSL.

Socialtjänstlagen

Vi föreslår också att socialtjänstlagen ses över utifrån att korttidsboende (verksamhet i form av hem för viss annan heldygnsvård) enligt 26 kap. 1 § 3 socialtjänstlagen (SoL)) har en delvis överlappande verksamhet med regionens närvårdsplatser.

I förarbetena till Ädelreformen beskrivs att resurser för rehabilitering, växelvård och avlastning skulle föras över till kommunerna. I förarbetena står också att kommunen med kort varsel bör kunna erbjuda sådana korta vistelser vid en särskild boendeform.

Både korttidsboende och närvårdsplatser erbjuder alltså tillfällig vård och rehabilitering till personer med sviktande hälsotillstånd som inte behöver akut-sjukhusets resurser, men där mobil vård inte är tillräcklig. Det gäller både personer i hemmet och de som är på väg att skrivas ut från sjukhus.

Korttidsboende föreslås få ett tydligt socialt fokus och ansvaret för tillfällig vård och rehabilitering förändras

En statlig utredning kan se över möjligheten att korttidsboende kvarstår som en särskild boendeform för exempelvis växelvård och avlastning med kommunal hälso- och sjukvård, och att beslut om plats fattas med stöd av socialtjänstlagen, som i dag.

Däremot skulle beslut om att erbjuda vårdplats på närvårdsplats, med inskrivning från hemmet eller efter sjukhusvistelser, i stället fattas av primärvårdens läkare med stöd av hälso- och sjukvårdslagen. Det skulle innebära att dessa platser inte är en särskild boendeform, utan är en vårdplats, i form av en närvårdsplats (allmänmedicinsk slutenvårdsplats). Huvudman skulle som följd av detta kunna vara regionen, men med en förändring av avtals-samverkan i kommunallagen skulle regionerna kunna driva dessa platser gemensamt med kommunerna. Med gemensamt drivna platser skulle diskussionerna om ansvarsgränser kunna minska, och fokus ligga på gemensam planering och helhetssyn på systemnivå. Att de gemensamt drivna närvårdsplatserna skulle vara hälso- och sjukvård skulle också innebära att plats ska erbjudas enligt behovsprincipen i HSL, alltså att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.¹²³

¹²³ Se 3 kap.1 § HSL.

Detta arbetssätt bedömer vi skulle gynna patientgruppen multisjuka äldre med komplexa hälso- och sjukvårdsbehov, som inte behöver akutsjukhusets resurser men vars behov inte heller kan tillgodoses i hemmet med mobil vårdverksamhet och hemtjänst. Erfarenheter av närvårdsplatser talar för att gemensamt drivna platser skulle kunna minska antalet besök på akutmottagningar och återinläggningar på sjukhus. Det finns också stora möjligheter att utnyttja befintliga personalresurser, kompetensutveckling och medicinteknisk utrustning mer effektivt samt öka patientsäkerheten och beredskapen.

Andra författningar

Det finns även andra författningar som kan behöva ses över. Ett exempel är lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, LUS. Den innehåller bland annat bestämmelser om samverkan om enskilda som efter att de skrivits ut från sluten vård kan komma att behöva insatser, samt bestämmelser om kommunens betalningsansvar för vissa utskrivningsklara patienter. Det behöver även utredas vilka avgifter och högstkostnadsskydd som ska gälla för gemensamt drivna närvårdsplatser. Socialstyrelsen ser också ett behov av att det tydliggörs hur läkemedelsförsörjningen ska säkras på gemensamt drivna närvårdsplatser.

Förslag om försöksverksamhet

Socialstyrelsen föreslår att det inom ramen för försöksverksamhet¹²⁴ införs ett tillfälligt undantag från de regler som hindrar att kommuner och regioner gemensamt driver närvårdsplatser. Flera statliga utredningar har lämnat förslag om att försöksverksamhet ska användas som metod för att identifiera områden där permanenta förändringar av regelverket för kommuner och regioner bör övervägas.¹²⁵ Syftet skulle vara att pröva gemensamt drivna vårdplatser i en liten skala, för att sedan utvärdera och avgöra om förändringen ska genomföras i större skala.

Förslag om verksamhetsnära stöd

Socialstyrelsen föreslår också att myndigheten ger verksamhetsnära stöd till regioner och kommuner om närvårdsplatser. Myndigheten fick i juni 2026 ett nytt uppdrag om att förstärka det verksamhetsnära arbetet för en utbyggd primärvård. I uppdraget till Socialstyrelsen ingår att stödja regioner och kommuner i arbetet med att göra primärvården till ett nav i hälso- och

¹²⁴ Försöksverksamhet beskrivs i Försöksverksamhetskommitténs direktiv (dir. 2021:110) som en metod för att arbeta fram reformer och utveckling som leder fram till ett förbättrat arbetssätt och resultat.

¹²⁵ Se SOU 2023:94 s. 55 f.

sjukvården och att stärka samordningen mellan vårdgivare, vårdnivåer och huvudmän.¹²⁶ Ett fortsatt arbete om närvårdsplatser kan bidra till detta.

Verksamhetsnära stöd om närvårdsplatser skulle till exempel kunna handla om stöd till: erfarenhetsutbyte och samverkan, planering av resurser och vårdutbud, beräkning av kostnadseffektivitet och inrapportering för nationell uppföljning, samt hur dessa platser kan vara en del av Sveriges beredskapsplanering. Socialstyrelsen kan också bidra till att belysa patienters och anhörigas erfarenheter och upplevelser av närvårdsplatser.

¹²⁶ Se uppdrag till Socialstyrelsen att utveckla primärvården till navet i hälso- och sjukvården genom verksamhetsnära stöd (S2026/00985).

Referenser

1. Socialstyrelsen. Plats för vård, förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården. Stockholm; 2024.
2. Sveriges regioner och kommuner (SKR). Riksavtal för utomlänsvård. Med giltighetstid fr.om 1 september 2025. Stockholm; 2025.
3. Socialstyrelsen. Beskrivning och analys av hur regelverket för läkemedelsförsörjningen tillämpas utifrån dagens hälso- och sjukvård. Redovisning av regeringsuppdrag. Stockholm; 2017.
4. Socialstyrelsen. Lagerhållningsskyldighet av sjukvårdsprodukter för kommuner och regioner. Delredovisning av regeringsuppdrag. Stockholm; 2026.
5. Socialstyrelsen. Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboende samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg. Stockholm; 2013.
6. Socialstyrelsen. Åtgärdsförslag för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre, primärvård och korttidsboende, vad behöver förändras? Stockholm; 2015.
7. Socialstyrelsens slutrapportering av uppdraget Utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården (S2025/00940). Dnr 39751/2025. Stockholm; 2025
8. Sveriges regioner och kommuner (SKR). VI2000.Verksamhetsindelning för regioner, räkenskapsåret 2024 SKR:s verksamhetsstatistik. Stockholm; 2025.
9. Sveriges regioner och kommuner (SKR). VI2000.Verksamhetsindelning för regioner, räkenskapsåret 2025 SKR:s verksamhetsstatistik. Stockholm; 2026.
10. Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en god och nära vård 2025. Stockholm; 2026.
11. Socialstyrelsen. Terminologi, Socialstyrelsens webbplats. Hämtad 2026-02-03 från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/terminologi/>
12. Socialstyrelsen. Nationell informationsstruktur, NI. Nationella informationsmängder, NIM. Socialstyrelsens webbplats. Hämtad 2026-02-03 från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/e-halsa/nationell-informationsstruktur-och-nationella-informationsmangder>
13. Socialstyrelsen PM Närvårdsplatser, nationell informationsstruktur och nationella informationsmängder. Diarienummer.15135/2025. Stockholm; 2026.
14. Socialstyrelsen. Stöd för produktions- och kapacitetsstyrning. Hämtad 2026-02-05 från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/tillganglighet-i-halso--och-sjukvarden/stod-for-produktions-och-kapacitetsstyrning/>

15. Socialstyrelsen. Indikatorbaserad uppföljning inom patientsäkerhetsområdet. Stockholm; 2025.
16. Socialstyrelsen. Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Socialstyrelsen; 2024.
17. Socialstyrelsen. Effektiv användning av vårdens personalresurser. Förslag om stärkt nationell samordning genom etablering av ett nationellt lärandesystem för personalplanering. Stockholm; 2026.
18. Vårdhandboken. Medicintekniska produkter – översikt. Hämtad 2025-11-20 från <https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/medicintekniska-produkter/oversikt/>
19. Socialstyrelsen. Förslag till en nationell strategi och handlingsplan för rehabilitering, habilitering och användning av hjälpmedel. Stockholm; 2026.
20. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Utvärdering av satsningen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården, delredovisning. Stockholm; 2025
21. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Brist på plats, utvärdering av satsningen på att öka antalet vårdplatser inom hälso- och sjukvården. Stockholm; 2026.
22. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre, lägesrapport. Stockholm; 2025.
23. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre, lägesrapport. Stockholm; 2026.
24. Guarinoni MG, Xausa P, Motta PC. Intermediate Care, Clinical and Economic Outcomes. Systematic Review. Policy Polit Nurs Pract. 2025 Nov;26(4):290–297.
25. Willers C, Lindqvist R, Fors S, Lindh Mazya A, Nilsson G, Boström A-M & Rydwick E. Exploration of health care utilization, social care utilization and costs for individuals discharged from inpatient geriatric care in Sweden - a registry data study. Health Economics Review (2025).
26. Region Uppsala, slutrapport – Ekonomiska konsekvenser av “Effektiv och nära vård 2030” i Region Uppsala: fokus äldre. Uppsala; 2021.
27. Sveriges kommuner och regioner (SKR). Processtöd för att planera Nära vård lokalförsörjning, vägledande skrift. Stockholm; 2023.
28. Socialstyrelsen. Nationellt erfarenhetsutbyte om kortare köer och nära vård, 2026. Hämtad 2026-03-02 från [Nationellt erfarenhetsutbyte om kortare köer och nära vård - Socialstyrelsen](#)
29. Socialstyrelsen. Mobil vård och vårdnivåstruktur – en förstudie. Översikt och behov av utveckling. Stockholm; 2026.
30. Sveriges regioner och kommuner (SKR). Potentialerna i Nära Vård. En kunskapsöversikt och analys över effekter och resultat av arbetssätt inom Nära vård. Stockholm; 2025.

31. Nousios P, Snellman A, Ahlzen R. Clinical and health economic effects of mobile teams for geriatric patients at home – a systematic review. Centre for Assessment of Medical Technology in Örebro. HTA-rapport 2021: 47. 2021.
32. Variations in patient trajectories and experiences, utilisation and costs in municipal in-patient acute care services (MIPAC). Hämtad 2025-09-14 från <https://www.ntnu.edu/care-research/the-mipac-project>
33. Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD). Norsk forening for allmennmedisin. Den Norske Legeforening. Oslo, 2020. Hämtad 2025-09-14 från <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/retningslinjer-og-veiledere/allmennmedisin/medisinskfaglig-veileder-for-kommunale-akutte-dognplasser>
34. Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Status 2019. Rapport SAMDATA kommune. IS-294. Helsedirektoratet. Oslo; 2019.
35. Nystrøm, V., Lurås, H., Moger, T. et al. Finding good alternatives to hospitalisation: a data register study in five municipal acute wards in Norway. BMC Health Serv Res 22, 715 (2022). Hämtad 2025-09-14 från: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08066-3>.
36. Socialstyrelsen. Vårdplatskapacitet i balans. Årets uppdatering av rikt-värdet för disponibla vårdplatser i somatisk slutenvård och intensivvård, samt uppföljning av målsatta mått ur Plats för vård. Stockholm; 2026.

Bilaga 1 Metoder och genomförande

Denna bilaga beskriver de metoder som Socialstyrelsen har använt vid genomförandet av förstudien om närvårdsplatser. Förstudien har genomförts med en kombination av kvalitativa och kvantitativa metoder. Arbetet har omfattat dialoger med berörda aktörer, genomgång av relevanta utredningar och rapporter, hälsodataregister, juridiska analyser samt ett hälsoekonomiskt resonemang. Syftet har varit att skapa en samlad bild av förutsättningar, behov och möjligheter för huvudmännen att gemensamt driva närvårdsplatser.

Dialoger med regioner och kommuner om närvårdsplatser och korttidsboende

Socialstyrelsen har genomfört dialoger med representanter från regioner och kommuner. Urvalet av deltagare har gjorts för att säkerställa geografisk spridning och variation i lokala förutsättningar. Dialogerna har genomförts digitalt och fysiskt och dokumenterats genom minnesanteckningar som analyserats tematiskt. Socialstyrelsen har haft dialog med följande regioner och kommuner:

Regioner	
Gävleborg	Värmland
Jämtland Härjedalen	Västerbotten
Jönköping	Västmanland
Norrbottnen	Västra Götalandsregionen
Skåne	Örebro
Stockholm	Östergötland
Uppsala	

Kommuner	
Dorotea	Norrtälje
Finspång	Sandviken
Göteborgs stad	Stockholm stad
Karlstad	Valdemarsvik
Kommunal utveckling Jönköpings län	Örebro
Kungsör	Övertorneå
Kungälv	

Dialogfrågor

Vid dialogerna med regioner och kommuner om vård på ”mellanvårdsnivå,” har följande semistrukturerade dialogfrågor använts:

1. Introduktion om förstudien.
2. Bakgrund, orsak, funktion och ansvarig vårdgivare.
3. Vad kallas platserna, antal, lokalisering, samlokalisering, dygnet runt, dagvård och vårdtid.
4. Målgrupp och kriterier.
5. In- och utskrivning och var kommer patienterna ifrån.
6. Bemanning och kompetens.
7. Samverkan med övriga verksamheter i vård- och omsorgssystemet.
8. Hälso- och sjukvårdsåtgärder, medicinteknik och digitala lösningar.
9. Läkemedelsförsörjning och dokumentationssystem.
10. Kompetensförsörjning och kompetensutveckling.
11. Fördelen för patienten.
12. Skillnad/likheter med andra liknande verksamheter.
13. Hälso- och sjukvårdsavtal och finansiering.
14. Inrapportering och uppföljning.
15. Utmaningar och framgångsfaktorer.
16. Är det något övrigt perspektiv vi inte fångat?
17. Kan vi få återkomma via e-post om vi har ytterligare frågor?

Dialoger med nationella aktörer

Utöver regioner och kommuner har Socialstyrelsen fört dialoger med nationella aktörer med relevans för uppdraget. Dessa omfattar bland annat:

- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Myva)
- Nationella vårdkompetensrådet
- Nationellt primärvårdsråd
- Strategisk samverkansgrupp RSS, kommunal hälso-och sjukvård
- Styrelsen för riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAS och MAR)
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)

Övriga dialoger

Socialstyrelsen har också haft dialoger med andra aktörer relevanta för uppdraget, till exempel:

- Forskare inom glesbygdsmedicin
- Läkarorganisationer inom vårdval för läkarinsatser särskilt boende äldre
- Privat idéburen vårdgivare för geriatrisk slutenvård
- Privat vårdgivare för närsjukhus med inriktning internmedicin och rehabilitering
- Verksamhetschef för ett vårdhotell/patienthotell

Dialogerna har bidragit med kunskap om nationella perspektiv, pågående utvecklingsarbete och identifierade utmaningar.

Juridisk analys

En rättslig genomgång har genomförts för att belysa hur befintlig lagstiftning och ansvarsfördelning påverkar möjligheterna för huvudmännen att etablera och driva närvårdsplatser gemensamt. Analysen har omfattat relevanta delar av hälso- och sjukvårdslagstiftningen, socialtjänstlagen, kommunallagen och annan reglering som berör huvudmännens ansvar. Genomgången har syftat till att identifiera eventuella hinder eller behov av förtydliganden.

Genomgång av relevanta utredningar och rapporter

Socialstyrelsen har gått igenom ett urval av tidigare utredningar, rapporter och analyser som berör nära vård, vårdplatser och samverkan mellan huvudmän. Urvalet har baserats på relevans för uppdragets frågeställningar. Materialet har analyserats för att identifiera återkommande teman, frågeställningar och slutsatser.

Hälsodataregister, terminologi och informatik

En genomgång har gjorts av relevanta hälsodataregister och informationsstrukturer för att bedöma möjligheterna att följa upp närvårdsplatser. Arbetet har omfattat:

- Tillgängliga datakällor
- Resonemang kring begrepp och kodningspraxis
- Resonemang om behov framåt av utveckling inom terminologi och informatik

Enkätfrågor i Socialstyrelsens uppföljning av god och nära vård 2025

Socialstyrelsen har använt sig av enkätfrågor om antal närvårdsplatser i regionerna och om det finns samverkan med kommunerna vid dessa vårdplatser i årets uppföljning av god och nära vård. Förstudien har analyserat svaren i syfte att göra en bedömning om hur det ser ut med antalet närvårdsplatser i dagsläget.

Enkätfrågor till regioner:

- Har regionen vårdplatser på primärvårdsnivå? *Till exempel närvårdsplatser, närsjukvårdsplatser, utskrivningsplatser, vårdplatser på en sjukstuga eller liknande.*
- Hur många av dessa vårdplatser finns utanför sjukhus?
- Hur många av dessa vårdplatser finns på sjukhus?
- Samverkar regionen med kommuner om dessa vårdplatser? (möjlighet till fritextsvar).

Enkätfråga till kommuner:

Samverkar kommunen med regionen om vårdplatser på primärvårdsnivå? (möjlighet till fritextsvar) *Med vårdplatser på primärvårdsnivå avses till exempel närvårdsplatser, närsjukvårdsplatser, utskrivningsplatser, vårdplatser på en sjukstuga eller liknande.*

Hälsoekonomiskt perspektiv

Förstudien har inkluderat ett hälsoekonomiskt perspektiv baserat på tillgänglig litteratur och dialoger med aktörer. Analysen har fokuserat på:

- Möjlig nytta för patienter och huvudmän
- Eventuella konsekvenser för resursfördelning och effektivitet
- Resonemangen har utformats explorativt, eftersom data om närvårdsplatser är begränsade.

Litteraturgenomgång för erfarenheter från Norge

En riktad litteraturgenomgång har genomförts för att belysa erfarenheter från Norge, där liknande vårdplatser etablerats. Genomgången har omfattat offentliga rapporter, forskningsartiklar och utvärderingar av kommunala vårdplatser. Analysen har fokuserat på lärdomar som kan vara relevanta för svenska förhållanden.

Bilaga 2 Erfarenheter från Norge

Kommunal akutvård (KAD) infördes i Norge 2012 som en del av samordningsreformen [1]. Syftet var att minska trycket på sjukhusen och ge patienter vård närmare hemmet. Sedan 2016 är alla kommuner skyldiga att erbjuda KAD-platser, och i dag finns verksamheten i över 200 kommuner [2]. KAD är allmänmedicinska vårdplatser för patienter som behöver observation, behandling och tillsyn före, i stället för eller efter sjukhusvistelse. Tjänsten riktar sig främst till äldre och personer med kroniska sjukdomar som inte kan vårdas hemma, men som inte heller behöver avancerad sjukhusvård. Vanliga diagnoser är infektioner, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), energi- och vätskebrist samt smärtproblematik. Vårdtiden bör vara kort, högst tre dygn, för att KAD inte ska bli en vårdhemsavdelning. Dessa akutvårdsinläggningar definieras som: inläggningar av patienter med ett akut behov av hjälp, och där inläggningen inte har planerats i förväg [3].

Organisationen av KAD-verksamheten och antalet vårdplatser varierar mellan kommunerna, från en till fler än 15 vårdplatser [2]. I mindre kommuner är KAD ofta integrerad i det lokala vårdhemmet, husläkarmottagningar, korttidsvårdsinstitutioner eller lokala vårdcentraler [4]. De största enheterna drivs ofta i samarbete mellan flera kommuner. En sjuksköterska med akutkompetens ska alltid finnas tillgänglig. På de större KAD-enheterna finns läkare, helst specialister i allmänmedicin, ofta på plats dygnet runt.

I mindre kommuner utgörs de medicinska resurserna vanligtvis av vårdhemsläkare eller allmänläkare [5]. Organisationen för jourläkare varierar också, men samtliga KAD-enheter har tillgång till läkarkontakt dygnet runt. Patienterna ska dessutom få läkarbesök varje dag, även på helger. På en KAD-enhet deltar förutom läkare och sjuksköterskor även andra professioner i vården [2]. Tillsammans bildar de ett tvärprofessionellt team med ansvar för bedömning, rehabilitering och stöd till funktionell återhämtning. Verksamheten kräver också grundläggande utrustning som EKG, defibrillator, syrgas, laboratoriefunktioner och samarbete med sjukhusens röntgen. Det ska även finnas ett relevant läkemedelsförråd. För att fungera väl bygger KAD på nära samarbete mellan kommuner, primärvård och sjukhus. God kommunikation med patientens fasta läkarkontakt är central, liksom tydliga rutiner för inskrivning, behandling och uppföljning. Elektroniska journalsystem används i hela vårdkedjan, vilket underlättar informationsutbyte [2].

Trots att KAD har funnits i över tio år används platserna fortfarande i begränsad omfattning [6]. Mellan 2018 och 2019 låg beläggningen kvar på cirka 40 procent och antalet vårddygn var oförändrat. Små kommuner och enheter har ofta fler inläggningar per invånare än större.

Studier viser att KAD inte alltid ersätter en sjukhusvistelse [7]. Patienter som fick utökad diagnostik innan en inläggning fick oftast grundläggande behandling, medan de som behövde mer avancerad vård skickades till sjukhus. Det visar att KAD kan utvecklas för att bättre nå målet med vårdnivå-platserna.

Patienternas upplevelser och återinläggningar var liknande oavsett vårdnivå, men skillnader i hälsostatus och livskvalitet tyder på att vård på KAD kan vara särskilt gynnsamt för äldre patienter [8]. Samtidigt visar forskningen att kunskapsunderlaget fortfarande är begränsat. Det finns ännu för lite om kvalitet, kostnader och långsiktiga effekter av KAD-verksamheten [1].

Återkommande hinder har varit att antagningskriterier, ansökningsrutiner och krav på detaljerade vårdplaner tolkats olika mellan kommuner och enheter, vilket försvårat samarbetet [9]. Många allmänläkare och akuttläkare har också upplevt att det varit svårt att lägga in patienter, eftersom KAD ofta krävt omfattande information som inte alltid fanns tillgänglig i akuta situationer. De framgångsfaktorer som har lyfts fram är dock god planering, tidigt engagemang av allmänläkare, samt hög och stabil läkarbemanning [2]. Detta gör KAD mer attraktivt och bidrar till att målen om närmare och mer effektiv vård kan uppnås.

Referenser

1. Variations in patient trajectories and experiences, utilisation and costs in municipal in-patient acute care services (MIPAC) Hämtad 2025-09-14 från <https://www.ntnu.edu/care-research/the-mipac-project>
2. Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD). Norsk forening for allmennmedisin. Den Norske Legeforening. Oslo, 2020. Hämtad 2025-09-14 från <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/retningslinjer-og-veiledere/allmennmedisin/medisinskfaglig-veileder-for-kommunale-akutte-dognplasser>
3. Rapportering fra kommunal øyeblikkelig hjelp døgnenhet til Kommunalt pasient og brukerregister. 23/2086. Helsedirektoratet. Oslo; 2025
4. Home Nursing in the Nordic Countries. Danish Health Authority, 2021. ISBN online: 978-87-7014-398-1.
5. Yang F, Burrell LV, Raknes Sogstad MK, Skinner MS. Facility and Regional Variations in Admission and Discharge Patterns Within Step-Up Intermediate Care: A Cross-Sectional Study of Municipal Inpatient Acute Care Services in Norway. Health Services Insights. 2024;17. doi:10.1177/11786329241304565.
6. Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Status 2019. Rapport SAMDATA kommune. IS-294. Helsedirektoratet. Oslo; 2019.
7. Nystrom, V., Lurås, H., Moger, T. et al. Finding good alternatives to hospitalisation: a data register study in five municipal acute wards in

- Norway. BMC Health Serv Res 22, 715 (2022). Hämtad 2025-09-14 från <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08066-3>.
8. Nystrøm, V., Lurås, H., Moger, T., & Leonardsen, A. L. (2024). Patient experiences and clinical outcomes of admissions to municipal acute wards versus a hospital: a multicentre randomised controlled trial in Norway. *Scandinavian journal of primary health care*, 42(4), 659–667. <https://doi.org/10.1080/02813432.2024.2377727>.
 9. Johannessen, A. K., & Steihaug, S. (2019). Municipal Acute Units as Part of the Clinical Pathway for Older Patients. *International journal of integrated care*, 19(4), 2. Hämtad 2025-09-14 från <https://doi.org/10.5334/ijic.4643>



Närvårdsplatser (artikelnr 2026-9-10408)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.