GÖTEBORGS REGIONEN

Nyckeltal Kommunal primärvård 2024 – en del i uppföljningen av god och nära vård i Göteborgsregionen

Rapporten är framtagen i samarbete med tolv kommuner: Ale, Alingsås, Göteborg, Härryda, Kungälv, Lerum, Lilla Edet, Mölndal, Partille, Stenungsund, Tjörn och Öckerö.

December 2025 (kompletterad version)

Åsa Nilsson, Theresa Larsen och
Miriam Hansen, FoU i Väst

Innehåll

sidnummer

1. Om rapporten och nyckeltalen 3
2. God och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen 2024 14
3. Utveckling per indikator/nyckeltal 30
   - A. Patienter med insatser från kommunal primärvård (A1–A5) 31
   - B. Personcentrerad vård (B1–B8) 39
   - C. Patientsäkerhet och vårdkvalitet (C1–C8) 51
   - D. Hälsofrämjande och förebyggande insatser (D1) 76
   - E. Samverkan (E1–E4) 80
   - F. Kostnader och resurser (F1–F6) 91
   - G. Bakgrundsmått (G1) 104

Bilaga 1. Förteckning över rapportens samtliga mått och indikatorer 108

Bilaga 2. Kostnader i löpande priser samt beskrivning av beräkningar 112

Referenser 117

Kontaktuppgifter 122

GÖTEBORGS REGIONEN

1. Om rapporten och nyckeltalen

GÖTEBORGS REGIONEN

Nyckeltal och indikatorer på kommunal primärvård i Göteborgsregionen – en del i uppföljningen av god och nära vård

Chefsnätverk och styrgrupper på GR har uttryckt behov av kunskapsunderlag för att kunna följa, analysera och utveckla den kommunala primärvården i omställningen till god och nära vård.

Detta är den tredje nyckeltalsrapporten om kommunal primärvård som har tagits fram i samarbete med Göteborgsregionens medlemskommuner.

En del av de valda måtten gäller enbart äldre personer eftersom de utgör majoriteten som får insatser i kommunal primärvård. Flera mått omfattar emellertid personer i alla åldrar.

De gemensamma nyckeltalen och indikatorerna syftar till att ge en grund för:

– att stödja, påverka och styra arbetet med att utveckla den kommunala primärvården i Göteborgsregionen, som en del av den goda och nära vården,

– regionalt och kommungemensamt agerande

– idéutbyte och nätverksbyggande.

GÖTEBORGS REGIONEN

Alla kommunerna i Göteborgsregionen använder numera begreppet kommunal primärvård istället för kommunal hälso- och sjukvård. I andra delar av landet kan det variera vilket av dessa två begrepp som används. Socialstyrelsens register över insatser i dessa verksamheter benämns ”register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård”. I denna rapport använder vi genomgående begreppet kommunal primärvård förutom då vi refererar till Socialstyrelsens register.

Så här skriver Kunskapsguiden (2023) om definitionen av kommunal primärvård:

”Kommuner och regioner har ett delat ansvar som huvudmän för primärvården. Från och med den 1 juli 2021 har primärvården en ny definition. Den nya definitionen innebär att primärvården ska svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Särskilda medicinska resurser kan avse annan kompetens än specialistkompetens i allmänmedicin eller likvärdig specialitet, som till exempel geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin. Särskilda tekniska resurser innebär exempelvis avancerad eller kostsam utrustning som brukar finnas på sjukhusen.

Samtidigt införs en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen om primärvårdens grunduppdrag.

Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt
1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.”

(Ny definition av primärvården - Kunskapsguiden)

Om rapportens indikatorer på kommunal primärvård

En indikator är ett mått som används som tecken på något. I den här rapporten används indikatorer för att följa upp om den kommunala primärvården kan anses ge eller utvecklas mot en god och nära vård. De valda indikatorerna har en önskvärd riktning: ett lägre/högre värde indikerar en bättre eller sämre vård.

Indikatorerna underlättar jämförelser av vårdens kvalitet i de enskilda kommunerna.

Rapporten innehåller även mått utan önskvärd riktning. Exempel är rapportens kostnadsmått där en högre/lägre kostnad inte kan tolkas som bättre eller sämre vård. Ett annat exempel är bakgrundsmåttet andelen invånare 80 år eller äldre, som kan bidra till att förklara skillnader mellan kommuner och utveckling över tid.

Vi har följt Socialstyrelsens (2020, s.11) krav på indikatorer för vård och omsorg när vi utvecklat och valt ut rapportens indikatorer och mått.

En indikator ska

- vara relevant för berörda verksamheter
- vara valid, det vill säga mäta det den avser att mäta på ett tillförlitligt sätt över tid
- bygga på kunskap, såsom nationella riktlinjer, vetenskap, beprövad erfarenhet eller kunskap inhämtad från patienter och brukare
- vara påverkbar av berörda verksamheter
- vara mätbar med nationellt eller regionalt tillgänglig data
- ange en riktning: höga eller låga värden visar på hög eller låg kvalitet eller effektivitet.

GÖTEBORGS REGIONEN

Arbetsprocessen

Två arbetsgrupper med representanter från tolv av Göteborgsregionens medlemskommuner har tagit fram och kvalitetssäkrat data under år 2024 (samtliga kommuner utom Kungsbacka).

Den ena arbetsgruppen har haft ansvar för den kommunala primärvårdens kostnader. Den andra gruppen har haft ansvar för övriga nyckeltal och indikatorer.

Åsa Nilsson har samordnat arbetet och tagit fram den här rapporten tillsammans med Miriam Hansen och Theresa Larsen.

GÖTEBORGS REGIONEN

Arbetsgrupp Nyckeltal kommunal primärvård

Kommun	Representant
Ale	Hanna Thelander Jannica Olsson
Alingsås	Camilla Liljegren Michelle Perciwall
Göteborg	Frida Bodén Anneli Murto Helen Jarelid Cecilia Jaruta
Härryda	Emma Emanuelsson
Kungälv	Emma Söderlund Munever Alic
Lerum	Karolina Wolmhag

Kommun	Representant
Lilla Edet	Maria Ljungberg Annelie Svantesson
Mölndal	Cecilia Olsson Hanna Annelund Karin Blomqvist
Partille	Benjamin Gäskeby
Stenungsund	Lisa Båstedt
Tjörn	Lena Björkqvist
Öckerö	Catrin Hermansson
GR (samordnare)	Åsa Nilsson Miriam Hansen

GÖTEBORGS REGIONEN

Arbetsgrupp Kostnader i kommunal primärvård

Kommun	Representant
Ale	Anna Korshöj
Alingsås	Astor Ekdahl
Göteborg	Matilda Berger Månsson
Härryda	Kristin Kinander
Kungälv	Kristina Palm Makki Al Musawe
Lerum	Johan Lewholt
Lilla Edet	Matilda Almroth

Kommun	Representant
Mölndal	Andrea Bokstad
Partille	Marcus Sellgren
Stenungsund	Axel Pettersson
Tjörn	Malin Haugen
Öckerö	Deborah Jakobsson Fredrika Lindberg
GR (samordnare)	Åsa Nilsson

GÖTEBORGS REGIONEN

Omställningen till god och nära vård

Omställningen till god och nära vård syftar till att patienter, brukare och anhöriga ska känna sig delaktiga i vården och omsorgen, och att den ska vara lättillgänglig och ges med god kontinuitet.

För att lyckas med detta behöver vården och omsorgen i högre grad organiseras och bedrivas med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar.

Mer vård ska ges i öppna vårdformer och i hemmet samtidigt som digitala vårdformer och stöd till egenvård ska öka.

Målet är en personcentrerad, sammanhållen, samskapad samt hälsofrämjande och proaktiv vård och omsorg där primärvården är navet. Regioner och kommuner har ett delat ansvar för primärvården.

Omställningen ska ske utan att patientsäkerheten äventyras eller att etiska principer, däribland behovsprincipen, inom hälso- och sjukvården åsidosätts. Detta betonas i propositionen om inriktningen för en nära och tillgänglig vård samt i de offentliga utredningar som ligger till grund för propositionen.

I Västra Götalands län finns en särskild länsgemensam färdplan för omställningen till god och nära vård. Den beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för utvecklingen.

GÖTEBORGS REGIONEN

Läs mer:

Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård

Prop. 2019/20:164 *Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform*

SOU 2020:19 *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*

SOU 2019:29 *God och nära vård – Vård i samverkan*

SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*

SOU 2017:53 *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*.

Rapportens nyckeltalsområden

De nyckeltal och indikatorer som presenteras i denna rapport utgår från de fokusområden som lyfts som centrala i omställningen till god och nära vård:

– personcentrering

– hälsofrämjande och förebyggande insatser

– samverkan.

Dessutom redovisas nyckeltal som belyser

– den kommunala primärvårdens kvalitet och säkerhet, inklusive personalens formella kompetens

– kostnader för och resurser inom den kommunala primärvården.

Målet är att de valda nyckeltalen och indikatorerna ska ge en helhetsbild av kommunal primärvård beträffande resultat, kvalitet och kostnader. Data saknas dock på flera områden, vilket gör det svårt att ge en helhetsbild, särskilt ur ett nära vård-perspektiv.

Arbetsgruppen bakom nyckeltalsrapporten efterfrågar särskilt indikatorer på vårdtyngd och uppgifter om vårdåtgärder som delegeras till omsorgspersonal.

Arbetsgruppen har tidigare identifierat stora kvalitetsbrister i inrapporteringen av vårdåtgärder (KVÅ-koder) till Socialstyrelsen. Bristerna gör att statistiken i nuläget inte kan användas för uppföljning och analys. Detsamma gäller delar av den lokala registreringen av delegerade hälso- och sjukvårds-åtgärder, ett angeläget utvecklingsområde.

GÖTEBORGS REGIONEN

I rapporten Utveckling av nyckeltal på god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen (Larsen & Nilsson, 2023) redogörs för valda nyckeltal och indikatorer, identifierade kvalitetsbrister i statistiken samt även bristen på relevant statistik för att kunna följa kommunal primärvård och omställningen till god och nära vård ur ett kommunalt perspektiv.

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

Klassifikation av vårdåtgärder är en kod som används för statistisk beskrivning av planerade och utförda vårdåtgärder i bland annat hälso- och sjukvård. KVÅ är obligatoriska att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister. I Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:67) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården finns specificerat vilka uppgifter kommunerna ska lämna till Socialstyrelsen. Från och med 2019 ska kommunerna lämna uppgifter om vårdåtgärder som har utförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med kommunen som vårdgivare. Vårdåtgärderna ska vara klassificerade enligt den mest detaljerade nivån i KVÅ (Socialstyrelsen 2023).

Egna nyckeltal och indikatorer kompletterar nationella mått

Rapporten redovisar både befintliga nationella nyckeltal och indikatorer som tagits fram särskilt för denna rapport. Måtten är framtagna ur tre typer av källor:

1. Befintlig publicerad offentlig statistik

Exempel är statistik från Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård och data ur Svenska Palliativregistret.

2. Data som finns i kommunerna men som inte sammanställs i nationella register

Exempel är omsorgspersonalens följsamhet till ordination från legitimerad personal.

3. Data som tagits fram särskilt för denna rapport

Exempel är enkätundersökningen till patienter i Göteborgsregionen om vad de tycker om den kommunala primärvården.

Rapportens samtliga mått samt källor till statistiken redovisas i bilaga 1.

GÖTEBORGS REGIONEN

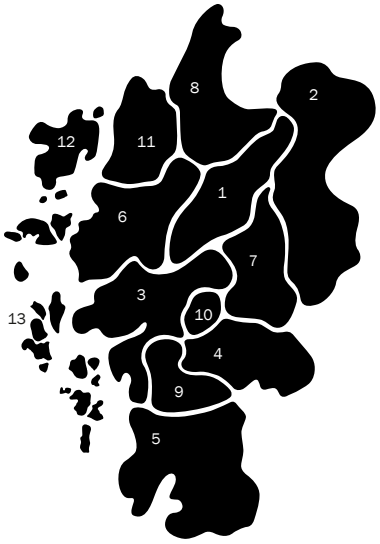
Jämförbarheten mellan kommuner

I rapporten beskrivs nyckeltalens och indikatorernas resultat med fokus på skillnader mellan kommunerna, länet och riket samt utvecklingen över tid.

Målet är att nyckeltalen och indikatorerna ska vara kvalitetssäkrade och att data ska ha tagits fram enligt samma definitioner i samtliga kommuner.
Trots det kan det finnas olika typer av felkällor.

I den mån vi har kännedom om eventuella kvalitetsbrister i statistiken beskriver vi det i rapporten.

Tidigare övervägningar kring valda mått, fördjupade analyser av kvalitetsbrister i statistiken samt uppföljning av omställningen till god och nära vård och omsorg ur ett kommunalt perspektiv finns beskrivna i en separat rapport (Larsen & Nilsson, 2023).



1 Ale
2 Alingsås
3 Göteborg
4 Härryda
5 Kungsbacka
6 Kungälv
7 Lerum
8 Lilla Edet
9 Mölndal
10 Partille
11 Stenungsund
12 Tjörn
13 Öckerö

GÖTEBORGS REGIONEN

Instruktioner till användare av Power Point-presentationen

Du kan fritt välja vilka bilder som du vill visa. Skapa målgrupps-anpassade presentationer genom att spara egna kopior av bildspelet där du rensar bort bilder som du inte behöver. Du kan också kopiera utvalda bilder och lägga in dem i ett eget bildspel. Tänk på att behålla bildernas bakgrund så att källan framgår.

De flesta diagrammen i bildspelet är redigerbara vilket innebär att du som användare kan välja vilka kommuner och/eller årtal du visar. Högerklicka på ett diagram, klicka sedan på tratt-symbolen till höger och välj vilka kommuner och år du vill presentera. Detta är särskilt användbart för linjediagram med längre tidserier (diagram G1) som kan vara svårlästa om alla kommuners resultat visas samtidigt.

I anteckningsfältet på alla sidor med diagram finns textstöd för dig som ska presentera. Du kan lägga till egna anteckningar.

Lycka till med din presentation!

GÖTEBORGS REGIONEN

2. God och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen 2024

GÖTEBORGS REGIONEN

Sammanfattning av resultat: Patienter i kommunal primärvård (1 av 3)

År 2024 mottog cirka 26 700 patienter i Göteborgsregionen kommunal primärvård någon gång under året.

Statistiken pekar på att antalet har ökat med ett 50-tal patienter jämfört med 2023 (motsvarar cirka 0,2 procent). Det varierar i de enskilda kommunerna om antalet patienter har ökat eller minskat.

Samtidigt har befolkningen vuxit i alla kommunerna, inte minst invånare 80 år eller äldre som har ökat med 6,0 procent jämfört med 2023. Som följd har andelen av denna åldersgrupp som mottagit kommunal primärvård minskat i de flesta av Göteborgsregionens kommuner under 2024, både jämfört med 2023 och i ett längre tidsperspektiv.

År 2024 är andelen 27 procent i Göteborgsregionen sammantaget. Under hela perioden 2019–2024 är andelen i samtliga kommuner betydligt mindre än i riket (2024: 39 procent). Det kan betyda att 80-åringarna är friskare i Göteborgsregionen jämfört med riket, och att de blir allt friskare. Men det skulle också kunna bero på att tröskeln till kommunal primärvård har höjts.

Se vidare avsnitt A.

GÖTEBORGS REGIONEN

Sammanfattning av resultat: Patienter i kommunal primärvård (2 av 3)

I Göteborgsregionen är det vanligare än i riket som helhet att de som mottar kommunal primärvård även har bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL) – exempelvis hemtjänst, boendestöd eller plats på vård- och omsorgsboende.

Andelen i Göteborgsregionens kommuner varierar år 2024 mellan 78 och 87 procent, medan den för riket som helhet är 71 procent. I både riket och länet är förhållandet tämligen stabilt över tid, vilket också gäller de flesta kommunerna i Göteborgsregionen.

Resultatet pekar på att patienterna i Göteborgsregionen har ett större omsorgsbehov än riksgenomsnittet. Det skulle i sin tur kunna vara kopplat till en högre tröskel till kommunernas primärvård jämfört med riket som helhet. En sådan förklaring ligger i linje med att andelen patienter med kommunal primärvård är mindre i Göteborgsregionen än i riket; se föregående sida). Men skillnaden skulle också kunna bero på att tröskeln för att få bistånd enligt SoL är lägre i Göteborgsregionen.

Se vidare avsnitt A.

GÖTEBORGS REGIONEN

Sammanfattning av resultat: Patienter i kommunal primärvård (3 av 3)

Andelen av förväntade dödsfall* som skett på särskilt boende och i ordinärt boende med stöd av kommunal primärvård har ökat. Det innebär att fler förväntade dödsfall i dag sker där kommunen ger vård och omsorg. Att färre förväntade dödsfall sker på sjukhus ligger i linje med omställningen till en nära vård.

Utvecklingen innebär att kommunerna i högre grad har fått ansvar för vård av patienter under deras allra sista tid i livet, något som kräver ökade resurser för vak och dialog med närstående samt samarbete med den regionala vården och palliativa team.

* Dödsfall som den legitimerade vårdpersonalen bedömer vara förväntat utifrån sjukdomshistorien (baserat på Svenska palliativregistrets enkät).

Se vidare avsnitt A.

GÖTEBORGS REGIONEN

Sammanfattning av resultat: Personcentrering (1 av 2)

Patienter i den kommunala primärvården är generellt sett nöjda med vården, även om andelen nöjda är mindre 2024 än 2023.

En stor majoritet av patienterna upplever att den vård som de får har kvaliteter som gör att den kommunala primärvården kan beskrivas som personcentrerad. Mest positiva är patienterna till personalens medkänsla i bemötandet, minst positiva är de till möjligheten att vara delaktig i beslut om vården de får.

Mer än var tredje patient tycker att det är för många olika personer som ger dem kommunal primärvård.

Mer än var femte patient tycker att det är svårt att komma i kontakt med den kommunala primärvården. Resultaten kan jämföras med liknande resultat för äldre på särskilt boende, där grovt räknat var tredje *inte* tycker *att det är lätt* att komma i kontakt med sjuksköterska när de behöver det – och ungefär varannan inte tycker det är lätt att komma i kontakt med läkare.

Se vidare avsnitt B.

GÖTEBORGS REGIONEN

Sammanfattning av resultat: Personcentrering (2 av 2)

Den legitimerade personalens upplevelser av den vård som de ger i den kommunala primärvården pekar på ungefär samma grad av personcentrering år 2024 som 2023 och 2022. I enskilda kommuner finns mindre förändringar.

Många uppfattar att de tar hänsyn till patientens önskningar om den vård som ges och att de bedömer patientens behov vid varje kontakt.

Exempel på negativa upplevelser är att arbetsmiljön kan vara ett hinder för att ge vård som utgår från patientens behov och att det kan vara svårt för patienten att röra sig i miljön. Det är också en del som uppfattar att arbetsuppgifterna kan vara viktigare än relationen mellan patienten och personalen.

Ju mindre stressad personalen är och ju bättre samarbetet fungerar med omsorgspersonalen, desto mer personcentrerad upplever den legitimerade personalen att vården är.

Se vidare avsnitt B.

GÖTEBORGS REGIONEN

Sammanfattning av resultat: Patientsäkerhet och vårdkvalitet (1 av 2)

Den kommunala primärvården har fått en successivt växande roll i **den palliativa vårdens** slutskede (se ovan). Att det sker ett brytpunkts-samtal med patienten om ställningstagandet att övergå till vård i livets slutskede ger patienten en möjlighet att vara delaktig i beslut som rör den sista tiden, en viktig kvalitetsaspekt på vården. I ett längre tidsperspektiv sker detta allt oftare, men det är ännu få kommuner i Göteborgsregionen som når upp till Socialstyrelsens målvärde att detta ska finnas dokumenterat för 98 procent av väntade dödsfall.

Fem av Göteborgsregionens kommuner når däremot upp till samma målnivå beträffande att det ska finnas en vid behov-ordination av injicerbar opioid mot smärta under den senaste levnadsveckan. I alla kommunerna gäller det minst 92 procent av fallen.

Ungefär nio av tio patienter, med förväntat dödsfall*, hade någon närvarande i rummet vid dödsögonblicket. Detta är vanligare i ordinärt boende än särskilt boende.

Se vidare avsnitt C.

* Dödsfall som den legitimerade vårdpersonalen bedömer vara förväntat utifrån sjukdomshistorien (baserat på Svenska palliativregistrets enkät).

GÖTEBORGS REGIONEN

Sammanfattning av resultat: Patientsäkerhet och vårdkvalitet (2 av 2)

Omsorgspersonalens följsamhet till ordination varierar i de kommuner där detta kunnat följas. Mellan 70 och 94 procent av delegerade läkemedels-åtgärder under 2024 har signerats (utförts) i tid. Mellan 83 och 93 procent av rehabiliteringsåtgärderna har signerats (utförts). I ett par kommuner pekar resultaten på en förbättrad patientsäkerhet i dessa avseenden, men resultaten behöver tolkas försiktigt.

När mer vård ska ges i öppna vårdformer och i hemmet ökar kraven på **tillgång till specialistkompetens** inom den kommunala primärvården. Hösten 2024 är andelen *sjuksköterskor* med specialistutbildning 22 procent i Göteborgsregionen sammantaget (exklusive Kungsbacka). Variationen mellan kommunerna är stor (14–70 procent). Det är mindre vanligt med specialistutbildning hos den legitimerade *rehabiliteringspersonalen*, i genomsnitt 4 procent, och i flera av kommunerna saknas detta. När det gäller andelen av den icke-legitimerade personalen som utför vård- och omsorgs-uppgifter hade, år 2022, i genomsnitt 80 procent av de anställda inom särskilt boende en *undersköterskeutbildning* och 72 procent inom hemtjänsten.*

Se vidare avsnitt C.

*En ny mätning ska göras i maj 2025.

GÖTEBORGS REGIONEN

Sammanfattning av resultat: Hälsofrämjande och förebyggande

Fallolyckor är en vanlig orsak till att personer behöver vård och omsorg från kommunen. Förebyggande insatser kan bidra till att förhindra fallolyckor.

Utvecklingen beträffande fallolyckor varierar i kommunerna. Sammantaget har kommunerna kommit att närma sig varandra under mätperioden, omfattningen av fallskador varierar lite mindre i början av 2020-talet jämfört med slutet av 2010-talet.

I de flesta kommunerna i Göteborgsregionen är fallskador vanligare än i riket. Några av kommunerna utgör dock tydliga undantag. Eftersom antalet fallskador sätts i relation till antalet patienter som har rapporterats in till Socialstyrelsen, och det finns felaktigheter i den statistiken, behöver resultaten tolkas försiktigt. Om för få patienter har rapporterats in riskerar resultaten att överskatta omfattningen av fallskador – och tvärtom. Det högre antalet fallskador i relation till antal patienter i Göteborgsregionen skulle också kunna bero på en högre tröskel till kommunernas primärvård än i riket, med potentiellt skörare patienter som följd (se även sidan 16).

Se vidare avsnitt D.

GÖTEBORGS REGIONEN

Sammanfattning av resultat: Samverkan (1 av 3)

Det genomsnittliga **antal dagar som patienter blir kvar på sjukhus efter att de blivit utskrivningsklara** har stabiliserats efter tidigare års ökning, och under 2024 minskade antalet även något. Genomsnittet i Göteborgsregionen (exklusive Kungsbacka) är ändå längre än länsgenomsnittet (1,5 mot 1,1 dag). Resultatet för Göteborg (1,8) bidrar till att höja genomsnittet, medan tiden är kortare i övriga kommuner (0,8–1,3).

Kortare tid kan vara resultatet av effektiv planering i god samverkan. Ibland kan dock längre tid vara det bästa ur ett patientperspektiv. Det finns uppfattningar i kommuner att patienter som lämnar sjukhuset inte alltid är helt utskrivningsklara.

Se vidare avsnitt E.

GÖTEBORGS REGIONEN

Sammanfattning av resultat: Samverkan (2 av 3)

I de flesta kommunerna i Göteborgsregionen skedde färre **oplanerade återinskrivningar** på sjukhus under 2024 jämfört med 2023. I flertalet av dem är också oplanerade återinskrivningar mindre vanligt än i både länet och riket som helhet. Andelen som återinskrevs inom 30 dagar varierar i kommunerna mellan cirka 5 och 10 procent (riket 8,8 procent).

Resultatet avser patienter 65 år eller äldre med en diagnos där återinskrivning bedöms kunna undvikas om patienten får adekvat vård vid första vårdtillfället och i primärvården efter utskrivning. I den processen är samordningen mellan öppenvård och socialtjänst en nyckelfråga för att få till en sammanhållen vård och omsorg.

Påverkbara slutenvårdstillfällen är vanligare i många av kommunerna i Göteborgsregionen jämfört med riket. Som helhet har detta dock minskat över tid, men i några kommuner syns en ökning under den senaste treårsperioden. En fungerande samverkan mellan vårdgivare kan bidra till att undvika påverkbara slutenvårdstillfällen. Tillgången till slutenvårdsplatser kan också påverka nyckeltalets utveckling.

Se vidare avsnitt E.

GÖTEBORGS REGIONEN

Sammanfattning av resultat: Samverkan (3 av 3)

Samarbetet mellan olika funktioner *inom* den kommunala primärvården är viktigt för kvaliteten på den vård som patienten får. Det stärker exempelvis förutsättningen för en personcentrerad vård. Bland den legitimerade personalen beskriver, hösten 2024, ungefär sju av tio att samarbetet med omsorgspersonalen fungerar ganska eller mycket bra. 15 procent upplever att det fungerar *mycket* bra. Resultatet är ungefär detsamma som 2023. Variationen mellan kommuner är stor – i vissa är det ungefär hälften som tycker att samarbetet fungerar bra, i andra nästan alla. Generellt är upplevelsen mer positiv bland sjuksköterskor och arbetsterapeuter än bland fysioterapeuter/sjukgymnaster.

Det ska betonas att resultaten gäller den legitimerade personalens upplevelser medan motsvarande resultat saknas för den icke-legitimerade personalen. Resultaten kan användas som underlag för dialog med både legitimerad och icke-legitimerad personal, som kan ha olika erfarenheter även av *varför* samarbetet fungerar bra eller dåligt.

Se vidare avsnitt E.

GÖTEBORGS REGIONEN

Sammanfattning av resultat: Kostnader och resurser

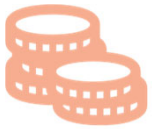
Kostnadsutvecklingen för kommunal primärvård varierar i kommunerna. Det gäller även i relation till antalet patienter. Jämfört med 2023 har kostnaden ökat i några kommuner, men minskat i andra. I genomsnitt var kostnaden år 2024 drygt 130 000 kronor per patient (baserat på elva kommuner*).

Kostnaden för kommunal primärvård fördelad på antal invånare 80 år eller äldre uppgick år 2024 till i genomsnitt* cirka 58 500 kronor. Kostnaden varierar stort mellan kommunerna: från cirka 47 000 till 76 000 kronor. Utvecklingen över tid varierar också, men i de flesta kommunerna har kostnaden minskat när den relateras till antalet invånare.

I en genomsnittskommun* utgör kommunal primärvård cirka 14 procent av den totala kostnaden för omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning. Skillnaderna är generellt större mellan kommuner än i enskilda kommuner över tid.

Tiden som den legitimerade personalen arbetar under en månad fördelat på antal inskrivna patienter varierar stort mellan kommunerna: från 12,4 till 19,3 timmar i oktober 2024. I genomsnitt är tiden nästan en timme mindre än 2023.

* Göteborgs Stad har inte kunnat lämna uppgifter för 2024.

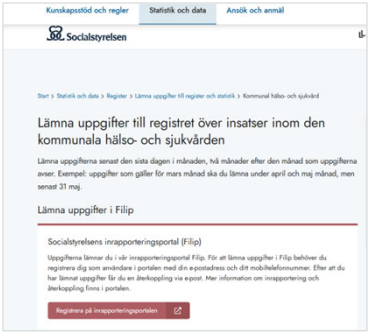


Se vidare avsnitt F.

GÖTEBORGS REGIONEN

Utvecklingsområden i uppföljningen av kommunal primärvård (1 av 3)

- Under 2023 och 2024 har Göteborgsregionen och Socialstyrelsen haft dialog med Göteborgsregionens medlemskommuner för att förbättra kvaliteten på data i Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård.
- Flera kommuner har sett över hur och vilka KVÅ-koder som registreras liksom antal patienter som rapporteras in till registret, men vissa brister kvarstår fortfarande. Målsättningen är att registerdata ska vara så tillförlitlig att den kan användas som underlag för nyckeltal och analys framöver.
- En viktig aspekt av personcentrerad vård är vårdgivares samordning kring patienten. Till den här rapporten bedöms inte registreringen av samordnad individuell plan (SIP) inom ramen för KVÅ vara tillräckligt tillförlitlig för att kunna användas som indikator på samordning kring patienten. Det är också osäkert hur väl en dokumenterad SIP speglar samordning kring patienten i praktiken.



GÖTEBORGS REGIONEN

Utvecklingsområden i uppföljningen av kommunal primärvård (2 av 3)

- I dag görs ingen nationell uppföljning av hur personcentrerad den kommunala primärvården är. Eftersom personcentrering är en central del i omställningen till god och nära vård behöver uppföljningen av den regionfinansierade vården och kommunernas äldreomsorg kompletteras.
- En majoritet av alla hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunal primärvård delegeras till icke-legitimerad personal. Det saknas nationell statistik över vilka och hur många insatser som sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster överlåter till omsorgspersonalen att utföra samt om de utförs enligt ordination. För att kunna följa utvecklingen och kvaliteten i kommunal primärvård behöver sådan data samlas in.

Denna rapport innehåller flera mått på personcentrering, där måtten baseras på enkäter riktade till patienter och personal i Göteborgsregionen; se avsnitt B.

Denna rapport innehåller två utvecklingsmått som rör delegerade/ordinerade insatser; se diagram C4 och C5.

GÖTEBORGS REGIONEN

Utvecklingsområden i uppföljningen av kommunal primärvård (2 av 3)

- Många kommuner uppfattar att vårdtyngden ökar. Det saknas dock jämförbar data som mäter vårdtyngd i kommunal primärvård. FoU i Väst har beviljats forsknings-medel till projektet ACHIEVE för att bland annat utveckla en modell för mätning av vårdtyngd och vårdbehov i kommunal primärvård. Projektet finansieras av familjen Kamprads stiftelse och kommer att pågå 2024–2027.*

Denna rapport innehåller ett mått som direkt kan kopplas till vårdtyngd, se diagram A4.

- Det finns i dagsläget ingen nationell rapportering av kostnader för hälso- och sjukvård för landets kommuner trots att det är centralt att kunna följa kostnadsutvecklingen i kommunal primärvård i omställningen till god och nära vård. En tillförlitlig metod för sådan uppföljning behöver utvecklas.

Denna rapport innehåller flera kostnadsmått (avsnitt F). Den beräkningsmodell som använts skulle kunna prövas inom fler regioner i landet.

* Information om projektet finns tillgängligt här: ACHIEVE | Göteborgs universitet.

GÖTEBORGS REGIONEN

3. Utveckling per indikator

GÖTEBORGS REGIONEN

A. Patienter med insatser från kommunal primärvård

GÖTEBORGS REGIONEN

Antal personer med insatser i kommunal primärvård

- Antalet personer som mottagit insatser i kommunal primärvård har under de senaste åren varit omkring 400 000 i riket. Uppgifterna är dock osäkra på grund av brister i inrapporteringen till Socialstyrelsens register från många kommuner.
- Flera kommuner har reviderat sina uppgifter inom ramen för arbetet med denna rapport på grund av felkällor i statistiken som rapporterats in till Socialstyrelsen. I de flesta fall har antalet patienter justerats upp. I den data som rapporterats till Socialstyrelsen har bland annat identifierats partiellt bortfall enskilda månader. Det kan också röra sig om bortfall av en viss patientgrupp, exempelvis patienter på särskilt boende som drivs i privat regi eller patienter på boende med särskild service.
- I Göteborgsregionen har under senare år *omkring* 27 000 personer fått insatser i kommunal primärvård minst en gång under ett enskilt år. Under 2024 är antalet cirka 26 700. Statistiken pekar på att antalet har ökat med ett 50-tal patienter jämfört med 2023 (motsvarar cirka 0,2 procent). Det varierar i de enskilda kommunerna om antalet patienter har ökat eller minskat.

GÖTEBORGS REGIONEN

Andelen personer 80 år eller äldre som mottar insatser i kommunal primärvård minskar

- Andelen mottagare av kommunal primärvård bland personer 80 år eller äldre har minskat under senare år i både Göteborgsregionen, länet och riket. År 2024 är andelen i Göteborgsregionen som helhet 27 procent. Under hela den kartlagda perioden 2019–2024 är andelen betydligt mindre än i riket (2024: 39 procent).
- Andelen personer med kommunala primärvårdsinsatser som också har bistånd enligt socialtjänstlagen har under senare år legat tämligen stabil i Göteborgsregionens kommuner omkring 80 procent eller strax över (undantag förekommer). I alla kommunerna är andelen klart större jämfört med riket som helhet (71 procent, en svag ökning över tid). Bistånd enligt socialtjänstlagen kan handla om exempelvis hemtjänst, boendestöd eller plats på vård- och omsorgsboende.

GÖTEBORGS REGIONEN

Andelen förväntade dödsfall* som skett på särskilt boende och i ordinärt boende med stöd av kommunal primärvård har ökat

- Från år 2018 har andelen förväntade dödsfall* i Göteborgsregionen som skett på sjukhus eller någon typ av specialiserad palliativ vård minskat, särskilt tydligt från år 2021. Andelen har minskat från nära 45 procent år 2018 till 36 procent år 2024. I länet som helhet är andelen genomgående lite mindre.
- Parallellt har andelen förväntade dödsfall som skett på särskilt boende och i ordinärt boende med stöd av hemsjukvård/kommunal primärvård eller hemtjänst ökat. Det innebär att en större del av dödsfallen sker där kommunen ger vård och omsorg. För Göteborgsregionen sammantaget gäller det i cirka 64 procent av fallen år 2024 jämfört med cirka 54 procent år 2018 (2017: cirka 56 procent). Inom kommunens vård och omsorg är det mer än 2,5 gånger så vanligt att dödsfallen sker på särskilt boende än i ordinärt boende: 46,5 mot 17,4 procent.
- Den här övergripande utvecklingen innebär att kommunerna i högre grad har kommit att få ansvar för vård av patienter under deras allra sista tid i livet.

* Dödsfall som den legitimerade vårdpersonalen bedömer vara förväntat utifrån sjukdoms-historien (baserat på Svenska palliativregistrets enkät).

GÖTEBORGS REGIONEN

Tabell A1

Antal patienter som någon gång under året mottagit kommunal primärvård, 2019–2024

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Förändring i % 2023–2024
Ale	793	792	843	816[3]	798	753[3,5]	-6%
Alingsås	1 363	1 391	1 406	1 435[3]	1 432	1 437	0%
Göteborg	15 095	–[2]	–[2]	13 980[3]	13 743[3]	13 775[3]	0%
Härryda	–[2]	878	858	861[3]	854	983	+15%
Kungsbacka	2 563	2 652	2 671	2 740	2 736	2 723	0%
Kungälv	1 206	1 226	1 249	1 218[3]	1 235[3]	1 226[3]	-1%
Lerum	1 189[3,4]	1 137[3,4]	1 080[3,4]	1 066[3,4]	1 065[3,4]	1 027	-4%
Lilla Edet	381	372	440	492	461[5]	429	-7%
Mölndal	–[2]	1 553	1 591	1 667[3]	1 649	1 633[3]	-1%
Partille	837	912	996	1 000	973[5]	1 020	+5%
Stenungsund	745[3]	683[3]	684[3]	696[3]	707	683	-3%
Tjörn	466[3]	475[3]	489[3]	481[3]	520[3]	529[3]	+2%
Öckerö	462	439	-[2]	479	464	467	+1%
HELA GR	–[2]	–[2]	–[2]	26 931	26 637	26 685	0%
VG län[6]	51 487	50 438	51 006	51 263	51 571	51 178	-1%
Riket[7]	390 408	388 435	396 147	412 604	414 313	405 646	-2%

Kommentar: Uppgifterna omfattar patienter som mottagit vård (insatser) i såväl egen som privat regi.

Det finns i flera fall osäkerhet kring uppgifterna vilket gör att de behöver tolkas försiktigt. Statistiken har i flera fall behövt justeras jämfört med förra årets nyckeltalsrapport.

[1] Preliminära uppgifter från Socialstyrelsen har i vissa fall uppdaterats i den här rapportversionen.

[2] Tidigare rapporterad uppgift till Socialstyrelsen är felaktig och har inte kunnat revideras. Därmed redovisas inte heller antal för hela GR detta år.

[3] Reviderad uppgift jämfört med inrapporterad uppgift till Socialstyrelsen. Det kan exempelvis handla om att patienter i privat regi inte ingår i det som rapporterats in.

[4] Uppgift avser samtliga inskrivna patienter, inte avgränsat till dem som fått insats.

[5] Byte av verksamhetssystem bedöms påverka skillnaden jämfört med tidigare år.

[6] Socialstyrelsens uppgifter för VG län är inte justerade trots revideringar i flera GR-kommuner.

[7] Kommunerna i Stockholms län, med undantag av Norrtälje, har inte ansvar för primärvård för personer i ordinärt boende.

Datakälla: Socialstyrelsens register över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård respektive år samt kommunernas verksamhetssystem i de fall felaktiga uppgifter har reviderats. Uppgifter för riket är hämtade från excelfilen 2025-6-9636-tabeller.xlsx (figur 1). Dessa uppgifter har reviderats jämfört med årliga publiceringar. Resultatet för HELA GR är en bearbetning av FoU i Väst.

GÖTEBORGS REGIONEN

Tabellens uppgifter över patienter som mottagit kommunal primärvård baseras på två källor:

- Socialstyrelsens offentliga statistik som baseras på myndighetens register över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård (uppgifterna samlas in från kommunerna på månadsbasis),
- Uppgifter hämtade från kommunernas lokala verksamhetssystem, inom ramen för det regionala samarbetet kring nyckeltalsrapporten. Dessa uppgifter har använts där kännedom finns om felaktigheter i tidigare inrapporterade uppgifter (Socialstyrelsen reviderar inte sin årsstatistik i efterhand). Det kan finnas viss osäkerhet även beträffande lokalt reviderade uppgifter.

I Göteborgsregionen var det cirka 26 700 patienter som mottog kommunal primärvård någon gång under 2024. Det är ett 50-tal fler patienter jämfört med 2023.

På grund av osäkerhet kring statistiken är det vanskligt att jämföra antalet patienter över tid, men tillgänglig statistik visar på både ökande och minskande patientantal i kommunerna under 2024. Störst förändring syns i Härryda där antalet har ökat med 15 procent. Härryda kommun bekräftar ökningen som de relaterar till ett stort inflöde av patienter under hösten; det exakta antalet behöver dock tolkas försiktigt på grund av osäkerhet i statistiken.

Även i det lite längre tidsperspektivet skiftar utvecklingen över tid och det finns ingen entydig trend. I flertalet kommuner är dock antalet större än 2019.

I arbetet med nyckeltalsrapporten har flera felkällor identifierats i kommunernas inrapportering till Socialstyrelsen:

- I kommuner som har patienter på särskilt boende som drivs i privat regi eller på köpta vårdplatser har inte alltid dessa patienter rapporterats in till Socialstyrelsen. Detta innebär att antalet patienter i flera kommuner har underskattats (gäller exempelvis Göteborg, Mölndal och Tjörn).
- Patienter som avlidit eller inte längre mottar insatser kan ligga kvar i kommunens verksamhetssystem, vilket medför att antalet patienter kan överskattas. Detta har exempelvis uppmärksammats vid byte av verksamhetssystem. Den här typen av fel kan även innebära att statistiken visar på en förändring över tid som inte motsvaras av en faktisk förändring av antalet

patienter med insatser (gäller exempelvis Partille och Tjörn mellan 2022 och 2023).

- Patienter som är inskrivna i kommunal primärvård men som inte mottagit någon insats under året kan ingå i rapporteringen till Socialstyrelsen trots att den avser patienter som mottagit minst en insats. Det kan exempelvis gälla personer som periodvis vistas på korttidsboende eller personer i bostad med särskild service (LSS-boenden) eller som vistas i dagverksamhet med stöd av LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). Det kan alltså felaktigt ingå inskrivna patienter som inte har beviljats insatser i kommunal primärvård eller av andra skäl inte har mottagit insatser.

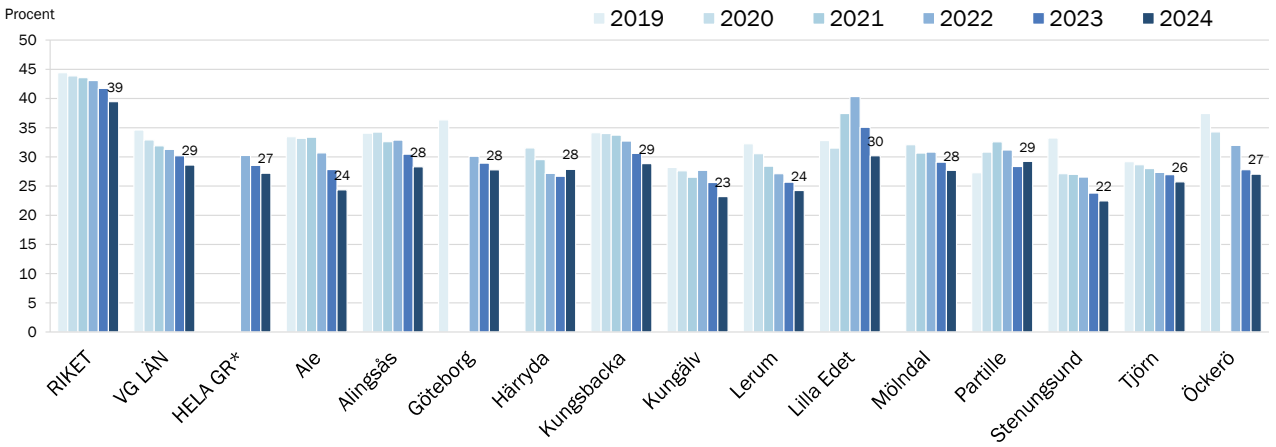
I Göteborgsregionens 13 kommuner är det sammantagna antalet personer som uppskattas ha fått insatser i kommunal primärvård under 2024 alltså närmare 26 700 personer. I jämförelse är antalet i Socialstyrelsens offentliga statistik 25 997 patienter, det vill säga innebär en underskattning av antalet patienter med cirka 2,6 procent jämfört med de kvalitetsgranskade och delvis justerade uppgifterna i den här rapporten. För 2023 uppskattas den officiella statistiken underskatta antalet med cirka 2,4 procent, och för 2022 med 4,6 procent.

Det är rimligt att anta att liknande felrapporteringar förekommer i andra kommuner i landet. På grund av de felkällor som finns i statistiken behöver de redovisade uppgifterna för länet och riket därför tolkas försiktigt.

För detaljer om felkällor i statistiken för åren före 2023, se 2023 års nyckeltalsrapport (Larsen, Nilsson & Hansen 2024, s. 25): Nyckeltal god och nära kommunal primärvård GR 2023. Vissa av antalsuppgifterna för tidigare år har dock behövt korrigeras i årets rapport.

Diagram A2

Andel av befolkningen 80 år eller äldre som någon gång under året mottagit kommunal primärvård, 2019–2024



Kommentar: Flera uppgifter har reviderats jämfört med tidigare inrapporterade uppgifter till Socialstyrelsen: Ale 2022, 2024, Alingsås 2022, Göteborg 2022–2024, Härryda 2022, Kungälv 2022–2024, Lerum 2019–2023, Mölndal 2022, 2024; Stenungsund 2019–2022, Tjörn 2019–2024. Göteborg saknar tillförlitliga uppgifter för 2020–2021 varför dessa år inte redovisas; detsamma gäller Härryda 2019, Mölndal 2019 och Öckerö 2021. Det finns i flera fall osäkerhet kring uppgifterna vilket gör att de behöver tolkas försiktigt. Statistiken har i flera fall behövt justeras jämfört med förra årets nyckeltalsrapport.

* 2019–2021 finns inte tillförlitlig uppgift för samtliga kommuner och därför redovisas inte heller något GR-resultat.

Datakälla: Socialstyrelsens register över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård samt kommunernas verksamhetssystem i de fall felaktiga uppgifter har reviderats. För riket 2023–2024 redovisas reviderade uppgifter som har erhållits från Socialstyrelsen via e-post 2025-12-11, kopplat till att flertalet kommuner i Stockholms län, med undantag av Norrtälje, inte har ansvar för primärvård i ordinärt boende utan enbart i särskilt boende, vilket försvårar jämförelser med landets övriga kommuner. Dessa kommuner ingår inte i diagrammets redovisade resultatet för riket.

GÖTEBORGS REGIONEN

Andelen mottagare av kommunal primärvård bland personer 80 år eller äldre har generellt minskat under senare år i både Göteborgsregionen, länet och riket.

Under hela den kartlagda perioden är andelen mottagare av kommunal primärvård (80 år eller äldre) betydligt större i riket[1] än i både Göteborgsregionen och länet som helhet.[2]

Även inom Göteborgsregionen är spridningen stor. För år 2024 varierar andelen av personer 80 år eller äldre som någon gång under året mottagit kommunal primärvård från 22 procent i Stenungsund till 30 procent i Lilla Edet. I alla kommuner är andelen alltså påtagligt mindre än riksgenomsnittet. Det kan också noteras att variationen mellan Göteborgsregionens kommuner är mindre 2024 än både 2023 och 2022.

I flertalet av Göteborgsregionens kommuner syns också en minskande trend när antalet patienter relateras till antalet invånare. I Partille och Lilla Edet har utvecklingen varierat mer, men i båda kommunerna är andelen år 2024 mindre än i början av 2020-talet. I Härryda har andelen ökat något under 2024 efter en tidigare successiv nedgång.

Till viss del kan den generella utvecklingen av en minskande andel personer 80 år eller äldre som mottar kommunal primärvård sannolikt förklaras av att denna invånargrupp blir allt friskare och att nya behandlingsmetoder vuxit fram. Men en minskning skulle också kunna bero på att tröskeln för att skrivas in i kommunal primärvård har höjts.

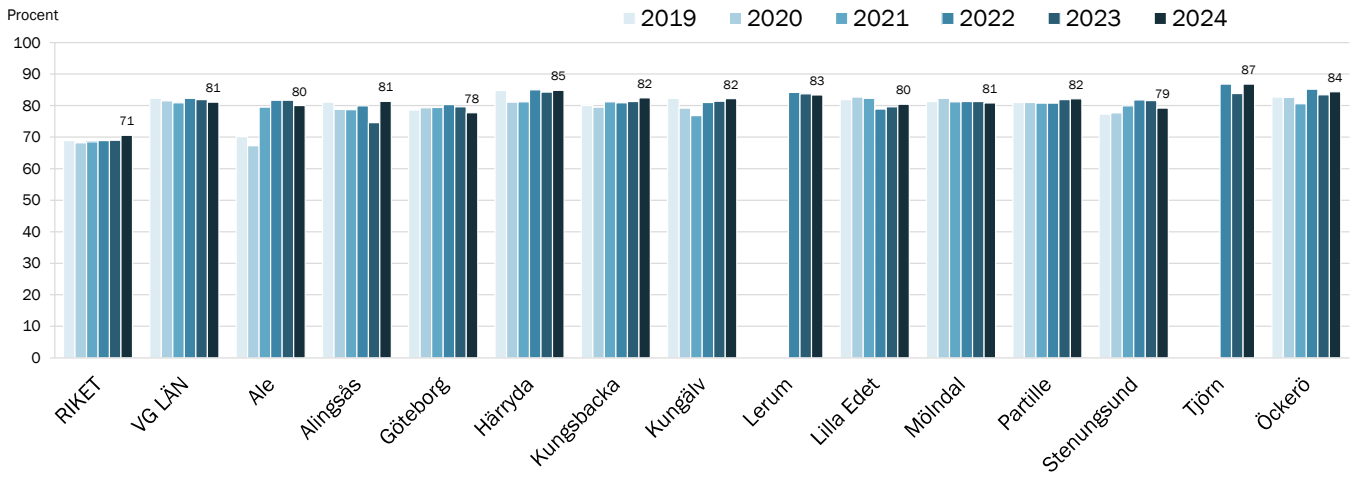
Det ska betonas att trots de revideringar som gjorts av felaktiga uppgifter kan det fortfarande finnas fel som gör att resultaten behöver tolkas försiktigt.

[1]När det gäller resultatet för riket ska det observeras att kommunerna i Stockholms län, med undantag av Norrtälje, inte har ansvaret för primärvård för personer i ordinärt boende. Dessa kommuner ingår inte i resultatet.

[2]Socialstyrelsens statistik visar att andelen mottagare av kommunal primärvård är större i flertalet län jämfört med Västra Götaland. Det finns också stora kommuner som bidrar till den jämförelsevis större andelen i riket, exempelvis Malmö med 56,5 procent.

Diagram A3

Andel personer som mottagit kommunal primärvård under året och även hade bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL), 2017–2024



Kommentar: Lerums och Tjörns nationellt redovisade uppgifter för 2019–2021 redovisas inte eftersom de bedöms vara orimliga.

Datakälla: Socialstyrelsens statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser (2023 års uppgifter är tillgängliga här: Statistik om insatser i kommunal hälso- och sjukvård – Socialstyrelsen) Resultat för hela GR är inte tillgängligt.

GÖTEBORGS REGIONEN

I riket som helhet hade drygt sju av tio mottagare av kommunal primärvård även bistånd enligt socialtjänstlagen (71 procent). Exempel på insatser med bistånd enligt socialtjänstlagen är hemtjänst, boendestöd eller plats på vård- och omsorgsboende.

Andelen personer som hade insatser från den kommunala primärvården och även hade bistånd enligt socialtjänstlagen är större i Västra Götalands län än i riket, här gäller det drygt åtta av tio (81 procent), och i Göteborgsregionens kommuner varierar andelen mellan 78 och 87 procent.

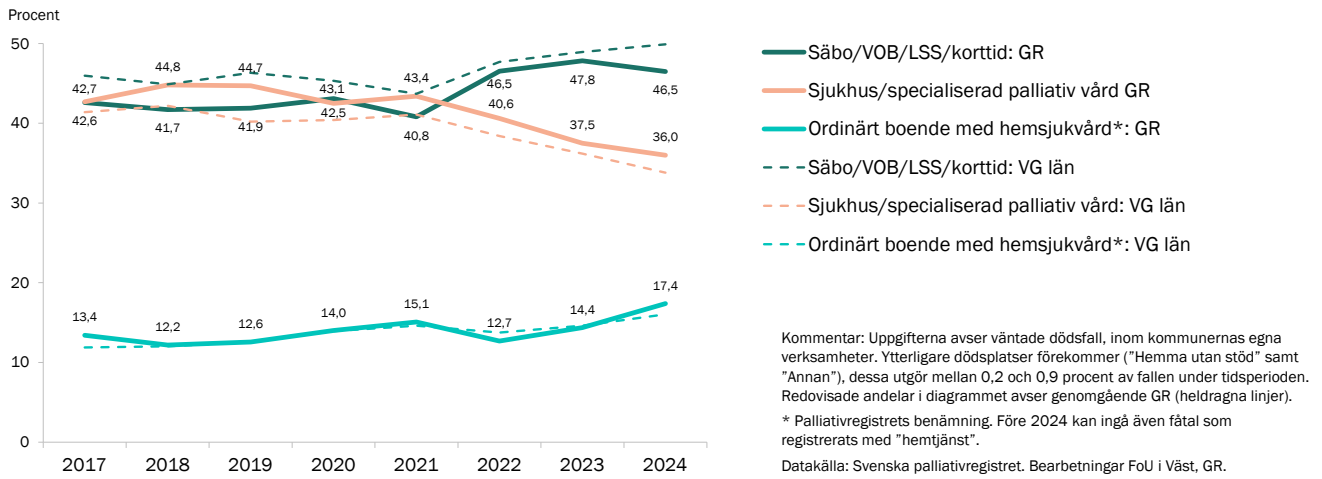
Den större andelen jämfört med riket kan vara en indikation på att patienter som har kommunal primärvård i Västra Götaland har ett större omsorgsbehov än genomsnittspatienten i riket och att vårdtyngden för patienterna därmed är högre. Detta skulle i sin tur också kunna bero på att Västra Götalands län har strängare inskrivningskriterier i kommunal primärvård än i riket. En annan tänkbar förklaring är att tröskeln för att få bistånd enligt socialtjänstlagen är lägre för patienterna som har beviljats kommunala primärvårdsinsatser i Västra Götalands län.

I såväl länet som riket är förhållandet tämligen stabilt över tid, och i Göteborgsregionen gäller det de flesta kommunerna. I Ale är andelen mottagare av kommunal primärvård som även hade bistånd enligt socialtjänstlagen däremot påtagligt större under senare år jämfört med 2019–2020 (en förändring som ha bekräftats av representanter för Ale kommun i arbetet med nyckeltalsrapporten).

Lerums och Tjörns nationellt redovisade uppgifter för 2019–2021 redovisas inte eftersom de inte bedöms vara rimliga och det inte går att få fram korrekta uppgifter.

Diagram A4

Andel av förväntade dödsfall som skett på särskilt boende, ordinärt boende med hemsjukvård respektive sjukhus, hela Göteborgsregionen 2017–2024



Kommentar: Uppgifterna avser väntade dödsfall, inom kommunernas egna verksamheter. Ytterligare dödsplatser förekommer ("Hemma utan stöd" samt "Annan"), dessa utgör mellan 0,2 och 0,9 procent av fallen under tidsperioden. Redovisade andelar i diagrammet avser genomgående GR (heldragna linjer).

* Palliativregistrets benämning. Före 2024 kan ingå även fåtal som registrerats med "hemtjänst".

Datakälla: Svenska palliativregistret. Bearbetningar FoU i Väst, GR.

GÖTEBORGS REGIONEN

Med grund i Svenska palliativregistret går det att följa typen av dödsplats för personer där det finns registrerat ett "förväntat dödsfall" (dödsfall som den legitimerade vårdpersonalen bedömer vara förväntat utifrån sjukdomshistorien). Utifrån omställningen till en nära vård är det rimligt att förvänta sig att fler dödsfall sker i hemmet eller på någon typ av särskilt boende. Det visar sig också vara fallet inom både Göteborgsregionen och länet som helhet. Från år 2018, och ännu tydligare från 2021, har andelen förväntade dödsfall i Göteborgsregionen som skett på sjukhus eller någon typ av specialiserad palliativ vård minskat, från nära 45 procent år 2018 till 36 procent år 2024. (I länet som helhet är andelen genomgående lite mindre.)

Parallellt har andelen förväntade dödsfall som skett på särskilt boende och i ordinärt boende med stöd av hemsjukvård/kommunal primärvård eller hemtjänst ökat. Det innebär att fler förväntade dödsfall i dag sker där kommunen ger vård och omsorg. För Göteborgsregionen sammantaget gäller det i cirka 64 procent av fallen år 2024 jämfört med cirka 54 procent år 2018 (2017: cirka 56 procent). Inom kommunens vård och omsorg är det mer än 2,5 gånger så vanligt att dödsfallen sker på särskilt boende eller liknande jämfört med i ordinärt boende: 46,5 mot 17,4 procent.

Den här övergripande utvecklingen innebär att kommunerna i högre grad har fått ansvar för vård av patienter under deras allra sista tid i livet, något som kräver ökade resurser för vak och dialog med närstående samt samarbete med primärvården och palliativa team.

Under 2024 blev särskilt hemmet en vanligare dödsplats vid förväntade dödsfall än tidigare medan särskilt boende tvärtom blev en lite mindre vanlig dödsplats. Men det är likväl betydligt vanligare att de förväntade dödsfallen sker på någon typ av särskilt boende än i hemmet (46,5 mot 17,4 procent).

Palliativregistrets statistik bygger på inrapporterande enhet. Det finns inte någon direkt jämförbar statistik över dödsplats för förväntade dödsfall utifrån ett invånarperspektiv. Det är därmed mindre relevant att beskriva motsvarande utveckling på kommunnivå eftersom dessa förhållanden påverkas stort av var sjukhusen finns.

B. Personcentrerad vård

GÖTEBORGS REGIONEN

Valda nyckeltal och indikatorer på personcentrerad vård

Ett av regeringens tre mål med sikte på en nära vård är en mer delaktig patient och en personcentrerad vård.[1] Med personcentrerad vård menas bland annat att
– vården utgår från individens behov, preferenser och resurser
– patienter bemöts som personer, med respekt och värdighet
– patienten ses som en partner i den egna vården.

Det finns ingen nationell undersökning av vad patienter med insatser från kommunal primärvård tycker om insatserna. Göteborgsregionen har därför genomfört en egen enkät till patienter *i ordinärt boende*[2]. Fyra mått baserade på enkäten redovisas i rapporten. Ett av måtten rör möjligheten att komma i kontakt med den kommunala primärvården. Som komplement redovisas två mått på uppfattad tillgång till legitimerad personal bland äldre *på särskilt boende,* baserat på Socialstyrelsens årliga brukarenkät.[3]

Rapporten omfattar även två mått på hur personcentrerat som legitimerad personal i kommunal primärvård uppfattar att de arbetar, även detta baserat på en egen enkät i Göteborgsregionen.[4]

GÖTEBORGS REGIONEN

[1] Se regeringens proposition: ”Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform” (Prop. 2019/20:164).

[2] Den som vill ta del av hela patientenkätens resultat hänvisas till rapporten Patientenkät kommunal primärvård – resultat för 12 kommuner i Göteborgsregionen 2024 (Larsen & Hansen, 2025) samt bilagan i excelformat Vad tycker patienterna om den kommunala primärvården 2024?

[3] Uppgifterna baseras på resultat från Socialstyrelsens årliga enkätundersökning ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”,

[4] Den som vill ta del av hela personalenkätens resultat hänvisas till rapporten Så personcentrerad är kommunal primärvård enligt legitimerad personal 2024 (Larsen & Hansen, 2025) samt bilagan i excelformat Hur personcentrerat arbetar legitimerad personal i kommunal primärvård 2022–2024?

Patienter är som helhet nöjda med den kommunala primärvården och legitimerad personal upplever att de jobbar ganska personcentrerat

- 83 procent av patienterna som besvarat en enkät om den kommunala primärvården i Göteborgsregionen hösten 2024 är ganska eller mycket nöjda med vården de får. Det är en minskning med 4 procentenheter sedan 2023. Minskningen gäller de *mycket* nöjda patienterna (från 53 till 45 procent).
- Mer än var tredje patient tycker samtidigt att det är för många olika personer som ger dem kommunal primärvård.
- Den genomsnittliga nivån för hur personcentrerad patienter upplever den kommunala primärvården uppgick till 58,4 mätt med instrumentet PERCCI-S, där skalan går från 0 till 72. Kommunernas resultat 2024 varierade mellan 56,7 och 61,6.
- Det genomsnittliga resultatet för hur personcentrerat den legitimerade personalen upplever att de arbetar mätt med instrumentet mP-CAT var 49,0, där skalan går från 13 till 65. Nivån är ungefär densamma som tidigare år. Antalet poäng varierade i kommunerna mellan 46,0 och 52,1.

GÖTEBORGS REGIONEN

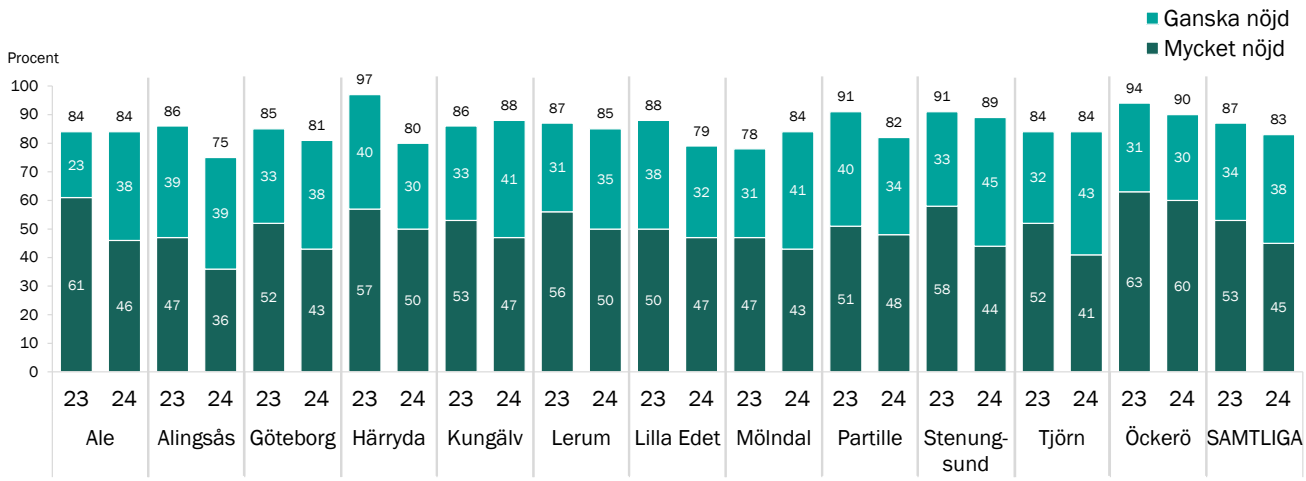
Det finns viss kritik mot möjligheten att komma i kontakt med den kommunala primärvården – men en majoritet tycker inte att det är svårt

- Drygt var femte patient som besvarat en enkät om den kommunala primärvården i Göteborgsregionen hösten 2024 uppfattar att det är svårt att komma i kontakt med den kommunala primärvården. Resultatet varierar en del mellan kommunerna.
- Som jämförelse visar en nationell enkät att grovt räknat sju av tio *på särskilt boende*, år 2024, tycker att det är *ganska eller mycket lätt* att få träffa sjuksköterska vid behov. Ungefär tre av tio tycker alltså *inte* att det är lätt. När det kommer till möjligheten att få träffa läkare gäller det ännu fler, ungefär hälften. I flertalet kommuner i Göteborgsregionen är uppfattningen om tillgången till sjuksköterska och läkare dock mer positiv år 2024 än 2023. Resultaten varierar en del mellan kommunerna.

GÖTEBORGS REGIONEN

Diagram B1

Andel patienter i ordinärt boende som är nöjda med den kommunala primärvården, 2023 och 2024



Kommentar: Enkätfrågan löd: *Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den kommunala primärvården (2024)/hemsjukvården (2023)?* Svarsalternativen var: *Mycket nöjd; Ganska nöjd; Varken nöjd eller missnöjd; Ganska missnöjd; Mycket missnöjd* samt *Vet inte.*

Resultaten avser patienter 18 år eller äldre som var inskrivna i kommunal primärvård den 15 september 2024 respektive den 15 oktober 2023, och var bosatta i ordinärt boende. Alla Göteborgsregionens medlemskommuner utom Kungsbacka deltog.

Den redovisade andelen nöjda baseras på samtliga svar (d.v.s. inklusive "Vet inte"). Den sammanlagda andelen som instämmer i påståendet motsvarar inte alltid exakt summan av de två svarsalternativen på grund av att dessa andelar är avrundade i diagrammet.

Datakälla: Göteborgsregionens enkät till patienter inskrivna i kommunal primärvård.

GÖTEBORGS REGIONEN

I enkätundersökningen till patienter inskrivna i kommunal primärvård i Göteborgsregionen hösten 2024 svarade 83 procent av respondenterna att de var ganska eller mycket nöjda med den kommunala primärvården. Det är en minskning med 4 procentenheter sedan 2023. Andelen respondenter som svarade att de var *mycket nöjda* 2024 var åtta procentenheter mindre än 2023: 45 mot 53 procent.

Mest nöjda år 2024 var patienter i Öckerö, Stenungsunds och Kungälvs kommuner (88–90 procent). Öckerö var även en av de två kommuner där patienterna var mest nöjda 2023, men andelen nöjda har minskat något mellan de två mätningarna. Minskningen av andelen nöjda patienter jämfört med 2023 är störst i Härryda (17 procentenheter). Enbart Mölndal och Kungälv hade en större andel patienter som var nöjda med den kommunala primärvården 2024 i jämförelse med 2023.

Enkätfrågan 2024 löd *Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den kommunala primärvården?* År 2023 löd frågan *Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med hemsjukvården?* Begreppen kommunal primärvård respektive hemsjukvård förklaras i enkäten. Det finns ingen skillnad mellan definitionerna kommunal primärvård eller hemsjukvård. Byte av begrepp grundar sig på att kommunerna övergått till att benämna verksamheten kommunal primärvård istället för hemsjukvård.

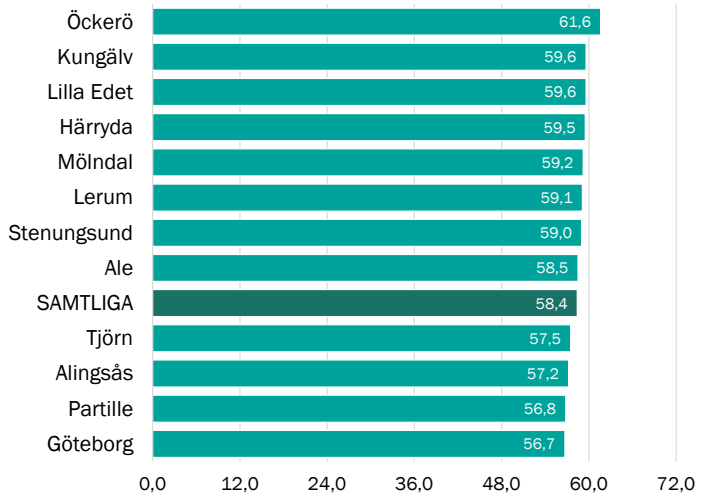
Svarsalternativen var *Mycket nöjd; Ganska nöjd; Varken nöjd eller missnöjd; Ganska missnöjd; Mycket missnöjd* samt *Vet inte*.

Resultaten avser patienter 18 år eller äldre som var inskrivna i kommunal primärvård den 15 september 2024 respektive den 15 oktober 2023 och var bosatta i ordinärt boende. Alla Göteborgsregionens medlemskommuner utom Kungsbacka deltog i undersökningen. Enkäterna skickades till patienter oavsett funktionsförmåga.

Resultaten baseras på de patienter som besvarat frågan (2024: 1 183 personer). Svarsfrekvensen för enkäten var 39 procent 2024 och 48 procent 2023. Mer information finns i rapporten Patientenkät kommunal primärvård – resultat för 12 kommuner i Göteborgsregionen 2024 (Larsen & Hansen, 2025) samt bilagan i excelformat Vad tycker patienterna om den kommunala primärvården 2024?

Diagram B2

Upplevd personcentrering i kommunal primärvård bland patienter i ordinärt boende (enligt PERCCI-S*), 2024



Kommentar: Resultaten avser patienter 18 år eller äldre som var inskrivna i kommunal primärvård den 15 september 2024 och var bosatta i ordinärt boende. Alla Göteborgsregionens medlems-kommuner utom Kungsbacka genomförde undersökningen.

*PERCCI-S är ett instrument som mäter hur personcentrerad vård som ges i hemmet är ur patientens perspektiv. PERCCI-S innehåller 12 påståenden. Varje påstående ger mellan 0–6 poäng. Ett totalvärde beräknas, som därmed kan variera mellan 0 och 72 poäng. Högre poäng indikerar högre grad av personcentrering.

Det ska observeras att resultaten inte är direkt jämförbara med resultaten från en liknande typ av mätning 2022 och 2023 som gjordes med PERCCI, till följd av att mätinstrument har reviderats (innebär bland annat att skalans maxvärde är högre 2024). Även om nivåerna inte är jämförbara kan dock rangordningen mellan kommuner jämföras.

Datakälla: Göteborgsregionens enkät till patienter inskrivna i kommunal primärvård 2024.

GÖTEBORGS REGIONEN

Inom ramen för nyckeltalsarbetet undersöks hur personcentrerad den kommunala primärvården är ur patienters perspektiv med instrumentet PERCCI-S[1]. Instrumentet är en reviderad version av PERCCI, som använts vid mätningen i tidigare nyckeltalsrapporter. Detta medför att jämförelser med tidigare års resultat inte kan göras. Även om nivåerna inte är jämförbara kan dock rangordningen mellan kommuner jämföras.

Precis som PERCCI innehåller PERCCI-S tolv påståenden som handlar om hur personcentrerad den kommunala primärvården är. Åtta påståenden i PERCCI-S har omformulerats något i relation till tidigare version (PERCCI) för att bli lättare att förstå och för att bättre stämma överens med den senaste forskningen om personcentrering. Ett påstående har bytts ut helt (påstående 9). Utöver detta har skalan justerats så att den nu innehåller sju istället för fyra svarsalternativ: *Aldrig, Väldigt sällan, Ganska sällan, Ibland, Ganska ofta, Mycket ofta, Alltid*. Alternativet *Aldrig* ger 0 poäng och *Alltid* ger 6 poäng, och övriga alternativ ges poäng däremellan. Totalvärdet för PERCCI-S kan därmed variera mellan 0 och 72 poäng. Den reviderade versionen av PERCCI-S finns som bilaga i denna rapport.

För de tolv kommuner som deltog i mätningen 2024 uppgick den genomsnittliga nivån till 58,4. Skillnaderna mellan kommunerna är små. Högst värde hade Öckerö med 61,6 poäng. Lägst värde hade Göteborg med 56,7 poäng. Ett totalvärde för PERCCI-S har enbart beräknats för de personer som besvarade minst hälften av alla 12 påståenden som ingår i instrumentet. Saknade värden har ersatts med medelvärdet för övriga besvarade påståenden för den individen.

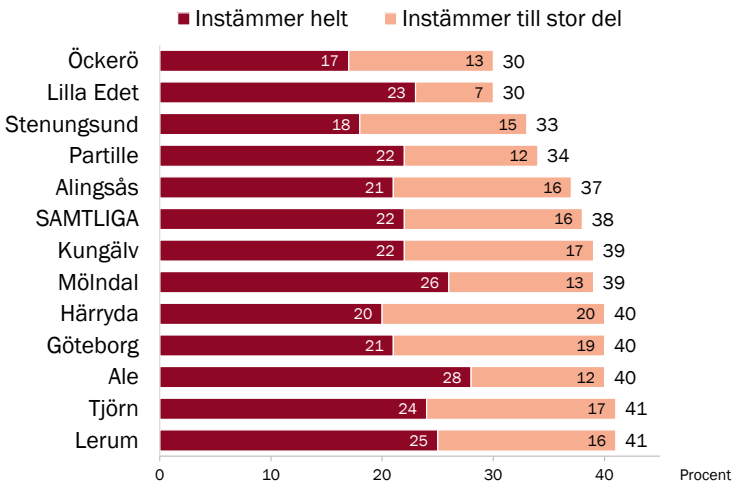
När det gäller patienternas uppfattning om de olika påståenden som ligger till grund för instrumentet PERCCI är de sammantaget mest positiva till personalens medkänsla i bemötandet och minsta positiva till möjligheten att vara delaktig i beslut om den vård som ges.

Mer information finns också i rapporten Patientenkät kommunal primärvård – resultat för 12 kommuner i Göteborgsregionen 2024 (Larsen & Hansen, 2025) samt bilagan i excelformat Vad tycker patienterna om den kommunala primärvården 2024?

[1] Larsen, T., Sawatzky, R., Wijk, H., Wikström, E., Wolf, A. (2025, kommande) Adaptation, further development and evaluation of the measurement properties of the Person-Centred Community Care Inventory (PERCCI-S) for use in the Swedish municipal health care system. BMC Health Services Research.

Diagram B3

Andel patienter i ordinärt boende som instämmer i påståendet att det är för många olika personer som ger dem kommunal primärvård, 2024



Kommentar: Resultaten avser patienter 18 år eller äldre som var inskrivna i kommunal primärvård den 15 september 2024 och var bosatta i ordinärt boende. Alla Göteborgsregionens medlems-kommuner utom Kungsbacka genomförde undersökningen.

Påståendet löd: *Det är för många olika personer som ger mig kommunal primärvård*. Svarsskalan var 6-gradig, där det första svarsalternativet motsvarade *Instämmer inte alls* och det sjätte motsvarade *Instämmer helt och hållet.* Värde 5 motsvaras i diagrammet av ”instämmer till stor del”.

Den sammanlagda andelen som instämmer i påståendet motsvarar inte alltid exakt summan av de två svarsalternativen på grund av att dessa andelar är avrundade i diagrammet.

Datakälla: Göteborgsregionens enkät till patienter inskrivna i kommunal primärvård 2024.

GÖTEBORGS REGIONEN

I enkätundersökningen till patienter inskrivna i kommunal primärvård i Göteborgsregionen hösten 2024 ingick för första gången påståendet *Det är för många olika personer som ger mig kommunal primärvård*. Respondenterna kunde ange svar på en 6-gradig skala från *Instämmer inte alls* till *Instämmer helt och hållet.* I diagrammet tolkas värde 5 som ”instämmer till stor del”. Påståendet togs med i enkäten eftersom flera patienter skrivit kommentarer på tidigare års enkäter om att det är för många personer som ger dem vård. Kontinuitet är dessutom en viktig dimension av personcentrering som inte fullt ut fångas i instrumentet PERCCI-S.

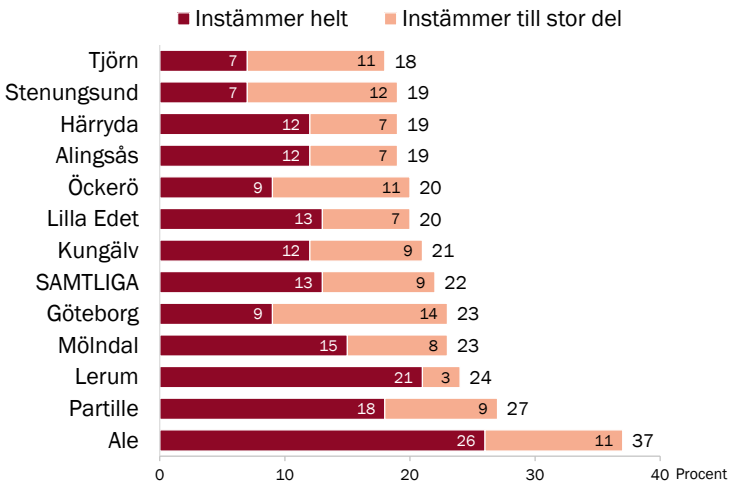
I genomsnitt instämde 38 procent av patienterna helt och hållet eller till stor del i påståendet att det är för många olika personer som ger dem kommunal primärvård (värde 5 eller 6 på den 6-gradiga skalan). Andelen varierade mellan 30 och 41 procent i kommunerna, med minst andel i Öckerö och Lilla Edet och störst andel i Lerum och Tjörn.

Resultaten avser patienter 18 år eller äldre som var inskrivna i kommunal primärvård den 15 september 2024 och var bosatta i ordinärt boende. Alla Göteborgsregionens medlemskommuner utom Kungsbacka deltog i undersökningen. Enkäterna skickades till patienter oavsett funktionsförmåga.

Resultaten baseras på de patienter som besvarat frågan (2024: 1 146 personer). Svarsfrekvensen för enkäten var 39 procent 2024 och 48 procent 2023. Mer information finns i rapporten Patientenkät kommunal primärvård – resultat för 12 kommuner i Göteborgsregionen 2024 (Larsen & Hansen, 2025) samt excelfilen Vad tycker patienterna om den kommunala primärvården 2024?

Diagram B4

Andel patienter i ordinärt boende som instämmer i påståendet att det är svårt att komma i kontakt med den kommunala primärvården, 2024



Kommentar: Resultaten avser patienter 18 år eller äldre som var inskrivna i kommunal primärvård den 15 september 2024 och var bosatta i ordinärt boende. Alla Göteborgsregionens medlems-kommuner utom Kungsbacka genomförde undersökningen.

Påståendet löd: *Det är svårt att komma i kontakt med den kommunala primärvården när jag behöver det*. Svarsskalan var 6-gradig, där det första svarsalternativet motsvarade *Instämmer inte alls* och det sjätte motsvarade *Instämmer helt och hållet.* Värde 5 motsvaras i diagrammet av ”instämmer till stor del”.

Den sammanlagda andelen som instämmer i påståendet motsvarar inte alltid exakt summan av de två svarsalternativen på grund av att dessa andelar är avrundade i diagrammet.

Datakälla: Göteborgsregionens enkät till patienter inskrivna i kommunal primärvård 2024.

GÖTEBORGS REGIONEN

I enkätundersökningen till patienter inskrivna i kommunal primärvård i Göteborgsregionen hösten 2024 ingick för första gången påståendet *Det är svårt att komma i kontakt med den kommunal primärvården när jag behöver det*. Respondenterna kunde ange svar på en 6-gradig skala från *Instämmer inte alls* till *Instämmer helt och hållet.* Påståendet togs med i enkäten eftersom flera patienter skrivit kommentarer på tidigare års enkäter om att det kan vara svårt för dem att komma i kontakt med legitimerad personal i kommunen. Tillgänglighet är dessutom en viktig dimension av personcentrering och omställningen till god och nära vård som inte fullt ut fångas i instrumentet PERCCI-S.

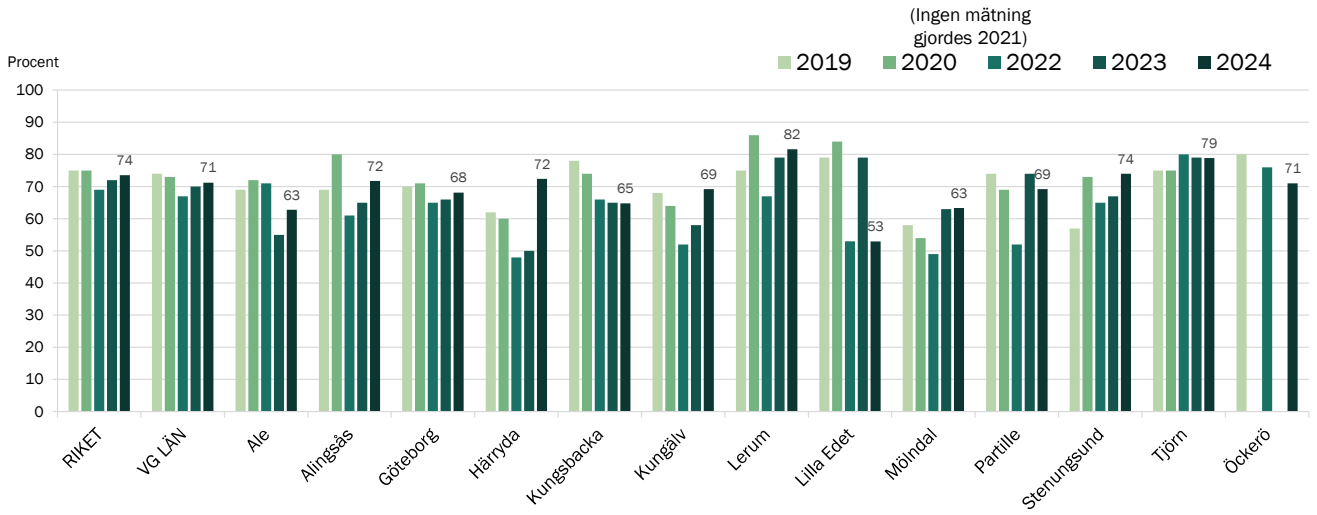
I genomsnitt instämde 22 procent av patienterna helt och hållet eller till stor del i påståendet att det är svårt att komma i kontakt med den kommunala primärvården (värde 5 eller 6 på den 6-gradiga skalan). Andelen varierade mellan 18 och 37 procent i kommunerna, med störst andel i Ale och allra minst andel i Tjörn.

Resultaten avser patienter 18 år eller äldre som var inskrivna i kommunal primärvård den 15 september 2024 och var bosatta i ordinärt boende. Alla Göteborgsregionens medlemskommuner utom Kungsbacka deltog i undersökningen. Enkäterna skickades till patienter oavsett funktionsförmåga.

Resultaten baseras på de patienter som besvarat frågan (2024: 1 139 personer). Svarsfrekvensen för enkäten var 39 procent 2024 och 48 procent 2023. Mer information finns också i rapporten Patientenkät kommunal primärvård – resultat för 12 kommuner i Göteborgsregionen 2024 (Larsen & Hansen, 2025) samt bilagan i excelformat Vad tycker patienterna om den kommunala primärvården 2024?

Diagram B5a

Andel personer 65 år eller äldre på särskilt boende som tycker att det är ganska eller mycket lätt att vid behov få träffa SJUKSKÖTERSKA



Kommentar: Enkätfrågan till grund för resultaten lyder *Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterska vid behov?*
Svarsalternativen: *Mycket lätt; Ganska lätt; Varken lätt eller svårt; Ganska svårt; Mycket svårt.*
Diagrammet visar andelen som svarat mycket lätt eller ganska lätt.
Öckerö saknar resultat för 2023 och 2020 pga. för litet antal svar. Övriga resultat baseras på som minst 35 personer per kommun och år.
Datakälla: Socialstyrelsens brukarenkät *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* (Resultat för GR som helhet är inte tillgängligt.)
Öckerös resultat för 2022 och 2024 är reviderade jämfört med förra versionen av 2024 års rapport där dessa var omkastade.

GÖTEBORGS REGIONEN

I riket som helhet tyckte, år 2024, knappt tre av fyra äldre på särskilt boende att det är ganska eller mycket lätt att få träffa sjuksköterska vid behov.

Variationen i hur de äldre svarat i Göteborgsregionens kommuner är stor: 53–82 procent. Resultaten pekar på att tillgången till sjuksköterska för personer på särskilt boende är bäst i Lerum och Tjörn och sämst i Lilla Edet.

I flertalet kommuner i Göteborgsregionen är patienternas uppfattning om tillgången till sjuksköterska mer positiv år 2024 än 2023. Det tydligaste undantaget gäller Lilla Edet.

Uppgifterna baseras på resultat från Socialstyrelsens årliga enkätundersökning ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”, riktad till personer i åldrarna 65 år och äldre i särskilt boende.

Enkätfrågan lyder ”Hur lätt eller svårt är det att få träffa sjuksköterska vid behov?” Svarsalternativen är: *Mycket lätt, ganska lätt, varken lätt eller svårt, ganska svårt* och *mycket svårt* samt *Vet inte/Ingen åsikt.* Resultaten avser andelen som svarat att det är mycket eller ganska lätt, av personer som har besvarat frågan med en åsikt.

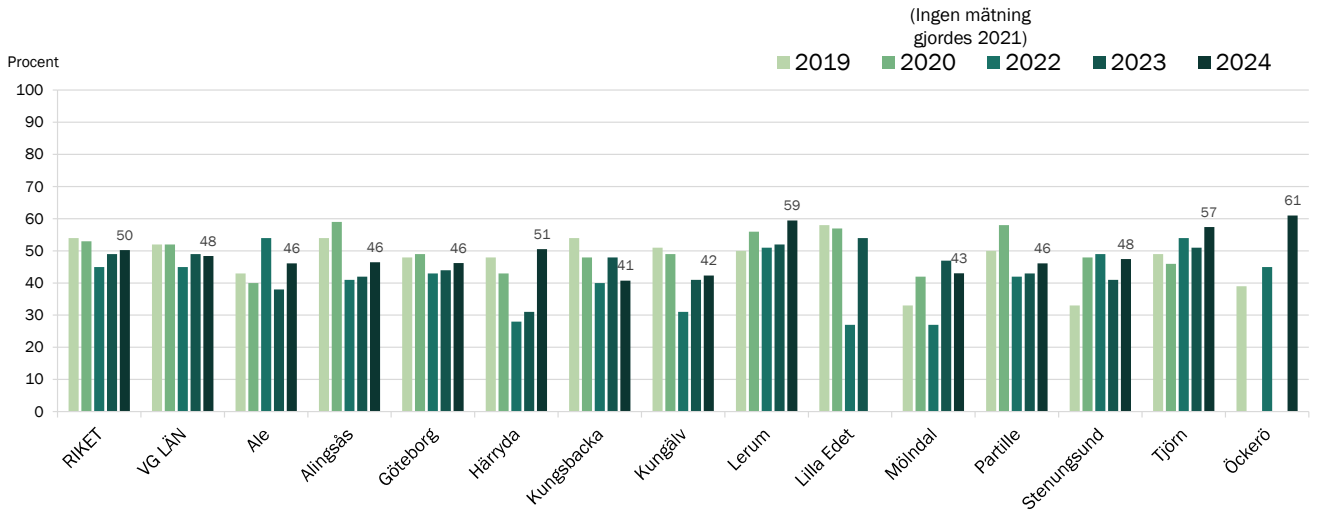
Öckerö saknar resultat för 2020 och 2023 på grund av för litet antal svar dessa år. Övriga resultat baseras på som minst 35 personer per kommun och år.

I riket som helhet bestod undersökningens (netto)urval år 2024 av 73 557 personer, och av dessa svarade 44 procent på enkäten – inom Göteborgsregionen varierade svarsfrekvensen mellan 38 och 58 procent.

Det ska noteras att det i många fall är någon anhörig eller någon annan som hjälper till i besvarandet av enkäten. År 2024 var det 15 procent av respondenterna som besvarade enkäten själva. 33 procent gjorde det med hjälp av någon annan, medan det i 52 procent av fallen var någon annan som besvarade enkäten. Generellt besvaras frågorna mer positivt när den äldre personen svarar själv och minst positivt när någon annan svarar åt den äldre.

Diagram B5b

Andel personer 65 år eller äldre på särskilt boende som tycker att det är ganska eller mycket lätt att vid behov få träffa LÄKARE



Kommentar: Enkätfrågan till grund för resultaten lyder *Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov?*
Svarsalternativen: *Mycket lätt; Ganska lätt; Varken lätt eller svårt; Ganska svårt; Mycket svårt.*
Diagrammet visar andelen som svarat mycket lätt eller ganska lätt.
Öckerö saknar resultat för 2023 och 2020 pga. för litet antal svar. Övriga resultat baseras på som minst 35 personer per kommun och år.
Datakälla: Socialstyrelsens brukarenkät *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* (Resultat för GR som helhet är inte tillgängligt.)

GÖTEBORGS REGIONEN

I riket som helhet tyckte, år 2024, hälften av äldre på särskilt boende att det är ganska eller mycket lätt att få träffa läkare vid behov.

Variationen i hur de äldre svarat i Göteborgsregionens kommuner är stor: 41–61 procent. Tillgången till läkare tycks vara bäst i Lerum och Tjörn, och sämst i Kungsbacka, Kungälv och Mölndal.

I flertalet kommuner i Göteborgsregionen är patienternas uppfattning om tillgången till läkare mer positiv år 2024 jämfört med 2023. Det tydligaste undantaget är Kungsbacka.

Uppgifterna baseras på resultat från Socialstyrelsens årliga enkätundersökning ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”, riktad till personer i åldrarna 65 år och äldre i särskilt boende.

Enkätfrågan lyder ”Hur lätt eller svårt är det att få träffa läkare vid behov?” Svarsalternativen är: *Mycket lätt, ganska lätt, varken lätt eller svårt, ganska svårt* och *mycket svårt* samt *Vet inte/Ingen åsikt.* Resultaten avser andelen som svarat att det är mycket eller ganska lätt, av personer som har besvarat frågan med en åsikt.

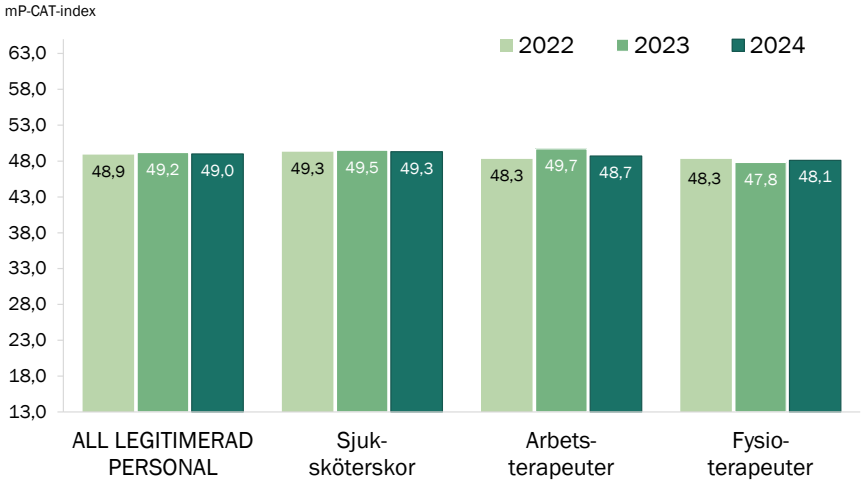
Öckerö saknar resultat för 2020 och 2023 på grund av för litet antal svar dessa år. Övriga resultat baseras på som minst 35 personer per kommun och år.

I riket som helhet bestod undersökningens (netto)urval år 2024 av 73 557 personer, och av dessa svarade 44 procent på enkäten – inom Göteborgsregionen varierade svarsfrekvensen mellan 38 och 58 procent.

Det ska noteras att det i många fall är någon anhörig eller någon annan som hjälper till i besvarandet av enkäten. År 2024 var det 15 procent av respondenterna som besvarade enkäten själva. 33 procent gjorde det med hjälp av någon annan, medan det i 52 procent av fallen var någon annan som besvarade enkäten. Generellt besvaras frågorna mer positivt när den äldre personen svarar själv och minst positivt när någon annan svarar åt den äldre.

Diagram B6a

Bedömning av legitimerad personal i kommunal primärvård hur personcentrerat de arbetar, fördelat på profession (mätt med mP-CAT-index*)



Kommentar: Resultaten avser all legitimerad personal i Göteborgsregionens medlemskommuner exklusive Kungsbacka; år 2022 omfattas inte heller Öckerö.

*mP-CAT är ett mätinstrument som bygger på 13 påståenden om vårdens utformning, arbetsmiljö och organisation. Varje påstående ger mellan 1 och 5 poäng. Ett totalvärde beräknas, som därmed kan variera mellan 13 och 65 poäng. Högre poäng indikerar högre grad av personcentrering.

Datakälla: Göteborgsregionens enkät till legitimerad personal i kommunal primärvård.

GÖTEBORGS REGIONEN

Inom ramen för nyckeltalsarbetet undersöks hur personcentrerad den vård är som legitimerad personal ger i den kommunala primärvården. Den genomsnittliga nivån uppgick år 2024 till 49,0 mätt med det validerade instrumentet mP-CAT[1]. Nivån är ungefär densamma som tidigare år (2023: 49,2; 2022: 48,9). Skalan går från 13 till 65 där högre värden innebär att man arbetar mer personcentrerat. Skillnaderna mellan de tre personalgrupperna är relativt små.

I årets undersökning har sjuksköterskor högst värde på mP-CAT, 49,3 poäng, och fysioterapeuter lägst, 48,1 poäng, och arbetsterapeuter placerar sig däremellan, 48,7 poäng.

Enkätens resultat visar att många i den legitimerade personalen uppfattar att personalen tar hänsyn till patientens önskningar om den vård som ges och att de bedömer patientens behov vid varje kontakt. Exempel på negativ upplevelse är att arbetsmiljön kan vara ett hinder för att ge vård som utgår från patientens behov. Det är också en del som upplever att arbetsuppgifterna kan vara viktigare än relationen mellan patienten och personalen.

I årets enkätundersökning ingick för första gången även frågan ”Hur personcentrerad upplever du att den vård och omsorg är som ni ger till patienter på din arbetsplats?” De flesta kommuner som fick höga värden på denna fråga fick också höga värden på mP-CAT, men inte alla. Detta kan bero på att personalen gör andra tolkningar av vad personcentrerad vård är än vad som betonas i instrumentet mP-CAT och i forskningen om personcentrerad vård. Det kan också bero på att personal med större kunskap om personcentrering är mer kritiska till om de verkligen arbetar personcentrerat.

Det finns signifikanta samband mellan stress, förtroende för närmaste chef samt hur samarbetet mellan legitimerad personal och omsorgspersonal fungerar och resultatet på mP-CAT. Ju bättre den legitimerade personalen upplever att samarbetet fungerar, desto mer personcentrerat bedömer de att de arbetar mätt med mP-CAT ($r = 0.29$, $p < 0.01$). Ju mer stressad personalen är, desto mindre personcentrerat bedömer de att de arbetar mätt med mP-CAT ($r = -0.21$, $p < 0.01$). Ju högre förtroende de har för sin närmaste chef, desto mer personcentrerat bedömer den legitimerade personalen att de arbetar mätt med mP-CAT ($r = 0.26$, $p < 0.01$).

mP-CAT är en bedömningsskala som bygger på självrapportering och som har utvecklats av forskare i Sverige och Australien[1]. Grundversionen av instrumentet heter P-CAT. Det syftar till att mäta i vilken utsträckning som personalen bedömer att den vård de ger är personcentrerad. Ursprungsversionen är anpassad för vårdpersonal (framför allt sjuksköterskor) som arbetar med äldre patienter och patienter

med demenssjukdom på sjukhus och vård- och omsorgsboenden.

Forskare i Sverige har utvecklat och testat en kontextoberoende, modifierad version (mP-CAT)[2]. mP-CAT består av 13 påståenden om vårdens utformning, arbetsmiljö och organisation. Varje påstående ger mellan 1–5 poäng. Ett totalvärde beräknas (13–65 poäng). Högre poäng indikerar högre grad av personcentrering. Enligt ett tolkningsprotokoll framtaget för P-CAT i Australien kan värden på 52 eller högre tolkas som hög personcentrering[3].

Resultatet gäller legitimerad personal som varit anställda minst en månad den 1 oktober 2024 respektive den 1 oktober 2023 och 2022 i Göteborgsregionens kommuner utom Kungsbacka. Resultat för Öckerö kommun år 2022 redovisas inte på grund av för låg svarsfrekvens. Deras svar ingår dock i medelvärdet ALL LEGITIMERD PERSONAL.

Undersökningens urval omfattade 1 003 sjuksköterskor, 195 arbetsterapeuter och 193 fysioterapeuter eller sjukgymnaster. Av dessa besvarade totalt 905 enkäten, vilket motsvarar en sammanlagd svarsfrekvens på 65 procent. Antalet medarbetare som ingick i undersökningen varierade stort mellan kommunerna eftersom kommunerna är olika stora och ansvarar för olika många patienter. Svarsfrekvensen för de tre professionerna sammantaget varierade mellan 40 och 97 procent bland de deltagande kommunerna. Svarsfrekvensen var generellt lägre bland sjuksköterskor än bland rehabiliteringspersonal (sjuksköterskor: 60 procent; arbetsterapeuter: 74 procent; fysioterapeuter: 81 procent). Svarsfrekvensen är lägst för sjuksköterskor i de flesta kommunerna men inte alla. Bland kommunerna varierade svarsfrekvensen för sjuksköterskor mellan 30 och 100 procent, för arbetsterapeuter mellan 50 och 100 procent och för fysioterapeuter mellan 56 och 100 procent.

Den som vill ta del av hela personalenkätens resultat hänvisas till rapporten Så personcentrerad är kommunal primärvård enligt legitimerad personal 2024 (Larsen & Hansen, 2025) samt excelfilen Hur personcentrerat arbetar legitimerad personal i kommunal primärvård 2022–2024?

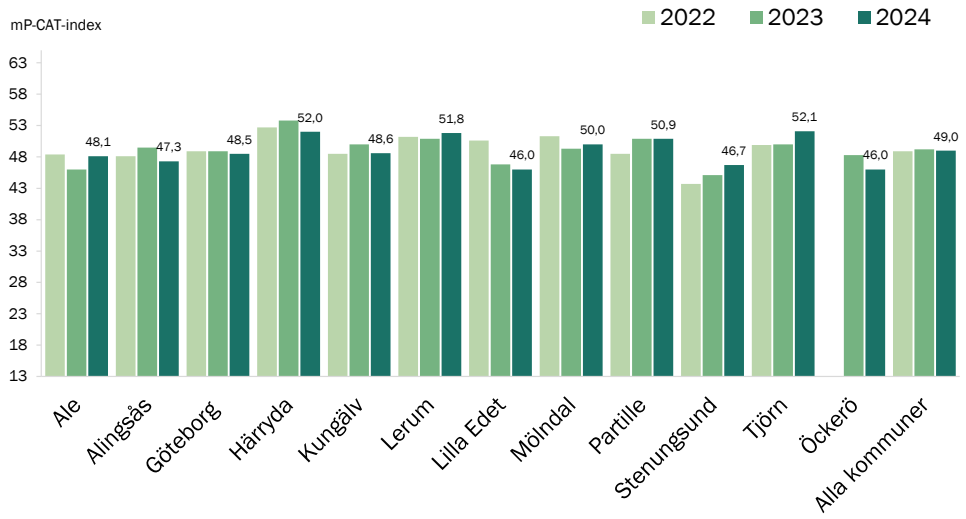
[1] Selan, D., Jakobsson, U., Condelius, A. (2017). The Swedish P-CAT: modification and exploration of psychometric properties of two different versions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3):527–535.

[2] Edvardsson, D., Fethersonhaugh, D., Nay, R., Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*. 22(1)101–108.

[3] La Trobe University. *Notes on Scoring of the Person-Centred Care Assessment Tool (P-CAT).*

Diagram B6b

Bedömning av legitimerad personal i kommunal primärvård hur personcentrerat de arbetar, per kommun (mätt med mP-CAT-index*)



Kommentar: Resultaten avser all legitimerad personal.

*mP-CAT är ett mätinstrument som bygger på 13 påståenden om vårdens utformning, arbetsmiljö och organisation. Varje påstående ger mellan 1 och 5 poäng. Ett totalvärde beräknas, som därmed kan variera mellan 13 och 65 poäng. Högre poäng indikerar högre grad av personcentrering.

Datakälla: Göteborgsregionens enkät till legitimerad personal i kommunal primärvård. Öckerö saknar resultat för 2022.

GÖTEBORGS REGIONEN

Inom ramen för nyckeltalsarbetet undersöks hur personcentrerad den vård är som legitimerad personal ger i den kommunala primärvården. Den genomsnittliga nivån mätt med det validerade instrumentet mP-CAT[1] uppgick år 2024 till 49,0. Skalan går från 13 till 65 där högre värden innebär att man arbetar mer personcentrerat. Nivån är ungefär densamma som tidigare år (2023: 49,2; 2022: 48,9). Även på kommunnivå är förändringarna jämfört med 2023 relativt små. Störst förändring ses i Öckerö som minskat med 2,3 poäng samt i Ale och Tjörn som båda ökat med 2,1 poäng. Enskilda kommuners resultat varierar från 46,0 poäng (Lilla Edet och Öckerö) till 52,1 poäng (Tjörn).

I årets enkätundersökning ingick för första gången även frågan ”Hur personcentrerad upplever du att den vård och omsorg är som ni ger till patienter på din arbetsplats?” De flesta kommuner som fick höga värden på denna fråga fick också höga värden på mP-CAT, men inte alla. Detta kan bero på att personalen gör andra tolkningar av vad personcentrerad vård är än vad som betonas i instrumentet mP-CAT och i forskningen om personcentrerad vård. Det kan också bero på att personal med större kunskap om personcentrering är mer kritiska till om de verkligen arbetar personcentrerat.

Det finns signifikanta samband mellan stress, förtroende för närmaste chef samt hur samarbetet mellan legitimerad personal och omsorgspersonal fungerar och resultatet på mP-CAT. Ju bättre den legitimerade personalen upplever att samarbetet fungerar, desto mer personcentrerat bedömer de att de arbetar mätt med mP-CAT ($r = 0.29$, $p < 0.01$). Ju mer stressad personalen är, desto mindre personcentrerat bedömer de att de arbetar mätt med mP-CAT ($r = -0.21$, $p < 0.01$). Ju högre förtroende de har för sin närmaste chef, desto mer personcentrerat bedömer den legitimerade personalen att de arbetar mätt med mP-CAT ($r = 0.26$, $p < 0.01$).

mP-CAT är en bedömningsskala som bygger på självrapportering och som har utvecklats av forskare i Sverige och Australien[1]. Grundversionen av instrumentet heter P-CAT. Det syftar till att mäta i vilken utsträckning som personalen bedömer att den vård de ger är personcentrerad. Ursprungsversionen är anpassad för vårdpersonal (framför allt sjuksköterskor) som arbetar med äldre patienter och patienter med demenssjukdom på sjukhus och vård- och omsorgsboenden.

Forskare i Sverige har utvecklat och testat en kontextoberoende, modifierad version (mP-CAT)[2]. mP-CAT består av 13 påståenden om vårdens utformning, arbetsmiljö och organisation. Varje påstående ger mellan 1–5 poäng. Ett totalvärde beräknas (13–65 poäng). Högre poäng indikerar högre grad av personcentrering. Enligt ett tolkningsprotokoll framtaget för P-CAT i Australien kan värden på 52 eller

högre tolkas som hög personcentrering[3].

Resultatet gäller legitimerad personal som varit anställda minst en månad den 1 oktober 2024 respektive den 1 oktober 2023 och 2022 i Göteborgsregionens kommuner utom Kungsbacka. Resultat för Öckerö kommun år 2022 redovisas inte på grund av för låg svarsfrekvens. Deras svar ingår dock i medelvärdet ALL LEGITIMERD PERSONAL.

Undersökningens urval omfattade 1 003 sjuksköterskor, 195 arbetsterapeuter och 193 fysioterapeuter eller sjukgymnaster. Av dessa besvarade totalt 905 enkäten, vilket motsvarar en sammanlagd svarsfrekvens på 65 procent. Antalet medarbetare som ingick i undersökningen varierade stort mellan kommunerna eftersom kommunerna är olika stora och ansvarar för olika många patienter. Svarsfrekvensen för de tre professionerna sammantaget varierade mellan 40 och 97 procent bland de deltagande kommunerna. Svarsfrekvensen var generellt lägre bland sjuksköterskor än bland rehabiliteringspersonal (sjuksköterskor: 60 procent; arbetsterapeuter: 74 procent; fysioterapeuter: 81 procent). Svarsfrekvensen är lägst för sjuksköterskor i de flesta kommunerna men inte alla. Bland kommunerna varierade svarsfrekvensen för sjuksköterskor mellan 30 och 100 procent, för arbetsterapeuter mellan 50 och 100 procent och för fysioterapeuter mellan 56 och 100 procent.

Den som vill ta del av hela personalenkätens resultat hänvisas till rapporten Så personcentrerad är kommunal primärvård enligt legitimerad personal 2024 (Larsen & Hansen, 2025) samt bilagan i excelformat Hur personcentrerat arbetar legitimerad personal i kommunal primärvård 2022–2024?

[1] Selan, D., Jakobsson, U., Condelius, A. (2017). The Swedish P-CAT: modification and exploration of psychometric properties of two different versions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3):527–535.

[2] Edvardsson, D., Fethersonhaugh, D., Nay, R., Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*. 22(1)101–108.

[3] La Trobe University. *Notes on Scoring of the Person-Centred Care Assessment Tool (P-CAT).*

C. Patientsäkerhet och vårdkvalitet

GÖTEBORGS REGIONEN

Valda nyckeltal och indikatorer på patientsäkerhet och vårdkvalitet

I propositionen om inriktningen för en nära och tillgänglig vård (Prop. 2019/20:164) och i de offentliga utredningar som ligger till grund för propositionen (se t. ex. SOU 2020:19) betonas att omställningen till god och nära vård ska ske utan att patientsäkerheten äventyras. Att följa upp vården ur ett patientsäkerhets- och kvalitetsperspektiv är därför centralt.

I denna nyckeltalsrapport redovisar vi fyra indikatorer på patientsäkerhet och vårdkvalitet:

- **Dokumenterade brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård**
- **Ordination av injicerbar opioid vid smärta sista levnadsveckan till patienter i särskilt och ordinärt boende**
- **Någon närvarande i dödsögonblicket (vid förväntade dödsfall)**
- **Omsorgspersonalens följsamhet till ordination av läkemedel respektive rehabiliteringsinsatser.**

GÖTEBORGS REGIONEN

Det är läkare som ska genomföra och dokumentera brytpunktssamtal och ordinera injicerbar opioid vid smärta till palliativa patienter, men den kommunala primärvården är beroende av att detta sker för att de i sin tur ska kunna ge en adekvat och säker vård i livets slutskede. Vi har därför valt att inkludera dessa två nyckeltal i rapporten även om det är läkare och inte personal i den kommunala primärvården som genomför brytpunktssamtal och ordinerar injicierbar opioid.

Personalens kompetens en förutsättning för patientsäkerhet och vårdkvalitet

För att uppnå en patientsäker kommunal primärvård med hög kvalitet är det avgörande att personalen har adekvat kompetens.

I denna rapport redovisar vi därför ett antal indikatorer på detta:

- **Andel legitimerade sjuksköterskor i kommunal primärvård som har en specialistutbildning**
- **Andel legitimerad rehabpersonal – arbetsterapeuter respektive fysioterapeuter/sjukgymnaster – i kommunal primvård som har en specialistutbildning**
- **Andel anställda som utför vård- och omsorgsuppgifter inom äldreomsorgen som har en undersköterskeutbildning.**

GÖTEBORGS REGIONEN

Sedan 2010-talets början har alltfler patienter i kommunal primärvård haft ett brytpunktssamtal med läkare – men färre 2024 än 2023

I Göteborgsregionens kommuner fanns det år 2024 ett dokumenterat brytpunktssamtal om övergång till palliativ vård för 93 procent av patienterna i ordinärt boende med kommunal primärvård. För patienter på särskilt boende var andelen 80 procent.

I båda fallen har andelen minskat jämfört med år 2023, tydligast på särskilt boende. Andelen är där också betydligt mindre än Socialstyrelsens målvärde på 98 procent.

I det längre perspektivet har det dock skett en markant ökning under det senaste decenniet. Den övergripande utvecklingen är gemensam för kommunerna.

År 2024 varierade andelen patienter som haft ett brytpunktsamtal, sett till den kommunala primärvården sammantaget, mellan 79 och 98 procent. Ale var den enda kommunen som nådde upp till Socialstyrelsens målvärde.

GÖTEBORGS REGIONEN

Nästan alla med kommunal primärvård i Göteborgsregionen hade injicerbar opioid vid behov på läkemedelslistan före dödsfallet

I Göteborgsregionens kommuner hade, år 2024, 97 procent av patienterna i ordinärt boende med kommunal primärvård ordination av injicerbar opioid vid behov på läkemedelslistan sista levnadsveckan, för att kunna lindra smärta. Motsvarande andel på särskilt boende var 96 procent.

I båda fallen har det skett en ökning under det senaste decenniet, från 92 respektive 91 procent år 2012.

Socialstyrelsens fastställda målnivå är 98 procent eller mer. Fem kommuner nådde målnivån 2024 (Ale, Partille, Tjörn, Kungälv och Öckerö).

I Ale, Partille och Tjörn hade 100 procent av patienterna injicerbar opioid vid behov mot smärta på läkemedelslistan sista levnadsveckan före dödsfallet.

GÖTEBORGS REGIONEN

Ungefär nio av tio patienter, med förväntat dödsfall, hade någon närvarande i rummet vid dödsögonblicket – vanligare i ordinärt boende än särskilt boende

I Göteborgsregionens kommuner hade 91 procent av patienterna i ordinärt boende med kommunal primärvård någon närvarande i rummet vid dödsögonblicket. Resultatet avser ”förväntade dödsfall”, det vill säga dödsfall som den legitimerade vårdpersonalen bedömer vara förväntat utifrån sjukdomshistorien. Andelen var 88 procent för patienter på särskilt boende, och under hela perioden 2012–2024 är andelen mindre där jämfört med ordinärt boende.

Det finns ingen tydlig trend över tid, men det kan konstateras att andelen patienter som avled med någon i rummet vid dödsögonblicket var som minst under pandemiåret 2020, särskilt tydligt på särskilt boende.

I de enskilda kommunerna varierar andelen år 2024 mellan 84 och 96 procent sett till patienterna sammantaget. I flertalet av kommunerna är andelen lite större 2024 än 2023. I flertalet av kommunerna ligger andelen över länsgenomsnittet.

GÖTEBORGS REGIONEN

Omsorgspersonalens följsamhet till ordination varierar mellan kommunerna – och har förbättrats i ett par av dem

- Åtta av kommunerna i Göteborgsregionen har haft möjlighet att ta fram statistik över omsorgspersonalens följsamhet till ordination utifrån andelen läkemedelsåtgärder som har signerats (utförts) i tid: Ale, Kungälv, Lerum, Lilla Edet, Mölndal, Partille, Stenungsund och Öckerö.

  I dessa kommuner har mellan 70 och 94 procent av läkemedels-åtgärderna under 2024 signerats i tid. Precis som förra året är andelen störst i Lilla Edet. I Mölndal och Partille syns en tydligt positiv utveckling.

- Sex av kommunerna i Göteborgsregionen har haft möjlighet att ta fram statistik över omsorgspersonalens följsamhet till ordination utifrån andelen rehabiliteringsåtgärder som har signerats (utförts): Ale, Kungälv, Lerum, Lilla Edet, Mölndal och Öckerö.

  I dessa kommuner har mellan 83 och 93 procent av åtgärderna under 2024 signerats. Andelen är störst i Öckerö. I Ale och Mölndal syns en tydligt positiv utveckling.

GÖTEBORGS REGIONEN

Andelen sjuksköterskor med specialistutbildning varierar stort mellan kommunerna

Andelen sjuksköterskor med specialistutbildning anställda i den kommunala primärvården varierar stort i kommunerna.
I Härryda gällde det, i november 2024, sju av tio (70 procent).
I övriga kommuner varierar andelen mellan 14 och 35 procent.

Sett till Göteborgsregionens kommuner som helhet (undantaget Kungsbacka) är andelen 22 procent 2024. Det är en något mindre andel än 2023, men skillnaden ska tolkas försiktigt eftersom nyckeltalets definition är något förändrad. Motsvarande data saknas för riket.

Den vanligaste specialistinriktningen är distriktssköterska.

En specialistutbildning bland rehabiliteringspersonalen är mer ovanlig. Detta har 6 procent av fysioterapeuterna/sjukgymnasterna och 2 procent av arbetsterapeuterna (4 procent sammantaget). I flertalet kommuner förekommer detta inte alls.

GÖTEBORGS REGIONEN

Andelen anställda i äldreomsorgen som utför vård- och omsorgsuppgifter med en undersköterskeutbildning är oftast mindre 2023 än 2019

2023 gjordes en mätning av hur många anställda i äldreomsorgen som utför vård- och omsorgsuppgifter med en undersköterskeutbildning i sju av Göteborgsregionens medlemskommuner. Ingen mätning gjordes 2024.

I dessa kommuner hade andelen minskat sedan 2019 i fem kommuner (Härryda, Kungälv, Lerum, Lilla Edet och Partille). I Alingsås hade andelen ökat med en procent. I Mölndal ökade andelen med fem procent mellan 2019 och 2022, men minskade med en procent mellan 2022 och 2023.

År 2022 var den genomsnittliga andelen med undersköterskeutbildning 80 procent inom särskilt boende och 72 procent inom hemtjänsten för samtliga kommuner i Göteborgsregionen utom Kungsbacka.

Bland de kommuner som deltog i mätningen 2023 var andelen med undersköterskeutbildning högst i hemtjänsten i fyra kommuner (Härryda, Kungälv, Lerum och Lilla Edet) och högst på särskilt boende i två kommuner (Partille och Mölndal). I Alingsås var utbildningsnivån lika hög i båda verksamheterna.

GÖTEBORGS REGIONEN

Vård i livets slutskede

– Dokumenterat brytpunktssamtal till patient om övergången till palliativ vård

– Ordination av injicerbar opioid mot smärta vid behov under sista levnadsveckan

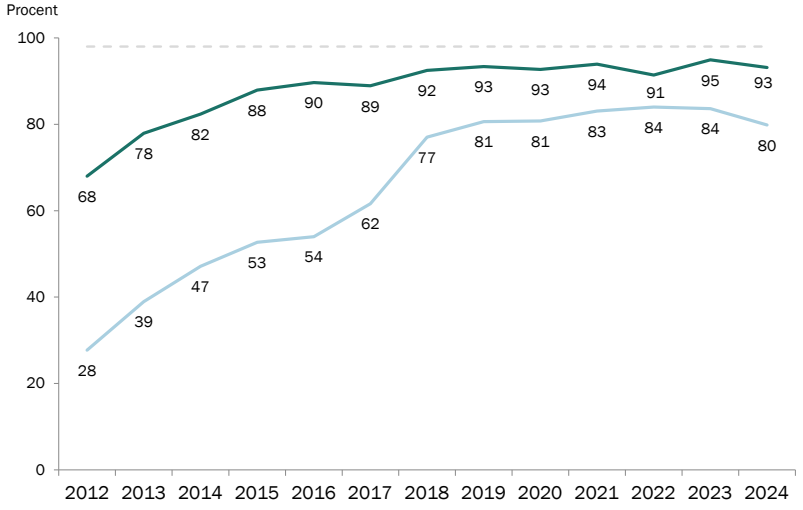
– Någon närvarande i samma rum i dödsögonblicket

Uppgifter från Svenska palliativregistret

GÖTEBORGS REGIONEN

Diagram C1a

Dokumenterat brytpunktssamtal till patient om övergången till palliativ vård, hela Göteborgsregionen, 2012–2024



Kommentar: Uppgifterna avser väntade dödsfall, inom kommunernas egna verksamheter.

Socialstyrelsens målnivå är ≥ 98 procent (streckad linje).

Måttet är beräknat enligt Svenska palliativregistrets ”kvalitetsindikator”:

– Patienter som erbjudits samtal men tackat nej ingår i redovisad andel, dvs. som om brytpunktssamtal har dokumenterats.

– Patienter för vilka har registrerats ”vet ej” ingår i procentbasen, dvs. som om ett brytpunktssamtal inte har dokumenterats.

– För patienter som bedömts sakna förmåga att delta avses brytpunkts-samtal till patientens närstående. Om närstående i detta fall saknas ingår patienten i den redovisade andelen, dvs. som om brytpunktssamtal har dokumenterats.

* Palliativregistrets benämning. Före 2024 kan ingå även fåtal som registrerats med ”hemtjänst”.

Datakälla: Svenska palliativregistret. Bearbetningar FoU i Väst, GR.

GÖTEBORGS REGIONEN

År 2024 fanns ett dokumenterat brytpunktssamtal om övergång till palliativ vård för 93 procent av patienterna i ordinärt boende med kommunal primärvård eller hemtjänst, sett till Göteborgsregionens kommuner sammantaget (i Palliativregistret används benämningen hemsjukvård). Andelen innebär en nedgång från 2023 då resultatet var 95 procent (vilket är den största andelen under mätperioden). Motsvarande andel för patienter på särskilt boende var 80 procent, även detta en nedgång jämfört med tidigare, en lite större nedgång än för ordinärt boende. Socialstyrelsens fastställda målnivå är minst 98 procent.

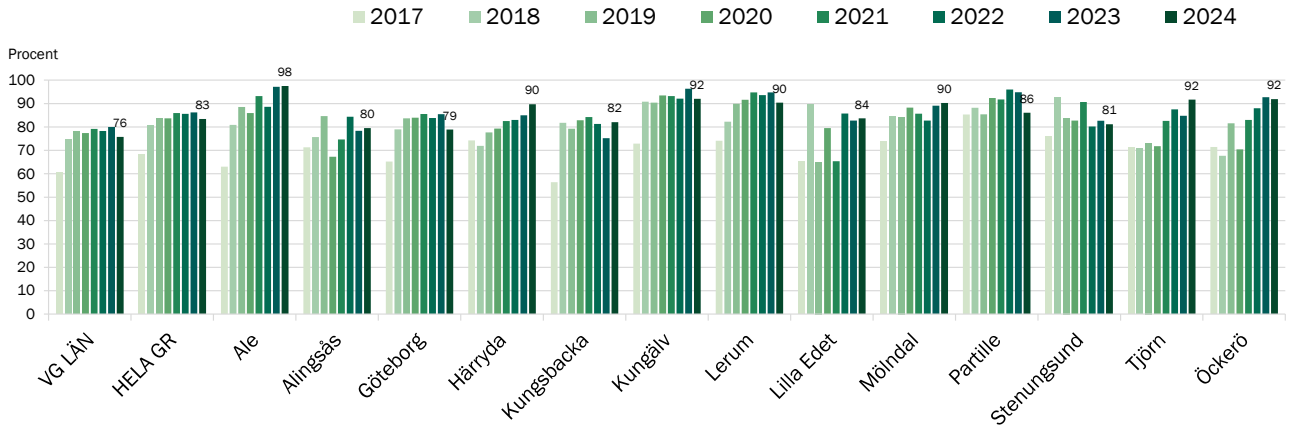
I båda fallen skedde en markant ökning under 2010-talet, i synnerhet beträffande särskilt boende där andelen år 2012 var 28 procent. Enligt arbetsgruppen bakom nyckeltalsrapporten beror förbättringen sannolikt på fler brytpunktssamtal och inte bara bättre inrapportering.

Nedgången 2024 kan möjligen delvis hänga samman med förändrad registrering i Palliativregistret, men detta är osäkert.

Brytpunktsamtal är ett samtal mellan läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål. Samtalet hålls när all botande och bromsande behandling avslutas. Det är läkare från regionens primärvård som ansvarar för att göra en medicinsk bedömning av var i sjukdomsförloppet patienten befinner sig. Samtalet är viktigt eftersom det ger patienten en möjlighet att vara delaktig och besluta hur hen vill ha det under den sista tiden. Ofta deltar en närstående i samtalet (Regionalt cancercentrum i samverkan, 2021).

Diagram C1b

Dokumenterat brytpunktssamtal till patient om övergången till palliativ vård, kommunal primärvård*, 2017–2024



Kommentar: *Uppgifterna avser väntade dödsfall, inom kommunernas egna verksamheter: särskilt boende, vård- och omsorgsboende, korttidsboende samt ordinärt boende med hemsjukvård eller hemtjänst. Socialstyrelsens fastställda målnivå är ≥ 98 procent.

Måttet är beräknat enligt Svenska palliativregistrets "kvalitetsindikator": Patienter som erbjudits samtal men tackat nej ingår, dvs. som om brytpunktssamtal har dokumenterats. Patienter för vilka har registrerats "vet ej" ingår i procentbasen, dvs. som om ett brytpunktssamtal inte har dokumenterats. För patienter som bedömts sakna förmåga att delta avses brytpunktssamtal till patientens närstående. Om närstående i detta fall saknas ingår patienten i den redovisade andelen, dvs. som om brytpunktssamtal har dokumenterats. Resultaten baseras på minst 26 fall per kommun och år.

Datakälla: Svenska palliativregistret. Bearbetningar FoU i Väst, GR.

GÖTEBORGS REGIONEN

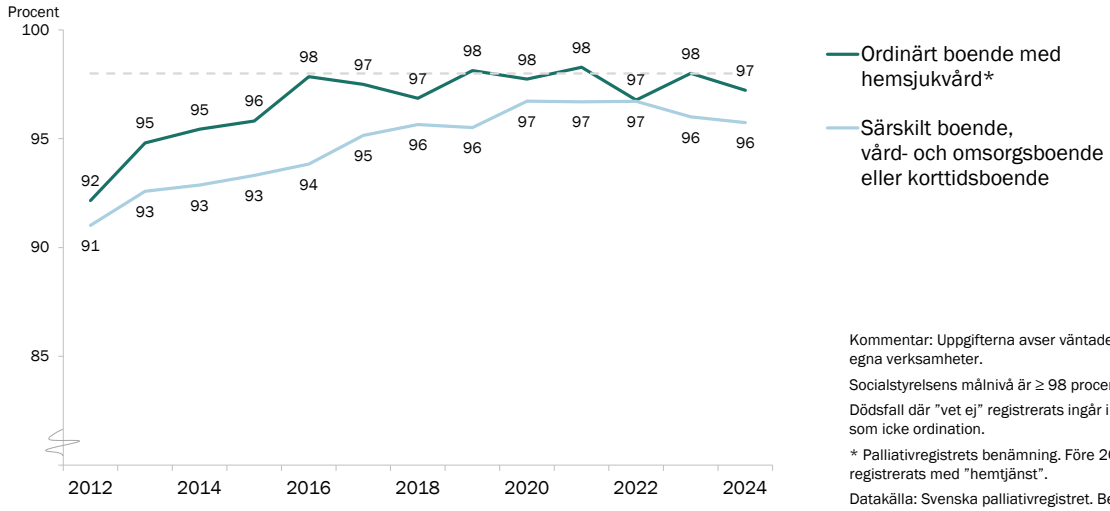
År 2024 fanns ett dokumenterat brytpunktssamtal om övergång till palliativ vård för 83 procent av patienterna med kommunal primärvård, sett till Göteborgsregionens kommuner sammantaget. Detta är en minskning jämfört med 2023 (86 procent), efter en längre positiv trend (se även diagram C1a). I enskilda kommuner varierar trenden, med i flera fall större skillnader mellan enskilda år, men i samtliga kommuner syns en positiv utveckling sedan 2017. Störst ökning mellan 2023 och 2024 ses i Kungsbacka och Tjörn. Störst minskning ses i Partille, Göteborg, Lerum och Kungälv.

I Ale var andelen år 2024 98 procent, vilket motsvarar Socialstyrelsens målnivå. I övriga kommuner varierar andelen mellan 79 och 92 procent. För samtliga kommuner överstiger resultatet för 2024 länsgenomsnittet.

Brytpunktsamtal är ett samtal mellan läkare och patient om ställningstagandet att övergå till palliativ vård i livets slutskede, där innehållet i den fortsatta vården diskuteras utifrån patientens tillstånd, behov och önskemål. Samtalet hålls när all botande och bromsande behandling avslutas. Det är läkare från regionens primärvård som ansvarar för att göra en medicinsk bedömning av var i sjukdomsförloppet patienten befinner sig. Samtalet är viktigt eftersom det ger patienten en möjlighet att vara delaktig och besluta hur hen vill ha det under den sista tiden. Ofta deltar en närstående i samtalet (Regionalt cancercentrum i samverkan, 2021).

Diagram C2a

Ordination av injicerbar opioid mot smärta vid behov under sista levnadsveckan, hela Göteborgsregionen, 2012–2024



Kommentar: Uppgifterna avser väntade dödsfall, inom kommunernas egna verksamheter.

Socialstyrelsens målnivå är ≥ 98 procent (streckad linje).

Dödsfall där "vet ej" registrerats ingår i procentbasen, dvs. räknas som icke ordination.

* Palliativregistrets benämning. Före 2024 kan ingå även fåtal som registrerats med "hemtjänst".

Datakälla: Svenska palliativregistret. Bearbetningar FoU i Väst, GR.

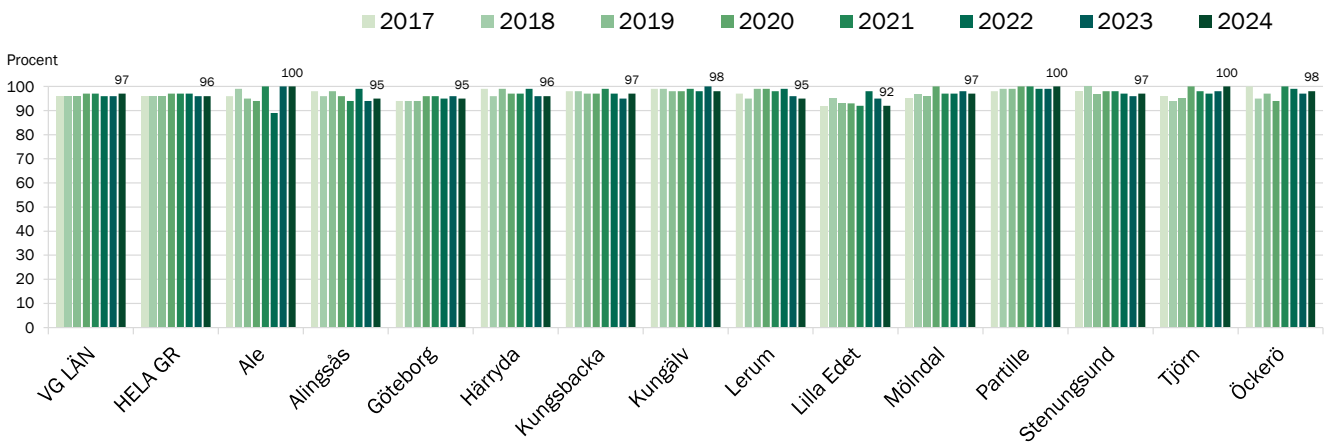
GÖTEBORGS REGIONEN

År 2024 hade 97 procent av patienterna i ordinärt boende med kommunal primärvård eller hemtjänst ordination av injicerbar opioid vid behov på läkemedelslistan under sista levnadsveckan, sett till Göteborgsregionens kommuner sammantaget. Andelen var 96 procent för berörda patienter på särskilt boende. I det längre perspektivet har det i båda fallen skett en ökning under det senaste decenniet från drygt 90 procent i början av 2010-talet. Beträffande särskilt boende är andelen 2024 något mindre än tidigare (2020–2022: 97 procent). Beträffande ordinärt boende har andelen växlat mellan 97 och 98 procent sedan 2016.

Resultaten för 2024 ligger något under Socialstyrelsens målnivå på 98 procent.

Diagram C2b

Ordination av injicerbar opioid vid behov mot smärta under sista levnadsveckan, kommunal primärvård*, 2017–2024



Kommentar: *Uppgifterna avser väntade dödsfall, inom kommunernas egna verksamheter: särskilt boende, vård- och omsorgsboende, korttidsboende samt ordinärt boende med hemsjukvård eller hemtjänst. Socialstyrelsens fastställda målnivå är ≥ 98 procent.

Dödsfall där "vet ej" registrerats ingår i procentbasen, dvs. räknas som icke ordination.

Resultaten baseras på minst 26 fall per kommun och år.

Datakälla: Svenska palliativregistret. Bearbetningar FoU i Väst, GR.

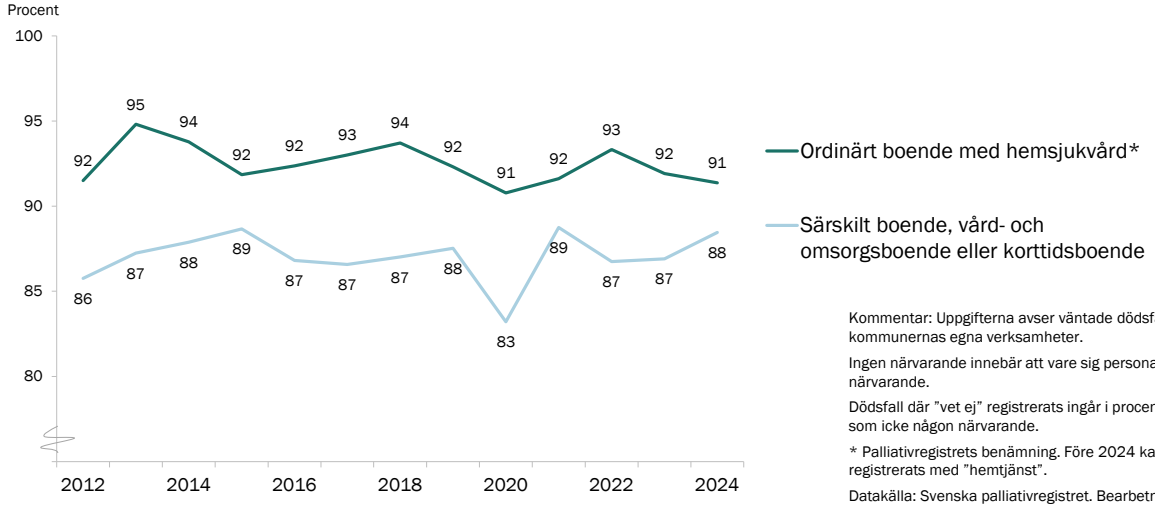
GÖTEBORGS REGIONEN

År 2024 hade 96 procent av alla patienter i kommunal primärvård ordination av injicerbar opioid vid behov på läkemedelslistan under sista levnadsveckan, sett till Göteborgsregionens kommuner sammantaget. Resultatet har varit mycket stabilt under senare år, både i Göteborgsregionen och länet som helhet. Andelen i länet 96 procent år 2024.

I de enskilda kommunerna varierade andelen år 2024 mellan 92 och 100 procent. I tre kommuner var andelen 100 procent: Ale, Partille och Tjörn. Även Kungälv och Öckerö når upp Socialstyrelsens målnivå på 98 procent. Även i flertalet av de enskilda kommunerna har andelen varit relativt stabil under senare år. Jämfört med 2023 har andelen både ökat och minskat i flera kommuner. Störst förändring ses i Lilla Edet där andelen minskat från 95 till 92 procent.

Diagram C3a

Någon närvarande i samma rum i dödsögonblicket, hela Göteborgsregionen, 2012–2024



Kommentar: Uppgifterna avser väntade dödsfall, inom kommunernas egna verksamheter.

Ingen närvarande innebär att vare sig personal eller närstående var närvarande.

Dödsfall där ”vet ej” registrerats ingår i procentbasen, dvs. räknas som icke någon närvarande.

* Palliativregistrets benämning. Före 2024 kan ingå även fåtal som registrerats med ”hemtjänst”.

Datakälla: Svenska palliativregistret. Bearbetningar FoU i Väst, GR.

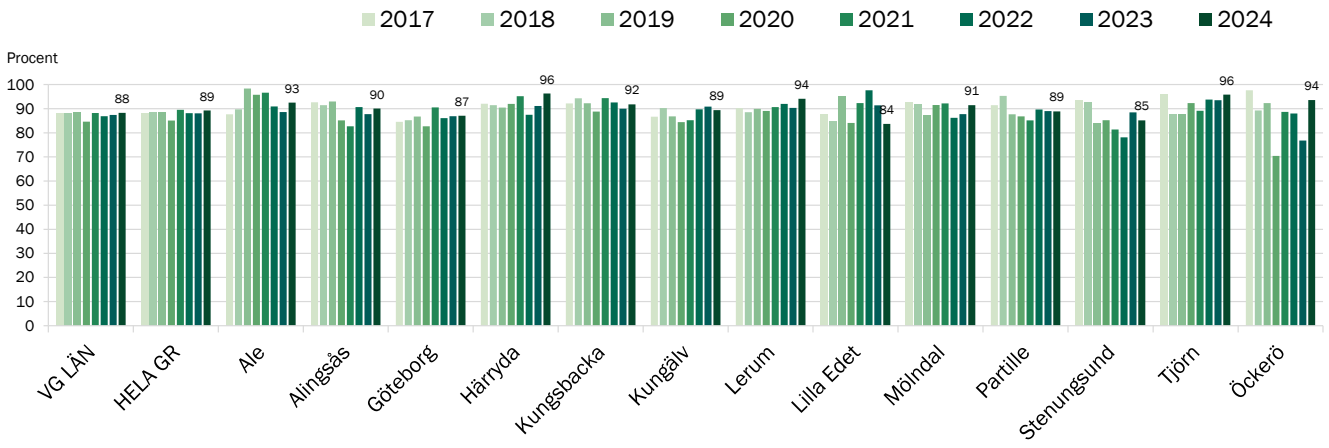
GÖTEBORGS REGIONEN

År 2024 hade 91 procent av patienterna i ordinärt boende med hemsjukvård eller hemtjänst någon närvarande vid dödsögonblicket, sett till Göteborgsregionens kommuner sammantaget. Uppgiften gäller väntade dödsfall. Motsvarande andel för patienter på särskilt boende var 88 procent.

Under hela perioden 2012–2024 är andelen mindre beträffande patienter på någon typ av särskilt boende; år 2024 är skillnaden dock relativt liten. Beträffande särskilt boende var andelen som avled med någon närvarande vid dödsögonblicket avvikande liten år 2020, d.v.s. under covid 19-pandemin. Även i ordinärt boende var andelen år 2020 en lägsta-notering under mätperioden.

Diagram C3b

Någon närvarande i samma rum i dödsögonblicket, kommunal primärvård*, 2017–2024



Kommentar: *Uppgifterna avser väntade dödsfall, inom kommunernas egna verksamheter: särskilt boende, vård- och omsorgsboende, korttidsboende samt ordinärt boende med hemsjukvård eller hemtjänst. Socialstyrelsens fastställda målnivå är ≥ 98 procent.

Ingen närvarande innebär att vare sig personal eller närstående närvarande.

Dödsfall där ”vet ej” registrerats ingår i procentbasen, dvs. räknas som icke någon närvarande.

Resultaten baseras på minst 26 fall per kommun och år.

Datakälla: Svenska palliativregistret. Bearbetningar FoU i Väst, GR.

GÖTEBORGS REGIONEN

År 2024 hade 89 procent av alla patienter i kommunal primärvård någon närvarande vid dödsögonblicket, sett till Göteborgsregionens kommuner sammantaget. Uppgiften gäller väntade dödsfall. I de enskilda kommunerna varierade andelen mellan 84 och 96 procent. Tre kommuners andel är mindre än länsgenomsnittet (88 procent): Lilla Edet, Stenungsund och Göteborg (84, 85 respektive 87 procent). Övriga kommuner ligger över.

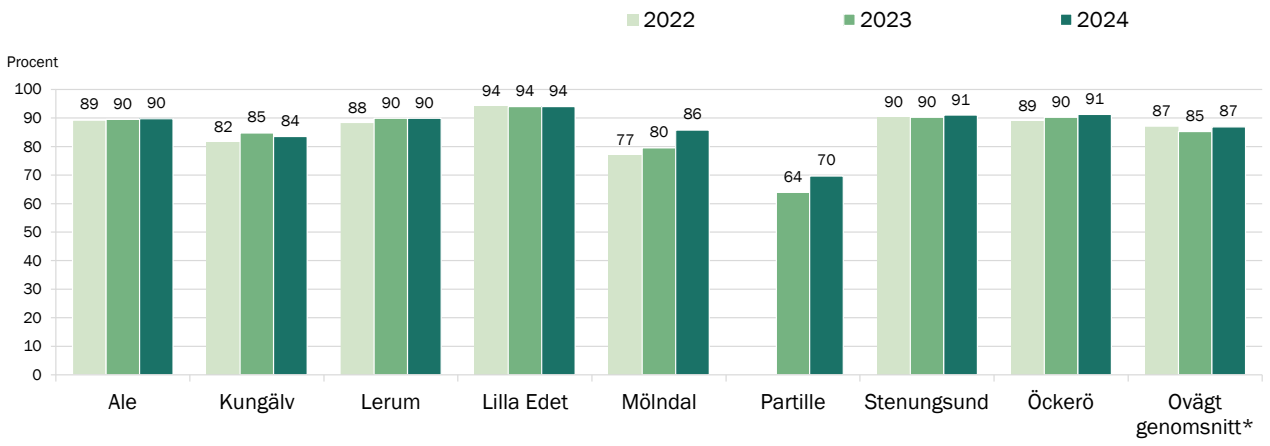
Jämfört med 2023 har andelen vuxit i flertalet kommuner, särskilt mycket i Öckerö. I Lilla Edet och Stenungsund har andelen tvärtom minskat relativt mycket.

Omsorgspersonalens följsamhet till ordination

GÖTEBORGS REGIONEN

Diagram C4 (utvecklingsmått)

Andel läkemedelsåtgärder delegerade av sjuksköterskor som har signerats (utförts) av omsorgspersonal i tid, 2022–2024, samtliga boendeformer



Kommentar: Resultaten gäller den läkemedelsåtgärd som signeringen avser, oavsett hur läkemedlet administreras. De redovisade resultaten är i huvudsak insamlade på kvartalsnivå, och helårsresultatet motsvarar ett genomsnitt av kvartalen respektive år, med undantag för Lerum och Lilla Edet vars uppgifter är helårsresultat.
*Partille saknar resultat för 2022 och ingår heller inte i det ovägda genomsnittet för detta år.
Datakälla: Kommunernas verksamhetssystem.

GÖTEBORGS REGIONEN

Det är vanligt att sjuksköterskor delegerar läkemedelsåtgärder till omsorgspersonal. Det är viktigt att följa upp att åtgärderna utförs.

Andelen av delegerade läkemedelsåtgärder som har signerats i tid av omsorgspersonalen varierade under 2024 mellan 70 och 94 procent i de åtta kommuner som deltagit i mätningen. Arbetsgruppen bakom nyckeltalsrapporten bedömer att måttet ger en som helhet rättvisande bild av andelen läkemedel som har getts till patienten i tid enligt ordination. Tidsangivelserna utgår från den tid som personalen har angivit baserat på sin professionella bedömning, utifrån patientens behov, och bedöms för läkemedelsåtgärder inte riskera att variera stort mellan kommuner.

Högst följsamhet till ordination ses i Lilla Edet och lägst i Partille, vilket har gällt även tidigare år.

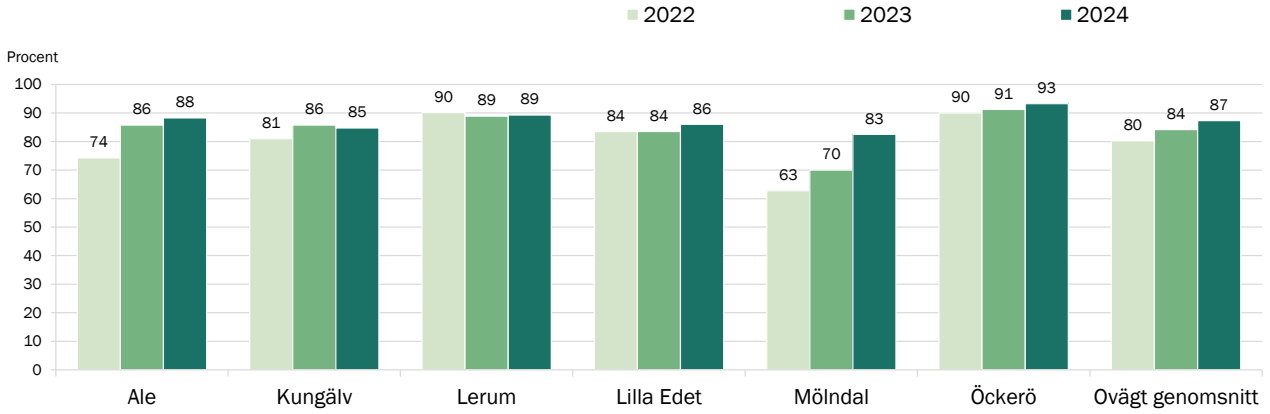
I flertalet kommuner ligger nivåerna stabilt över de tre år som mätningarna omfattar. I Mölndal och Partille syns däremot en positiv förändring, och lite mindre tydligt gäller det även Öckerö.

Mölndals representant i arbetet med nyckeltalsrapporten beskriver att följsamheten till delegerade insatser har varit i fokus i kommunens vård- och omsorgsförvaltning under 2024. Verksamheterna har arbetat med att identifiera orsaker till brister i följsamheten, och chefer eller andra utsedda funktioner använder regelbundet signeringssystemet för att snabbt upptäcka insatser som inte utförs i tid. Verksamhetscheferna har haft uppföljningar i sina ledningsgrupper, och MAR och MAS har redovisat resultat till förvaltningsledningen varje kvartal. I Mölndals fall ska också nämnas att ett 60-tal patienter på ett privat vård- och omsorgsboende i kommunen inte omfattas av statistiken på grund av att boendet inte använder kommunens journalsystem eller signeringssystem; detta kan påverka utfallet.

När det gäller måttets målnivå är det inte självklart att andelen bör vara 100 procent. Att en uppgift inte blivit utförd i tid vid ett visst tillfälle kan i vissa fall handla om följsamhet till patientens behov. I tolkningen av resultaten ska det också noteras att det kan vara så att insatsen utförts i tid, men att personalen inte signerat den i tid.

Diagram C5 (utvecklingsmått)

Andel rehabiliteringsåtgärder överlåtna på omsorgspersonal av arbetsterapeuter eller fysioterapeuter/sjukgymnaster som har signerats (utförts), 2022–2024, samtliga boendeformer



Kommentar: Resultaten gäller åtgärder oavsett om de har delegerats eller inte.

De redovisade resultaten är i huvudsak insamlade på kvartalsnivå, och helårsresultatet motsvarar ett genomsnitt av kvartalen respektive år, med undantag för Lerum och Lilla Edet vars uppgifter är helårsresultat. Öckerö har inte kunnat ta fram uppgifter för 2024.

Datakälla: Kommunernas verksamhetssystem.

GÖTEBORGS REGIONEN

Det är vanligt att arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster överlåter rehabiliteringsåtgärder till omsorgspersonal. Det är viktigt att följa upp att åtgärderna utförs.

Andelen av överlåtna rehabiliteringsåtgärder som har signerats av omsorgspersonal varierade under 2024 mellan 83 och 93 procent i de sex kommuner som deltagit i mätningen. Arbetsgruppen bakom nyckeltalsrapporten bedömer att måttet ger en som helhet rättvisande bild av andelen åtgärder som utförts enligt ordination.

Högst följsamhet till ordination under 2024 ses i Öckerö och lägst i Mölndal.

I Ale och Mölndal syns en tydligt positiv utveckling under de tre år som ingår i kartläggningen.

Mölndals representant i arbetet med nyckeltalsrapporten beskriver att följsamheten till delegerade insatser har varit i fokus i kommunens vård- och omsorgsförvaltning under 2024. Verksamheterna har arbetat med att identifiera orsaker till brister i följsamheten, och chefer eller andra utsedda funktioner använder regelbundet signeringssystemet för att snabbt upptäcka insatser som inte utförs i tid. Verksamhetscheferna har haft uppföljningar i sina ledningsgrupper, och MAR och MAS har redovisat resultat till förvaltningsledningen varje kvartal. I Mölndals fall ska också nämnas att ett 60-tal patienter på ett privat vård- och omsorgsboende i kommunen inte omfattas av statistiken på grund av att boendet inte använder kommunens journalsystem eller signeringssystem; detta kan påverka utfallet.

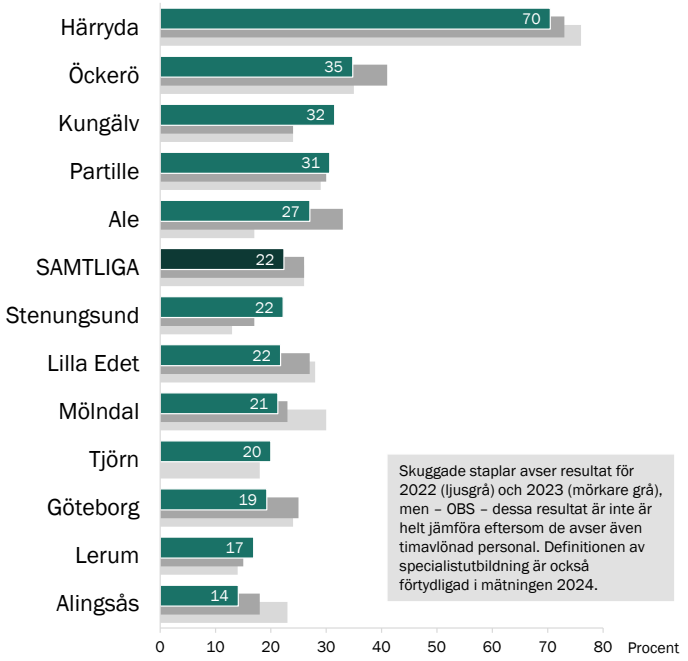
När det gäller måttets målnivå är det inte självklart att andelen bör vara 100 procent. Att en uppgift inte blivit utförd i tid vid ett visst tillfälle kan i vissa fall handla om följsamhet till patientens behov. I tolkningen av resultaten ska det också noteras att det kan vara så att insatsen utförts i tid, men att personalen inte signerat den i tid.

Personalens formella kompetens

GÖTEBORGS REGIONEN

Diagram C6a

Andel sjuksköterskor inom den kommunala primärvården med specialistutbildning, 2024



Kommentar: Specialistutbildningen ska avse minst 60 hp.

Uppgifterna avser samtliga anställda i kommunal primärvård i november 2024 (tillsvidareanställda eller månadsanställda med tidsbegränsad anställning, inklusive föräldralediga och tjänstlediga). Timavlönad personal ingår inte. Personal i privat regi ingår inte.

Uppgift saknas för Tjörn år 2023, och Tjörn ingår inte heller i resultatet för samtliga kommuner 2023.

Datakälla: Kommunernas egen statistik, insamlad genom arbetsgrupp Nyckeltal Kommunal primärvård.

GÖTEBORGS REGIONEN

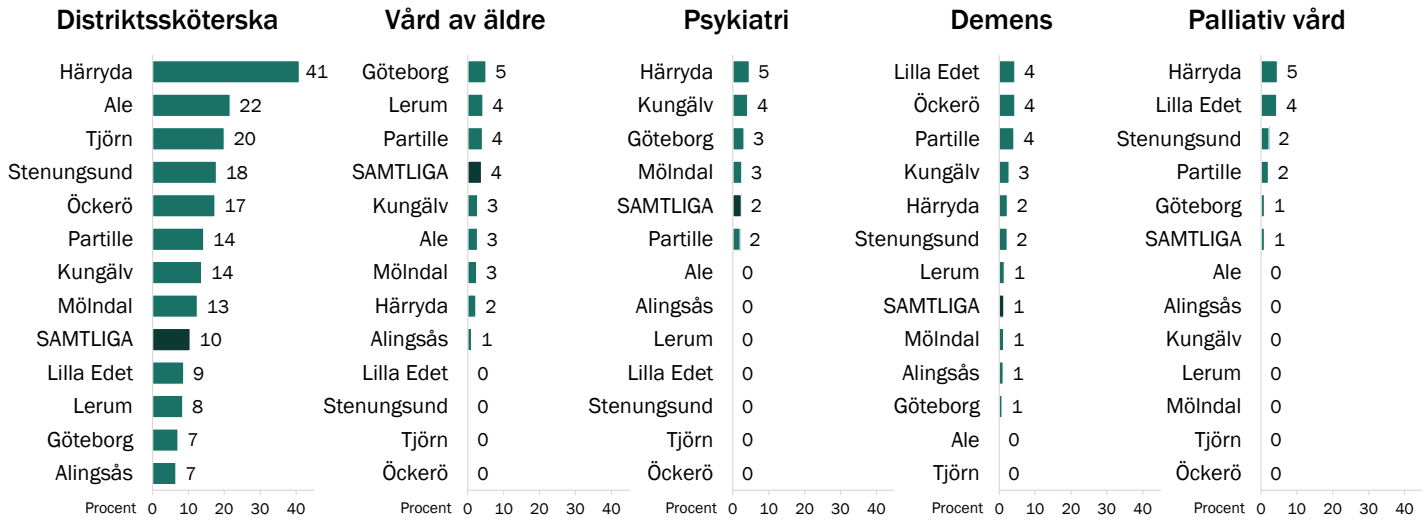
Andelen sjuksköterskor med specialistutbildning anställda i den kommunala primärvården varierar stort i kommunerna. I Härryda hade i november 2024 sju av tio sjuksköterskor en specialistutbildning (70 procent). I övriga kommuner varierar andelen mellan 14 och 35 procent. Härryda förklarar den stora andelen sjuksköterskor med specialistutbildning med att de har låg personalomsättning och att kommunen har erbjudit vidareutbildning inom tjänsten.

Sett till Göteborgsregionens kommuner som helhet (undantaget Kungsbacka) är andelen 22 procent, vilket motsvarar totalt 294 av 1 315 anställda sjuksköterskor i de tolv kommunerna. Motsvarande data saknas för riket.

Resultaten pekar på att andelen med specialistutbildning generellt sett har minskat bland sjuksköterskor anställda i Göteborgsregionens kommuner. Det tydligaste undantagen är Kungälv och Stenungsund. Dessa resultat behöver dock tolkas försiktigt på grund av att kartläggningen 2024 är avgränsad till anställd personal medan tidigare även timavlönad personal ingick tidigare år. Därtill är definitionen av specialistutbildning förtydligad i 2024 års datainsamling vilket kan innebära ytterligare en felkälla i jämförelsen med tidigare års resultat.

Diagram C6b

Andel sjuksköterskor inom den kommunala primärvården som har de fem vanligaste specialistutbildningarna, 2024



Den vanligaste typen av specialistutbildning bland sjuksköterskor i den kommunala primärvården är utan konkurrens distriktsköterska. Sett till Göteborgsregionen som helhet (exklusive Kungsbacka) har 138 anställda en sådan specialistutbildning, vilket motsvarar nära hälften av de totalt 288 förekommande specialistutbildningarna (48 procent). (Det förekommer att någon sjuksköterska har mer än en specialistutbildning, men det är ovanligt.)

Sett till samtliga anställda sjuksköterskor i de tolv kommunerna har 10 procent en specialistutbildning med inriktning mot distriktssjuksköterska. Andelen varierar i kommunerna mellan 7 och 41 procent, där Härrydas andel på 41 procent är väsentligt större än övriga kommuners.

Andelen av de anställda sjuksköterskorna som har en specialistutbildning inom andra områden är väsentligt mindre. Sett till kommunerna sammantaget gäller:

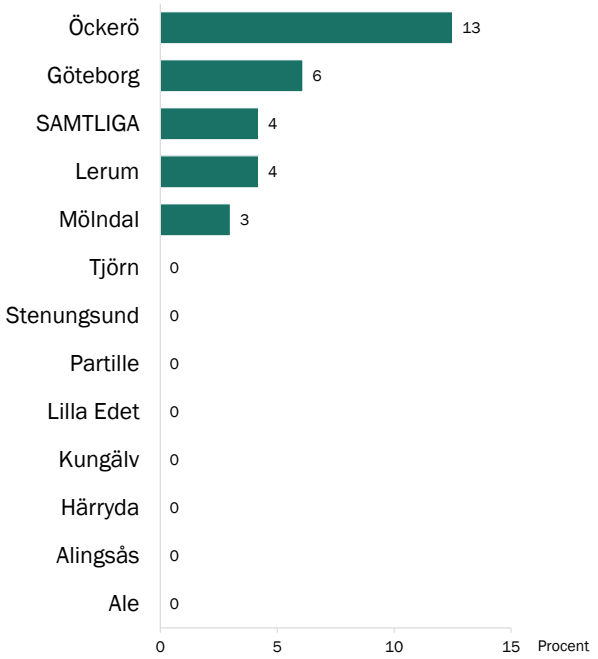
- 4 procent med inriktning mot vård av äldre (totalt 50 anställda)
- 2 procent med inriktning mot psykiatri (totalt 31 anställda)
- 1 procent med inriktning mot demens (totalt 17 anställda)
- 1 procent med inriktning mot palliativ vård (totalt 12 anställda).

Ingen av de förekommande övriga inriktningarna är vanligare än de fem särredovisade inriktningarna. Förekommande övriga specialistutbildningar är bland annat inriktade mot intensivvård, ambulanssjukvård, diabetes, barnmorska, barnsjuksköterska, anestesi och onkologi.

Specialistutbildningen ska avse minst 60 hp.

Diagram C7

Andel av rehabiliteringspersonalen inom den kommunala primärvården som har en specialistutbildning, 2024



Kommentar: Resultaten avser arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster sammantaget. Eftersom antalet anställda i dessa två yrkesgrupper är små i flera av kommunerna behöver resultaten tolkas försiktigt.

Specialistutbildning avser magisterexamen inom respektive profession (totalt 240 hp eller mer).

Uppgifterna avser samtliga anställda i den kommunala primärvården i november 2024 (tillsvidareanställda eller månadsanställda med tidsbegränsad anställning, inklusive föräldralediga och tjänstlediga). Timavlönad personal ingår inte. Personal i privat regi ingår inte.

Datakälla: Kommunernas egen statistik, insamlad genom arbetsgrupp Nyckeltal Kommunal primärvård.

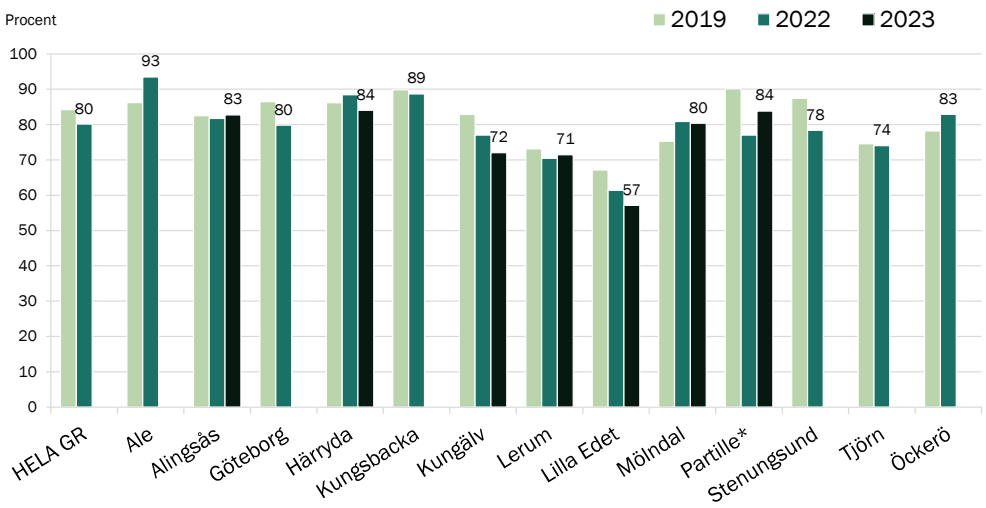
GÖTEBORGS REGIONEN

När det kommer till rehabiliteringspersonalen, det vill säga arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster, är det mindre vanligt med specialistutbildad personal. Sett till kommunerna sammantaget gäller det 6 procent av fysioterapeuterna/sjukgymnasterna och 2 procent av arbetsterapeuterna. Sett till rehabiliteringspersonalen sammantaget är andelen 4 procent. I Öckerö är andelen störst, 13 procent, medan det i de flesta kommunerna inte finns någon specialistutbildad rehabiliteringspersonal.

Eftersom antalet anställda i dessa två yrkesgrupper är små i flera av kommunerna behöver resultaten tolkas försiktigt. (I Lilla Edet, Tjörn och Öckerö utgörs rehabiliteringspersonalen av mellan 5 och 9 anställda.)

Diagram C8a

Andel anställda som utför vård- och omsorgsuppgifter med undersköterskeutbildning – särskilt boende, 2019–2023



Kommentar: Mätdatum för 2023 var den 30 september, för 2019 och 2022 den 31 maj.

Uppgifterna inkluderar korttidsboende oavsett hur verksamheten är organiserad i kommunen, * med undantag av Partille 2019 som inte inkluderade denna personal detta år.

Uppgifterna avser anställda som, helt eller delvis, utför vård- och omsorgsuppgifter, det vill säga inte enbart utför serviceuppgifter.

Med anställda avses personer som är tillsvidareanställda eller har en tidsbegränsad anställning längre än 3 månader. Timavlönade ingår inte. Ev. medarbetare med arbetsmarknadsanställning utanför ordinarie bemanning ingår inte. Ev. LOV-anställda ingår inte.

Undersköterskeutbildning avser gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram (2 500 p); vuxenutbildningens vård- och omsorgsprogram (1 500 p) samt äldre utbildningar som t. ex. omvårdnadsprogrammet (1 350 p) eller vård- och omsorgsprogrammet (1 400–1 500 p), mentalskötarlinjen (2–3 terminer).

Datakälla: Göteborgsregionens egen kartläggning. 2023 var kartläggningen begränsad till sju kommuner som deltog i ESF-projektet Favo.

GÖTEBORGS REGIONEN

Andelen anställda inom särskilt boende som utför vård- och omsorgsuppgifter med en undersköterskeutbildning varierade i september 2023 mellan 57 och 84 procent i de sju kommuner som uppgift har kunnat erhållas för. Andelen är störst i Härryda, Partille och Alingsås (83–84 procent) och minst i Lilla Edet (57 procent). Det kan noteras att andelen i Lilla Edet var minst även år 2022.

I de sju kommunerna som har en uppgift för 2023 varierar utvecklingen jämfört med 2019 och 2022. Medan nivån är tämligen stabil i Alingsås och Lerum har andelen successivt minskat i Kungälv och Lilla Edet. I övriga kommuner har andelen varierat mellan åren.

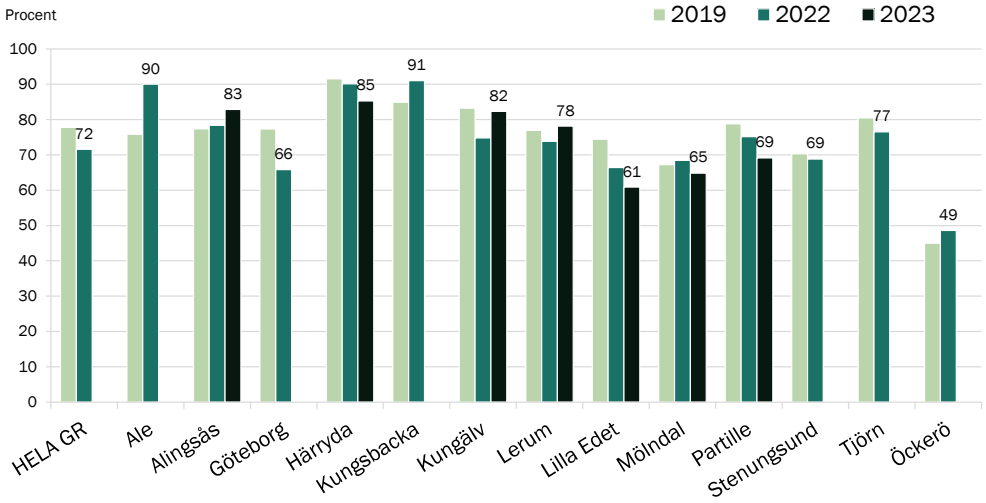
I kartläggningen ingick förutom särskilt boende och hemtjänst (se diagram C8b) även kommunal primärvård, men de uppgifterna har inte särredovisats eftersom de baseras på jämförelsevis få anställda i den kartlagda gruppen (i ett par kommuner finna inga alls). Sett till de sju kommunerna sammantaget är år 2023 vanligare att vård- och omsorgspersonalen inom den kommunala primärvården har en undersköterskeutbildning (87 procent) än dem inom särskilt boende (77 procent) och inom hemtjänsten (76 procent).

En förklaring till att andelen anställda som saknar undersköterskeutbildning i Göteborgsregionens kommuner kan vara mindre än tidigare kan vara att många outbildade anställts och parallellt med sitt arbete studerar till undersköterska inom ramen för den nationella satsningen *Kompetenslyftet*.

En ny mätning ska genomföras under 2025.

Diagram C8b

Andel anställda som utför vård- och omsorgsuppgifter med undersköterskeutbildning – hemtjänst, 2019–2023



Kommentar: Mätdatum för 2023 var den 30 september, för 2019 och 2022 den 31 maj.

Uppgifterna avser anställda som, helt eller delvis, utför vård- och omsorgsuppgifter, det vill säga inte enbart utför serviceuppgifter.

Med anställda avses personer som är tillsvidare-anställda eller har en tidsbegränsad anställning längre än 3 månader. Timavlönade ingår inte. Ev. medarbetare med arbetsmarknadsanställning utanför ordinarie bemanning ingår inte. Ev. LOV-anställda ingår inte.

Undersköterskeutbildning avser gymnasieskolans vård- och omsorgsprogram (2 500 p); vuxenutbildningens vård- och omsorgsprogram (1 500 p) samt äldre utbildningar som t. ex. omvårdnadsprogrammet (1 350 p) eller vård- och omsorgsprogrammet (1 400–1 500 p), mentalskötarlinjen (2–3 terminer).

Datakälla: Göteborgsregionens egen kartläggning. 2023 var kartläggningen begränsad till sju kommuner som deltog i ESF-projektet Favo.

GÖTEBORGS REGIONEN

Andelen anställda inom hemtjänsten som utför vård- och omsorgsuppgifter med en undersköterskeutbildning varierade i september 2023 mellan 61 och 85 procent i de sju kommuner som uppgift har kunnat erhållas för. Andelen är störst i Härryda, Alingsås och Kungälv (82–85 procent) och minst i Lilla Edet (61 procent). Det kan noteras att andelen i Öckerö var mindre än i Lilla Edet år 2022 (uppgift saknas för 2023).

I de sju kommunerna som har en uppgift för 2023 varierar utvecklingen jämfört med 2019 och 2022. Medan den successivt har ökat i Alingsås har den minskat i Härryda, Lilla Edet och Partille. I övriga kommuner har andelen varierat mellan åren.

I kartläggningen ingick förutom särskilt boende (se diagram C8a) och hemtjänst även kommunal primärvård, men de uppgifterna har inte särredovisats eftersom de baseras på jämförelsevis få anställda i den kartlagda gruppen (i ett par kommuner finna inga alls). Sett till de sju kommunerna sammantaget är år 2023 vanligare att vård- och omsorgspersonalen inom den kommunala primärvården har en undersköterskeutbildning (87 procent) än dem inom särskilt boende (77 procent) och inom hemtjänsten (76 procent).

En förklaring till att andelen anställda som saknar undersköterskeutbildning i Göteborgsregionens kommuner kan vara mindre än tidigare kan vara att många outbildade anställts och parallellt med sitt arbete studerar till undersköterska inom ramen för den nationella satsningen *Kompetenslyftet*.

En ny mätning ska genomföras under 2025.

D. Hälsofrämjande och förebyggande insatser

GÖTEBORGS REGIONEN

Om valda nyckeltal och indikatorer på hälsofrämjande och förebyggande insatser

Från och med 1 januari 2025 styrs statsbidrag för utvecklingen av nära vård enligt en förordning från regeringen (2024:1253). Enligt förordningen kan kommuner och regioner få bidrag för insatser som avser förebyggande och hälsofrämjande arbete i hälso- och sjukvården.

Varje år faller 100 000 personer 65 år eller äldre i Sverige så illa att de behöver besöka sjukvården. Cirka 2 000 äldre dör av fallolyckor. Fallolyckor är en vanlig orsak till att personer kommer i behov av hemtjänst eller kommunal primärvård. Med förebyggande insatser kan olyckor förhindras och mänskligt lidande och kostnader för vård och omsorg minska.

Denna rapport redovisar måttet:
– Fallolyckor bland personer 65 år eller äldre som är inskrivna i kommunal primärvård.

GÖTEBORGS REGIONEN

Uppgifterna rörande fallolyckor är hämtade från Socialstyrelsens kunskapsstöd: https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/aldre/stod-i-arbetet--vard-och-omsorg-for-aldre-personer--utifran-amnesomraden/fallolyckor .

Fallskador bland äldre med kommunal primärvård är vanligare i Göteborgsregionen än i riket

I riket som helhet identifierades under treårsperioden 2021–2023 119 fallskador per 1 000 personår* bland patienter 65 år eller äldre med insatser från kommunal primärvård. Fallskador var vanligare i Västra Götalands län (131 per 1 000 personår). Detsamma gäller för flertalet av Göteborgsregionens kommuner. De tydligaste undantagen är Härryda, Mölndal och Öckerö (88–106 per 1 000 personår).

Utvecklingen beträffande fallolyckor varierar i kommunerna. Sammantaget har kommunerna kommit att närma sig varandra under mätperioden, omfattningen av fallskador varierar lite mindre i början av 2020-talet jämfört med slutet av 2010-talet.

Några kommuners uppgifter är dock osäkra eftersom måttet påverkas av antalet patienter som rapporteras in till Socialstyrelsens register inom kommunal hälso- och sjukvård inte är korrekta. Underskattas antalet patienter, som vi vet är fallet för flera kommuner enskilda år, överskattas fallskador.

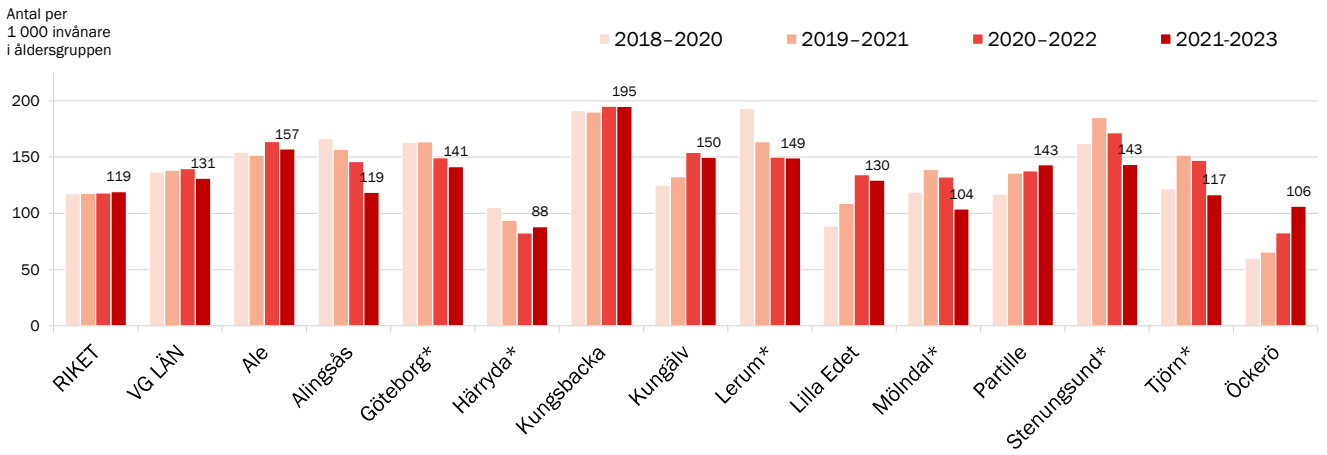
---

* Personår utgörs av 12 sammanlagda månadsperioder som individen erhållit kommunala primärvårdsinsatser.

GÖTEBORGS REGIONEN

Diagram D1

Antal fallskador per 1 000 personår bland personer 65 år eller äldre med kommunal primärvård i ordinärt boende



Kommentar: Uppgifterna baseras på månadsperioder där fallskador räknas max en gång per individ även om individen kan ha haft flera vårdtillfällen (kan gälla samma fall). En individ kan därmed ingå med som mest 36 fallskador under en treårsperiod.

- Personår utgörs av 12 sammanlagda månadsperioder som individen erhållit kommunala primärvårdsinsatser.

För att talen inte ska bli för osäkra redovisas resultaten för treårsperioder.

* Det redovisade antalet påverkas av att felaktigt antal patienter i kommunal primärvård har rapporterats in till Socialstyrelsen för ett eller flera år.

Datakälla: Socialstyrelsens Öppna jämförelser Kommunal hälso- och sjukvård.

GÖTEBORGS REGIONEN

I riket som helhet identifierades under treårsperioden 2021–2023 119 fallskador per 1 000 personår* bland personer 65 år och äldre med insatser från kommunal primärvård i ordinärt boende. Antalet har ökat svagt från 117 per 1 000 under treårsperioden 2015–2017. Antalet har under hela den redovisade perioden varit större i Västra Götalands län jämfört med riket (senaste treårsperioden: 131 fallskador per 1 000 personår). Detsamma gäller för flertalet av Göteborgsregionens kommuner. De tydligaste undantagen för perioden 2021–2023 är Härryda, Mölndal och Öckerö, med mellan 88 och 106 fallskador per 1 000 personår.

Utvecklingen varierar i kommunerna. Medan fallskador som helhet uppvisar en (tydligt) minskande trend i Alingsås, Göteborg, Härryda, Lerum och Stenungsund, har fallskador tvärtom blivit vanligare i Kungälv, Lilla Edet, Partille och Öckerö (mindre tydligt även i Ale och Kungsbacka). När enbart den senaste treårsperioden jämförs med den föregående har antalet fallskador minskat påtagligt i Alingsås, Mölndal, Stenungsund och Tjörn medan detta blivit vanligare i Öckerö. Förändringarna över tid innebär att variationen har minskat inom Göteborgsregionen, att fler kommuner kretsar kring kommungenomsnittet (134 för senaste mätperioden).

Förebyggande insatser kan bidra till att förhindra fallolyckor.

Det ska noteras att antalet fallskador per 1000 personår, såväl ett enskilt år som förändringar över tid, kan påverkas av att felaktigt antal patienter i kommunal primärvård har rapporterats in till Socialstyrelsen för ett eller flera år. Underskattas antalet patienter, som vi vet är fallet för flera kommuner enskilda år (se tabell A1), överskattas fallskador.

* Personår utgörs av 12 sammanlagda månadsperioder som individen erhållit kommunala primärvårdsinsatser. För att talen inte ska bli för osäkra redovisas resultaten för treårsperioder.

Uppgifter för 2022–2024 blir tillgängliga i juni 2025.

E. Samverkan

GÖTEBORGS REGIONEN

Om valda nyckeltal och indikatorer på samverkan

Många personer får i dag insatser från flera olika vård- och omsorgsgivare. För att åstadkomma en god och nära vård räcker det inte att enskilda aktörer arbetar personcentrerat. Vården och omsorgen måste vara samordnad.

I denna rapport redovisar vi tre indikatorer på hur samverkan mellan den kommunala primärvården och andra vård- och omsorgsgivare fungerar:

- Genomsnittligt antal dagar som patienter blir kvar på sjukhus efter att de blivit utskrivningsklara
- Oplanerade återinskrivningar på sjukhus
- Påverkbar slutenvård bland patienter 65 år eller äldre inskrivna i kommunal primärvård.

Vi redovisar även en indikator på hur samverkan fungerar mellan personalen i den kommunala primärvården, utifrån upplevelsen hos en av parterna som har kunnat undersökas:

- Den legitimerade personalens upplevelse av samarbetet mellan legitimerad personal och omsorgspersonal.

GÖTEBORGS REGIONEN

Tiden på sjukhus efter att patienten bedömts som utskrivningsklar har stabiliserats

Sett till samtliga kommuner i Västra Götalands län var det genomsnittliga antalet dagar som patienter var kvar på sjukhus efter att de blivit utskrivningsklara 1,1 dagar år 2024.

För kommunerna i Göteborgsregionen (exklusive Kungsbacka) var genomsnittet 1,5 dagar.

I kommunerna varierade det mellan 0,6 och 1,8 dagar, där Göteborg står för den längsta tiden medan övriga kommuner ligger under GR-snittet.

Generellt har tiden ökat sedan 2021, men tiden ser ut att ha stabiliserats och till och med minskat något under 2024.

GÖTEBORGS REGIONEN

Färre oplanerade återinskrivningar 2023 än 2022 i de flesta kommunerna

I riket som helhet sker oplanerade återinskrivningar på sjukhus inom 30 dagar för knappt 9 procent av patienterna 65 år eller äldre. Resultatet avser patienter med en diagnos där återinskrivning bedöms kunna undvikas om patienten får adekvat vård vid första vårdtillfället och i primärvården efter utskrivning. I länet är andelen drygt 8 procent.

Inom Göteborgsregionen varierar kommunernas andel mellan cirka 5 och 10 procent, men de flesta ligger under både riks- och länsgenomsnittet. Öckerös andel har varit minst tre år i rad.

I de flesta kommunerna är andelen mindre 2023 än 2022.

GÖTEBORGS REGIONEN

Påverkbara slutenvårdstillfällen vanligare i ordinärt boende än särskilt boende – efter minskande trend ökar antalet i några kommuner

I riket som helhet identifierades under treårsperioden 2021–2023 206 påverkbara slutenvårdstillfällen per 1 000 personår för personer 65 år eller äldre med kommunala primärvårdsinsatser I ORDINÄRT BOENDE.

Påverkbara slutenvårdstillfällen är vanligare i Göteborgsregionen än i riket, i alla kommuner utom tre: Härryda, Tjörn och Öckerö. I övriga kommuner varierar antalet mellan 212 och 310, med störst antal i Kungsbacka.

I riket har antalet minskat sedan slutet av 2010-talet, dock med en svag ökning den senaste mätperioden. En liknande utveckling syns i de flesta kommunerna i Göteborgsregionen, i flera fall med en brantare nedgång. I Lerum har dock antalet ökat en längre tid, och senast även i Kungsbacka och Partille.

Påverkbara slutenvårdstillfällen bland patienter med kommunala primärvårdinsatser är mindre vanliga I SÄRSKILT BOENDE än i ordinärt boende. I riket som helhet gäller 111 per 1 000 personår. I Göteborgsregionens kommuner varierar antalet mellan 54 och 131, med minst antal i Öckerö (i de tre senaste mätperioderna). Efter en generell nedgång under slutet av 2010-talet syns en ökning den senaste treårsperioden, även i några av kommunerna.

GÖTEBORGS REGIONEN

En majoritet av den legitimerade personalen tycker att samarbetet med omsorgspersonalen fungerar bra

I en enkät till den legitimerade personalen i Göteborgsregionens medlemskommuner (exklusive Kungsbacka) hösten 2024 beskriver drygt två av tre anställda att samarbetet med omsorgspersonalen fungerar ganska eller mycket bra. 15 procent upplever att samarbetet fungerar *mycket* bra. Resultatet är ungefär detsamma som 2023.

Variationen mellan kommunerna är stor – i vissa kommuner tycker ungefär hälften av den legitimerade personalen att samarbetet fungerar bra, i andra kommuner gäller det nästan alla.

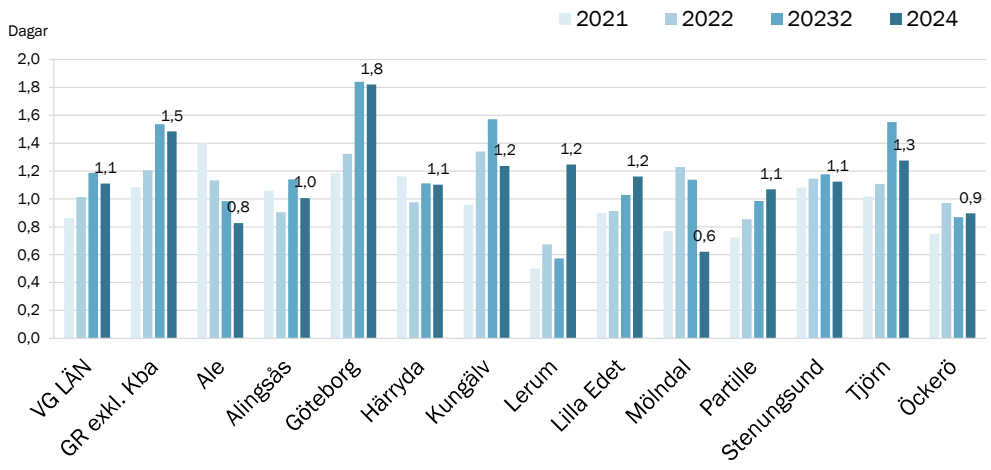
Generellt sett är upplevelsen till samarbetet med omsorgspersonalen mer positiv bland sjuksköterskor och arbetsterapeuter än bland fysioterapeuter/sjukgymnaster.

Det ska betonas att resultaten gäller den legitimerade personalens upplevelser medan motsvarande uppgifter saknas för den icke-legitimerade personalen. Upplevelsen av samarbetet kan skilja sig åt mellan dessa parter, liksom erfarenheterna av *varför* samarbetet fungerar bra eller dåligt.

GÖTEBORGS REGIONEN

Diagram E1

Genomsnittligt antal dagar som patienter blir kvar på sjukhus efter att de blivit utskrivningsklara, 2021–2024



Kommentar: Diagrammet visar resultatet för en genomsnittlig månad respektive år. Månadsresultaten (till grund för årsresultatet) är ett patientgenomsnitt.

Datakälla: Gemensam Information- och Tjänste-samordning (GITS), 49 kommuner i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen. Data erhållen från administrativ koordinator 2025-01-23.

GÖTEBORGS REGIONEN

Måttet visar hur snabbt kommunerna tar hem en patient från sjukhus efter att de bedömts vara utskrivningsklara och registrerats som detta i SAMSA, Västra Götalands läns IT-system för samverkan vid in- och utskrivning från sluten vård. Mätvärdet avser enbart de patienter som har behov av insatser från kommunen efter sluten vård på sjukhus.

Kommunal verksamhet, slutenvård och regionfinansierad öppenvård ska alla bidra till att tiden inom sluten vården efter att en enskild bedömts som utskrivningsklar blir så kort som möjligt. Enligt överenskommelsen mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård har parterna ett gemensamt ansvar för att processen är trygg, säker och effektiv för den enskilde (Västra Götalands läns kommuner och Västra Götalandsregionen, 2020).

Sett till länet som helhet var det genomsnittliga antalet dagar som patienter var kvar på sjukhus efter att de blivit utskrivningsklara 1,1 dagar år 2024 (månadsmedelvärde). För de tolv redovisade kommunerna i Göteborgsregionen är motsvarande antal 1,5 dagar. I kommunerna varierar antalet mellan 0,6 och 1,8 dagar. Den längsta tiden gäller Göteborg, medan genomsnittet för övriga kommuner år 2024 ligger under GR-snittet. Tiden var kortast i Mölndal, där tiden har minskat påtagligt sedan 2023. I arbetsgruppen bakom nyckeltalsrapporten uppfattar Mölndals representanter två orsaker som kan ha bidragit till utvecklingen. En orsak bedöms vara öppnandet av ett privat vård- och omsorgsboende som frigjorde platser på korttidsboende där en del personer befunnit sig i väntan på boendeplats, följt av ett lågt inflöde till korttidsboende. En annan orsak bedöms vara ett nytt team som startade i oktober 2023 och som sedan dess hanterar alla ärenden med personer som ska hem från sjukhus och där sjuksköterska och socialsekreterare planerar hemgången, vid behov med stöd från en rehabfunktion.

I kommunerna som helhet har tiden ökat sedan 2021, men under 2024 ser tiden ut att ha stabiliserats och till och med minskat något. Den generella ökningen efter 2021 är lite större i Göteborgsregionen än i länet som helhet, där Göteborg tydligt bidrar till denna övergripande bild. Det tydligaste undantaget bland kommunerna gäller Ale, där tiden minskat sedan 2021.

Det är inte självklart att få dagar kvar i slutenvård alltid är det bästa ur patientens perspektiv. Till exempel kan en eller två dagar extra på sjukhus innebära att patienten slipper flytta mellan olika boenden i kommunen om en permanent plats inte finns tillgänglig på utskrivningsdagen. I arbetsgruppen bakom nyckeltalsrapporten framhålls att kommunerna ibland upplever att patienterna

inte alltid är utskrivningsklara även om sjukhuset gjort den bedömningen. Exempelvis är epikris inte alltid tillgänglig.

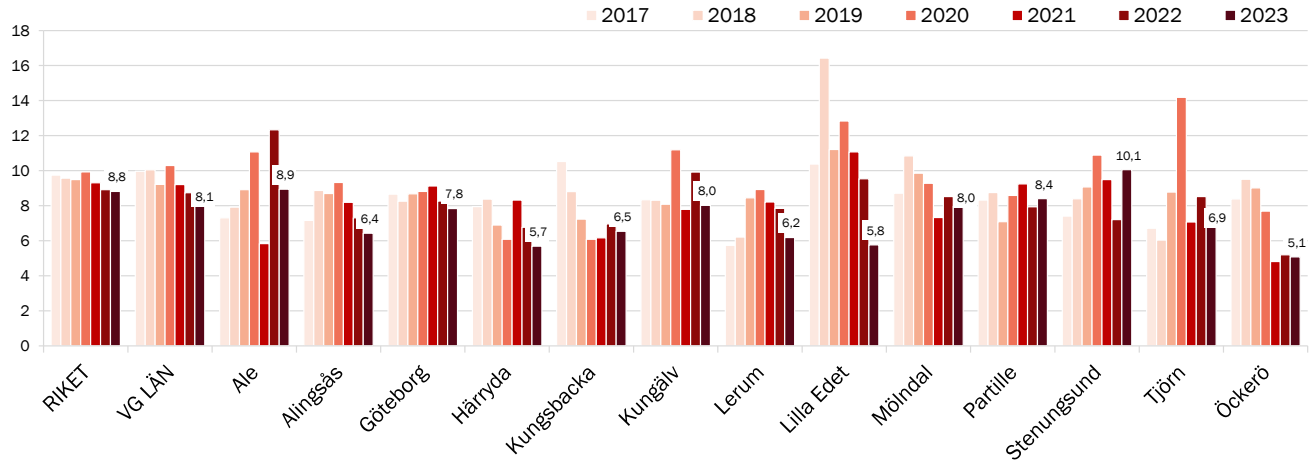
I Västra Götalands län inträder kommunens betalningsansvar när det genomsnittliga antalet dagar i sluten vård efter att patienten bedömts vara utskrivningsklar överskrider 3,0 kalenderdagar per kommun under en kalendermånad. Villkoren enligt Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård och den gemensamma riktlinjen ska vara uppfyllda. Dessa villkor är att:

- slutenvården ska ha skickat inskrivningsmeddelande
- slutenvården ska ha meddelat att den enskilde är utskrivningsklar
- om SIP ska göras ska öppenvården ha kallat till sådan.

Kommunens betalningsansvar ska inte inträda om den enskilde inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att sådana insatser som den regionfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga, eller om det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga.

Diagram E2

Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser* för patienter 65 år eller äldre



Kommentar: *Diagnoserna vid återinskrivningstillfället omfattar bland annat hjärtsvikt och lunginflammation som är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar för gruppen 65 år och äldre.

Datakälla: Socialstyrelsens så kallade region- och kommunprofiler med indikatorer på "God och nära vård", nedladdat 2025-01-10. *https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/GONV_Kommunprofil/*

GÖTEBORGS REGIONEN

Andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid ett antal utvalda diagnoser* för patienter 65 år och äldre har minskat svagt men successivt sedan 2017, från 9,6 till 8,8 procent år 2023 – med undantag av pandemiåret 2020 då andelen var lite större (9,9 procent). I länet är den minskande trenden lite mindre linjär men samtidigt är nedgången större, från cirka 10 till 8,1 procent.

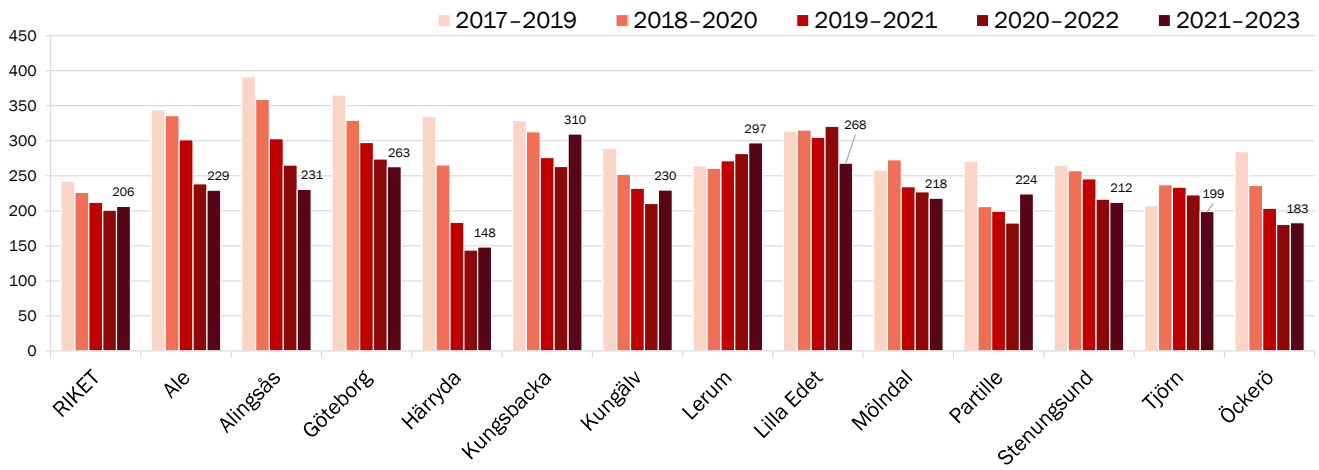
Under hela perioden är det i de flesta kommunerna i Göteborgsregionen mindre vanligt med oplanerade återinskrivningar jämfört med såväl länet som riket. I flera kommuner kan samtidigt noteras stora variationer mellan åren. Störst variation återfinns i de mindre kommunerna. För Lilla Edet kan dock noteras en längre nedgående trend efter 2018, och Öckerös andel är minst i Göteborgsregionen de tre senaste mätåren (2023: 5,1 procent). I alla kommuner utom Stenungsund och Partille är andelen oplanerade återinskrivningar mindre 2023 än 2022. År 2023 är andelen störst i Stenungsund (10,1 procent).

Färre oplanerade återinskrivningar kan bero på att färre patienter skrivs ut för tidigt från den slutna vården, alternativt att uppföljning och fortsatt omhändertagande via den öppna vården eller socialtjänsten är bättre samordnad. Men utvecklingen kan också bero på att tillgången på vårdplatser har minskat och att tillgången till sluten vård är sämre för äldre än för yngre.

* Diagnoserna vid det första vårdtillfället är valda för att fånga vanliga diagnoser hos äldre. Diagnoserna vid återinskrivningstillfället är valda för att återinskrivningar för dessa diagnoser bör ha kunnat förebyggas vid det första vårdtillfället eller genom efterföljande öppenvårds- och hemsjukvårdsinsatser. I urvalet ingår bland annat hjärtsvikt och lunginflammation som är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar för gruppen 65 år och äldre. För en mer exakt definition inklusive de aktuella diagnoserna, se Socialstyrelsens tekniska beskrivning: Oplanerade återinskrivningar bland äldre – Socialstyrelsen

Diagram E3a

Antal påverkbara slutenvårdstillfällen* per 1 000 personår för personer 65 år eller äldre *med kommunala primärvårdsinsatser i ordinärt boende*



Kommentar: Måttet är ett treårsmedelvärde. Uppgifterna baseras på månadsperioder där ett slutenvårdstillfälle räknas max en gång per individ även om flera vårdtillfällen kan ha varit aktuella för en och samma individ. En individ kan därmed ingå med som mest 36 slutenvårdsepisoder under en treårsperiod. Personår utgörs av 12 sammanlagda månadsperioder som individen har mottagit insatser i ordinärt boende. För att talen inte ska bli för osäkra redovisas resultaten för treårsperioder.

* Antalet slutenvårdstillfällen avser patienter med någon av följande diagnoser: hjärtinsufficiens, urinvägsinfektion, förmaksflimmer, pneumoni, KOL, astma, kärlkramp, diabetes.

Datakälla: Socialstyrelsens så kallade region- och kommunprofiler med indikatorer på "God och nära vård", nedladdat 2025-01-10. https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/GONV_Kommunprofil/ Uppgifterna har här dividerats med 100 för att erhålla måttet per 1 000 personår. Måttet redovisas inte på länsnivå, och är inte möjligt att beräkna för Göteborgsregionen som helhet.

GÖTEBORGS REGIONEN

Påverkbara slutenvårdstillfällen avser patienter med hjärtinsufficiens, urinvägsinfektion, förmaksflimmer, pneumoni, KOL, astma, kärlkramp eller diabetes. Detta är sjukdomstillstånd som är vanligt förekommande bland sjuka äldre och som i de flesta fall kan behandlas effektivt i primärvården eller i öppen specialiserad vård. Samsjuklighet hos äldre personer kan dock innebära att inskrivning i slutenvård är nödvändig och svårare att förebygga.

I riket som helhet identifierades under treårsperioden 2021–2023 totalt 206 påverkbara slutenvårdstillfällen per 1 000 personår för personer 65 år eller äldre med hälso- och sjukvårdsinsatser *i ordinärt boende*.* I Göteborgsregionen är påverkbara slutenvårdstillfällen vanligare än i riket i alla kommuner utom tre. Undantagen är Härryda (148), Tjörn (199) och Öckerö (183). I övriga kommuner varierar antalet mellan 212 och 310, med störst antal i Kungsbacka.

Antal påverkbara slutenvårdstillfällen har minskat i riket sedan slutet av 2010-talet, även om den senaste treårsperioden visar på en svag ökning. Även i majoriteten av kommunerna i Göteborgsregionen har antalet minskat jämfört med slutet av 2010-talet, och i flera fall är nedgången brantare än i riket. Det tydligaste undantaget från den generella trenden är Lerum där antalet påverkbara slutenvårdstillfällen successivt har ökat efter mätperioden 2018–2020. I Kungsbacka och Partille syns en relativt stor ökning under den senaste treårsperioden.

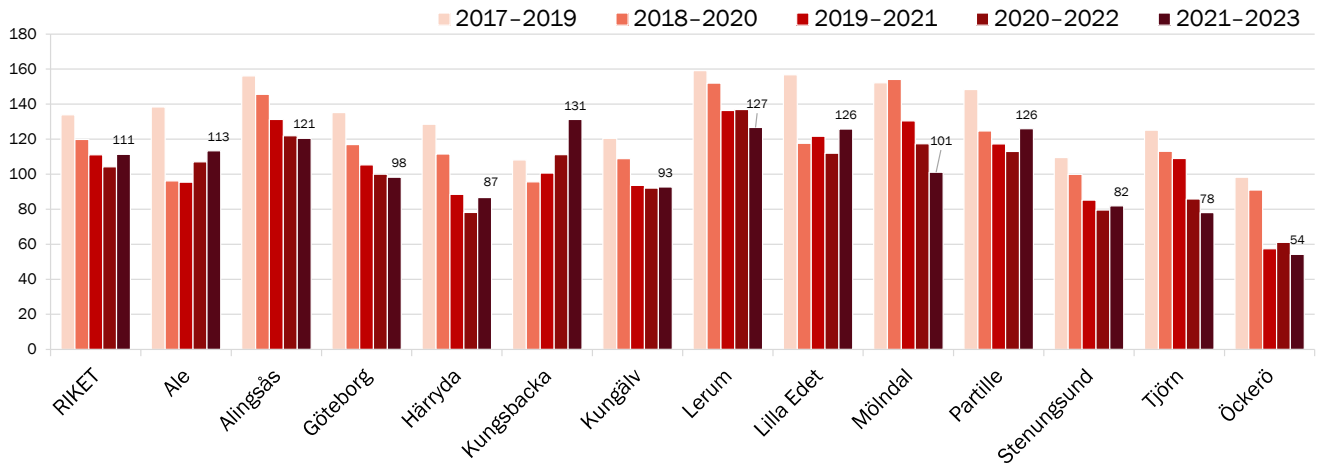
Färre påverkbara slutenvårdstillfällen kan bero på att allt fler patienter får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården genom preventiva insatser, kontinuerlig uppföljning av insatt behandling och rehabilitering. Det kan också bero på bättre samverkan mellan den slutna och öppna vården i regioner och kommuner, i linje med den regionala färdplanen för omställningen till god och nära vård. Det kan exempelvis handla om att fler patienter får vård i hemmet av mobila team från sjukhuset. Men färre påverkbara slutenvårdstillfällen kan också bero på att tillgången till slutenvårdsplatser minskar, att tillgången till slutenvård är sämre för de mest sjuka eller att äldre i mindre utsträckning bedöms gynnas av sluten vård. Arbetsgruppen bakom rapporten uppfattar också att det har blivit vanligare att tillkallad ambulans inte tar med patienten till sjukhus, även om vårdcentralens läkare har varit med och gjort bedömningen att patienten behöver slutenvård eller utredning och behandling som inte finns tillgänglig i primärvården.

* Personår utgörs av 12 sammanlagda månadsperioder som individen varit inskriven i kommunal primärvård. För att talen inte ska bli för osäkra redovisas resultaten för treårsperioder. Eftersom vi vet

att det finns en underrapportering av antal patienter i flera av Göteborgsregionens kommuner till Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård ska resultatet tolkas med viss försiktighet, i synnerhet för Tjörn och Göteborg där underrapporteringen är störst.

Diagram E3b

Antal påverkbara slutenvårdstillfällen* per 1 000 personår för personer 65 år eller äldre *i särskilt boende*



Kommentar: Måttet är ett treårsmedelvärde. Uppgifterna baseras på månadsperioder där ett slutenvårdstillfälle räknas max en gång per individ även om flera vårdtillfällen kan ha varit aktuella för en och samma individ. En individ kan därmed ingå med som mest 36 slutenvårdsepisoder under en treårsperiod. Personår utgörs av 12 sammanlagda månadsperioder som individen har varit på särskilt boende. För att talen inte ska bli för osäkra redovisas resultaten för treårsperioder.

* Antalet slutenvårdstillfällen avser patienter med någon av följande diagnoser: hjärtinsufficiens, urinvägsinfektion, förmaksflimmer, pneumoni, KOL, astma, kärlkramp, diabetes.

Datakälla: Socialstyrelsens så kallade region- och kommunprofiler med indikatorer på "God och nära vård", nedladdat 2025-01-10: https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/GONV_Kommunprofil) Uppgifterna har här dividerats med 100 för att erhålla måttet per 1 000 personår. Måttet redovisas inte på länsnivå, och är inte möjligt att beräkna för Göteborgsregionen som helhet.

GÖTEBORGS REGIONEN

Påverkbara slutenvårdstillfällen avser patienter med hjärtinsufficiens, urinvägsinfektion, förmaksflimmer, pneumoni, KOL, astma, kärlkramp eller diabetes. Detta är sjukdomstillstånd som är vanligt förekommande bland sjuka äldre och som i de flesta fall kan behandlas effektivt i primärvården eller i öppen specialiserad vård. (Samsjuklighet hos äldre personer kan dock innebära att inskrivning i slutenvård är nödvändig och svårare att förebygga.)

I riket som helhet identifierades under treårsperioden 2021–2023 totalt 111 påverkbara slutenvårdstillfällen per 1 000 personår för personer 65 år eller äldre med hälso- och sjukvårdsinsatser *i särskilt boende*.* I Göteborgsregionen är påverkbara slutenvårdstillfällen mindre vanliga än i riket i ungefär hälften av kommunerna och mer vanliga i den andra hälften. Antalet är minst i Öckerö (54), vilket det har varit de tre sista treårsperioderna. Antalet är störst i Kungsbacka (131), där antalet ökat relativt mycket jämfört med förra perioden

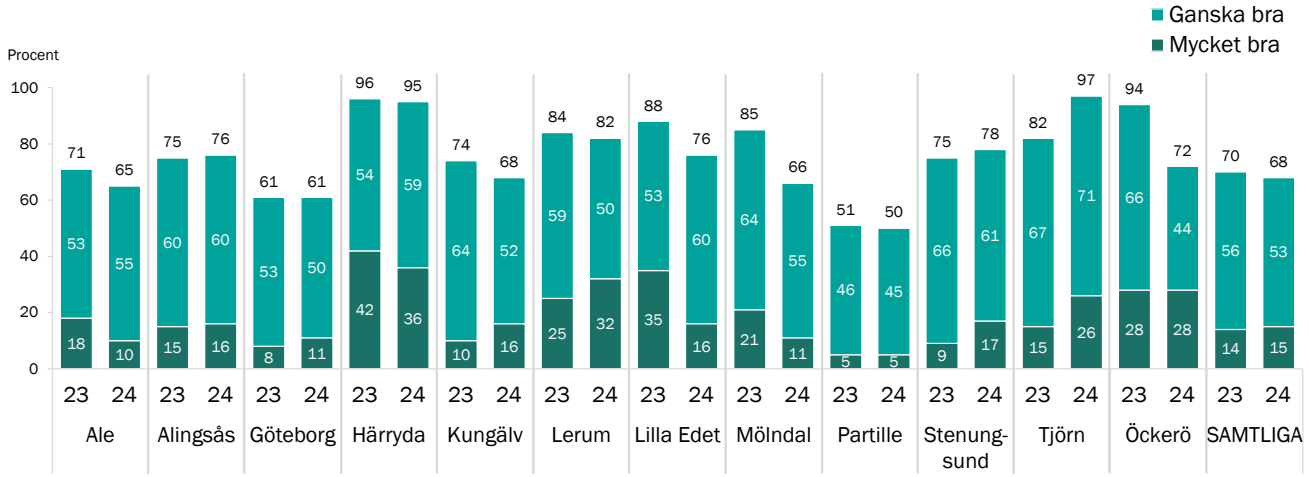
Antal påverkbara slutenvårdstillfällen i särskilt boende minskade i riket under slutet av 2010-talet och in på 2020-talet, men den senaste treårsperioden visar på en ökning. En liknande utveckling ses i majoriteten av kommunerna i Göteborgsregionen, där i många fall minskningen har varit ännu tydligare och inledd redan i mitten av 2010-talet. Den största minskningen jämfört med förra mätningen syns i Mölndal (från 117 till 101). Men det finns undantag från den generellt vikande trenden. I Ale, Härryda, Lilla Edet och Partille syns precis som i riket en ökning den sista mätperioden. I Kungsbacka inleddes en ökning redan i slutet av 2010-talet.

Färre påverkbara slutenvårdstillfällen kan bero på att allt fler patienter får ett optimalt omhändertagande i den öppna vården genom preventiva insatser, kontinuerlig uppföljning av insatt behandling och rehabilitering. Det kan också bero på bättre samverkan mellan den slutna och öppna vården i regioner och kommuner, i linje med den regionala färdplanen för omställningen till god och nära vård. Det kan exempelvis handla om att fler patienter får vård i hemmet av mobila team från sjukhuset. Men färre påverkbara slutenvårdstillfällen kan också bero på att tillgången till slutenvårdsplatser minskar, att tillgången till slutenvård är sämre för de mest sjuka eller att äldre i mindre utsträckning bedöms gynnas av sluten vård. Arbetsgruppen bakom rapporten uppfattar också att det har blivit vanligare att tillkallad ambulans inte tar med patienten till sjukhus, även om vårdcentralens läkare har varit med och gjort bedömningen att patienten behöver slutenvård eller utredning och behandling som inte finns tillgänglig i primärvården.

* Personår utgörs av 12 sammanlagda månadsperioder som individen varit inskriven i kommunal primärvård. För att talen inte ska bli för osäkra redovisas resultaten för treårsperioder. Eftersom vi vet att det finns en underrapportering av antal patienter i flera av Göteborgsregionens kommuner till Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård ska resultatet tolkas med viss försiktighet, i synnerhet för Tjörn och Göteborg där underrapporteringen är störst.

Diagram E4

Den legitimerade personalens upplevelse av samarbetet mellan legitimerad personal och omsorgspersonal, 2023 och 2024



Kommentar: Enkätfrågan löd: *Hur upplever du att samarbetet mellan legitimerad personal och omsorgspersonal fungerar i den verksamhet där du jobbar?* Svarsalternativ: *Mycket bra; Ganska bra; Varken bra eller dåligt; Ganska dåligt; Mycket dåligt; Ingen uppfattning.*

Den sammanlagda andelen som instämmer i påståendet motsvarar inte alltid exakt summan av de två svarsalternativen på grund av att dessa andelar är avrundade i diagrammet.

Resultatet avser samtliga yrkesgrupper.

Datakälla: Göteborgsregionens enkät till legitimerad personal.

GÖTEBORGS REGIONEN

I Göteborgsregionens årliga enkät till legitimerad personal i kommunal primärvård som undersöker hur personcentrerat de arbetar ställs frågan hur samarbetet fungerar mellan legitimerad personal och omsorgspersonal. Drygt två av tre anställda i den legitimerade personalen upplever att samarbetet mellan legitimerad personal och omsorgspersonal fungerar mycket eller ganska bra (68 procent). 15 procent svarar *mycket* bra. Andelen som svarar ganska/mycket bra har minskat något sedan 2023 (70 procent).

Variationen mellan kommunerna är stor. I Tjörns kommun upplever nästan all legitimerad personal att samarbetet mellan legitimerad personal och omsorgspersonal fungerar ganska eller mycket bra medan det bara gäller hälften i Partille kommun.

Upplevelsen av samarbetet med omsorgspersonalen varierar även mellan professioner. Sammantaget beskriver 74 procent av sjuksköterskorna, 63 procent av arbetsterapeuterna och 50 procent av fysioterapeuterna/sjukgymnasterna att samarbetet mellan legitimerad personal och omsorgspersonal fungerar ganska eller mycket bra. Även i 2023 års undersökning var bilden lite mindre positiv bland fysioterapeuter/sjukgymnaster jämfört med sjuksköterskor och arbetsterapeuter.

Motsvarande undersökning har inte gjorts för omsorgspersonalen och en samlad bild av hur samarbetet fungerar utifrån båda yrkesgruppers perspektiv saknas. Upplevelsen av hur samarbetet fungerar kan skilja sig åt mellan legitimerad personal och omsorgspersonal liksom orsakerna till varför samarbetet uppfattas fungera bra eller mindre bra. Bilden är tänkt som ett underlag för fördjupad diskussion och analys för båda parter i respektive kommun.

F. Kostnader och resurser

GÖTEBORGS REGIONEN

Indikatorer på kostnader och resurser för kommunal primärvård

Omställningen till god och nära vård ska hjälpa till att klara välfärdens utmaningar. Vård ska ges på den vårdnivå som är mest effektiv ur både ett patient- och kostnadsperspektiv. Att följa kostnadsutvecklingen för olika vårdnivåer är därför centralt i uppföljningen av omställningen till god och nära vård.

Nationella beräkningar av den kommunala primärvårdens kostnader baseras på en schablon och tas inte fram för enskilda kommuner. I den här rapporten redovisas kostnader för kommunal primärvård baserat på kommunernas faktiska kostnader.

Kostnaden redovisas fördelad på dels antalet patienter som fått insatser i kommunal primärvård, dels antal invånare 80 år eller äldre. Kostnaden relateras även till kommunens övriga kostnader.

I avsnittet redovisas även ett mått på tillgängliga resurser: arbetad tid i relation till antalet patienter som fått insats i kommunal primärvård.

GÖTEBORGS REGIONEN

Kostnaden för kommunal primärvård i Göteborgsregionen var i genomsnitt cirka 130 000 kronor per patient år 2024

- Kostnadsutvecklingen för kommunal primärvård varierar i kommunerna. Det gäller även *i relation till antalet patienter*. Jämfört med 2023 har kostnaden ökat i några kommuner, men minskat i andra. I genomsnitt var kostnaden år 2024 drygt 130 000 kronor per patient (baserat på elva kommuner*).
- Kostnaden för kommunal primärvård *fördelad på antal invånare 80 år eller äldre* uppgick år 2024 till i genomsnitt* cirka 58 500 kronor. Kostnaden varierar stort mellan kommunerna: från cirka 47 000 till 76 000 kronor. Utvecklingen över tid varierar också, men i de flesta kommunerna har kostnaden minskat när den relateras till antalet invånare.
- I en genomsnittskommun* utgör kommunal primärvård cirka 14 procent av den totala kostnaden för omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning. Skillnaderna är generellt större mellan kommuner än i enskilda kommuner över tid.

* Göteborg har inte kunnat lämna uppgifter för 2024.

GÖTEBORGS REGIONEN

Stor variation mellan kommunerna i antalet arbetade timmar av legitimerad personal i relation till antal patienter

- **Antal arbetade timmar av legitimerad personal fördelat på de patienter som fick minst en insats i oktober 2024 varierar stort i kommunerna: från 12,4 timmar i Tjörn till 19,3 timmar i Stenungsund. Samma kommuner låg högst/lägst även 2023.**
- **Jämfört med 2023 har tiden per patient för den legitimerade personalen som helhet minskat med nästan en timme: från 17,4 till 16,5 timmar. Minskningen är, relativt sett, störst för arbetsterapeuter.**
- **Den arbetade tiden per patient skiljer sig mycket åt mellan kommunerna även för de enskilda personalgrupperna. Beträffande sjuksköterska varierar tiden per patient från 9,2 timmar till 14,6 timmar; beträffande arbetsterapeut från 1,3 till 4,0 timmar, och beträffande fysioterapeut/ sjukgymnast från 0,9 till 2,8 timmar.**

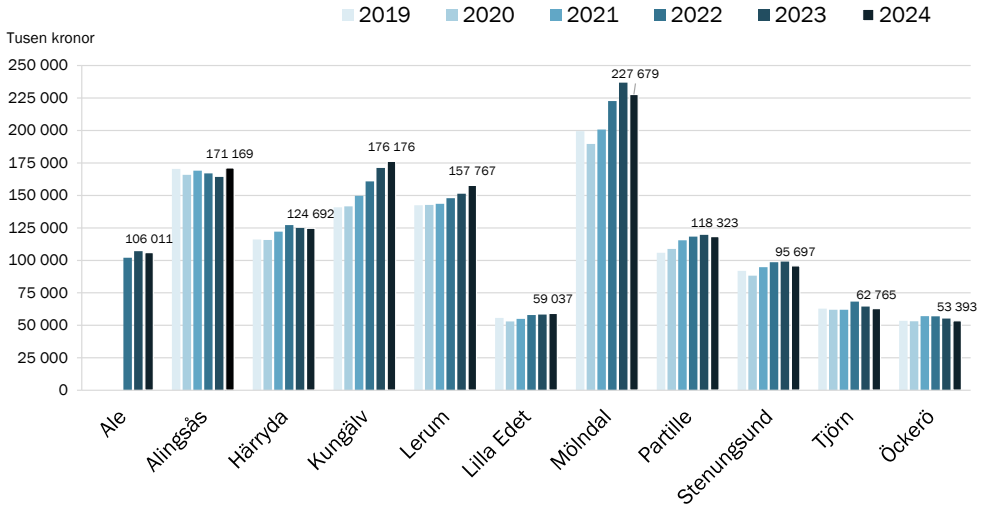
GÖTEBORGS REGIONEN

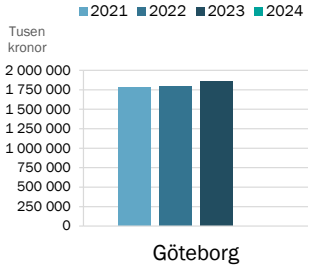
Observera att nyckeltalet inte redovisar direkt patienttid utan all arbetstid för legitimerad personal fördelat på antal patienter som mottagit en åtgärd under mätperioden. Skillnaderna mellan kommunerna betyder alltså inte nödvändigtvis att patienter i Stenungsund har bättre tillgång till legitimerad personal än patienter i Alingsås. Organiseringen av arbetet har stor betydelse. Exempelvis påverkas den direkta patienttiden av hur många insatser som delegeras, personalens restid, hur mycket administrativt stöd som finns och hur väl samverkan med regionens primärvård fungerar.

Mätningen är begränsad till oktober månad respektive år. (I Härryda gjordes mätningen 2023 i november istället.) En sjukskrivning, semester eller tjänstledighet under mätmånaden kan få stor betydelse för resultatet, i synnerhet för fysioterapeuter och arbetsterapeuter som det inte finns lika många anställda av som sjuksköterskor.

Diagram F1

Total årskostnad för kommunal primärvård, 2019–2024 (tusen kronor, indexjusterat)





Kommentar: Kostnaderna avser brutto-kostnader, och är för 2019–2023 omräknade till 2024 års penningvärde enligt omsorgs-prisindex (OPI). Motsvarande diagram baserat på löpande priser finns i bilaga.

Uppgifter saknas för Kungsbacka alla år samt för Göteborg 2019–2020, Ale 2019–2021.

Datakälla: Kommunernas ekonomisystem samt SCB:s Räkenskapssammandrag.

GÖTEBORGS REGIONEN

Det finns ingen nationell statistik över kostnader för kommunal primärvård på kommunnivå. Till Göteborgsregionens nyckeltalsarbete är därför knutet en särskild arbetsgrupp som består av ekonomer från tolv av medlemskommunerna (Kungsbacka deltar inte i nyckeltalsarbetet). Utifrån den beräkningsmodell som gruppen har tagit fram kan den faktiska kostnaden för kommunal primärvård beskrivas för var och en av kommunerna. Gruppen bedömer att uppgifterna som helhet är jämförbara både mellan kommuner och över tid.*

För en relevant jämförelse över tid är samtliga årskostnader före 2024 omräknade till 2024 års penningvärde enligt omsorgsprisindex (OPI).** Motsvarande utveckling över tid utifrån *löpande* priser redovisas i rapportens bilaga (diagram Bi1).

I en majoritet av kommunerna är kostnaden för kommunal primärvård större år 2024 än 2019 även när hänsyn tas till den generella prisutvecklingen. I Kungälv och Lerum syns en tydlig ökande trend under perioden, som är särskilt markant i Kungälv där kostnaden ökat med 25 procent sedan 2019 (motsvarade ca 35 miljoner kronor). Göteborg har inte kunnat lämna uppgift för 2024.

Att kostnaden i flera kommuner har ökat under perioden som helhet kan kopplas till de statsbidrag som kommunerna har erhållit i pandemins kölvatten. En annan förklaring är generellt högre personalkostnader, som särskilt påverkar personalintensiv verksamhet som exempelvis kommunal primärvård. I arbetsgruppen vittnar flera representanter om att kommunerna har utökat den legitimerade personalen (något som bekräftas av SKR:s personal- och lönestatistik publicerad i Kolada).

En detaljerad beskrivning av hur kostnadsberäkningarna har gjorts återfinns i bilaga 2.

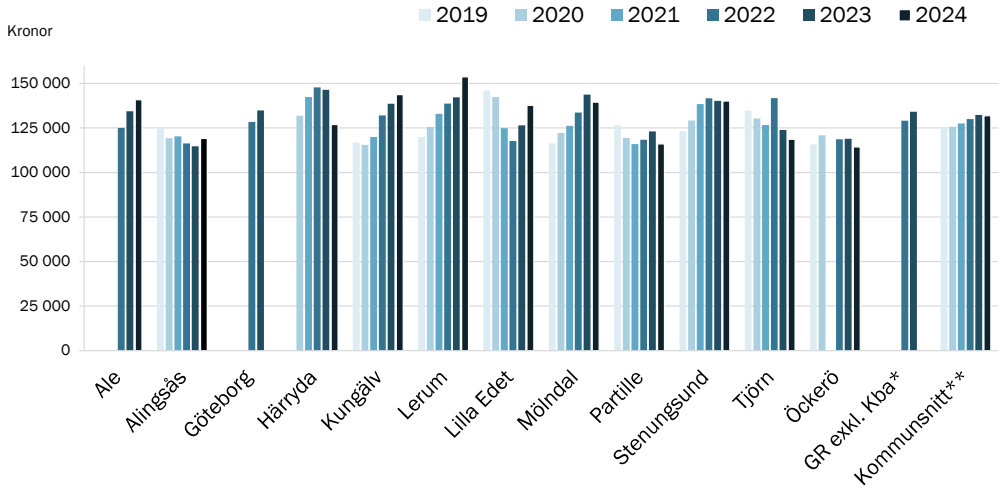
* Beräkningsmodellen är något reviderad jämfört med den som låg till grund för redovisningen i 2023 års nyckeltalsrapport. Tidigare ingick inte OH-kostnader för patienter yngre än 65 år. Nu inkluderar modellen OH-kostnader även för insatser till personer med funktionsnedsättning (ej LSS/SFB) samt insatser enligt LSS/SFB. Alla uppgifter är justerade bakåt i tid. Data saknas dock för Göteborg 2019–2020 och Ale 2019–2021. Alingsås har reviderat sina uppgifter för 2019 och 2020, och justeringar har gjorts även av andra kommuner enskilda år.

** Omsorgsprisindex är framtaget av SKR i samarbete med Vårdföretagarna och Sobona. Det är

ämnat att användas vid upphandling av verksamhet inom Kommunals löneavtalsområde, särskilt anpassat för vård och omsorg. Se vidare OPI | SKR. I den här rapporten har indexet använts för att justera kostnader bakåt i tid. 2023 års kostnad har justerats med OPI för 2024: 5,0 procent (kostnaden multipliceras med 1,050). 2022 års kostnad har justerats med OPI för 2024 och 2023 (kostnaden har multiplicerats med 1,050*1,046=1,0983). 2021 års kostnad har justerats med OPI för 2024, 2023 och 2022 etc. OPI för respektive år är: 2024: 5,0 procent; 2023: 4,6 procent; 2022: 1,9 procent; 2021: 1,5 procent; 2020: 3,0 procent; 2020: 1,3 procent.

Diagram F2a

Årskostnad för kommunal primärvård fördelat på antal patienter som mottagit insatser, 2019–2024 (kronor, indexjusterat)



Kommentar: Kostnaderna avser brutto-kostnader. Kostnaderna 2019–2023 är omräknade till 2024 års penningvärde enligt omsorgsprisindex (OPI).

Uppgifter saknas för Kungsbacka alla år samt för Göteborg 2019–2021, Ale 2019–2021 samt Öckerö 2021.

*Resultatet för samtliga tolv kommuner sammantaget. Resultat saknas för 2024 eftersom Göteborg inte har kunnat lämna dessa uppgifter.

**Resultatet för en genomsnittlig kommun (för 2024 ingår inte resultatet för Göteborg.

Datakälla: Kommunernas ekonomisystem samt SCB:s Räkenskapssammandrag.

GÖTEBORGS REGIONEN

Ett sätt att jämföra kommuners kostnader för den kommunala primärvården är att sätta kostnaden i relation till antalet patienter i kommunen som har mottagit insatser. År 2024 varierade den kostnaden i kommunerna mellan cirka 114 000 och cirka 154 000 kronor, det vill säga en skillnad som uppgår till cirka 40 000 kronor. Skillnaden mellan lägsta och högsta kostnad är större 2024 än både 2023 och 2022 (före 2022 saknas uppgifter för några kommuner). År 2024 var kostnaden högst i Lerum och lägst i Öckerö.

När den sammanlagda kostnaden för kommunal primärvård i Göteborgsregionen (exklusive Kungsbacka) sätts i relation till samtliga patienter i kommunerna som mottog insatser under året, var den år 2024 grovt räknat 130 000 kronor. Resultatet är osäkert till följd av att Göteborg inte har kunnat lämna uppgift för 2024 och det sammantagna ”GR-resultatet” påverkas mer av en stor kommuns resultat än en mindre kommuns resultat. Ur ett verksamhetsperspektiv kan det för en kommun dock vara mer relevant att jämföra sig med en genomsnittlig kommun (där alla kommuners resultat väger lika mycket). Kostnaden för en genomsnittlig kommun uppgår år 2024 till cirka 132 000 kronor ”per patient”.

Kostnaden i genomsnittskommunen har ökat successivt, med cirka 5,6 procent sedan första mätåret 2019, men år 2024 bryts trenden med ungefär samma kostnadsresultat som året före.

I de enskilda kommunerna varierar det om kostnaden per patient har gått upp eller ned under senare år. När det gäller den stora nedgången i Härryda år 2024 jämfört med 2023 kan den förklaras med en stor ökning av antalet patienter under 2024; den exakta kostnadsökningen är dock osäker på grund av osäkerhet i statistiken (se rapportens tabell A1). Tjörn är den enda kommunen som uppvisar en förhållandevis tydlig negativ trend, vilket kan förklaras med att kommunens antal patienter har ökat relativt mycket under perioden (se tabell A1) utan att kostnaderna har ökat i samma takt.

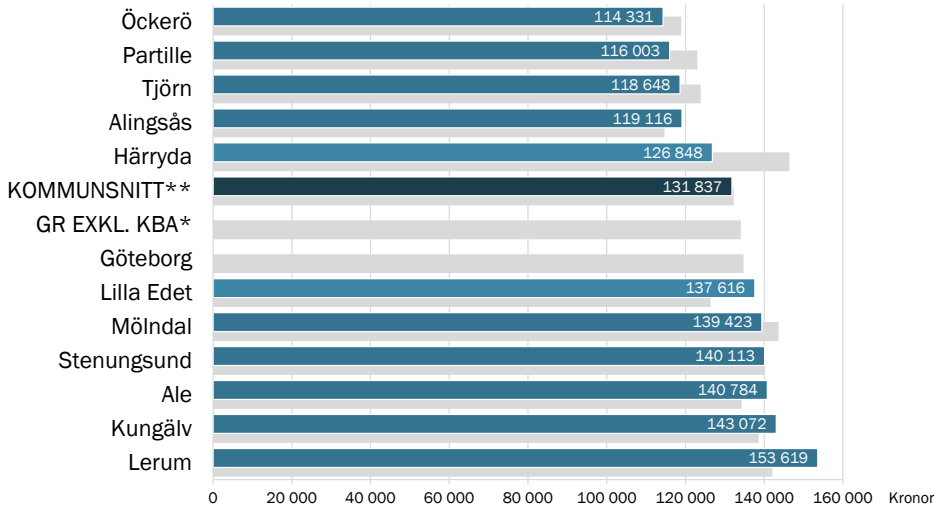
En detaljerad beskrivning av hur kostnadsberäkningarna har gjorts återfinns i bilaga 2.

* För en mer relevant jämförelse över tid är samtliga årskostnader före 2024 omräknade till 2024 års penningvärde enligt omsorgsprisindex (OPI). OPI är framtaget av SKR i samarbete med Vårdföretagarna och Sobona. Det är ämnat att användas vid upphandling av verksamhet inom Kommunals löneavtalsområde, särskilt anpassat för vård och omsorg. Se vidare OPI | SKR. I den här rapporten har indexet använts för att justera kostnader bakåt i tid. 2023 års kostnad har justerats

med OPI för 2024: 5,0 procent (kostnaden multipliceras med 1,050). 2022 års kostnad har justerats med OPI för 2024 och 2023 (kostnaden har multiplicerats med 1,050*1,046=1,0983). 2021 års kostnad har justerats med OPI för 2024, 2023 och 2022 etc. OPI för respektive år är: 2024: 5,0 procent; 2023: 4,6 procent; 2022: 1,9 procent; 2021: 1,5 procent; 2020: 3,0 procent; 2020: 1,3 procent.

Diagram F2b

Årskostnad för kommunal primärvård fördelat på antal patienter som mottagit insatser, 2024 i jämförelse med 2023 (skuggad stapel)



Kommentar: Kostnaderna avser bruttokostnader. Kostnaderna 2023 är omräknade till 2024 års penningvärde enligt omsorgsprisindex (OPI).

Uppgifter saknas för Kungsbacka alla år.

*Resultatet för samtliga tolv kommuner sammantaget. Resultat saknas för 2024 eftersom Göteborg inte har kunnat lämna dessa uppgifter.

**Resultatet för en genomsnittlig kommun (för 2024 ingår inte resultatet för Göteborg.

Datakälla: Kommunernas ekonomisystem samt SCB:s Räkenskapssammandrag.

GÖTEBORGS REGIONEN

Ett sätt att jämföra kommuners kostnader för den kommunala primärvården är att sätta kostnaden i relation till antalet patienter i kommunen som har mottagit insatser. År 2024 varierade den kostnaden i kommunerna mellan cirka 114 000 och cirka 154 000 kronor, det vill säga en skillnad som uppgår till cirka 40 000 kronor. Skillnaden mellan lägsta och högsta kostnad är större 2024 än 2023. År 2024 var kostnaden högst i Lerum och lägst i Öckerö. I Lerums fall handlar det om en relativt stor ökning jämfört med 2023, vilket beror på både ökade kostnader och ett minskat antal patienter (det senare bottnar dock till viss del i ett mätfel som handlar om att kommunen före 2024 inte kunde avgränsa antalet inskrivna patienter till dem som mottagit insatser; se rapportens tabell A1).

När den sammanlagda kostnaden för kommunal primärvård i Göteborgsregionen (exklusive Kungsbacka) sätts i relation till samtliga patienter i kommunerna som mottog insatser under året, var den år 2024 grovt räknat 130 000 kronor. Resultatet är osäkert till följd av att Göteborg inte har kunnat lämna uppgift för 2024 och det sammantagna ”GR-resultatet” påverkas mer av en stor kommuns resultat än en mindre kommuns resultat. Ur ett verksamhetsperspektiv kan det för en kommun dock vara mer relevant att jämföra sig med en genomsnittlig kommun (där alla kommuners resultat väger lika mycket). Kostnaden för en genomsnittlig kommun uppgår år 2024 till cirka 132 000 kronor ”per patient”.

I de enskilda kommunerna varierar det om kostnaden per patient har gått upp eller ned jämfört med 2023. När det gäller den stora nedgången i Härryda år 2024 jämfört med 2023 kan den förklaras med en stor ökning av antalet patienter under 2024; den exakta kostnadsökningen är dock osäker på grund av osäkerhet i statistiken (se rapportens tabell A1).

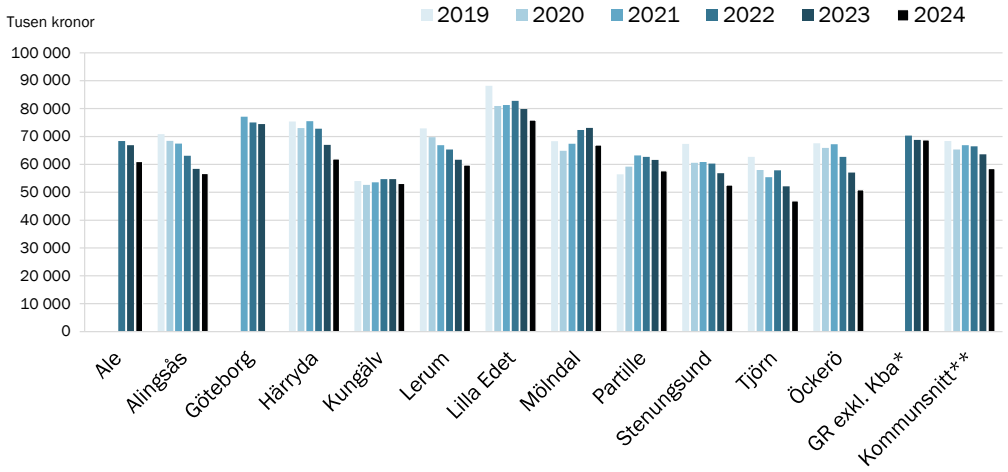
En detaljerad beskrivning av hur kostnadsberäkningarna har gjorts återfinns i bilaga 2.

* För en mer relevant jämförelse över tid är samtliga årskostnader före 2024 omräknade till 2024 års penningvärde enligt omsorgsprisindex (OPI). OPI är framtaget av SKR i samarbete med Vårdföretagarna och Sobona. Det är ämnat att användas vid upphandling av verksamhet inom Kommunals löneavtalsområde, särskilt anpassat för vård och omsorg. Se vidare OPI | SKR. I den här rapporten har indexet använts för att justera kostnader bakåt i tid. 2023 års kostnad har justerats med OPI för 2024: 5,0 procent (kostnaden multipliceras med 1,050). 2022 års kostnad har justerats med OPI för 2024 och 2023 (kostnaden har multiplicerats med 1,050*1,046=1,0983). 2021 års kostnad har justerats med OPI för 2024, 2023 och 2022 etc. OPI för respektive år är: 2024: 5,0

procent; 2023: 4,6 procent; 2022: 1,9 procent; 2021: 1,5 procent; 2020: 3,0 procent; 2020: 1,3 procent.

Diagram F3a

Årskostnad för kommunal primärvård per invånare 80 år eller äldre, 2019–2024 (kronor, indexjusterat)



Kommentar: Kostnaderna avser brutto-kostnader. Kostnaderna 2019–2023 är omräknade till 2024 års penningvärde enligt omsorgsprisindex (OPI).

Uppgifter saknas för Kungsbacka alla år samt för Göteborg 2019–2020, Ale 2019–2021.

*Resultatet för samtliga tolv kommuner sammantaget. Resultat saknas för 2024 eftersom Göteborg inte har kunnat lämna dessa uppgifter.

**Resultatet för en genomsnittlig kommun (för 2024 ingår inte resultatet för Göteborg).

Datakälla: Kommunernas ekonomisystem samt SCB:s Räkenskapssammandrag.

GÖTEBORGS REGIONEN

Ett sätt att jämföra kommuners kostnader för den kommunala primärvården är att sätta kostnaden i relation till antalet invånare i kommunen som är 80 år eller äldre (jämför diagram F2 där kostnaden sätts i relation till antalet patienter).

Eftersom åldersgruppen 80 år eller äldre utgör en stor del av verksamhetens målgrupp och tenderar att generera mer kostnader för kommunal primärvård än yngre, finns det anledning att i jämförelser av kommuners kostnader väga in kommunernas varierande åldersprofil.

Under 2024 varierade den kostnaden i kommunerna mellan crika 46 900 och 75 900 kronor. Kostnaden var högst i Lilla Edet och lägst i Tjörn. Lilla Edets kostnad, som varit relativt hög även tidigare år. är alltså mer än 1,5 gånger så stor som Tjörns när kostnaden beskrivs med detta invånarrelaterade mått.

När den sammanlagda kostnaden för kommunal primärvård i Göteborgsregionen (exklusive Kungsbacka) sätts i relation till antalet invånare 80 år eller äldre i kommunerna var den år 2024 grovt räknat 65 000–70 000 kronor. Resultatet är osäkert till följd av att Göteborg inte har kunnat lämna uppgift för 2024 och det sammantagna ”GR-resultatet” påverkas mer av en stor kommuns resultat än en mindre kommuns resultat. Ur ett verksamhetsperspektiv kan det för en kommun dock vara mer relevant att jämföra sig med en genomsnittlig kommun (där alla kommuners resultat väger lika mycket). Kostnaden för en genomsnittlig kommun uppgår år 2024 till cirka 58 500 kronor per invånare 80 plus (där Göteborgs kommande resultat dock förväntas höja nivån något).

Kommunernas kostnad för kommunal primärvård i relation till antalet invånare 80 år eller äldre har generellt minskat under mätperioden. Med utgångspunkt i det genomsnittliga kommunresultatet har kostnaden minskat med cirka 14 procent sedan 2019. En förklaring till den generella nedgången är att antalet äldre invånare har ökat i kommunerna (se även bilagans diagram G1 över andelen invånare 80 år eller äldre över tid). Till detta kommer att färre av dessa invånare, generellt sett, tar emot insatser från kommunal primärvård (se diagram A2).

Den minskande trenden när kostnaden sätts i relation till antalet invånare syns i de flesta kommunerna. Undantagen är Kungälv, Mölndal och Partille. I Kungälvs fall har kostnaden varit tämligen stabil över tid medan den varierat mer mellan åren i Mölndal och Partille.

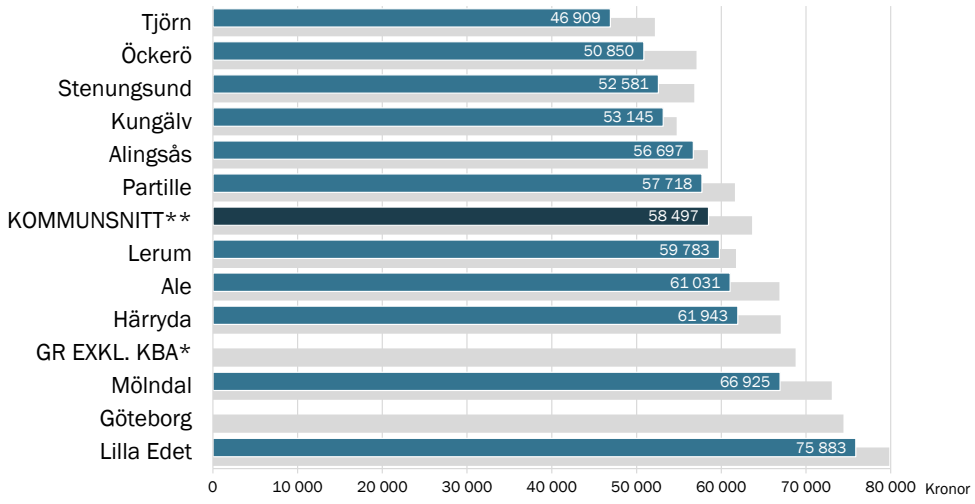
Jämfört med utvecklingen av kostnaden i relation till *antalet patienter* (se diagram F2a), ger det här måttet som beskriver kostnadsutvecklingen i relation till *antalet äldre invånare* en mer enhetlig bild av utvecklingen i kommunerna.

En detaljerad beskrivning av hur kostnadsberäkningarna har gjorts återfinns i bilaga 2.

* För en mer relevant jämförelse över tid är samtliga årskostnader före 2024 omräknade till 2024 års penningvärde enligt omsorgsprisindex (OPI). OPI är framtaget av SKR i samarbete med Vårdföretagarna och Sobona. Det är ämnat att användas vid upphandling av verksamhet inom Kommunals löneavtalsområde, särskilt anpassat för vård och omsorg. Se vidare OPI | SKR. I den här rapporten har indexet använts för att justera kostnader bakåt i tid. 2023 års kostnad har justerats med OPI för 2024: 5,0 procent (kostnaden multipliceras med 1,050). 2022 års kostnad har justerats med OPI för 2024 och 2023 (kostnaden har multiplicerats med 1,050*1,046=1,0983). 2021 års kostnad har justerats med OPI för 2024, 2023 och 2022 etc. OPI för respektive år är: 2024: 5,0 procent; 2023: 4,6 procent; 2022: 1,9 procent; 2021: 1,5 procent; 2020: 3,0 procent; 2020: 1,3 procent.

Diagram F3b

Årskostnad för kommunal primärvård per invånare 80 år eller äldre, 2024 i jämförelse med 2023 (skuggad stapel)



Kommentar: Kostnaderna avser bruttokostnader. Kostnaderna 2023 är omräknade till 2024 års penningvärde enligt omsorgsprisindex (OPI).

Uppgifter saknas för Kungsbacka alla år.

*Resultatet för samtliga tolv kommuner sammantaget. Resultat saknas för 2024 eftersom Göteborg inte har kunnat lämna dessa uppgifter.

**Resultatet för en genomsnittlig kommun (för 2024 ingår inte resultatet för Göteborg).

Datakälla: Kommunernas ekonomisystem samt SCB:s Räkenskapssammandrag.

GÖTEBORGS REGIONEN

Ett sätt att jämföra kommuners kostnader för den kommunala primärvården är att sätta kostnaden i relation till antalet invånare i kommunen som är 80 år eller äldre (jämför diagram F2 där kostnaden sätts i relation till antalet patienter).

Eftersom åldersgruppen 80 år eller äldre utgör en stor del av verksamhetens målgrupp och tenderar att generera mer kostnader för kommunal primärvård än yngre, finns det anledning att i jämförelser av kommuners kostnader väga in kommunernas varierande åldersprofil.

Under 2024 varierade den kostnaden i kommunerna mellan cirka 46 900 och 75 900 kronor. Kostnaden var högst i Lilla Edet och lägst i Tjörn, och detsamma gällde år 2023. Lilla Edets kostnad, som varit relativt hög även tidigare år, är alltså mer än 1,5 gånger så stor som Tjörns när kostnaden beskrivs med detta invånarrelaterade mått.

När den sammanlagda kostnaden för kommunal primärvård i Göteborgsregionen (exklusive Kungsbacka) sätts i relation till antalet invånare 80 år eller äldre i kommunerna var den år 2024 grovt räknat 65 000–70 000 kronor. Resultatet är osäkert till följd av att Göteborg inte har kunnat lämna uppgift för 2024 och det sammantagna ”GR-resultatet” påverkas mer av en stor kommuns resultat än en mindre kommuns resultat. Ur ett verksamhetsperspektiv kan det för en kommun dock vara mer relevant att jämföra sig med en genomsnittlig kommun (där alla kommuners resultat väger lika mycket). Kostnaden för en genomsnittlig kommun uppgår år 2024 till cirka 58 500 kronor per invånare 80 plus (där Göteborgs kommande resultat dock förväntas höja nivån något).

Kommunernas kostnad för kommunal primärvård i relation till antalet invånare 80 år eller äldre har minskat jämfört med 2023 i alla kommuner. I genomsnitt är minskningen cirka 8,1 procent. En förklaring till nedgången är ett ökat antal äldre invånare mellan 2023 och 2024 (se även bilagans diagram G1 över andelen invånare 80 år eller äldre över tid).

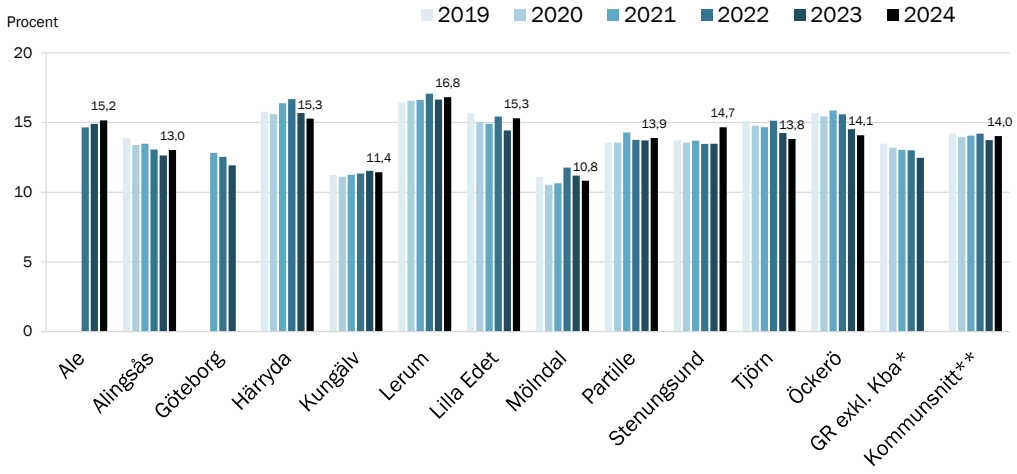
Jämfört med förändringen av kostnaden i relation till *antalet patienter* (se diagram F2a), ger det här måttet som beskriver kostnadsutvecklingen i relation till *antalet äldre invånare* en mer enhetlig bild av förändringen i kommunerna.

En detaljerad beskrivning av hur kostnadsberäkningarna har gjorts återfinns i bilaga 2.

* För en mer relevant jämförelse över tid är samtliga årskostnader före 2024 omräknade till 2024 års penningvärde enligt omsorgsprisindex (OPI). OPI är framtaget av SKR i samarbete med Vårdföretagarna och Sobona. Det är ämnat att användas vid upphandling av verksamhet inom Kommunals löneavtalsområde, särskilt anpassat för vård och omsorg. Se vidare OPI | SKR. I den här rapporten har indexet använts för att justera kostnader bakåt i tid. 2023 års kostnad har justerats med OPI för 2024: 5,0 procent (kostnaden multipliceras med 1,050). 2022 års kostnad har justerats med OPI för 2024 och 2023 (kostnaden har multiplicerats med 1,050*1,046=1,0983). 2021 års kostnad har justerats med OPI för 2024, 2023 och 2022 etc. OPI för respektive år är: 2024: 5,0 procent; 2023: 4,6 procent; 2022: 1,9 procent; 2021: 1,5 procent; 2020: 3,0 procent; 2020: 1,3 procent.

Diagram F4

Kommunal primärvård som andel av total kostnad för omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning, 2019–2024 (kronor)



Kommentar: Kostnaderna avser brutto-kostnader och anges i löpande priser.

Uppgifter saknas för Kungsbacka alla år samt för Göteborg 2019–2020, Ale 2019–2021.

*Resultatet för samtliga tolv kommuner sammantaget. Resultat saknas för 2024 eftersom Göteborg inte har kunnat lämna dessa uppgifter.

**Resultatet för en genomsnittlig kommun (för 2024 ingår inte resultatet för Göteborg).

Datakälla: Kommunernas ekonomisystem samt SCB:s Räkenskapssammandrag. Bearbetning GR, FoU i Väst.

GÖTEBORGS REGIONEN

I dag finns ingen nationell rapportering av kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader. Tidigare fanns en frivillig rapportering i Räkenskapssammandraget (RS), men dess kvalitet var ifrågasatt, och uppgifter saknas nu helt. Som en del av Göteborgsregionens nyckeltalsarbete med beräkningar av kommunernas kostnader för kommunal primärvård har kostnaderna relaterats till andra kostnader i kommunen.

Sett till Göteborgsregionen sammantaget (exklusive Kungsbacka) beräknas kostnaderna för den kommunala primärvården år 2024 utgöra cirka 12–13 procent av kommunernas totala kostnad för omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning.* Resultatet är osäkert till följd av att Göteborg inte har kunnat lämna uppgift för 2024 och det sammantagna ”GR-resultatet” påverkas mer av en stor kommuns resultat än en mindre kommuns resultat. Ur ett verksamhetsperspektiv kan det för en kommun dock vara mer relevant att jämföra sig med en genomsnittlig kommun (där alla kommuners resultat väger lika mycket). Kommungenomsnittet för år 2024 är 14,0 procent.

Inom Göteborgsregionen varierar kostnadsandelen för kommunal primärvård mellan 10,8 och 16,8 procent.**

Lerum är den kommun där kommunal primärvård utgör störst andel av den totala kostnaden för omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning. Lerums andel har varit störst under hela mätperioden 2019–2024 (andelen har varierat mellan 16,4 och 17,1). Mölndal och Kungälv har turats om med att ha minst andel under mätperioden (2024 gäller 10,8 respektive 11,4 procent).

Utvecklingen i kommunerna varierar, och kommungenomsnittet har legat tämligen stabilt under mätperioden (andelen har varierat mellan 13,7 och 14,2 procent).

Skillnaderna är generellt större mellan kommuner än i en enskild kommun över tid.

När det gäller den ökade andelen i Stenungsund år 2024 jämfört med tidigare kan den knytas till minskade kostnader för vård och omsorg totalt till följd av ett öppnat boende för LSS där kommunen köpt in färre platser samt minskade volymer inom hemtjänst.

Se även diagram F5, där kostnaden beskrivs i relation till kommunens samtliga kostnader.

* Kostnader för omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning är hämtad från SCB:s Räkenskapssammandrag. Här ingår följande tre poster:

– Vård och omsorg om äldre

– Insatser till personer med funktionsnedsättning (ej LSS/SFB)

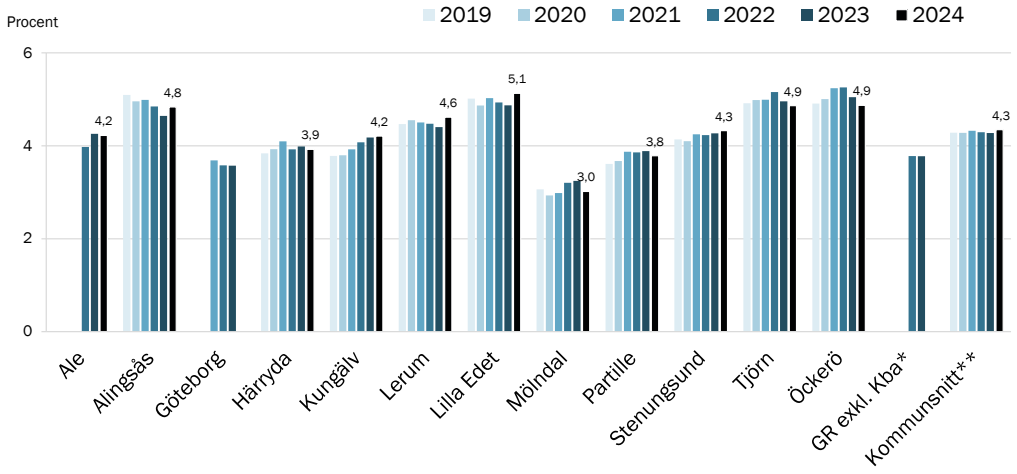
– Insatser enligt LSS/SFB (Lagen omlagen om stöd och service till vissa funktionshindrade respektive Socialförsäkringsbalken).

Datakälla: SCB:s statistikdatabas,
Bruttokostnad för kommunens omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning i tkr, löpande priser efter region, omsorg och år. PxWeb

** Företaget Ensolution hade 2013–2014 ett uppdrag från SCB att räkna ut hur stor andel av de totala kostnaderna i RS avseende äldre- och funktionshindrade som utgjordes av hälso- och sjukvård. Beräkningen gjordes baserat på 2011 års uppgifter för 72 kommuner. Då hade flera län ännu inte kommunaliserat hemsjukvården, vilket påverkade kostnadsutfallen. Ensolution har därefter gjort en ny analys baserat på 2019 års uppgifter i 36 kommuner. Resultatet visade att andelen hälso- och sjukvårdskostnader av de totala kostnaderna för äldre och funktionshindrade hade ökat från 13,7 procent (2011) till 15,9 procent (2019). Detta motsvarar en nettokostnad på cirka 29 miljarder kronor. Såväl Ensolution (2021) som Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2021) påpekar att resultaten visar på behovet av uppdaterade schabloner i Nationalräkenskaperna. Trots detta används fortfarande schablonen från 2011 då andelen kommunal hälso- och sjukvård beräknas på nationell nivå.

Diagram F5

Kommunal primärvård som andel av kommunens samtliga kostnader, 2019–2024 (kronor)



Kommentar: Kostnaderna avser brutto-kostnader och anges i löpande priser.

Kommunens totala kostnader avser s.k. "egentlig verksamhet", vilket exkluderar förekommande affärs-verksamhet och driftverksamhet, exempelvis VA och avfall.

Uppgifter saknas för Kungsbacka alla år samt för Göteborg 2019–2020, Ale 2019–2021.

*Resultatet för samtliga tolv kommuner sammantaget. Resultat saknas för 2024 eftersom Göteborg inte har kunnat lämna dessa uppgifter.

**Resultatet för en genomsnittlig kommun (för 2024 ingår inte resultatet för Göteborg).

Datakälla: Kommunernas ekonomisystem samt SCB:s Räkenskapssammandrag. Stenungsund har korrigerat sina uppgifter 2019–2024 lokalt. Bearbetning GR, FoU i Väst.

GÖTEBORGS REGIONEN

I dag finns ingen nationell rapportering av kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader. Tidigare fanns en frivillig rapportering i Räkenskapssammandraget (RS), men dess kvalitet var ifrågasatt, och uppgifter saknas nu helt. Som en del av Göteborgsregionens nyckeltalsarbete med beräkningar av kommunernas kostnader för kommunal primärvård har kostnaderna relaterats till andra kostnader i kommunen.

Sett till Göteborgsregionen sammantaget (exklusive Kungsbacka) beräknas kostnaderna för den kommunala primärvården år 2024 utgöra cirka 4 procent av kommunernas samtliga kostnader.* Resultatet är osäkert till följd av att Göteborg inte har kunnat lämna uppgift för 2024 och det sammantagna "GR-resultatet" påverkas mer av en stor kommuns resultat än en mindre kommuns resultat. Ur ett verksamhetsperspektiv kan det för en kommun dock vara mer relevant att jämföra sig med en genomsnittlig kommun (där alla kommuners resultat väger lika mycket). Kommungenomsnittet för år 2024 är 4,3 procent.

Inom Göteborgsregionen varierar kostnadsandelen för kommunal primärvård i relation till kommunens samtliga kostnader mellan 3,0 och 5,1 procent.

Det är i de tre minsta kommunerna som den kommunala primärvården står för störst andel av kommunens totala kostnader (4,9–5,1 procent). I två av dessa kommuner, Tjörn och Öckerö, är andelen invånare som är 80 år eller äldre väsentligt större än i övriga kommuner, vilket är en rimlig bidragande faktor. I den tredje kommunen, Lilla Edet, är folkhälsan generellt sämre än i övriga kommuner i Göteborgsregionen (se t.ex. Folkhälsomyndighetens "faktablad" med indikatorer på kommunnivå; https://www.folkhalsomyndigheten.se/faktablad/karnindikatorer/), vilket kan innebära att kommunen sannolikt behöver hantera ett större vårdbehov i primärvården.

Minst andel av kommunens kostnader som går till kommunal primärvård återfinns i Mölndal (3,0 procent).

Utvecklingen över tid varierar i kommunerna, och kommungenomsnittet har legat stabilt under mätperioden.

Skillnaderna är generellt större mellan kommuner än i en enskild kommun över tid.

Kungälv uppvisar den tydligaste trenden med en kostnadsandel som ökat från 3,8 till 4,2 procent.

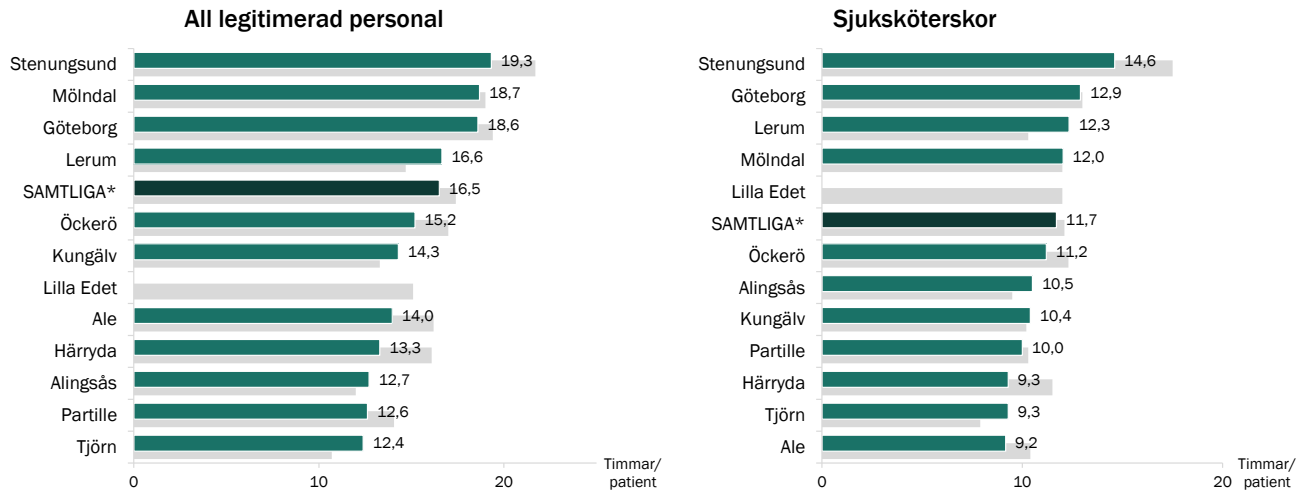
Se även diagram F4, där kostnaden beskrivs i relation till kommunens totala kostnad för omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning.

* Motsvaras av kommunens samtliga kostnader för ”egentlig verksamhet”, där uppgifterna är hämtade från SCB:s Räkenskapssammandrag. Denna totalkostnad exkluderar exempelvis förekommande affärsverksamhet och driftverksamhet, exempelvis VA och avfall. Datakälla: SCB:s statistikdatabas, Bruttokostnad i tkr, löpande priser efter region, verksamhetsområde och år. PxWeb

Diagram F6a

Arbetade timmar av legitimerad personal respektive sjuksköterskor i oktober 2024 fördelat på antal patienter som fick insats i kommunal primärvård samma månad

(jämförelse med 2023 i skuggade staplar)



Kommentar: Avser tid utförd av månadsanställda och timavlönade anställda i kommunen under oktober månad, inklusive fyllnadstid och övertid (men exklusive semestertid) i relation till antal personer som fått insats i kommunal primärvård under samma månad, avgränsat till verksamhet i kommunal regi. Göteborgs arbetstid för sjuksköterskor omfattar inhyrd personal (ej aktuellt för övriga kommuner). I Härryda avser resultaten för 2023 november månad. Lilla Edet saknar uppgift för 2024.

*Lilla Edet ingår 2023 men inte 2024.

Datakälla: Kommunernas egen statistik, insamlad genom arbetsgrupp Nyckeltal Kommunal primärvård vård (antal patienter) samt arbetsgrupp Nyckeltal Personahälsa (arbetad tid). Resultaten för Partille samt SAMTLIGA 2023 och 2024 är reviderade jämfört med rapportversion april 2025.

GÖTEBORGS REGIONEN

Det skiljer stort mellan kommunerna när det kommer till antal arbetade timmar av legitimerad personal fördelat på de patienter som fick minst en insats i oktober 2024: från 12,4 timmar i Tjörn till 19,3 timmar i Stenungsund. Samma kommuner låg högst respektive lägst även 2023. Spridningen är stor även avgränsat till sjuksköterskor: från 9,2 timmar (Ale) till 14,6 timmar (Stenungsund).

Jämfört med 2023 har tiden per patient för den legitimerade personalen som helhet minskat med nästan en timme: från 17,4 till 16,5 timmar.

Minskningen mellan 2023 och 2024 är mindre när det kommer till enbart sjuksköterskor: från 12,1 till 11,7 timmar utslaget per patient. Även här finns det stora skillnader mellan kommunerna, och även om antalet timmar minskat i flera kommuner har det ökat i andra. Det ska noteras att resultatet för samtliga kommuner 2024 inte inkluderar Lilla Edet, vilket innebär att jämförelsen mellan de två åren ska tolkas ungefärligt beträffande kommunerna sammantaget.

Observera att nyckeltalet inte redovisar direkt patienttid utan all arbetstid för legitimerad personal fördelat på antal patienter som fick minst en insats under oktober månad. Skillnaderna mellan kommunerna betyder alltså inte nödvändigtvis att patienter i Stenungsunds kommun har bättre tillgång till legitimerad personal än patienter i övriga kommuner. Organiseringen av arbetet har stor betydelse. Exempelvis påverkas patienttiden av hur många insatser som delegeras, personalens restid, tillgång till administrativt stöd och hur väl samverkan med regionens primärvård fungerar.

Det ska också noteras att mätningen är begränsad till en kalendermånad. Semester, tjänstledighet, sjukskrivning eller återrehabilitering till arbete kan få stor betydelse för resultatet, i synnerhet för fysioterapeuter och arbetsterapeuter som inte är lika många anställda som sjuksköterskor. Tiden riskerar också att innehålla tid för studier på arbetstid, tid inom ramen för samordnaruppdrag eller annat särskilt uppdrag kopplat till exempelvis digitalisering. (I några förekommande fall har tid för studier kunnat räknas bort från den redovisade tiden.) Mätningen skulle sannolikt behöva göras över längre perioder för att ge ett mer rättvisande resultat.

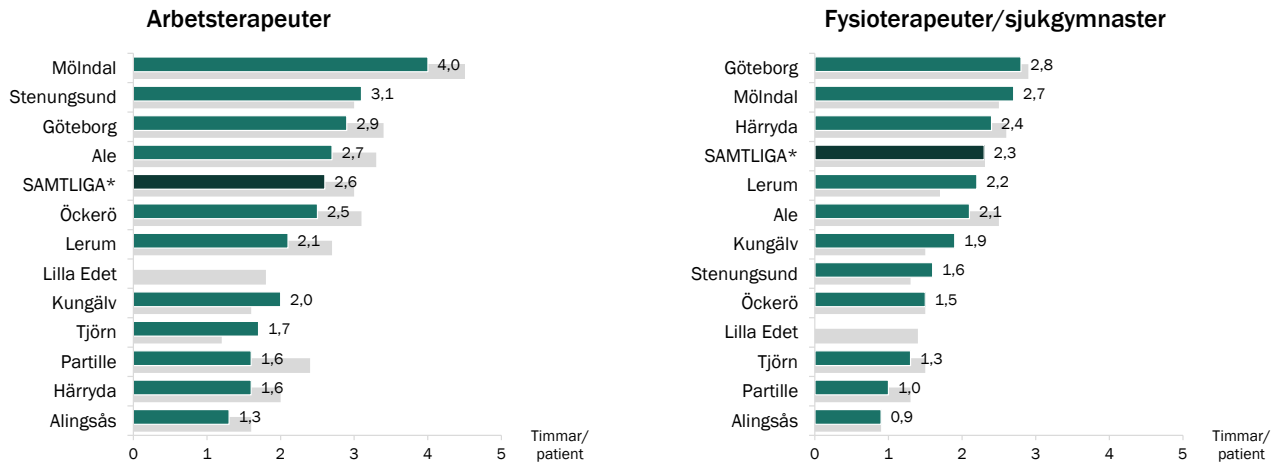
Syftet med måttet är att få en bild av antal legitimerad personal i relation till antal patienter. Nyckeltalet är beräknat genom att ställa arbetad tid utförd av månadsanställda och timavlönade anställda i kommunen (egen regi) under oktober månad, inklusive fyllnadstid och övertid (men exklusive semestertid) i relation till antal personer som fick minst en insats i kommunal primärvård

under samma månad, där kommunens legitimerade personal har ansvar för vården.

Diagram F6b

Arbetade timmar av rehabiliteringspersonal i oktober 2024 fördelat på antal patienter som fick insats i kommunal primärvård samma månad

(jämförelse med 2023 i skuggade staplar)



Kommentar: Avser tid utförd av månadsanställda och timavlönade anställda i kommunen under oktober 2024 respektive oktober 2023, inklusive fyllnadstid och övertid (men exklusive semestertid) i relation till antal personer som fick minst en insats i kommunal primärvård under samma månad, avgränsat till verksamhet i kommunal regi. I Härryda avser resultaten för 2023 november månad. Lilla Edet saknar uppgift för 2024.

*Lilla Edet ingår 2023 men inte 2024.

Datakälla: Kommunernas egen statistik, insamlad genom arbetsgrupp Nyckeltal Kommunal primärvård (antal patienter) samt arbetsgrupp Nyckeltal Personahälsa (arbetad tid). Resultaten för Partille samt SAMTLIGA 2023 och 2024 är reviderade jämfört med rapportversion april 2025.

GÖTEBORGS REGIONEN

Antal arbetade timmar av arbetsterapeuter fördelat på antalet patienter som mottagit en insats i kommunal primärvård under samma månad är som helhet mindre 2024 än 2023: 2,6 timmar jämfört med 3,0 timmar år 2023.

Motsvarande tid för fysioterapeuter/sjukgymnaster är lite mindre, 2,3 timmar, vilket är samma resultat som 2023.

Variationen mellan kommunerna är stor i båda fallen. Antalet arbetade timmar av arbetsterapeuter är ungefär tre gånger så stort i Mölndal jämfört med Alingsås (4,0 mot 1,3 timmar), och när det kommer till sjukgymnaster ungefär tre gånger så stort i Göteborg jämfört med Alingsås (2,8 mot 0,9 timmar).

Även när det kommer till förändringen mellan 2023 och 2024 skiljer sig förhållandet i kommunerna. I flertalet kommuner har den arbetade tiden av arbetsterapeuter minskat i relation till antalet patienter, men undantag förekommer. Beträffande fysioterapeuter är förändringarna mellan de två åren generellt mindre och går åt båda hållen.

Observera att nyckeltalet inte redovisar direkt patienttid utan all arbetstid för legitimerad personal fördelat på antal patienter som fick minst en insats under oktober månad. Skillnaderna mellan kommunerna betyder alltså inte nödvändigtvis att patienter i Stenungsunds kommun har bättre tillgång till legitimerad personal än patienter i övriga kommuner. Organiseringen av arbetet har stor betydelse. Exempelvis påverkas patienttiden av hur många insatser som delegeras, personalens restid, tillgång till administrativt stöd och hur väl samverkan med regionens primärvård fungerar.

Det ska också noteras att mätningen är begränsad till en kalendermånad. Semester, tjänstledighet, sjukskrivning eller återrehabilitering till arbete kan få stor betydelse för resultatet, i synnerhet för fysioterapeuter och arbetsterapeuter som inte är lika många anställda som sjuksköterskor. Tiden riskerar också att innehålla tid för studier på arbetstid, tid inom ramen för samordnaruppdrag eller annat särskilt uppdrag kopplat till exempelvis digitalisering. (I några förekommande fall har tid för studier kunnat räknas bort från den redovisade tiden.) Mätningen skulle sannolikt behöva göras över längre perioder för att ge ett mer rättvisande resultat.

Syftet med måttet är att få en bild av antal legitimerad personal i relation till antal patienter. Nyckeltalet är beräknat genom att ställa arbetad tid utförd av månadsanställda och timavlönade anställda i kommunen (egen regi) under oktober månad, inklusive fyllnadstid och övertid (men

exklusive semestertid) i relation till antal personer som fick minst en insats i kommunal primärvård under samma månad, där kommunens legitimerade personal har ansvar för vården.

G. Bakgrundsmått

GÖTEBORGS REGIONEN

Om bakgrundsmåttet andelen 80 år eller äldre

Flera av nyckeltalen och indikatorerna i rapporten bygger på att uppgifter ställs i relation till antal individer 80 år eller äldre. Precis som när uppgifter sätts i relation till antalet patienter blir det på detta sätt möjligt att jämföra kommuner av olika storlek.

Behovet av kommunal vård och omsorg är störst bland personer som är 80 år eller äldre. Drygt hälften av alla patienter som får insatser från kommunal hälso- och sjukvård tillhör denna åldersgrupp. Att följa gruppens utveckling är därför viktig i planeringen av kommunal vård och omsorg.

GÖTEBORGS REGIONEN

Andel invånare 80 år eller äldre ökar stadigt

Andelen invånare fyllda 80 år har mer än fördubblats på 50 år i riket som helhet.

Under de senaste 15 åren har andelen invånare fyllda 80 år ökat kraftigt i många kommuner i Göteborgsregionen, samtidigt som andelen varierar påtagligt mellan kommunerna.

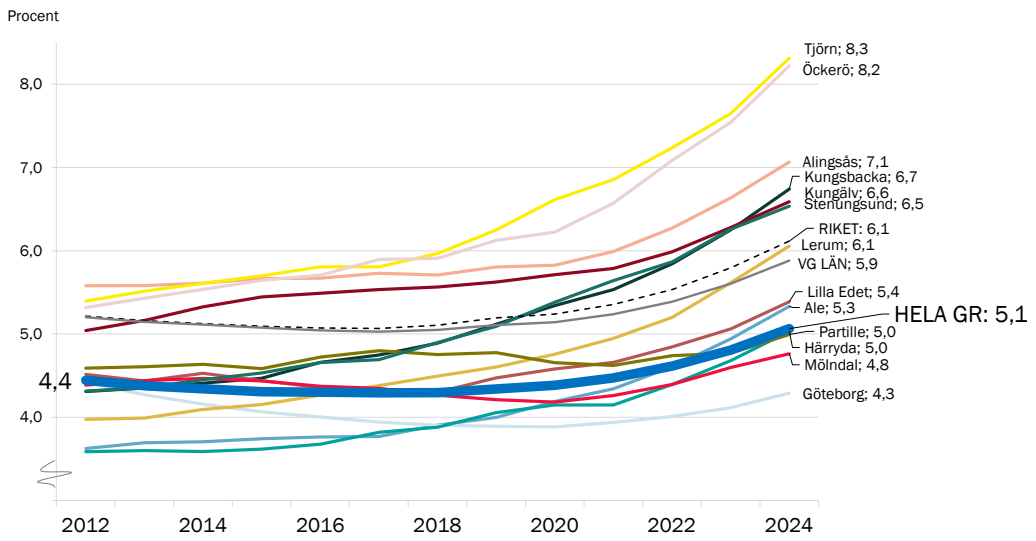
Sedan 2019 är andelen minst i Göteborg
– år 2024 är andelen här 4,3 procent.

Sedan 2016 är andelen störst i Tjörn och Öckerö
– år 2024 är andelen här 8,3 respektive 8,2 procent.

GÖTEBORGS REGIONEN

Diagram G1

Andel av befolkningen som är 80 år eller äldre, 2010–2024



Kommentar: Måttet avser antal invånare 80+ år den 31 december dividerat med antal invånare totalt samma datum.

Datakälla: SCB:s statistikdatabas.
GR-måttet är beräknat av FoU i Väst, GR.

GÖTEBORGS REGIONEN

Livslängden i Sverige har ökat under en längre tid och andelen som har fyllt 80 år är i dag väsentligt större än för några decennier sedan. I Sverige som helhet utgjorde denna åldersgrupp 6,1 procent år 2024 mot 2,4 procent 1971. Andelen har alltså mer än fördubblats på 50 år. I Sverige som helhet skedde en stor förändring fram till sekelskiftet medan andelen därefter var mer stabil. Under senare år har andelen dock vuxit påtagligt igen.

Inom Göteborgsregionen varierar andelen invånare fyllda 80 år påtagligt mellan kommunerna. Sedan 2019 är andelen minst i Göteborg; år 2024 är andelen 4,3 procent. Sedan 2016 är den störst i Tjörn och Öckerö; 2024 är andelen i båda kommuner drygt 8 procent. Medan andelen invånare fyllda 80 år i Göteborg är lite mindre 2024 än 2010 (4,3 mot 4,6 procent) har den vuxit mer markant i flera andra kommuner. Ökningen är tydlig i Tjörn och Öckerö, där andelen var jämförelsevis stor redan 2012, men även i flera andra kommuner där ökningen skett från en lägre nivå.

Mellan 2023 och 2024 har andelen ökat i alla kommunerna; ökningen varierar mellan 3,6 och 9,0 procent. Störst ökning gäller Tjörn och Öckerö (9 procent).

Eftersom den här gruppen invånare generellt har stort behov av vård och omsorg är gruppens utveckling viktig att ta hänsyn till i planering av kommunala insatser.

Bilaga 1 – Förteckning över rapportens samtliga mått och indikatorer

GÖTEBORGS REGIONEN

Rapportens mått och indikatorer: avsnitt A och B

A. Patienter i kommunal primärvård	Datakälla:
A1. Antal patienter som någon gång under året mottagit kommunal primärvård	Socialstyrelsens register alternativt kommunernas verksamhetssystem
A2. Andel av befolkningen 80 år eller äldre som någon gång under året mottagit kommunal primärvård	Socialstyrelsens register alternativt kommunernas verksamhetssystem samt SCB:s statistikdatabas
A3. Andel personer som mottagit kommunal primärvård under året och även hade bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL)	Socialstyrelsens register
A4. Förväntade dödsfall som skett på särskilt boende, ordinärt boende med hemsjukvård (kommunal primärvård) respektive sjukhus/specialiserad palliativ vård	Svenska palliativregistret
B. Personcentring	**Datakälla:**
B1. Sammantagen nöjdhet med den kommunala primärvården bland patienter i *ordinärt boende*	Enkät Göteborgsregionen/FoU i Väst
B2. Upplevd personcentrering i kommunal primärvård bland patienter i *ordinärt boende*	Enkät Göteborgsregionen/FoU i Väst
B3. Äldre med kommunal primärvård i *ordinärt boende* som tycker att det är för många olika personer som ger dem kommunal primärvård	Enkät Göteborgsregionen/FoU i Väst
B4. Äldre med kommunal primärvård i *ordinärt boende* som tycker att det är svårt att komma i kontakt med kommunala primärvården	Enkät Göteborgsregionen/FoU i Väst
B5. Äldre på *särskilt boende* som tycker att det är ganska eller mycket lätt att få träffa sjuksköterska respektive läkare vid behov	Socialstyrelsens brukarenkät ”Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?”
B6. Upplevd personcentrering i kommunal primärvård bland legitimerad personal	Enkät Göteborgsregionen/FoU i Väst

GÖTEBORGS REGIONEN

Rapportens mått och indikatorer: avsnitt C och D

C. Patientsäkerhet och vårdkvalitet	Datakälla:
C1. Dokumenterat brytpunktssamtal till patient vid övergång till palliativ vård (kommunal primärvård)	Svenska palliativregistret
C2. Ordination av injicerbar opioid mot smärta vid behov under sista levnadsveckan (kommunal primärvård)	Svenska palliativregistret
C3. Någon närvarande i rummet vid dödsögonblicket vid förväntade dödsfall (kommunal primärvård)	Svenska palliativregistret
C4. Läkemedelsåtgärder delegerade av sjuksköterskor som har signerats av omsorgspersonal i tid	Kommunernas verksamhetssystem
C5. Rehabiliteringsåtgärder överlåtna till omsorgsperonsal av arbetsterapeuter eller fysioterapeuter/ sjukgymnaster som har signerats	Kommunernas verksamhetssystem
C6. Sjuksköterskor inom den kommunala primärvården med specialistutbildning	Kommunernas verksamhetssystem
C6. Rehabiliteringspersonal inom den kommunala primärvården med specialistutbildning	Kommunernas verksamhetssystem
C7. Anställda som utför vård- och omsorgsuppgifter inom äldreomsorg och kommunal primärvård med undersköterskeutbildning	Kommunernas verksamhetssystem
D. Hälsofrämjande och förebyggande	**Datakälla:**
D1. Fallskador bland personer 65 år eller äldre med kommunal primärvård i *ordinärt boende*	Socialstyrelsens Öppna jämförelser

GÖTEBORGS REGIONEN

Rapportens mått och indikatorer: avsnitt E–G samt bilaga 1

E. Samverkan	Datakälla:
E1. Dagar som patienter blir kvar på sjukhus efter att de blivit utskrivningsklara	Gemensam Information- och Tjänste-samordning (GITS), Västra Götalandsregionen
E2. Oplanerade återinskrivningar på sjukhus inom 30 dagar för patienter 65 år eller äldre	Socialstyrelses region- och kommunprofiler med indikatorer på ”God och nära vård”.
E3. Påverkbara slutenvårdstillfällen för personer 65 år eller äldre som erhållit kommunala primärvårdsinsatser (ordinärt boende respektive särskilt boende)	Socialstyrelses region- och kommunprofiler med indikatorer på ”God och nära vård”.
E4. Den legitimerade personalens upplevelse av samarbetet med omsorgspersonal	Enkät Göteborgsregionen/FoU i Väst
F. Kostnader och resurser	**Datakälla:**
F1. Total kostnad för kommunal primärvård (indexjusterade priser)	Kommunernas ekonomisystem
F2. Totalt kostnad per år för kommunal primärvård fördelat på antal patienter som mottagit insatser	Kommunernas ekonomisystem
F3. Kostnad för kommunal primärvård per invånare 80 år eller äldre	Kommunernas ekonomisystem
F4. Kommunal primärvård som andel av total kostnad för omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning	Kommunernas ekonomisystem samt SCB:s räkenskapssammandrag (RS)
F5. Kommunal primärvård som andel av kommunens totala kostnader	Kommunernas ekonomisystem
F6. Arbetade timmar av legitimerad personal fördelat på antal patienter i kommunal primärvård	Kommunernas personalsystem samt verksamhetssystem
G. Bakgrundsmått	**Datakälla:**
G1. Andel av befolkningen 80 år eller äldre	SCB:s statistikdatabas (beräkning GR)
BILAGA 1	**Datakälla:**
B1. Total kostnad för kommunal primärvård (löpande priser)	Kommunernas ekonomisystem

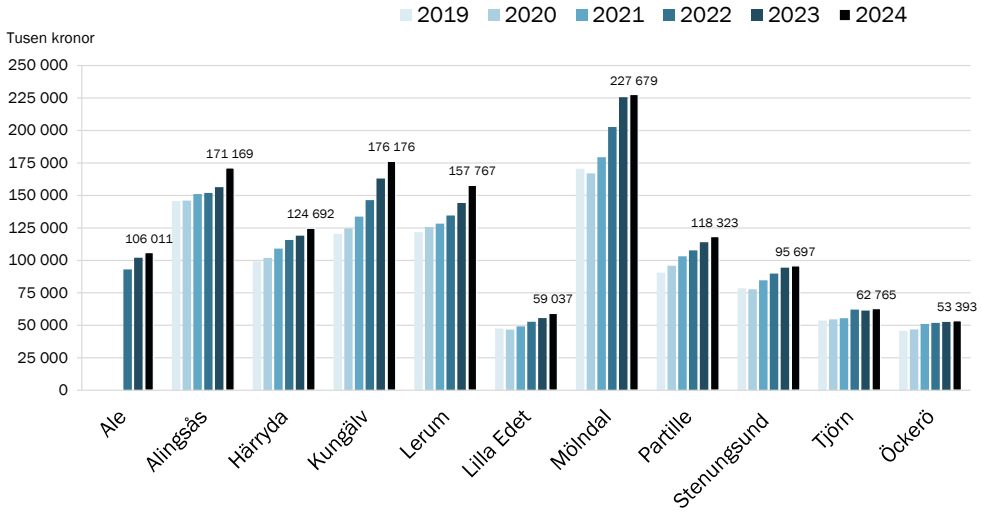
GÖTEBORGS REGIONEN

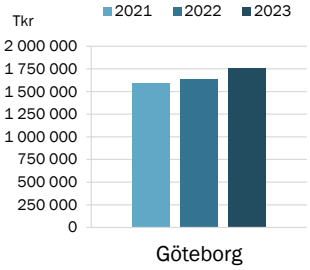
Bilaga 2 – Kostnader i löpande priser samt beskrivning av beräkningar

GÖTEBORGS REGIONEN

Diagram Bi1

Total årskostnad för kommunal primärvård, 2019–2024, <u>löpande priser</u> (tusen kronor)





Kommentar:

Kostnaderna avser bruttokostnader och anges i löpande priser.

Uppgifter saknas för Kungsbacka alla år samt för Göteborg 2019–2020, Ale 2019–2021.

Datakälla: Kommunerna i samarbete med Göteborgsregionen.

GÖTEBORGS REGIONEN

Tabell B1a Mall för beräkning av den kommunala primärvårdens kostnader 2023

Bruttokostnader kommunal hälso- och sjukvård (tkr)

Utfall 2023	Ale	Alingsås	Göteborg	Härryda	Kungälv	Lerum	Lilla Edet	Mölndal	Partille	Stenungsund	Tjörn	Öckerö	GR exkl. Kungsbacka
Kostnader för kommunal hälso- och sjukvård[1]													
varav personal[2]	*36 242*	*72 125*	*729 742*	*42 434*	*55 517*	*57 124*	*29 180*	*74 747*	*48 944*	*42 293*	*25 201*	*23 832*	**1 237 381**
varav inhyrd personal[3]	*684*	*884*	*88 632*	*512*	*2 889*	*481*	*0*	*0*	*490*	*2 073*	*220*	*341*	**97 206**
varav lokalhyror[4]	*1 522*	*986*	*26 338*	*1 720*	*1 242*	*1 660*	*505*	*1 972*	*1 684*	*559*	*638*	*266*	**39 092**
varav tekniska hjälpmedel	*3 355*	*5 907*	*50 958*	*2 656*	*4 876*	*4 499*	*1 797*	*7 811*	*3 788*	*3 504*	*2 176*	*1 416*	**92 743**
varav lab.material, läkemedel, sjukvårdsartiklar[5]	*1 417*	*4 328*	*16 354*	*2 182*	*3 572*	*2 029*	*604*	*4 828*	*2 681*	*2 265*	*1 371*	*545*	**42 176**
varav fordon och varutransporter[6]	*1 731*	*2 734*	*26 098*	*1 134*	*1 674*	*2 262*	*399*	*2 887*	*1 718*	*631*	*953*	*673*	**42 894**
varav IT, datorer och telefoni[7]	*588*	*1 818*	*12 778*	*993*	*1 740*	*696*	*620*	*1 346*	*1 188*	*119*	*801*	*144*	**22 831**
varav övriga kostnader[8]	*1 348*	*1 766*	*22 584*	*1 832*	*1 188*	*2 074*	*852*	*3 755*	*1 665*	*1 263*	*1 316*	*576*	**40 219**
Köpt vård[9]	*2 044*	*7 160*	*281 936*	*10 603*	*24 962*	*26 066*	*1 683*	*38 537*	*2 753*	*4 190*	*4 162*	*1 156*	**405 253**
Delegerad hälso- och sjukvård[10]	*46 059*	*51 368*	*427 494*	*50 947*	*61 022*	*40 830*	*17 379*	*80 126*	*40 949*	*33 058*	*19 745*	*21 040*	**890 017**
OH över enhetsnivå	*7 081*	*7 361*	*80 685*	*4 050*	*4 330*	*6 858*	*2 478*	*9 873*	*8 127*	*4 000*	*4 763*	*2 565*	**142 171**
Kostnader totalt	**102 071**	**156 436**	**1 763 599**	**119 063**	**163 012**	**144 579**	**55 497**	**225 882**	**113 988**	**93 955**	**61 346**	**52 554**	**3 051 982**

Antal personer som någon gång var mottagare av khsv 2023	825	1 432	14 844	854	1 235	1 065	445	1 649	973	740	477	482	25 021
Kostnad per patient	**123,7**	**109,2**	**118,8**	**139,4**	**132,0**	**135,8**	**124,7**	**137,0**	**117,2**	**127,0**	**128,6**	**109,0**	**121,977**
Antal invånare 80 år eller äldre	1 603	2 812	24 881	1 866	3 127	2 455	730	3 243	1 943	1 744	1 235	967	46 606
Kostnad per invånare 80 år eller äldre	**63,7**	**55,6**	**70,9**	**63,8**	**52,1**	**58,9**	**76,0**	**69,7**	**58,7**	**53,9**	**49,7**	**54,3**	**65,485**
Bruttokostnad omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning (RS, löpande priser)	685 084	1 237 286	14 780 564	759 377	1 413 263	868 418	384 636	2 014 514	831 062	699 788	430 726	361 907	24 466 625
Andel kostnad KHSV av total kostnad omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning (löpande priser)	**14,9%**	**12,6%**	**11,9%**	**15,7%**	**11,5%**	**16,6%**	**14,4%**	**11,2%**	**13,7%**	**13,4%**	**14,2%**	**14,5%**	**12,5%**
Kommunens totala kostnader ("Summa egentlig verksamhet", RS, löpande priser)	2 397 934	3 368 653	49 374 949	2 988 391	3 902 073	3 273 697	1 139 742	6 949 361	2 933 373	2 684 469	1 238 095	1 041 656	81 292 393
Andel kostnad KHSV av kommunens totala kostnader (löpande priser)	**4,3%**	**4,6%**	**3,6%**	**4,0%**	**4,2%**	**4,4%**	**4,9%**	**3,3%**	**3,9%**	**3,5%**	**5,0%**	**5,0%**	**3,8%**

Anvisningarna till mallen som använts av arbetsgruppen:

OBSERVERA att tabellen avser bruttokostnader, aldrig intäkter.
Om "OH-kostnader" läggs in i raderna ovan behöver dessa kostnader räknas bort i OH-filen så de inte räknas dubbelt.

[1] Alla kostnader, kontoklass 4-8, för Hälso- och sjukvård (Rehab och hemsjukvård, inkl. kostnader för enhetschefer) och exkl. kostnader för bostadsanpassning och utskrivningsklara patienter. Bruttokostnader för patienter i alla åldrar.

[2] Kostnader för all personal (SSK, AT, SG/FT och eventuellt USK) samt enhetschefer. Om metod/kvalitetsutvecklare eller andra personer finns anställda på enheten kan de också ingå. Om sådan personal istället är anställd på verksamhetsnivå, tas de med under OH (kan gälla MAS). Bara konto 5 i kommunbasen

[3] Köpta personaltimmar från bemanningsföretag. Konto 751 enligt kommunbas.

[4] Inkludera även lokalkostnader för legitimerad personal som har kontor på SÄBO. Schablon kan användas för beräkning. Schablonen kan t ex utgå från kostnaden för en arbetsplats eller kvadratmeterhyra. Enbart lokalhyra & hyreskostnad för parkering. (inga underhållskostnader / Städ)

[5] Inkludera kostnader för uppbyggnad av förråd i samband med pandemin. Om denna kostnad ligger centralt i kommunen ska 20 % av kostnaden räknas med. Rad 8 är konto 6455 alternativt 6322 gäller hjälpmedelscentralen VGR. Rad 9 gäller konto 6451 & 6454. Inkontinensmaterial ingår.

[6] Inkludera leasingavgifter alternativt kapitalkostnader om kommunen äger sina egna fordon. Bränslekostnader, försäkringar, reparationer mm ingår också. Inkludera övriga transportkostnader exempelvis tågbiljett. Ta med transportkostnader för medicin. Apodos.

[7] Inkludera kapitalkostnader om kommunen äger utrustning själv. Kostnader för vissa licenser och SITS-kort ligger ibland centralt i kommunen, dessa kostnader tas då med under OH istället. Program och licensavgifter samt IT-konsulter. Inköp av mobiltelefon samt abonnemangsavgifter.

[8] Exempelvis utbildningskostnader och kostnader för organisationskonsult. Specificera gärna i en kommentar vad som ligger i posten övrigt. Alla kostnader som inte är med ovan.

[9] För beräkning, se aktuell post i respektive kommunflik.

[10] För beräkning, se aktuell post i respektive kommunflik.

Tabell B1b

Mall för beräkning av köpt vård och delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser. Exempel från Kungälvs kommun 2023

Köpt vård	Andel som utgörs av HSL enligt schablon[1]	Total kostnad köpt vård (tkr) 2019	2020	2021	2022	2023	Kostnad HSL köpt vård 2019	2020	2021	2022	2023
SÄBO 65+	20,7%	44 535	46 184	46 124	48 251	57 607	9 219	9 560	9 548	9 988	11 925
Korttidsboende/korttidsvård 65+	25,1%	600	10	1 536	14 638	19 344	151	3	386	3 674	4 855
Hospice	25,1%	134	43	411	660	1 181	34	11	103	166	296
Utskrivningsklara	25,1%	40	0	0	744	2 352	10	0	0	187	590
LSS-boende vuxna	10,1%	34 557	25 516	32 717	41 741	47 222	3 490	2 577	3 304	4 216	4 769
LSS-boende barn och unga	5,0%	4 861	10 188	7 355	3 330	7 438	243	509	368	167	372
Kortttidsboende/korttidsvård funktionsnedsättning (ej LSS)	24,0%	47	10	3 176	5 661	7 165	11	2	762	1 359	1 720
Särskilt boende funktionsnedsättning (ej LSS)	14,4%	0	0	1 634	2 238	3 017	0	0	235	322	434
Summa kostnad HSL i köpt vård		**84 774**	**81 951**	**92 953**	**117 263**	**145 326**	**13 158**	**12 662**	**14 706**	**20 078**	**24 962**

Delegerad HSL		Total kostnad delegerad HSL (tkr) 2019	2020	2021	2022	2023	Kostnad delegerad HSL 2019	2020	2021	2022	2023
Delegerad HSL hemtjänst[2]	100%	12 384	13 129	15 415	16 591	16 535	12 384	13 129	15 415	16 591	16 535
Totalkostnad SÄBO[3]	11%	241 207	248 861	253 132	268 377	298 268	26 533	27 375	27 845	29 521	32 809
Totalkostnad korttidsboende/hospice[3]	12%	15 919	16 877	16 252	18 115	26 265	1 910	2 025	1 950	2 174	3 152
Totalkostnad boende enligt LSS[3]	5%	99 771	122 904	153 158	157 885	170 512	4 989	6 145	7 658	7 894	8 526
Summa kostnad delegerad HSL		**369 281**	**401 771**	**437 957**	**460 968**	**511 580**	**45 816**	**48 674**	**52 868**	**56 181**	**61 022**

[1] Procentsatser baseras på Ensolutions beräkningar för 2019. Källa: Ensolution (2021) Utveckling av kommunal hälso- och sjukvård i Sverige.
[2] Observera att det enbart är kostnaden för *delegerad HSL* som utförs av hemtjänsten som ska tas med här (dvs *inte* totalkostnaden för all hemtjänst).
Om kostnaden för delegerad HSL inte är känd ska en schablon på 9,7 % av totalkostnaden för hemtjänst användas.
[3] Inkluderar kostnad för enhetschef och verksamhetschef. Hämtas ur ekonomisystemet (ej RS).

Inga kommuner som ingått i Göteborgsregionens mätning av kostnader för kommunal primärvård har kunnat särskilja kostnader för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser för köpt vård. En omfördelning av kostnader har därför gjorts med hjälp av schabloner, där den schablon som företaget Ensolution har tagit fram har använts. Schablonen är baserad på data från 36 kommuner som gjorde mätning av kostnad per brukare 2019 enligt Ensolutions modell (Ensolution, 2021). Procentandelarna för olika verksamheter framgår av mallen ovan under rubriken ”Andel som utgörs av HSL”.

När det gäller kostnader för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser i egen regi särskiljer inte heller alla kommuners ekonomisystem och utförandestatistik dessa. Beräkningarna har därför gjorts på olika sätt i kommunerna:

- Om kommunen kan redovisa tidsåtgång för den delegerade hälso- och sjukvård som utförs inom hemtjänsten har denna tid använts i beräkningen. Detta gäller fem kommuner: Alingsås, Härryda, Kungälv, Mölndal och Lilla Edet.

- Om hälso- och sjukvårdsinsatserna inte är tidsatta har i stället en schablon på 9,7 % av kommunens totalkostnad för hemtjänst använts. Schablonen baseras på medianvärdet av den andel för de kommuner i Göteborgsregionen som har kunnat mäta faktiska kostnader (2023 baserat på fem kommuner: Alingsås 7,3 %; Härryda 30 %; Kungälv 9,7 %; Mölndal 7,5 %; Lilla Edet 12,2 %; medianvärdet för 2023 var detsamma, baserat på sex kommuners resultat).

Ingen av de 12 kommunerna har kunnat särskilja kostnader i sina ekonomisystem för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs på särskilda boenden, hospice, korttidsboenden eller LSS-boenden. Det har därmed varit nödvändigt att göra en omfördelning av kostnader med hjälp av schabloner. Här har schabloner som Ensolution tagit fram använts (se mall för procentandelar). Schablonerna är baserade på fem kommuners punktmätningar år 2011 av innehållet i omvårdnad, service och hälso- och sjukvård inom särskilt boende. Ensolutions bedömning är att procentsatsen av nedlagd tid för icke-legitimerad personal för delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser är likartad i förhållande till utfall 2011 på totalen. Det finns däremot en variation mellan enskilda kommuner (Ensolution, 2021).

Bilaga B1c Mall för beräkning av OH-kostnader kommunal primärvård över enhetsnivå. Exempel från Kungälv 2023

Utfall 2023	Belopp i tkr	Källa till siffror
Vård och omsorg om äldre	911 544	RS rad 510/kolumn P, Driftfliken
Insatser till personer med funktionsnedsättning (ej LSS/SFB)	130 978	RS rad 520/kolumn P, Driftfliken
Insatser enligt LSS/SFB	370 741	RS rad 513/kolumn P, Driftfliken
Summa bruttokostnader (SCB)	**1 413 263**	
Kostnader för verksamheten inklusive lön för enhetschefer (rad 6–13)	*72 698*	Här ingår verksamhetens (enheter) bruttokostnader: löner för all personal (AT,SG,SSK (egna och inhyrda), enhetschefers löner samt övriga kostnader
OH-kostnader på sektors-/förvaltningsnivå	*3 163*	Här ingår bruttokostnader (andel som kopplas till HSV) för bland annat: sektorchef, HSV vht-chef, MAS m.m, som ligger utanför verksamheten
Summa bruttokostnader HSV	**75 861**	
Andel HSV i relation till bruttokostnader (SCB)	**5,37%**	OH HSV
Vård och omsorg om äldre	13 768	RS rad 510/kolumn O, Driftfliken
Insatser till personer med funktionsnedsättning (ej LSS/SFB)	1 705	RS rad 520/kolumn O, Driftfliken
Insatser enligt LSS/SFB	6 253	RS rad 513/kolumn O, Driftfliken
Summa SCB-nyckel	**21 726**	
OH-kostnader på kommunnivå *(motsvarande SCB-nyckeln)*	**1 166**	

Utfall HSV 2023 (GR-mallen)	**Belopp i tkr**	
Kostnader för kommunal hälso- och sjukvård	72 698	Rad 6-13 GR-mallen
Köpt vård	20 682	Rad 14 GR mallen
Delegerad hälso- och sjukvård	60 074	Rad 15 GR mallen
Summa HSV-OH i relation till totalen	4 329	Rad 16 GR mallen
Summa HSV	**157 783**	

Rad nr	Verksamhetsblock/-områden	Interna kostnader				BRUTTO-KOSTNAD
		Interna lokal-kostnader	Interna köp och övriga interna kostnader	Fördelad gemensam verksamhet (rad 920)		
	BAS 23	[601 (interna poster)]		Kommun-nyckel	SCB-nyckel	
510	Vård och omsorg om äldre	40 223	200 772		13 768	911 544
520	Insatser till personer med funktionsnedsättning (ej LSS/SFB)	2 820	14 554		1 705	130 978
513	Insatser enligt LSS/SFB	25 593	4 542		6 253	370 741

Utöver verksamhetens direkta kostnader för kommunal primärvård, köpt vård och delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser, finns kostnader för gemensamma aktiviteter i kommunen som också behöver räknas med för att få fram totalkostnaden för kommunal primärvård – så kallade overheadkostnader (OH-kostnader). Det kan till exempel röra sig om kostnader för verksamhetschef, personalavdelning, kommunikationsinsatser, IT, vaktmästeri och reception.

Utgångspunkten för kostnadsberäkningen är två nivåer av OH-kostnader (det vill säga utöver de direkta kostnaderna för verksamheten som hanteras i mallen redovisad i tabell b1a):

- OH-kostnader på sektors-/förvaltningsnivå
- OH-kostnader på kommunnivå (motsvarande den så kallade SCB-nyckeln).

Andelen OH-kostnader som kommunerna har för kommunal primärvård varierar från cirka 3 till 8 procent i de kommuner som deltagit i mätningen. De varierande andelarna beror framför allt på skillnader i ekonomisystem där vissa kommuner lägger ut kostnader för till exempel datorer och telefoni på respektive verksamhet medan andra kommuner har valt att lägga dessa kostnader centralt i kommunen istället. Oavsett hur kommunerna hanterar dessa kostnader räknas de aldrig dubbelt i den totala kostnaden som tas fram.

Vissa kostnadsposter i mallen ovan för beräkning av OH-kostnader för den kommunala primärvården hämtas från mallen i bilaga B1a. Andra poster hämtas från kommunens eget ekonomisystem samt från det nationella så kallade räkenskapssammandraget (RS).

Referenser

GÖTEBORGS REGIONEN

Referenser

Edvardsson, D., Fethersonhaugh, D., Nay, R., Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the Person-centred Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*. 22(1)101–108.

Ensolution (2021) *Utveckling av den kommunala hälso- och sjukvården i Sverige.*

Förordning (2024:1253) om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård

Kunskapsguiden (2023) *Ny definition av primärvården*. https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-vard/kommunal-halso–och-sjukvard/ny-definition-av-primarvarden/

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Larsen, T., Sawatzky, R., Wijk, H., Wikström, E., Wolf, A. (2025, kommande) Adaptation, further development and evaluation of the measurement properties of the Person-Centred Community Care Inventory (PERCCI-S) for use in the Swedish municipal health care system. *BMC Health Services Research*.

GÖTEBORGS REGIONEN

Larsen, T. & Hansen, M. (2025) *Så personcentrerad är kommunal primärvård enligt legitimerad personal. En enkätundersökning genomförd i samarbete med 12 av Göteborgsregionens kommuner hösten 2024*. samt bilaga i excelformat *Hur personcentrerat arbetar legitimerad personal i kommunal primärvård 2022-2024?* FoU i Väst, Göteborgsregionen.

Larsen, T. & Hansen, M. (2025) *Patientenkät kommunal primärvård – resultat för 12 kommuner i Göteborgsregionen 2024*. samt bilaga i excelformat *Vad tycker patienterna om den kommunala primärvården 2024.* FoU i Väst, Göteborgsregionen.

Larsen, T. & Nilsson, Å. (2023) *Utveckling av nyckeltal på en god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen.* FoU i Väst, Göteborgsregionen.

Larsen, T., Nilsson, Å., Hansen, M. (2024) *Nyckeltal god och nära kommunal primärvård GR 2023*. FoU i Väst, Göteborgsregionen.

La Trobe University. *Notes on Scoring of the Person-Centred Care Assessment Tool (P-CAT).*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021) Nära vård i sikte?

Prop. 2019/20:164 *Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform.*

Regionala cancercentrum i samverkan (2021) *Palliativ vård. Nationellt vårdprogram 3.0.*

GÖTEBORGS REGIONEN

Selan, D., Jakobsson, U., Condelius, A. (2017). The Swedish P-CAT: modification and exploration of psychometric properties of two different versions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3):527–535.

Socialstyrelsen (2025) *Påverkbar slutenvård äldre*.

Socialstyrelsen (2023) *Klassifikation av vårdåtgärder*. https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/kva/

Socialstyrelsen (2020) *Handbok för utveckling av indikatorer För god vård och omsorg*.

Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:67) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

SOU 2020:19 *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.*

SOU 2019:29 *God och nära vård – Vård i samverkan.*

SOU 2018:39 *God och nära vård – En primärvårdsreform*.

SOU 2017:53 *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*.

GÖTEBORGS REGIONEN

Vård- och omsorgsanalys (2021) Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.

Västra Götalands läns kommuner & Västra Götalandsregionen (2022) *Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård*

Västra Götalands läns kommuner & Västra Götalandsregionen (2020) *Överenskommelse mellan Västra Götalands läns kommuner och Västra Götalands-regionen om samverkan vid in- och utskrivning vid sluten hälso- och sjukvård.*

GÖTEBORGS REGIONEN

Kontakt

Åsa Nilsson, analytiker

asa.nilsson@goteborgsregionen.se
031-335 51 98

Theresa Larsen, analytiker

theresa.larsen@goteborgsregionen.se
031-335 51 99

Göteborgsregionen
Arbetsmarknad och social välfärd
FoU i Väst
www.goteborgsregionen.se
www.goteborgsregionen.se/naravard

GÖTEBORGS REGIONEN