

Nyckeltal Kommunal primärvård 2025 – 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.

September 2026 (reviderad version)

Åsa Nilsson, Helena Håkansson och
Miriam Hansen, FoU i Väst





Göteborgsregionen (GR) består av 13 kommuner som har valt att jobba tillsammans. Vi driver utvecklingsprojekt, har myndighetsuppdrag, forskar, ordnar utbildningar och är storstadsregionens röst i Västsverige, bland mycket annat. I våra nätverk träffas politiker och tjänstepersoner för att utbyta erfarenheter, bolla idéer och besluta om gemensamma satsningar. Allt för att regionens en miljon invånare ska få ett så bra liv som möjligt.

Göteborgsregionen 2026
FoU i Väst
gr@goteborgsregionen.se
www.goteborgsregionen.se
Åsa Nilsson, Helena Håkansson och
Miriam Hansen

Rapporten har tagits fram av FoU i Väst, en del av Göteborgsregionen (GR). Arbetet har finansierats av kommunerna genom den sammanhållande planen för omställningen av social välfärd.

Förord

Det här är den fjärde nyckeltalsrapporten om kommunal primärvård som Göteborgsregionen, FoU i Väst, har tagit fram i nära samarbete med tolv av Göteborgsregionens medlemskommuner.

Rapporten görs på uppdrag av Göteborgsregionens socialchefsnätverk i syfte kunna följa, analysera och utveckla den kommunala primärvården i omställningen till god och nära vård. Arbetet har finansierats av kommunerna genom den sammanhållande planen för omställningen av social välfärd.

Rapporten beskriver hur den kommunala primärvården i Göteborgsregionen har utvecklats i en rad olika avseenden. Det handlar om personcentrering, patient-säkerhet och annan vårdkvalitet, om vårdbehov, samverkan och förebyggande arbete – och om kostnader.

Många av rapportens olika indikatorer och mått har tagits fram särskilt för den här rapporten eftersom den typen av kunskap inte finns sammanställd nationellt. En förhoppning är att rapporten kan inspirera till liknande mätningar på andra håll i landet – och varför inte på nationell nivå.

Indikatorer och mått som bara beskriver utvecklingen i rent kvantitativa termer har samtidigt sina begränsningar. Det ger beslutsfattare en översiktlig bild av hur den kommunala primärvården utvecklas inom olika områden. Men här behöver professioner och verksamheter bjudas in för att hjälpa till att tolka resultaten, inte minst utifrån lokala förutsättningar och utmaningar. Vår förhoppning är att rapporten ska kunna fungera som ett kunskapsunderlag till grund för lokal dialog och analys.

Rapporten är resultatet av ett engagerat arbete i två arbetsgrupper med representanter från Göteborgsregionens kommuner. Ett stort tack riktas till dessa arbetsgrupper!

Projektledare för uppdraget hos FoU i Väst har varit Åsa Nilsson. Övriga medarbetare i uppdraget har varit Helena Håkansson och Miriam Hansen.

Göteborg i juni 2026

Jenny Rehnman, FoU-chef

Göteborgsregionen, FoU i Väst

Innehåll

Uppföljning av god och nära vård.....	5
Om rapportens mått och indikatorer på kommunal primärvård.....	7
A. Patienter med insatser från kommunal primärvård	11
B. Personcentrerad vård	14
C. Patientsäkerhet och vårdkvalitet	17
D. Hälsöfrämjande och förebyggande insatser	21
E. Samverkan	23
F. Kostnader och resurser	26
Bakgrundsmått	28
Utvecklingsområden i uppföljningen av kommunal primärvård.....	29
Referenser	31
Bilaga 1. Förteckning över rapportens samtliga mått och indikatorer.....	33
Bilaga 2. Tabeller och diagram över samtliga mått och indikatorer.....	35
Bilaga 3. Komplement till tabeller och diagram i avsnitt A.....	106
Bilaga 4. Komplement till avsnitt F	108

Uppföljning av god och nära vård

Göteborgsregionens chefsnätverk och styrgrupper efterfrågar kunskapsunderlag för att kunna följa, analysera och utveckla den kommunala primärvården i omställningen till god och nära vård.

Det här är den fjärde nyckeltalsrapporten om kommunal primärvård som Göteborgsregionen, FoU i Väst, har tagit fram i nära samarbete med tolv av Göteborgsregionens medlemskommuner¹.

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. Nyckeltalen ska främja ett regionalt och kommungemensamt agerande, idéutbyte och nätverksbyggande.

Kommunerna i Göteborgsregionen (och i hela Västra Götalands län) använder begreppet kommunal primärvård. Socialstyrelsens register över insatser i dessa verksamheter benämns ”register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård”. Det varierar i landet vilket av dessa två begrepp som används. I denna rapport använder vi genomgående begreppet kommunal primärvård (förutom då vi refererar till Socialstyrelsens register).

Så här skriver Kunskapsguiden (2023) om 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. tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar,
5. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
6. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Källa: [Ny definition av primärvården - Kunskapsguiden](#)

¹ Kungsbacka kommun, som tillhör Region Halland, har inte deltagit i arbetet.

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 bedrivs 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.

På nationell nivå har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys utvärderat omställningen till en god och nära vård. I deras slutrapport från 2025² gör de bedömningen att inget av omställningens mål har uppnåtts, och att de ser få tecken på att omställningen har påverkat patienternas erfarenheter av vården. De kan dock se förändringar för vissa mål, exempelvis ett ökat fokus på insatser som rör förebyggande och hälsofrämjande arbete och personcentrering samt en förbättrad samverkan mellan regioner och kommuner. Myndigheten poängterar också att det saknas en tydlig beskrivning av det överordnade syftet med omställningen och att tolkningarna av vad omställningen innebär varierar mellan olika aktörer, vilket försvårar ett tydligt genomslag. En mer gemensam tolkning skulle rimligen även underlätta att enas brett i landet kring centrala indikatorer för att kunna följa om utvecklingen går i önskvärd riktning.

Lästips för den som vill veta mer om omställningen till god och nära vård:

[God och nära vård - Socialstyrelsen](#)

[Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård - Vårdsamverkan i Västra Götaland](#)

[Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform - Regeringen.se](#)

[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](#)

[Omtag för omställning – Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport – Myndigheten för vård och omsorgsanalys.](#)

² Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2025). *Omtag för omställning. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport.*

Om rapportens mått och 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 eller 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 kostnads mått där en högre eller 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.

När vi valt ut och utvecklat rapportens indikatorer och mått följer vi så nära som möjligt Socialstyrelsens (2020, s.11) krav på indikatorer för vård och omsorg.

Socialstyrelsen anger att 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 tillgängliga data
- ange en riktning: höga eller låga värden visar på hög eller låg kvalitet eller effektivitet.

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

Rapportens nyckeltalsområden

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

- personcentrering,
- hälsofrämjande och förebyggande insatser, samt
- samverkan.

Dessutom redovisas nyckeltal som belyser den kommunala primärvårdens:

- kvalitet och säkerhet, inklusive personalens formella kompetens, samt
- 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. Ett problem som har identifierats i arbetet med nyckeltalsrapporten är kvalitetsbrister i inrapporteringen av vårdåtgärder (KVÅ-

koder) till Socialstyrelsen. Bristerna innebär att den statistiken i nuläget inte kan användas för uppföljning och analys.

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.

Källa: Socialstyrelsen (2023) *Klassifikation av vårdåtgärder*.

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/kva/>

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

Arbetsgruppen bakom nyckeltalsrapporten har särskilt efterfrågat indikatorer på vårdtyngd och uppgifter om vårdåtgärder som fördelas till omsorgspersonal. Rapporten innehåller några utvecklingsmått inom dessa områden, som arbetsgruppen har tagit fram särskilt för den här rapporten.

Egna nyckeltal kompletterar nationell statistik

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

Befintlig offentlig statistik

Exempel är statistik från Socialstyrelsens register över insatser i kommunal hälso- och sjukvård samt uppgifter om påverkbara slutenvårdstillfällen via Socialstyrelsens indikatorer på god och nära vård.

Data som finns i kommunerna men som inte ingår i nationella register

Exempel är omsorgspersonalens utförande av vårdåtgärder som fördelas av legitimerad personal, baserat på signering i lokala verksamhetssystem.

Data som skapats 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 rapportens bilaga 1.

Jämförbarhet och osäkerhet i data

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 så att resultaten är jämförbara. 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. Det gäller exempelvis nationella registeruppgifter om antalet patienter i kommunal primärvård (se avsnitt A och bilagans tabell A1).

Rapportens resultat behöver därför i flera fall tolkas försiktigt, vilket både kan gälla jämförelser mellan kommuner och förändringar över tid.

Arbetsprocessen

Rapportens nyckeltal har tagits fram i två arbetsgrupper med representanter från de tolv kommunerna. Den ena arbetsgruppen har ansvarat för den kommunala primärvårdens kostnader och den andra arbetsgruppen för övriga nyckeltal och indikatorer.

Samtliga kommunrepresentanter som har deltagit i arbetet, under hela eller delar av processen, redovisas nedan.

Några av representanterna har arbetat extra med att utveckla nya mått i rapporten: Hanna Hagelin Thelander, Michelle Perciwall, Emma Emanuelsson, Karolina Wolmhag, Cecilia Olsson och Erika Gustafsson.

Arbetsgrupp Nyckeltal kommunal primärvård		Arbetsgrupp Kostnader i kommunal primärvård	
Ale	Hanna Hagelin Thelander Jannica Olsson	Ale	Pernilla Grahn
Alingsås	Michelle Perciwall	Alingsås	Astor Ekdahl
Göteborg	Frida Bodén Cecilia Jaruta Anneli Lindebacken	Göteborg	Deborah Jakobsson
Härryda	Emma Emanuelsson	Härryda	Kristin Kinander
Kungälv	Anna Mårtén Molly Hammar Munever Alic	Kungälv	Kristina Palm
Lerum	Karolina Wolmhag	Lerum	Johan Levholt
Lilla Edet	Maria Ljungberg Elvira Thorsson	Lilla Edet	Matilda Almroth
Mölndal	Cecilia Olsson Hanna Annelund	Mölndal	Andrea Bokstad
Partille	Erika Gustafsson Rebecka Andersson	Partille	Marcus Sellgren
Stenungsund	Lisa Båstedt Mattias Andersson	Stenungsund	Axel Pettersson
Tjörn	Lena Björkqvist Tove Lyager Ryde	Tjörn	Malin Haugen
Öckerö	Anneli Wissmar	Öckerö	Joel Carlyrd
GR	Åsa Nilsson (samordnare) Miriam Hansen Helena Håkansson	GR	Åsa Nilsson

Resultaten – sammanfattande text med diagrambilaga

Nyckeltalsrapportens resultatdel är strukturerad utifrån sex övergripande teman:

- Patienter med insatser från kommunal primärvård
- Personcentrerad vård
- Patientsäkerhet och vårdkvalitet
- Hälsofrämjande och förebyggande insatser
- Samverkan
- Kostnader och resurser

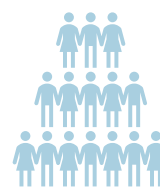
I de följande kapitlen sammanfattas resultaten inom vart och ett av dessa sex teman för att beskriva läget och utvecklingen av den kommunala primärvården i Göteborgsregionen. Därefter beskrivs, i var sitt kapitel, rapportens (enda) bakgrundsmått samt identifierade utvecklingsområden i uppföljningen av kommunal primärvård.

I bilaga 1 redovisas vilka nyckeltal som omfattas av rapporten.

I bilaga 2 presenteras alla mått och indikatorer i tabell- och diagramform, tillsammans med mer detaljerade beskrivningar i text.

I bilaga 3 och 4 redovisas komplement till nyckeltalen i avsnitt A respektive F.

A. Patienter med insatser från kommunal primärvård



I det här avsnittet sammanfattas resultaten för vart och ett av ingående mått och indikatorer rörande patienter med insatser från kommunal primärvård. Se vidare bilagans tabell/diagram A1–A5c.

Patienter med insatser från kommunal primärvård minskar i relation till antalet invånare

Antalet personer som mottagit insatser i kommunal primärvård har under de senaste åren varit omkring 400 000 i riket som helhet. Uppgifterna är dock osäkra på grund av brister i kommunernas inrapportering till Socialstyrelsens register.

Flera av Göteborgsregionens kommuner har reviderat sina uppgifter inom ramen för arbetet med denna rapport. I de tre kommuner som reviderat 2025 års uppgift har antalet patienter justerats upp. Revideringsbehoven kan bero på bortfall av en viss patientgrupp, exempelvis patienter på särskilt boende i privat regi eller patienter på boende med särskild service. Tidigare år har det också förekommit partiellt bortfall enskilda månader.

I Göteborgsregionen har under senare år närmare 27 000 personer fått insatser i kommunal primärvård minst en gång under ett enskilt år. År 2025 gällde det cirka 26 700 patienter. Antalet har ökat med ett 50-tal patienter jämfört med 2024 (motsvarar cirka 0,2 procent). I de flesta kommunerna har antalet ökat något, men inte i alla.

Samtidigt har befolkningen vuxit i kommunerna, inte minst invånare 80 år eller äldre som har ökat med 5,2 procent jämfört med 2024. Som följd har andelen av denna åldersgrupp som mottagit kommunal primärvård minskat i de flesta av Göteborgsregionens kommuner under 2025, både jämfört med 2024 och i ett längre tidsperspektiv. År 2025 är andelen 26 procent i Göteborgsregionen sammantaget.

Under hela den kartlagda perioden 2019–2025 är andelen i samtliga kommuner betydligt mindre än i riket (2025: 39 procent).³ Det kan betyda att kommunernas äldre invånare är friskare i Göteborgsregionen jämfört med riket, och att de blir allt friskare. Men utvecklingen över tid kan också bero på att tröskeln till kommunal primärvård har höjts.

Se vidare tabell A1 och diagram A2.

³ 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. 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 56,7 procent år 2025.

Vanligare att patienterna har bistånd enligt socialtjänstlagen jämfört med riket

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 2025 mellan 75 och 87 procent. I alla kommunerna är andelen större jämfört med riket (72 procent). I Västra Götalands län är andelen 81 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. Den förklaringen ligger i linje med att andelen patienter med kommunal primärvård är mindre i Göteborgsregionen än i riket; se avsnittet ovan). Men skillnaden skulle också kunna bero på att tröskeln för att få bistånd enligt SoL är lägre i Göteborgsregionen.

Se vidare diagram A3.

Vanligare att patienterna har rullstol

Andelen patienter i kommunal primärvård som har en (förskriven) rullstol har ökat under den kartlagda perioden 2020–2025. För kommunerna sammantaget har andelen ökat från 30 procent år 2022⁴ till 37 procent år 2025.

Utvecklingen varierar något i kommunerna men i alla kommuner är andelen större år 2025 än 2020. Även nivån varierar mellan kommunerna: från 29 procent i Öckerö till 46 procent i Mölndal.

Arbetsgruppen bakom rapporten bedömer att patienter med rullstol generellt har ett större vårdbehov än övriga patienter, och att utvecklingen därmed indikerar en generellt ökad vårdtyngd i den kommunala primärvården. Det finns samtidigt stora skillnader mellan kommunerna.

Utvecklingen över tid skulle kunna botten i generellt hårdare kriterier för att bli inskriven i kommunal primärvård (se avsnitten ovan). Men den kan också vara ett tecken på att vården blir mer personcentrad, med fler som kan bo kvar hemma längre med rätt vård och hjälpmedel.

Se vidare diagram A4.

Andelen väntade dödsfall som skett på särskilt boende och i ordinärt boende med sjukvård i hemmet har ökat

Från år 2018 har andelen väntade dödsfall⁵ i Göteborgsregionen som skett på sjukhus eller någon typ av specialiserad palliativ slutenvård minskat, särskilt tydligt

⁴ Måttet kan inte beräknas för Göteborg före 2022 och därför kan inte heller ett sammantaget mått redovisas före detta år.

⁵ Dödsfall som den legitimerade vårdpersonalen bedömer vara förväntat utifrån sjukdomshistorien (baserat på Svenska palliativregistrets enkät).

under senare år. Andelen har minskat från nära 45 procent år 2018 till 35 procent år 2025.

Parallellt har andelen väntade dödsfall som skett på särskilt boende och i ordinärt boende med någon typ av hälso- och sjukvård i hemmet ökat. För Göteborgsregionen sammantaget gäller det i nära 65 procent av fallen år 2025, jämfört med cirka 54 procent år 2018 (2017: cirka 56 procent).

De flesta väntade dödsfall utanför sjukhusens slutenvård har skett på särskilt boende, 49 procent år 2025, medan 16 procent har skett i ordinärt boende med någon typ av hemsjukvård.

Att en större del av väntade dödsfall sker med kommunen som vårdgivare (och i viss mån även regionen genom palliativa specialistteam) ligger i linje med omställningen till en nära vård. Att kommunerna i högre grad har kommit att få ansvar för vård av patienter under deras allra sista tid i livet kräver ökade resurser för vak och dialog med närstående samt samarbete med den regionala vården och palliativa team.

Se vidare diagram A5a–c.

B. Personcentrerad vård



I det här avsnittet sammanfattas resultaten för vart och ett av ingående mått och indikatorer på personcentrerad vård. Se vidare bilagans diagram B1–B8. Avsnittet inleds med en motivering bakom de valda nyckeltalen.

Valda nyckeltal och indikatorer

Ett av regeringens tre mål med sikte på en nära vård är en mer delaktig patient och en personcentrerad vård.⁶ 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 flera år genomfört en egen enkät till patienter i ordinärt boende.⁷ Fem mått baserade på enkäten redovisas i det här avsnittet.

Ett av de fyra måtten rör möjligheten att komma i kontakt med den kommunala primärvården. Som komplement redovisas även mått på uppfattad tillgång till legitimerad personal bland äldre på särskilt boende, baserat på Socialstyrelsens årliga brukarenkät.⁸

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.⁹

Patienter är som helhet nöjda med den kommunala primärvården – men det finns även kritik

Patienter i den kommunala primärvården är generellt sett nöjda med vården, även om andelen nöjda är mindre 2025 än 2023.

I en enkät om den kommunala primärvården i Göteborgsregionen till patienter i ordinärt boende hösten 2025 uttrycker 82 procent att de är ganska eller mycket nöjda med vården som de får, baserat på ett genomsnitt av elva kommuners resultat. Detta är en minskning med 6 procentenheter sedan 2023. Minskningen gäller främst de *mycket* nöjda patienterna (från 54 till 45 procent).

⁶ Se regeringens proposition: "Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform" (Prop. 2019/20:164).

⁷ Den som vill ta del av hela patientenkätens resultat hänvisas till rapporten Vad tycker patienterna om den kommunala primärvården? (Håkansson & Hansen, 2026a).

⁸ Uppgifterna baseras på Socialstyrelsens årliga enkätundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?".

⁹ Den som vill ta del av hela personalenkätens resultat hänvisas till rapporten Så personcentrerad är kommunal primärvård enligt legitimerad personal 2025 (Håkansson & Hansen, 2026b).

En stor majoritet av patienterna upplever att den vård som de får har kvaliteter som gör att den kommunala primärvården kan beskrivas som personcentrerad. Den genomsnittliga nivån mätt med instrumentet PERCCI-S-Rev¹⁰ uppgick till 59,8, där skalan går från 0 till 72. Resultatet är något bättre än 2024. Kommunernas resultat 2025 varierade mellan 56,7 och 63,9.

Mest positiva är patienterna till personalens medkänsla i bemötandet, minst positiva är de till i vilken mån som vården de får i hemmet hjälper dem att förstå vad de kan göra själva (se vidare Håkansson & Hansen 2026a).

Ett påstående i PERCCI-S-Rev-instrumentet som också signalerar ett utvecklingsområde handlar om delaktighet; 67 procent upplever att de är delaktiga i beslut om sin vård i hemmet i den utsträckning som de vill.

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

Se vidare diagram B1–B4.

Det finns viss kritik mot möjligheten att komma i kontakt med den kommunala primärvården

Ungefär var sjätte patient tycker, 2025, att det är svårt att komma i kontakt med den kommunala primärvården. Resultatet varierar en del mellan kommunerna.

Som jämförelse visar en nationell enkät bland äldre på särskilt boende att grovt räknat var tredje *inte tycker att det är lätt* att komma i kontakt med sjuksköterska när de behöver det (jämförbarheten försvåras av olika frågeformuleringar och svarsskalor). Och när det kommer till möjligheten att få träffa läkare gäller detta ännu fler, ungefär hälften.

Se vidare diagram B5–B6b.

Legitimerad personal upplever att de jobbar ganska personcentrerat

Den legitimerade personalens upplevelser av den vård som de ger i den kommunala primärvården pekar på ungefär samma grad av personcentrering år 2025 som 2022–2024.

2025 års kommungenomsnitt för hur personcentrerat den legitimerade personalen upplever att de arbetar mätt med instrumentet mP-CAT är 49,4, där skalan går från 13 till 65. Förändringarna mellan åren är små men resultaten visar på en som helhet svagt positiv trend.

I enskilda kommuner finns mindre förändringar över tid. 2025 års resultat varierade mellan 47,6 och 52,2 poäng.

Variationen mellan personalgrupperna sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter är generellt liten. För kommunerna sammantaget varierar antalet poäng på mP-CAT-skalan för dessa tre grupper mellan 49,1 och 49,4.

¹⁰ Larsen T, Sawatzky R, Wijk H, Wikström E and Wolf A (2026) Development and validation of an enhanced PERCCI-S (PERCCI-S-Rev) for measuring person-centred home-based primary care. *Frontiers in Health Services*, 6.

Många i den legitimerade personalen uppfattar att de tar hänsyn till patientens önskningar om den vård som ges och att de bedömer patientens behov vid varje kontakt. De största förbättringsområden som resultaten pekar på rör patienternas miljö, att värdera relationer högre än arbetsuppgifter och att ha tillräckligt med tid för att ge en vård utifrån den enskildes behov. Ungefär en fjärdedel av den legitimerade personalen upplever att de inte har nog med tid att ge en vård som utgår från den enskildes behov. (Se vidare Håkansson & Hansen 2026b.)

Ju mindre stressad personalen är och ju bättre samarbetet fungerar med omsorgspersonalen, desto mer personcentrerad upplever den legitimerade personalen att vården är (se vidare Håkansson & Hansen 2026b).

Se vidare diagram B7–B8.

C. Patientsäkerhet och vårdkvalitet



I det här avsnittet sammanfattas resultaten för vart och en av ingående mått och indikatorer på patientsäkerhet och vårdkvalitet. Se vidare bilagans diagram C1–C9. Avsnittet inleds med en motivering bakom de valda nyckeltalen.

Valda nyckeltal och indikatorer

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 rapport redovisar vi fyra typer av indikatorer på patientsäkerhet och vårdkvalitet:

- Dokumenterade brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård
- Ordination av injicerbar opioid vid smärta under sista levnadsveckan
- Någon närvarande i dödsögonblicket (vid väntade dödsfall)
- Omsorgspersonalens utförande av fördelade vårdåtgärder.

De tre första indikatorerna är särskilt relevanta att följa med anledning av att den kommunala primärvården har fått en successivt växande roll i den palliativa vårdens sluteskede (se avsnitt A).

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. När mer vård ska ges i öppna vårdformer och i hemmen ökar behovet av specialistkompetens. Men olika kompetensnivåer behövs – samordnade i en både personcentrerad och resurseffektiv vård. För att den legitimerade personalen ska kunna överlåta vissa hälso- och sjukvårdsåtgärder på omsorgspersonalen, behövs en utbildad omsorgspersonal.

I denna rapport redovisar vi tre indikatorer på personalens formella kompetens:

- Andel legitimerade sjuksköterskor i kommunal primärvård som har en specialistutbildning samt vanligast förekommande inriktningar
- Andel legitimerade arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster som har en specialistutbildning
- Andel av den icke-legitimerade personalen som är anställda som undersköterskor (har en undersköterskeutbildning).

Sedan 2010-talets början har allt fler patienter haft ett brytpunktssamtal med läkare – men trenden är bruten

Att det sker ett så kallat brytpunktssamtal med patienten om ställningstagandet att övergå till vård i livets slutskede ger patienten möjlighet att vara delaktig i beslut om vården den sista tiden, vilket är en viktig kvalitetsaspekt. Det är regionens läkare som ska genomföra och dokumentera brytpunktssamtal, 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.

I ett längre tidsperspektiv sker brytpunktssamtal allt oftare. De två senaste åren har det dock skett en nedgång, och 2025 når ingen av Göteborgsregionens kommuner upp till Socialstyrelsens målvärde att ett sådant samtal ska ha dokumenterats för minst 98 procent av väntade dödsfall.

För år 2025 fanns ett dokumenterat brytpunktssamtal för 91 procent av patienterna i ordinärt boende med någon typ av sjukvård i hemmet. För patienter på särskilt boende var andelen 83 procent. Andelarna har minskat något sedan toppnoteringen 2023, tydligast i ordinärt boende då den var 95 procent.

I enskilda kommuner varierar utvecklingen över tid, med i flera fall stora skillnader mellan enskilda år. Men i samtliga kommuner syns en positiv utveckling sedan 2017. År 2025 varierade andelen patienter som haft ett brytpunktsamtal mellan 79 och 96 procent i kommunerna sett till patienterna sammantaget.

Se vidare diagram C1a–b.

De flesta patienter hade injicerbar opioid vid behov på läkemedelslistan före dödsfallet

Att det ska finnas en vid behov-ordination av injicerbar opioid mot smärta under den sista levnadsveckan har förbättrats i det längre perspektivet. Här var nivån dock relativt hög redan i början av 2010-talet jämfört med brytpunktssamtal ovan.

I Göteborgsregionens kommuner hade, år 2025, 96 procent av patienterna på särskilt boende eller med någon typ av sjukvård i hemmet en ordination av injicerbar opioid vid behov under sista levnadsveckan, för att kunna lindra smärta. Andelen var densamma i ordinärt boende och på särskilt boende.

För patienter i ordinärt boende anas en negativ utveckling de senaste åren, medan andelen varit mer stabil för patienter på särskilt boende.

Sex av Göteborgsregionens kommuner nådde, år 2025, upp till Socialstyrelsens målnivå om 98 procent (Kungälv, Partille, Öckerö, Alingsås, Kungsbacka och Mölndal). Övriga kommuners andel är minst 89 procent.

Se vidare diagram Ca–b.

Omkring nio av tio patienter med väntat dödsfall hade någon närvarande i rummet vid dödsögonblicket

I Göteborgsregionens kommuner hade, år 2025, 92 procent av patienterna i ordinärt boende med någon typ av sjukvård i hemmet någon närvarande i rummet vid dödsögonblicket. Andelen var 89 procent för patienter på särskilt boende, och under hela mätperioden (2012–2025) är andelen mindre än i ordinärt boende. Resultatet avser

”väntade dödsfall”, det vill säga dödsfall som den legitimerade vårdpersonalen bedömer vara förväntat utifrån sjukdomshistorien.

Det finns ingen tydlig trend över tid, men med fokus på det senaste decenniet syns en positiv utveckling för patienter på särskilt boende.

I de enskilda kommunerna varierar andelen år 2025 mellan 85 och 97 procent sett till patienterna sammantaget. I en majoritet av kommunerna ligger andelen över eller annars på länsgenomsnittet; Ale och Härryda ligger tydligast över (97 procent).

Se vidare diagram C3a–b.

Omsorgspersonalens följsamhet till ordination varierar mellan kommunerna

Åtta av kommunerna i Göteborgsregionen har haft möjlighet att ta fram statistik över omsorgspersonalens följsamhet till ordination utifrån andelen fördelade hälso- och sjukvårdsåtgärder som har signerats (utförts) i tid¹¹: Ale, Kungälv, Lerum, Lilla Edet, Mölndal, Stenungsund, Tjörn och Öckerö. De flesta av kommunerna har kunnat särredovisa dels läkemedelsåtgärder, dels rehabiliteringsåtgärder.

Att fördela hälso- och sjukvårdsåtgärder, särskilt läkemedelsåtgärder, har blivit vanligare under den undersökta perioden 2022–2025.

Av de fördelade åtgärderna under 2025 har mellan 73 och 91 procent signerats i tid i de åtta kommunerna. De åtgärder som inte signerats i tid har till största delen signerats senare, men en mindre andel har inte signerats alls – och i antal kan det gälla många åtgärder.

Följsamheten till ordination är generellt sämre för rehab- än läkemedelsåtgärder.

I flertalet kommuner är nivåerna tämligen stabila över de fyra år som mätningen omfattar. I Mölndal syns däremot en tydlig positiv utveckling – ett resultat som alltså indikerar en förbättrad patientsäkerhet. Men flera andra kommuner ligger över Mölndals nivå, och arbetsgruppen bedömer att målnivån bör vara 100 procent, vilket innebär att alla kommuner behöver arbeta mer för att uppnå målet.

Se vidare diagram C4a–tabell C6.

Andelen sjuksköterskor med specialistutbildning varierar stort mellan kommunerna – och mer ovanligt inom rehab

När mer vård ska ges i öppna vårdformer och i hemmen ökar behovet av specialistkompetens i den kommunala primärvården.

Andelen *sjuksköterskor* med specialistutbildning av anställda i den kommunala primärvården varierar stort i kommunerna. I november 2025 gällde det tre av fyra sjuksköterskor i Härryda (76 procent) medan andelen i övriga kommuner varierar mellan 13 och 33 procent. Sett till Göteborgsregionens kommuner som helhet (undantaget Kungsbacka) är andelen 21 procent 2025, vilket är en procentenhet mindre än 2024. Motsvarande data saknas för riket.

Den vanligaste specialistinriktningen är distriktssköterska.

Det är ovanligare med en specialistutbildning inom rehab. För kommunerna sammantaget har 8 procent av *fysioterapeuterna/sjukgymnasterna* och 2 procent av

¹¹ Det förekommer att en åtgärd signeras utan att vara utförd om patienten av någon anledning avböjt åtgärden eller inte varit nåbar.

arbetsterapeuterna en specialistutbildning (5 procent sammantaget). I flera av kommunerna saknas detta helt.

Se vidare diagram C7a–C8.

Tre av fyra anställda av den icke-legitimerade personalen inom kommunernas vård och omsorg är undersköterskor

År 2023 infördes skyddad titel för undersköterska i Göteborgsregionens kommuner. Kravet är en fullföljd utbildning från vård- och omsorgsprogrammet (gymnasium eller vuxenutbildning).

Vid en mätning genomförd av Göteborgsregionen per den 30 maj 2025 var 75 procent av den icke-legitimerade personalen inom kommunernas vård och omsorg anställda som undersköterskor, sett till Göteborgsregionens 13 kommuner sammantaget.

Andelen är generellt större inom särskilt boende och inom kommunal primärvård (79 respektive 80 procent) jämfört med ordinärt boende (70 procent). Lokala undantag förekommer.

Nästa mätning planeras att göras våren 2027.

Se vidare diagram C9.

D. Hälsofrämjande och förebyggande insatser



I det här avsnittet sammanfattas resultaten för vart och ett av ingående mått och indikatorer på hälsofrämjande och förebyggande insatser. Se vidare bilagans diagram D1. Avsnittet inleds med en motivering bakom de valda nyckeltalen.

Om valda nyckeltal och indikatorer

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 fler än 100 000 personer 65 år eller äldre i Sverige så illa att de behöver besöka sjukvården, varav cirka 70 000 behöver läggas in på sjukhus. Cirka 2 000 äldre dör av fallolyckor.¹² Utöver fysiska konsekvenser kan fallolyckor resultera i förlorad självständighet och försämrad livskvalitet.

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 indikatorn:

- Fallolyckor bland personer 65 år eller äldre som är inskrivna i kommunal primärvård

Fallskador bland äldre med kommunal primärvård är vanligare i Göteborgsregionen än i riket – och minskat i flera kommuner

I riket som helhet identifierades under treårsperioden 2023–2025 131 fallskador per 1 000 personår¹³ bland patienter 65 år eller äldre med insatser från kommunal primärvård, där fallskadorna har inneburit inskrivning i slutenvård.

Antalet fallskador har ökat under senare år i riket som helhet.

I Västra Götalands län har antalet däremot minskat något. Men även om utvecklingen för riket är negativ – det vill säga att fallskador blivit vanligare – och tvärtom svagt positiv för länet, är fallskador fortfarande lite vanligare i länet än i riket som helhet. Det tydligaste undantaget bland Göteborgsregionens kommuner är

¹² Källa: Socialstyrelsens kunskapsstöd om fallolyckor. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/aldre/stod-i-arbetet--vard-och-omsorg-for-aldre-personer--utifran-amnesomraden/fallolyckor/>

¹³ Personår utgörs av 12 sammanlagda månadsperioder med kommunala primärvårdsinsatser. Genom att fallskadorna relateras till personår och inte antalet personer som varit inskrivna någon gång under året tar måttet hänsyn till hur länge personerna har varit patienter under mätperioden.

Härryda (91 fallskador per 1 000 personår). Men antalet fallolyckor har under senare år minskat i flera kommuner.

Eftersom antalet fallskador sätts i relation till antalet patienter som har rapporterats in till Socialstyrelsen, och det finns brister i den statistiken (se avsnitt A), ska resultaten tolkas försiktigt. Om för få patienter har rapporterats in riskerar måttet att överskatta omfattningen av fallskador (och tvärtom). Men 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 avsnitt A).

Se vidare diagram D1.

E. Samverkan



I det här avsnittet sammanfattas resultaten för vart och ett av ingående mått och indikatorer på samverkan. Se vidare bilagans diagram E1–E4. Avsnittet inleds med en motivering bakom de valda nyckeltalen.

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 undersökts inom ramen för nyckeltalsrapporten:

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

Tiden på sjukhus efter att patienten bedömts som utskrivningsklar har minskat något i Göteborgsregionen

Det genomsnittliga antalet dagar som patienter blir kvar på sjukhus efter att de blivit utskrivningsklara har minskat något i Göteborgsregionen under 2025. Genomsnittstiden för Göteborgsregionen (exklusive Kungsbacka) är ändå lite längre än länsnittet: 1,3 mot 1,1 dagar.

I kommunerna varierade tiden mellan 0,7 och 1,5 dagar, där Göteborg – liksom tidigare – står för den längsta tiden, medan övriga kommuner ligger under GR-nittet. Skillnaden mellan kommunerna är mindre 2025 än tidigare.

Den generella minskningen gäller i de flesta kommunerna men undantag förekommer.

En kortare tid som patienten är kvar på sjukhuset kan vara resultatet av effektiv planering i god samverkan. Ibland kan dock längre tid vara det bästa ur ett patientperspektiv. Det finns erfarenheter i kommunerna av att patienter som lämnar sjukhuset inte alltid är helt utskrivningsklara.

Se vidare diagram E1.

Färre oplanerade återinskrivningar jämfört med länet och riket i de flesta av Göteborgsregionens kommuner

I nästan alla Göteborgsregionens kommuner skedde färre oplanerade återinskrivningar på sjukhus under 2025 jämfört med både länet och riket som helhet. Andelen som återinskrevs inom 30 dagar varierar i kommunerna mellan 5,6 och 9,8 procent. I tolv av de tretton kommunerna är andelen dock mindre än både riks- och länsgenomsnittet på 8,7 respektive 8,2 procent.

Sett till de två senaste åren är andelen återinskrivningar minst i Kungälv, Mölndal och Öckerö (5,6–5,9 procent).

I såväl länet som riket har andelen minskat över tid. I flera av Göteborgsregionens kommuner är variationerna dock stora mellan åren.

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. Samordningen mellan öppenvård och socialtjänst är en nyckelfråga för att få till en sammanhållen vård och omsorg.

Se vidare diagram E2.

Påverkbara slutenvårdstillfällen minskar i många kommuner – men utvecklingen varierar

Påverkbara slutenvårdstillfällen bland patienter med kommunala primärvårdsinsatser har minskat i länet som helhet – både i särskilt boende och ordinärt boende. I Göteborgsregionens kommuner varierar dock utvecklingen över tid, och det är också stora nivåskillnader mellan kommunerna

Beträffande patienter i *ordinärt boende* i riket som helhet identifierades under treårsperioden 2023–2025 totalt 222 påverkbara slutenvårdstillfällen per 1 000 personår, med avseende på personer 65 år eller äldre med kommunala primärvårdsinsatser. I Göteborgsregionens kommuner varierade antalet i mellan 151 och 375, med minst antal i Härryda (gäller även tidigare år).

I *särskilt boende* är påverkbara slutenvårdstillfällen mindre vanliga. I riket som helhet gäller 107 per 1 000 personår. I Göteborgsregionens kommuner varierar antalet mellan 32 och 137, med minst antal i Öckerö (gäller även tidigare år).

En fungerande samverkan mellan vårdgivare kan bidra till att undvika påverkbara slutenvårdstillfällen. Samtidigt kan tillgången till slutenvårdsplatser påverka nyckeltalets utveckling.

Se vidare diagram E3a–b.

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

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.

I en enkät till den legitimerade personalen i Göteborgsregionens kommuner (exklusive Kungsbacka) hösten 2025 beskriver ungefär sju av tio anställda att samarbetet med omsorgspersonalen fungerar ganska eller mycket bra. 15 procent

upplever att samarbetet fungerar mycket bra. Resultatet, som är ett genomsnitt av de tolv kommunernas resultat, är ungefär detsamma som 2023 och 2024.

Variationen mellan kommunerna är däremot stor – i vissa kommuner tycker de flesta att samarbetet fungerar bra, i andra gäller det bara en knapp majoritet.

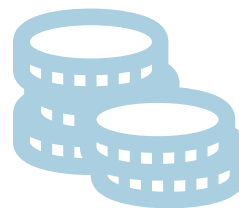
Generellt sett är upplevelsen till samarbetet med omsorgspersonalen mer positiv bland sjuksköterskor än bland arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster.

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. Enkätresultaten kan användas som underlag för dialog med både legitimerad och icke-legitimerad personal.

Se vidare diagram E4.

F. Kostnader och resurser



I det här avsnittet sammanfattas resultaten för vart och ett av ingående mått och indikatorer på kostnader och resurser. Se vidare bilagans diagram F1–F6b.

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 kostnads-perspektiv. 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 som till största delen är baserat på kommunernas faktiska kostnader.

Utifrån den beräkningsmodell som arbetsgruppen knuten till nyckeltalsarbetet har tagit fram, kan den faktiska kostnaden för kommunal primärvård beskrivas för var och en av de tolv kommuner i Göteborgsregionen som deltar i nyckeltalsarbetet (Kungsbacka ingår inte). Arbetsgruppen bedömer att uppgifterna som helhet är jämförbara både mellan kommuner och över tid.

För en relevant jämförelse över tid är samtliga årskostnader före 2025 omräknade till 2025 års penningvärde enligt omsorgsprisindex (OPI).¹⁴ Kostnader över tid utifrån löpande priser redovisas i rapportens bilaga (diagram H1).

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

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

Kostnaden för kommunal primärvård i Göteborgsregionen var i genomsnitt 138 000 kronor per patient år 2025

Kostnadsutvecklingen för kommunal primärvård varierar i Göteborgsregionens kommuner, men i en majoritet av kommunerna är kostnaden för kommunal primärvård större år 2025 än 2019 (även när hänsyn tas till den generella prisutvecklingen).

Kostnadsutvecklingen varierar även när den relateras till antalet patienter. För de tolv kommunerna sammantaget var den genomsnittliga kostnaden ”per patient” år 2025 cirka 138 000 kronor (från cirka 124 000 till 148 000).

¹⁴ 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: [Prisindex - SKR](#). I den här rapporten har indexet använts för att justera kostnader bakåt i tid. För mer detaljer, se bilagans avsnitt F.

Kostnaden i relation till antalet invånare minskar

Kostnadsutvecklingen är mer entydig när den relateras till antal invånare 80 år eller äldre. Denna kostnad har minskat över tid i alla kommuner, mer eller mindre tydligt.

Kostnadsnivån varierar desto mer mellan kommunerna – från cirka 46 000 till närmare 77 000 kronor år 2025. Den genomsnittliga kostnaden för Göteborgsregionens kommuner (exklusive Kungsbacka) är drygt 63 000 kronor. Göteborg bidrar till att dra upp genomsnittet – kommunsnittet är knappt 59 000 kronor.

Kostnaden för kommunal primärvård utgör en begränsad del av kommunernas totala kostnad för omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning

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

Kostnaderna för kommunal primärvård utgör i genomsnitt 13,6 procent av kommunernas totala kostnad för omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning. Göteborgs Stad bidrar till att hålla ned det sammantagna resultatet, medan de flesta andra kommunerna ligger över (kommunsnittet är 14,5 procent). Skillnaderna är generellt större mellan kommuner än i enskilda kommuner över tid.

I relation till kommunens samtliga kostnader varierar kostnadsandelen för kommunal primärvård mellan 3,3 och 5,4 procent i de tolv kommunerna.

Se vidare diagram F1–F5 samt bilagans tabell H1.

Stor variation 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 september 2025 varierar stort i kommunerna: från 10,6 timmar i Alingsås till 18,8 timmar i Stenungsund. Stenungsund låg högst även 2023–2024 och Alingsås relativt lågt även då.

Den arbetade tiden per patient skiljer sig mycket åt mellan kommunerna för de enskilda personalgrupperna. Beträffande sjuksköterska varierar tiden per patient från 8,6 timmar till 13,3 timmar, beträffande arbetsterapeut från 1,2 till 3,7 timmar och beträffande fysioterapeut/sjukgymnast från 0,8 till 2,9 timmar.

Jämfört med 2023 har tiden per patient för den legitimerade personalen som helhet minskat med lite drygt en timme: från 17,4 till 16,3 timmar. Relativt sett är minskningen störst för arbetsterapeuter. För fysioterapeuter/sjukgymnaster har tiden förhållit sig mer stabil sett till kommunerna sammantaget – men utvecklingen varierar i kommunerna.

Observera att nyckeltalet inte redovisar direkt patienttid utan all arbetstid. Måttet kan därför inte direkt tolkas som patienters tillgång till personalen. Organiseringen av arbetet har stor betydelse.

Se vidare diagram FF6a–b.

Bakgrundsmått

Många patienter i kommunal primärvård tillhör befolkningens äldre. Det innebär att variationer i ålderssammansättning kan bidra till skillnader mellan kommuner och utvecklingen över tid. Rapporten innehåller därför ett bakgrundsmått som gäller andelen 80 år eller äldre.

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.

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 4,5 procent.

Sedan 2017 är andelen störst i Tjörn och Öckerö – år 2025 är andelen här 8,7 respektive 8,9 procent.

Jämfört med 2024 är ökningen allra störst i Härryda (från 5,0 till 5,5 procent, vilket är en ökning med 8,9 procent).

Se vidare diagram G1.

Utvecklingsområden i uppföljningen av kommunal primärvård

I det här avsnittet redovisas några utvecklingsområden i uppföljningen av kommunal primärvård som har identifierats inom ramen för arbetet med den här rapporten.

Antalet patienter

Det finns svagheter i den offentliga statistiken över antalet patienter i kommunal primärvård baserat på de uppgifter som kommunerna löpande rapporterar in till Socialstyrelsen. Sett till Göteborgsregionen handlar det i första hand om att den nationella statistiken underskattar antalet patienter. Flera kommuner har i den här rapporten reviderat sina uppgifter som publiceras av Socialstyrelsen (se vidare Avsnitt A, tabell A1).

Arbetsgruppen bakom rapporten har en dialog med Socialstyrelsen i syfte att förbättra kvaliteten på dessa uppgifter. Socialstyrelsen är inne i en utbyggnad av registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård där de samtidigt ser över registrets kvalitet.

Samordning kring patienten och registrerade vårdåtgärder (KVÅ)

En viktig aspekt av personcentrerad vård är vårdgivares samordning kring patienten. Kommunernas registrering av samordnad individuell plan (SIP) inom ramen för KVÅ¹⁵ – klassifikation av vårdåtgärder – är dock inte 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.

Den offentliga KVÅ-statistiken brister även mer generellt på grund av ofullständig eller olikartad inrapportering i landets kommuner, något som återkommande har diskuterats i arbetsgruppen bakom nyckeltalsrapporten.

Kvaliteten på KVÅ-statistiken behöver stärkas för att den ska kunna användas som underlag för uppföljning, analys eller forskning.

Mätning av personcentrerad vård via egen regional enkät

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.

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

¹⁵ Socialstyrelsen sammanställer uppgifterna här: [Statistikdatabaser - Kommunal hälso- och sjukvård \(KVÅ\) - Val](#)

Omfattning och kvalitet på fördelade vårdåtgärder

En majoritet av alla hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunal primärvård fördelas till icke-legitimerad personal att utföra. Det saknas nationell statistik över vilka, och hur många åtgärder som sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter 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 utvecklingsmått som rör fördelade hälso- och sjukvårdsåtgärder baserat på lokalt sammanställd statistik. Se avsnitt C, diagram C4–C6.

Mätning av vårdtyngd

Många kommuner uppfattar att vårdtyngden ökar. Det saknas dock jämförbara data som mäter vårdtyngd i kommunal primärvård.

FoU i Väst har beviljats forskningsmedel 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–mars 2028.¹⁶

Denna rapport innehåller två regionalt framtagna mått som kan kopplas till vårdtyngd, baserat på dels Svenska palliativregistret, dels Västra Götalandsregionens system för förskrivning och administrering av hjälpmedel. Se diagram A4 och A5a–c.

Kostnader för kommunal primärvård

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 används av Göteborgsregionens kommuner skulle kunna prövas inom fler regioner i landet.

¹⁶ Information om projektet finns tillgängligt här: [ACHIEVE | Göteborgs universitet](#).

Referenser

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

Håkansson, H. & Hansen, M. (2026a) Vad tycker patienterna om den kommunala primärvården? Enkätresultat för 11 kommuner i Göteborgsregionen 2025. FoU i Väst, Göteborgsregionen.

Håkansson, H. & Hansen, M. (2026b) Så personcentrerad är kommunal primärvård enligt legitimerad personal. Enkätresultat för 12 av Göteborgsregionens kommuner 2025. FoU i Väst, Göteborgsregionen.

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

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

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.

Larsen, T., Sawatzky, R., Wijk, H., Wikström, E. and Wolf, A. (2026) Development and validation of an enhanced PERCCI-S (PERCCI-S-Rev) for measuring person-centred home-based primary care. *Frontiers in Health Services*, 6.

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

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2025). *Omtag för omställning. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport.*

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

Regeringens lagrådsremiss (2021) Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform. Socialdepartementet.

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

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.

SFS 2017:612. Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

SFS 2024:1253. Förordning om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård. Socialdepartementet.

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

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

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.*

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

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

Bilaga 1. Förteckning över rapportens samtliga mått och indikatorer

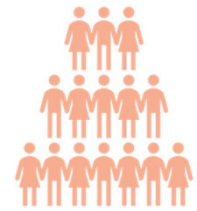
A. Patienter i kommunal primärvård	Datakälla
A1. Antal patienter som någon gång under året mottagit kommunal primärvård	Socialstyrelsens register, kommunernas verksamhetssystem
A2. Andel av befolkningen 80 år eller äldre som någon gång under året mottagit kommunal primärvård	Socialstyrelsens register, kommunernas verksamhetssystem, SCB:s statistikdatabas
A3. Andel personer som mottagit kommunal primärvård under året och även hade bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL)	Socialstyrelsens register
A4. Andel patienter i kommunal primärvård med (hyrd) rullstol	Hjälpmiddelscentralen, Västra Götalandsregionen
A5. Väntade dödsfall som skett på särskilt boende, ordinärt boende med hemsjukvård respektive sjukhus/specialiserad palliativ slutenvård	Svenska palliativregistret
B. Personcentrering	Datakälla
B1. Sammantagen nöjdhet med den kommunala primärvården bland patienter i <i>ordinärt boende</i>	Enkät Göteborgsregionen/FoU i Väst
B2. Upplevd personcentrering i kommunal primärvård bland patienter i <i>ordinärt boende</i> (PERCCI-S-Rev)	Enkät Göteborgsregionen/FoU i Väst
B3. Andel patienter i ordinärt boende som upplever att de är delaktiga i beslut om sin vård i hemmet	Enkät Göteborgsregionen/FoU i Väst
B4. Andel patienter i <i>ordinärt boende</i> som tycker att det är för många olika personer som ger dem kommunal primärvård	Enkät Göteborgsregionen/FoU i Väst
B5. Andel patienter i <i>ordinärt boende</i> som tycker att det är svårt att komma i kontakt med kommunala primärvården	Enkät Göteborgsregionen/FoU i Väst
B6. Andel på <i>särskilt boende</i> 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?"
B7. Upplevd personcentrering i kommunal primärvård bland legitimerad personal (mP-CAT)	Enkät Göteborgsregionen/FoU i Väst
B8. Andel legitimerad personal som upplever att de inte har tid att ge en vård utifrån den enskildes behov	Enkät Göteborgsregionen/FoU i Väst
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 väntade dödsfall (kommunal primärvård)	Svenska palliativregistret
C4. Genomsnittligt antal fördelade HSL-åtgärder (läkemedelsåtgärder, rehabåtgärder) per patient och år	Kommunernas verksamhetssystem
C5. Signering av fördelade HSL-åtgärder (läkemedelsåtgärder, rehabåtgärder)	Kommunernas verksamhetssystem
C6. Antal ej signerade HSL-åtgärder (läkemedelsåtgärder, rehabåtgärder)	Kommunernas verksamhetssystem
C7. Sjuksköterskor inom den kommunala primärvården med specialistutbildning	Kommunernas verksamhetssystem
C8. Rehabiliteringspersonal inom den kommunala primärvården med specialistutbildning	Kommunernas verksamhetssystem
C9. Anställda som utför vård- och omsorgsuppgifter inom äldreomsorg och kommunal primärvård med undersköterskeutbildning	Kommunernas verksamhetssystem

...fortsättning på nästa sida

...fortsättning från föregående sida

D. Hälsofrämjande och förebyggande	Datakälla
D1. Fallskador bland personer 65 år eller äldre med kommunal primärvård i <i>ordinärt boende</i>	Socialstyrelsens Öppna jämförelser
E. Samverkan	Datakälla
E1. Dagar som patienter blir kvar på sjukhus efter att de blivit utskrivningsklara	Gemensam Information- och Tjänstesamordning (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 räkenskapsammandrag (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 och verksamhetssystem
G. Bakgrundsmått	Datakälla
G1. Andel av befolkningen 80 år eller äldre	SCB:s statistikdatabas (beräkning GR)
H. I bilaga	Datakälla
H1. Total kostnad för kommunal primärvård (löpande priser)	Kommunernas ekonomisystem
H2. Andel av väntade dödsfall som skett på särskilt boende, ordinärt boende med sjukvård i hemmet respektive sjukhus – utifrån rapporterade enhet jämfört med folkbokföringskommun	Svenska palliativregistret

Bilaga 2. Tabeller och diagram över samtliga mått och indikatorer



A. Patienter med insatser från kommunal primärvård

Tabell A1

Antal patienter som någon gång under året mottagit kommunal primärvård, 2019–2025

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Förändring i % 2024–2025
Ale	793	792	843	816 ²	798	753 ^{2,4}	781 ²	4%
Alingsås	1 363	1 391	1 406	1 435 ²	1 432	1 437	1 437	0%
Göteborg	15 095	– ¹	– ¹	13 980 ²	13 743 ²	13 775 ²	13 606 ²	-1%
Härnäs	– ¹	878	858	861 ²	854	983	969	-1%
Kungsbacka	2 563	2 652	2 671	2 740	2 736	2 723	2 791	2%
Kungälv	1 206	1 226	1 249	1 218 ²	1 235 ²	1 226 ²	1 269	4%
Lerum	1 189 ^{2,3}	1 137 ^{2,3}	1 080 ^{2,3}	1 066 ^{2,3}	1 065 ^{2,3}	1 027	1 071	4%
Lilla Edet	381	372	440	492	461 ⁴	429	446	4%
Mölnådal	– ¹	1 553	1 591	1 667 ²	1 649	1 633 ²	1 643 ²	1%
Partille	837	912	996	1 000	973 ⁴	1 020	1 044	2%
Stenungsund	745 ²	683 ²	684 ²	696 ²	707	683	711	4%
Tjörn	466 ²	475 ²	489 ²	481 ²	520 ²	529 ²	520	-2%
Öckerö	462	439	– ¹	479	464	467	449	-4%
HELA GR	– ¹	– ¹	– ¹	26 931	26 637	26 685	26 737	0,2%
VG län⁵	51 487	50 438	51 006	51 263	51 571	51 178	50 972	-0,4%
Riket^{5,6}	390 408	388 435	396 147	412 604	414 313	405 646	404 077	-0,4%

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.

¹ Tidigare rapporterad uppgift till Socialstyrelsen är felaktig och har inte kunnat revideras. Därmed redovisas inte heller antal för hela GR detta år.

² Reviderad uppgift jämfört med inrapporterad uppgift till Socialstyrelsen. Det kan exempelvis handla om att patienter i privat regi inte ingår i det som rapporteras in.

³ Uppgift avser samtliga inskrivna patienter, inte avgränsat till dem som fått insats.

⁴ Byte av verksamhetssystem bedöms påverka skillnaden jämfört med tidigare år.

⁵ Socialstyrelsens uppgifter för VG län och Riket är inte justerade trots revideringar i flera GR-kommuner.

⁶ Kommunerna i Stockholms län, med undantag av Norrtälje, har inte primärvård för personer i ordinärt boende.

Datakälla: Socialstyrelsens register över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård samt kommunernas verksamhetssystem (vid revideringar; se ovan). Resultatet för HELA GR är en bearbetning av FoU i Väst.



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.

Kommunernas lokala uppgifter har även använts bakåt i tid i de fall där kännedom finns om felaktigheter i inrapporterade uppgifter (Socialstyrelsen reviderar inte sin årsstatistik i efterhand). Det kan finnas viss osäkerhet även beträffande lokalt reviderade uppgifter.

Baserat på de preliminära uppgifterna för år 2025 beräknas det i Göteborgsregionen ha varit cirka 26 700 patienter som mottagit kommunal primärvård någon gång under året. Det är ett 50-tal fler patienter jämfört med 2024 (0,2 procent).

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 2025, från minus 4 procent till plus 4 procent. I flertalet kommuner har antalet ökat. Enskilda förändringar kan behöva 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 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 den nationella statistiken har underskattats i flera kommuner (gäller exempelvis Göteborg, Mölnådal och Tjörn). Den här problematiken är något som Socialstyrelsen ser över som del i ett större arbete kring en utbyggnad av deras register.
- 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.
- Patienter som är inskrivna i kommunal primärvård men som inte har beviljats någon insats eller av andra skäl inte har mottagit någon insats under året kan ingå i rapporteringen till Socialstyrelsen

trots att den ska avse 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).

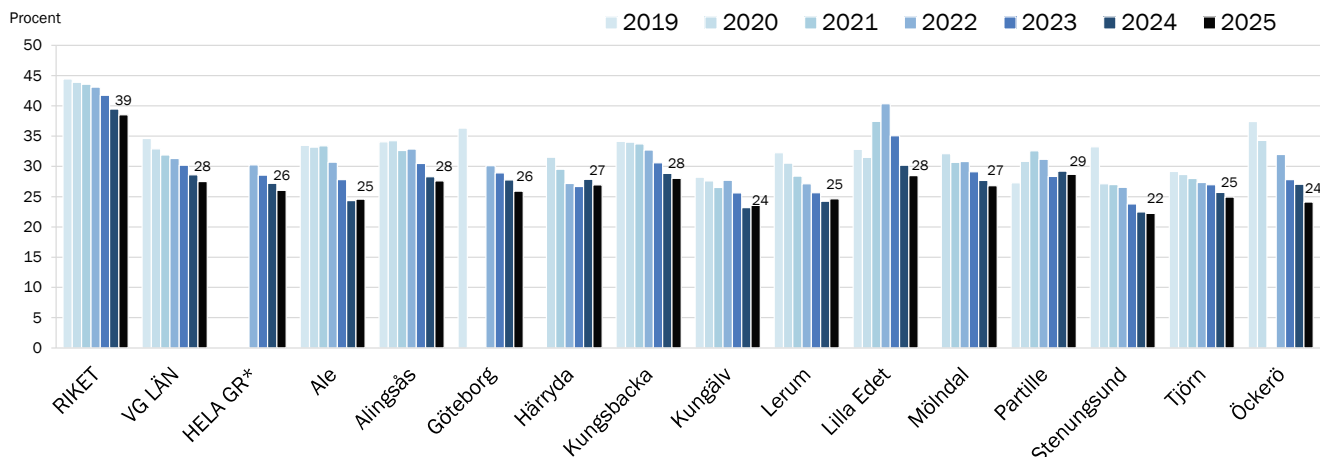
I Göteborgsregionens 13 kommuner är det sammantagna antalet personer som uppskattas ha fått insatser i kommunal primärvård under 2025 alltså cirka 26 700 personer. I jämförelse är uppgår antalet i Socialstyrelsens preliminära statistik endast till lite drygt 26 000 patienter, det vill säga den underskattar antalet patienter med cirka 2,7 procent jämfört med de kvalitetsgranskade och delvis justerade uppgifterna i den här rapporten. För 2023 och 2024 uppskattas den officiella statistiken underskatta antalet i nästan lika hög grad (2,4 respektive 2,6 procent) och för 2022 med hela 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 sedan dess.

Diagram A2

Andel av befolkningen 80 år eller äldre som någon gång under året mottagit kommunal primärvård, 2019–2025



Kommentar: Flera uppgifter har reviderats jämfört med tidigare inrapporterade uppgifter till Socialstyrelsen: Ale 2022, 2024–2025, Alingsås 2022, Göteborg 2022–2025, Härnäs 2022, Kungälv 2022–2024, Lerum 2019–2023, Mölnådal 2022, 2024; Stenungsund 2019–2022, Tjörn 2019–2024. Göteborg saknar tillförlitliga uppgifter för 2020–2021 varför dessa år inte redovisas; detsamma gäller Härnäs 2019, Mölnådal 2019 och Öckerö 2021. Det finns i flera fall osäkerhet kring uppgifterna vilket gör att de behöver tolkas försiktigt.

* 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 (vid revideringar; se ovan). För riket redovisas opublicerade uppgifter som har erhållits från Socialstyrelsen via e-post 2026-06-08, 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.



Andelen mottagare av kommunal primärvård bland personer 80 år eller äldre har generellt minskat under senare år i både Göteborgsregionen, länet och riket. År 2025 är andelen i Göteborgsregionen som helhet 26 procent.

Under hela den kartlagda perioden är andelen mottagare av kommunal primärvård (80 år eller äldre) betydligt större i riket¹ än i både Göteborgsregionen och länet som helhet.²

Det finns skillnader även inom Göteborgsregionen, men de har minskat under senare år. För år 2025 varierar andelen av personer 80 år eller äldre som någon gång under året mottagit kommunal primärvård från 22 procent i Stenungsund till 29 procent i Partille. I alla kommuner är andelen alltså påtagligt mindre än riksgenomsnittet.

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 2025 mindre än i början av 2020-talet. I Ale, Kungälv och Lerum har andelen ökat svagt under 2025 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.

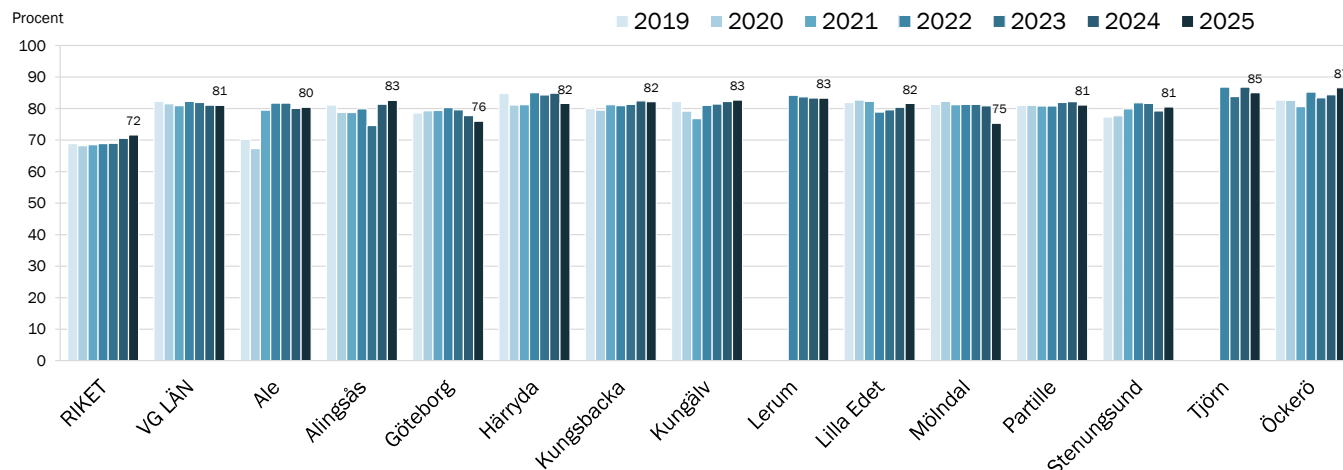
Det ska betonas att trots de revideringar som gjorts av felaktiga uppgifter kan det fortfarande finnas fel som gör att resultaten behöver tolkas försiktigt.

¹När 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.

²Socialstyrelsens 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 56,7 procent år 2025.

Diagram A3

Andel personer som mottagit kommunal primärvård under året och även hade bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL), 2017–2025



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 (2025 års uppgifter är tillgängliga här: [Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2025 - Socialstyrelsen](#)) Resultat för hela GR är inte tillgängligt.



I riket som helhet hade drygt sju av tio mottagare av kommunal primärvård även bistånd enligt socialtjänstlagen (72 procent). Exempel på insatser med bistånd enligt socialtjänstlagen är hemtjänst, boendestöd eller plats på vård- och omsorgsboende.

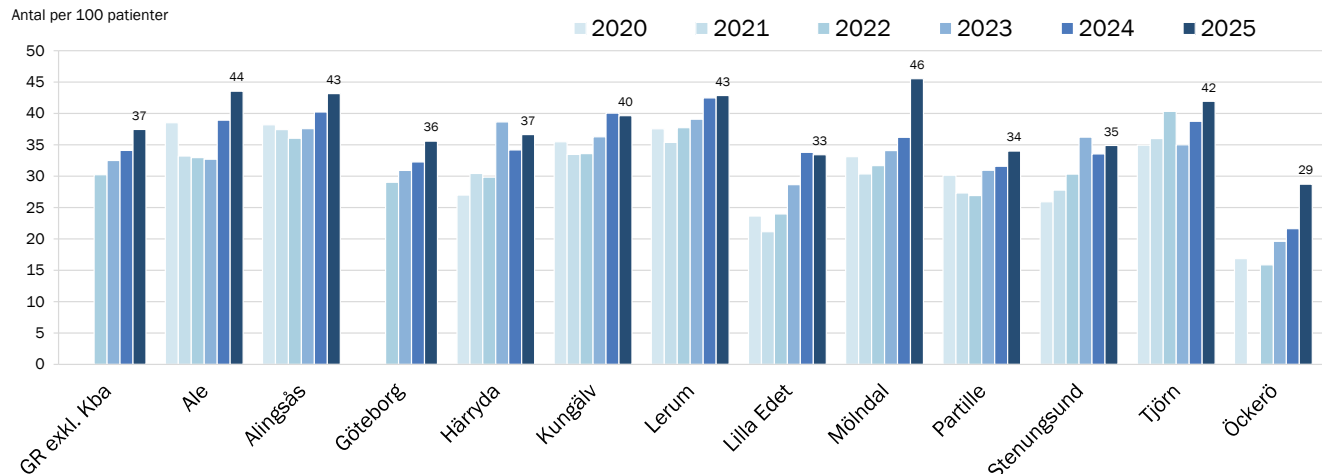
Andelen personer som hade insatser från den kommunala primärvården och även hade bistånd enligt socialtjänstlagen är större i Västra Götalands län än i riket, här gäller det drygt åtta av tio (81 procent). I Göteborgsregionens kommuner varierar andelen mellan 75 och 87 procent.

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 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. Men undantag förekommer. I Ale ökade andelen mottagare av kommunal primärvård som även hade bistånd enligt socialtjänstlagen påtagligt efter 2020, en förändring som har bekräftats av representanter för Ale kommun i arbetet med nyckeltalsrapporten. I Kungälv och Lilla Edet har andelen ökat något under senare år efter en tidigare nedgång, medan trenden i Göteborg tvärtom är minskande. I Mölnådal syns en relativt stor nedgång 2025 jämfört med tidigare. Mölnådals representant i arbetsgruppen bedömer att förändringen skulle kunna bero på en mer enhetlig bedömning av inkomna remisser och ärenden till kommunal primärvård genom att bedömningarna numer görs av ett planeringsteam som hanterar alla ärenden inom förvaltningen.

Diagram A4

Andel patienter i kommunal primärvård med (hyrd) rullstol, 2020–2025



Kommentar: Uppgifterna avser så kallade "huvudhjälpmedel", dvs. inte delar av hjälpmedel. Uppgifterna avser personligt förskrivna hjälpmedel, inte så kallad grundutrustning, och utgår från vad kommunen betalat för vid sista/senaste faktureringen. Rullstolar avser ISO-kod 122203. Antalet hyrda rullstolar under året har relaterats till antalet patienter som mottagit kommunal primärvård samma år. Det skulle kunna förekomma att en patient har fått rullstol förskrivet mer än en gång under året men det bedöms vara ovanligt.

Datakälla: Hjälpmedelscentralen, Västra Götalandsregionen (beräkningar av GR). Patientantalsuppgifter från Socialstyrelsens register över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård samt kommunernas verksamhetssystem i de fall felaktiga uppgifter har reviderats.



Arbetsgruppen bakom nyckeltalsrapporten har till årets rapport utvecklat ett nytt mått som bedöms kunna indikera vårdbehov hos patienterna, utifrån behovet av hjälpmedel.

Hjälpmedelscentralen i Västra Götalandsregionen har bistått med uppgifter om antal rullstolar som kommunen hyr, utifrån förskrivningar till patienter i kommunal primärvård (i både ordinärt och särskilt boende)*. Uppgifterna är hämtade från WebSesam, regionens system för förskrivning och administrering av hjälpmedel, framtagna på årsbasis.

Patienter med rullstol bedöms generellt ha ett större vårdbehov än övriga patienter, även om detta naturligtvis inte behöver gälla för enskilda individer. Ett behov av rullstol brukar också innebära behov av andra hjälpmedel. Därmed bedöms omfattningen av förskrivna rullstolar även indikera vårdtyngd för personalen, för såväl legitimerad personal som omsorgspersonal.

Under perioden 2020–2025 har andelen patienter som har en förskrivna (hyrd) rullstol ökat påtagligt. För kommunerna sammantaget har andelen från år 2022 ökat från 30 till 37 procent. (Eftersom uppgift om antal patienter saknas för Göteborg år 2020 och 2021 kan inte ett sammantaget mått beräknas dessa år.)

Utvecklingen varierar något i kommunerna men i alla kommuner är andelen större 2025 än 2020. Även nivån varierar mellan kommunerna: från 29 procent i Öckerö till 46 procent i Mölndal, det vill säga närmare varannan patient.

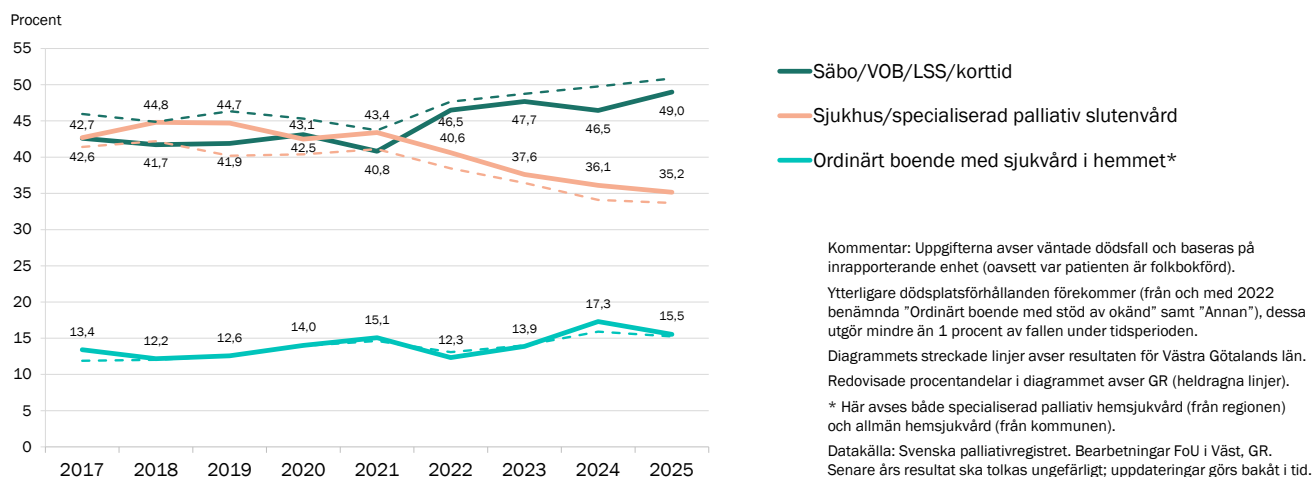
Resultatet indikerar alltså en generellt ökad vårdtyngd i den kommunala primärvården, men också på tämligen stora skillnader mellan kommunerna.

Arbetsgruppen bedömer att ökningen kan hänga samman med generellt hårdare kriterier för att bli inskriven i kommunal primärvård, som i sin tur kan hänga samman med en större samordning kring inskrivningskriterierna. Men den kan samtidigt vara ett tecken på att vården blir mer personcentrad, med fler som kan bo kvar hemma längre och ändå få den vård och de hjälpmedel som de behöver. (De erhållna uppgifterna är inte möjliga att bryta ned på boendeform.)

* Uppgifterna inkluderar endast de hjälpmedel som kommunerna betalade för vid sista/senaste faktureringen. De bygger vidare på den senaste adressen som patienten bor/bodde på. Om patienten har flyttat från en kommun under året kan det innebära att hjälpmedlet inte ingår i uppgiften för den tidigare aktuella kommunen. I några fall omfattar uppgifterna hjälpmedel som folkbokföringskommunen inte betalar för. Det skulle vidare kunna förekomma att en patient har fått rullstol förskrivet mer än en gång under året men det bedöms vara ovanligt.

Diagram A5a

Andel av väntade dödsfall som skett på särskilt boende, ordinärt boende med hälso- och sjukvård i hemmet respektive sjukhus, hela Göteborgsregionen 2017–2025



I Svenska palliativregistret* registreras typen av dödsplats med möjlighet att avgränsa uppgifterna till personer med ett "väntat dödsfall" (en bedömning som görs av den legitimerade vårdpersonalen utifrån sjukdomshistorien). Utifrån omställningen till en nära vård är det rimligt att förvänta sig att fler väntade 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 väntade dödsfall i Göteborgsregionen som skett på sjukhus eller i någon typ av specialiserad palliativ slutenvård minskat, från nära 45 procent år 2018 till 35 procent år 2025. I länet som helhet är andelen genomgående lite mindre (streckad linje).

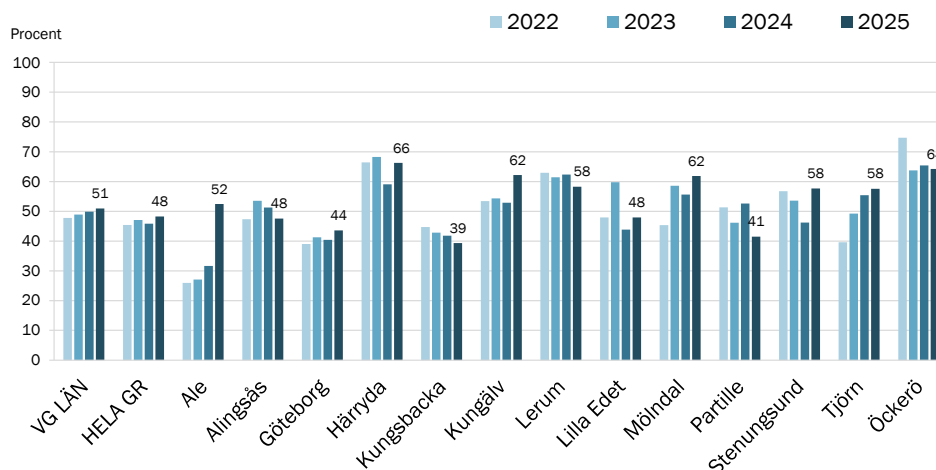
Parallellt har andelen väntade dödsfall som skett på särskilt boende ökat, från drygt 40 procent till 49 procent. Lite mindre tydligt finns även en långsiktig ökning av väntade dödsfall i ordinärt boende med någon typ av hälso- och sjukvård i hemmet. I diagrammet är allmän hemsjukvård via kommunen sammanslagen med specialiserad palliativ hemsjukvård via regionen (Palliativregistrets begrepp). En kombination av dessa vårdformer är vanligt.

Utvecklingen innebär att fler väntade dödsfall i dag sker där kommunen ger vård (liksom regionen genom specialiserad palliativ hemsjukvård). För Göteborgsregionen sammantaget gäller det i cirka 64 procent av fallen år 2025 jämfört med cirka 54 procent år 2018 (2017: cirka 56 procent). Exakta procentandelar ska tolkas försiktigt eftersom Palliativregistret inte har full täckningsgrad.

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.

* Se vidare: [Svenska palliativregistret](#)

Andel av väntade dödsfall som skett på särskilt boende, 2022–2025



Kommentar: Uppgifterna avser väntade dödsfall och baseras på folkbokföringskommun.

Det ska observeras att antalet dödsfall som andelen baseras på varierar stort per kommun och år. I fyra av kommunerna – Ale, Lilla Edet, Tjörn och Öckerö – understiger antalet samtliga år 100 personer, och varierar mellan 53 och 91 personer. I övriga kommuner är antalet som minst 118 personer.

Datakälla: Svenska palliativregistret. Bearbetningar FoU i Väst, GR. Senare års resultat ska tolkas ungefärligt; uppdateringar görs bakåt i tid.

I Svenska palliativregistret* registreras typen av dödsplats med möjlighet att avgränsa uppgifterna till personer med ett "väntat dödsfall" (en bedömning som görs av den legitimerade vårdpersonalen utifrån sjukdomshistorien). Utifrån omställningen till en nära vård är det rimligt att förvänta sig att fler väntade dödsfall sker i hemmet eller på någon typ av särskilt boende. Det visar sig också vara fallet inom både Göteborgsregionen och länet som helhet (se rapportens diagram A5).

Göteborgsregionen har våren 2026 fått tillgång till uppgifter för 2022–2025 som gör det möjligt att utgå från personernas folkbokföringskommun, det vill säga i stället för var registrerande enhet är belägen.** Därmed är det möjligt att jämföra utvecklingen i olika kommuner utan att resultaten direkt påverkas av tillgången till olika typer av vårdgivare.

Sedan 2022 har andelen av väntade dödsfall som skett på särskilt boende bland personer boende i Västra Götalands län ökat från 48 till 51 procent. Inom Göteborgsregionen som helhet varierar andelen under dessa fyra år mellan 45 och 48 procent.

Såväl andelen som utvecklingen över tid varierar stort mellan kommunerna.

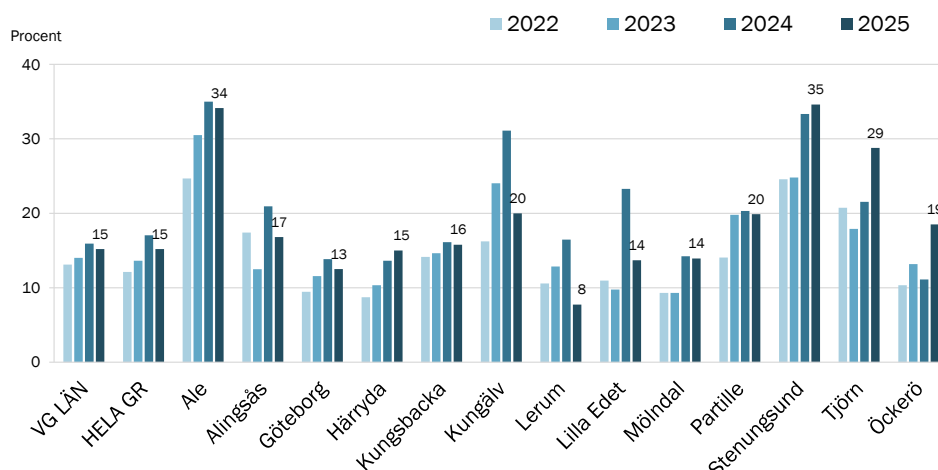
En tydligt ökande trend återfinns i Ale och Tjörn, där det i Ales fall handlar om en starkt ökad andel år 2025. Det ska observeras att resultaten i bland annat Ale och Tjörn baseras på ett relativt litet antal dödsfall. Och även mer generellt ska exakta procentandelar tolkas försiktigt eftersom Palliativregistret inte har full täckningsgrad.

* Se vidare: [Svenska palliativregistret](#).

** Se även bilaga 3, diagram H2.

Diagram A5c

Andel av väntade dödsfall som skett i ordinärt boende med sjukvård i hemmet, 2022–2025



Kommentar: Uppgifterna avser väntade dödsfall och baseras på folkbokföringskommun.

Det ska observeras att antalet dödsfall som andelen baseras på varierar stort per kommun och år. I fyra av kommunerna – Ale, Lilla Edet, Tjörn och Öckerö – understiger antalet samtliga år 100 personer, och varierar mellan 53 och 91 personer. I övriga kommuner är antalet som minst 118 personer.

* Här avses både specialiserad palliativ hemsjukvård (från regionen) och allmän hemsjukvård (från kommunen).

Datakälla: Svenska palliativregistret. Bearbetningar FoU i Väst, GR. Senare års resultat ska tolkas ungefärligt; uppdateringar görs bakåt i tid.

I Svenska palliativregistret* registreras typen av dödsplats med möjlighet att avgränsa uppgifterna till personer med ett "väntat dödsfall" (en bedömning som görs av den legitimerade vårdpersonalen utifrån sjukdomshistorien). Utifrån omställningen till en nära vård är det rimligt att förvänta sig att fler väntade dödsfall sker i hemmet eller på någon typ av särskilt boende. Det visar sig också vara fallet inom både Göteborgsregionen och länet som helhet (se rapportens diagram A5).

Göteborgsregionen har våren 2026 fått tillgång till uppgifter för 2022–2025 som gör det möjligt att utgå från personernas folkbokföringskommun, det vill säga i stället för var registrerade enhet är belägen.** Därmed är det möjligt att jämföra utvecklingen i olika kommuner utan att resultaten direkt påverkas av tillgången till olika typer av vårdgivare.

Sedan 2022 har andelen av väntade dödsfall som skett bland personer i ordinärt boende med någon typ av sjukvård i hemmet ökat bland personer boende i Västra Götalands län, från 13 procent till 15 procent år 2025 (2024: 16 procent). En liknande utveckling ses inom Göteborgsregionen som helhet (från 12 till 15 procent). I både länet och Göteborgsregionen syns en liten nedgång under 2025.

Vården kan gälla både allmän hemsjukvård via kommunen och specialiserad palliativ hemsjukvård via regionen (Palliativregistrets begrepp). En kombination av dessa vårdformer är vanligt.

Såväl andelen som utvecklingen över tid varierar stort mellan kommunerna.

I flertalet kommuner är andelen år 2025 större än 2022. Undantagen är Alingsås och Lerum.

Det ska observeras att resultaten i flera kommuner baseras på ett relativt litet antal dödsfall. Och även mer generellt ska exakta procentandelar tolkas försiktigt eftersom Palliativregistret inte har full täckningsgrad.

* Se vidare: [Svenska palliativregistret](#).

** Se även bilaga 3, diagram H2.

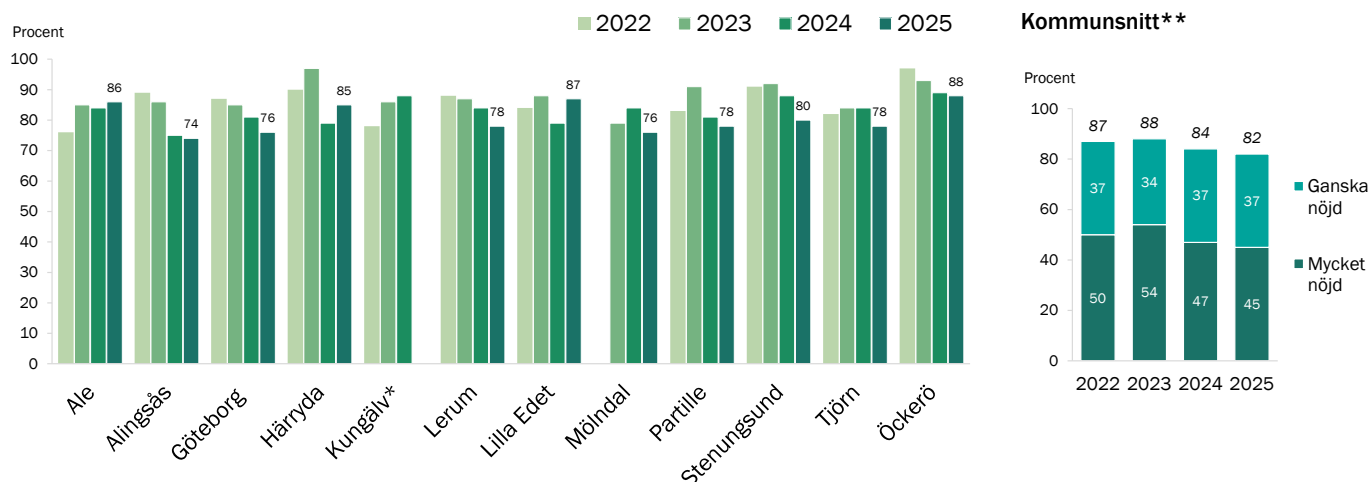


B. Personcentrerad vård

Patienternas upplevelser

Diagram B1

Andel patienter i ordinärt boende som är ganska eller mycket nöjda med den kommunala primärvården, 2022–2025



Kommentar: Enkätfrågan löd: Hur nöjd eller missnöjd är du sammantaget med den kommunala primärvården? Svarsalternativen var: Mycket nöjd; Ganska nöjd; Varken nöjd eller missnöjd; Ganska missnöjd; Mycket missnöjd samt Vet inte. Den redovisade andelen ganska eller mycket nöjda baseras på samtliga enkätsvar.

Resultaten avser patienter 18 år eller äldre som var inskrivna i kommunal primärvård den 15 oktober, och var bosatta i ordinärt boende.

* Kungälv deltog inte 2025. ** Öviktat medelvärde där varje kommun bidrar lika mycket till genomsnittet, oavsett antal patienter.

Datakälla: Göteborgsregionens enkät till patienter inskrivna i kommunal primärvård.



I enkätundersökningen till patienter inskrivna i kommunal primärvård i Göteborgsregionen hösten 2025 ställdes frågan om nöjdhet med den kommunala primärvården. 82 procent svarade att de var ganska eller mycket nöjda med den kommunala primärvården, baserat på ett genomsnitt av kommunernas resultat. Det är en minskning med 6 procentenheter sedan 2023. Andelen som svarade att de var mycket nöjda var 45 procent år 2025, och det är särskilt den andelen som minskat sedan 2023 (från 54 procent).

Mest nöjda år 2025 var patienter i Öckerö, Lilla Edet, Ale och Härryda (85–88 procent). Öckerös resultat låg i topp även 2023 och 2024, men andelen har minskat något över tid.

I de flesta kommunerna är andelen nöjda patienter mindre 2025 än 2024. Minskningen är störst i Mölndal och Stenungsund (-8 procentenheter i respektive kommun). Störst ökning finns i Lilla Edet där andelen nöjda patienter ökat med 8 procentenheter.

Enkätfrågan har förändrats något jämfört med 2023 då begreppet hemsjukvård användes istället för kommunal primärvård. Begreppen förklaras i enkäten och det finns ingen skillnad mellan definitionerna.

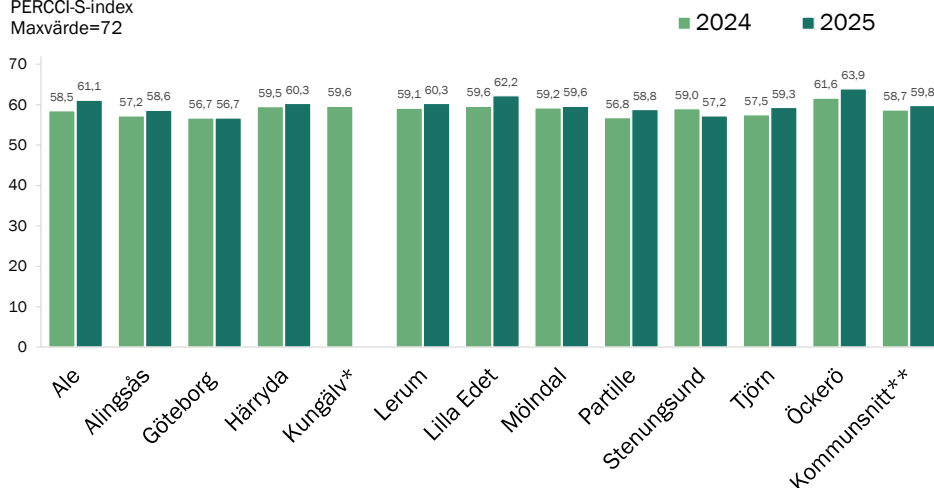
Resultaten avser patienter 18 år eller äldre som var inskrivna i kommunal primärvård den 15 oktober 2025 och var bosatta i ordinärt boende. Alla Göteborgsregionens medlemskommuner utom Kungsbacka och Kungälv deltog i undersökningen 2025. En skillnad från tidigare år är att enkäten 2025 skickades ut till alla patienter inskrivna i den kommunala primärvården i de deltagande kommunerna. Tidigare år har enkäten i Göteborg och Alingsås skickats ut till ett slumpmässigt urval av patienter. Enkäterna skickades till patienter oavsett funktionsförmåga. Resultaten baseras på de patienter som besvarat frågan (2025: 1 801 personer). Svarsfrekvensen för enkäten 2025 var 38 procent (2024: 39 procent; 2023: 48 procent).

Mer information finns i rapporten [Vad tycker patienterna om den kommunala primärvården?](#) (Håkansson & Hansen, 2026).

Diagram B2

Upplevd personcentrering i kommunal primärvård bland patienter i ordinärt boende (enligt PERCCI-S-Rev), 2024–2025

PERCCI-S-index
Maxvärde=72



Kommentar: Resultaten avser patienter 18 år eller äldre som var inskrivna i kommunal primärvård den 15 oktober 2025 och var bosatta i ordinärt boende. (2024 gällde inskrivna per den 15 september).

PERCCI-S-Rev är ett instrument som mäter hur personcentrerad vård som ges i hemmet är ur patientens perspektiv. Instrumentet 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.

* Kungälv deltog inte 2025.

** Övikat medelvärde baserat på de kommuner som deltog respektive år.

Datakälla: Göteborgsregionens enkät till patienter inskrivna i kommunal primärvård.

Inom ramen för nyckeltalsarbetet undersöks hur personcentrerad den kommunala primärvården är ur patienters perspektiv genom instrumentet PERCCI-S-Rev¹. För de elva kommuner som deltog i mätningen 2025 uppgick den genomsnittliga nivån till 59,8. Det är en liten ökning jämfört med 2024.

Likt tidigare år är skillnaderna mellan kommunerna tämligen små. Högst värde hade Öckerö med 63,9 poäng. Lägst värde hade Göteborg med 56,7 poäng. De största ökningarna jämfört med 2024 återfinns i Ale och Lilla Edet (2,6 procentenheter vardera). När det gäller patienternas uppfattning om de olika påståenden som ligger till grund för PERCCI-S-Rev är de sammantaget mest positiva till personalens medkänsla i bemötandet. Minst positiva är de till att vården i hemmet hjälper dem att förstå vad de kan göra själva, och att de är delaktiga i besluten om sin vård i den utsträckning de vill, se diagram B3.

Svarsfrekvensen för enkäten 2025 var 38 procent (2024: 39 procent).

Instrumentet PERCCI-S-Rev innehåller tolv påståenden som handlar om hur personcentrerad den kommunala primärvården är. Skalan innehåller sju 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 kan därmed variera mellan 0 och 72 poäng. Ett totalvärde 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.

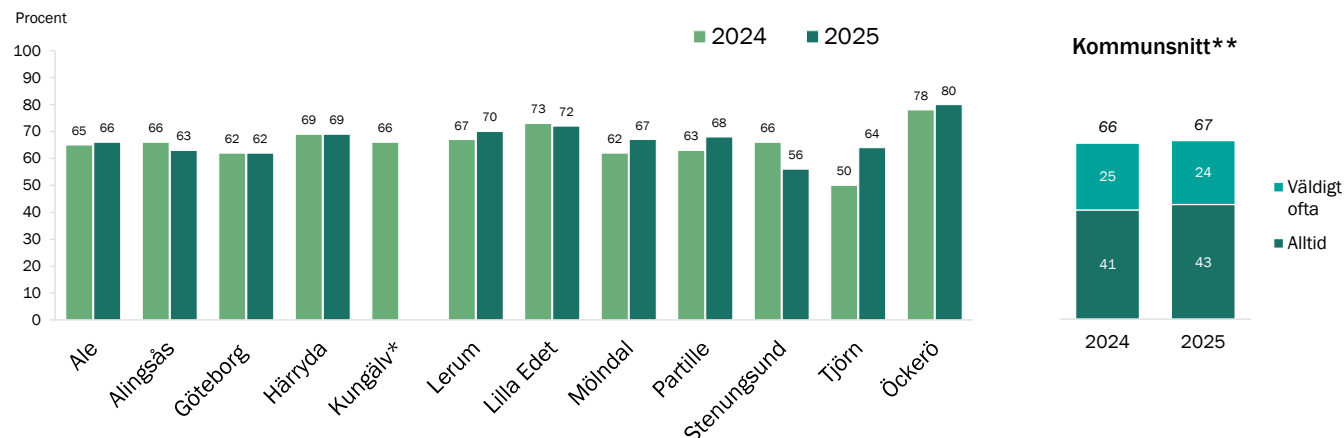
PERCCI-S-Rev är en reviderad version av PERCCI-S, som användes vid mätningarna 2022–2023. Förändringarna har gjorts för att underlätta svarspersonernas förståelse av frågorna och för att indexet ska mäta personcentrering bättre utifrån den senaste forskningen. Förändringarna innebär att direkta jämförelser med tidigare års resultat inte kan göras. Däremot kan rangordningen mellan kommuner jämföras. 2025 gjordes vidare en mindre justering av påstående åtta jämfört med 2024 års enkät, vilket inte bedöms påverka jämförbarheten.

Mer information finns i rapporten [Vad tycker patienterna om den kommunala primärvården?](#) (Håkansson & Hansen, 2026a).

¹ Larsen T, Sawatzky R, Wijk H, Wikström E and Wolf A (2026) Development and validation of an enhanced PERCCI-S (PERCCI-S-Rev) for measuring person-centred home-based primary care. *Frontiers Health Services*, 6.

Diagram B3

Andel patienter i ordinärt boende som upplever att de är delaktiga i beslut om sin vård i hemmet i den utsträckning som de vill, 2024–2025



Kommentar: Resultaten avser patienter 18 år eller äldre som var inskrivna i kommunal primärvård den 15 oktober 2025 och var bosatta i ordinärt boende.

Påståendet löd: *Jag är delaktig i beslut om min vård i hemmet i den utsträckning som jag vill.* Sju svarsalternativ erbjöds: Aldrig; Väldigt sällan; Ganska sällan; Ibland; Ganska ofta; Väldigt ofta och Alltid. Diagrammet visar andelen som svarat "Väldigt ofta" eller "Alltid".

Datakälla: Göteborgsregionens enkät till patienter inskrivna i kommunal primärvård.

* Kungälv deltog inte 2025. ** Övrigt medelvärde där varje kommun bidrar lika mycket till genomsnittet, oavsett antal patienter.

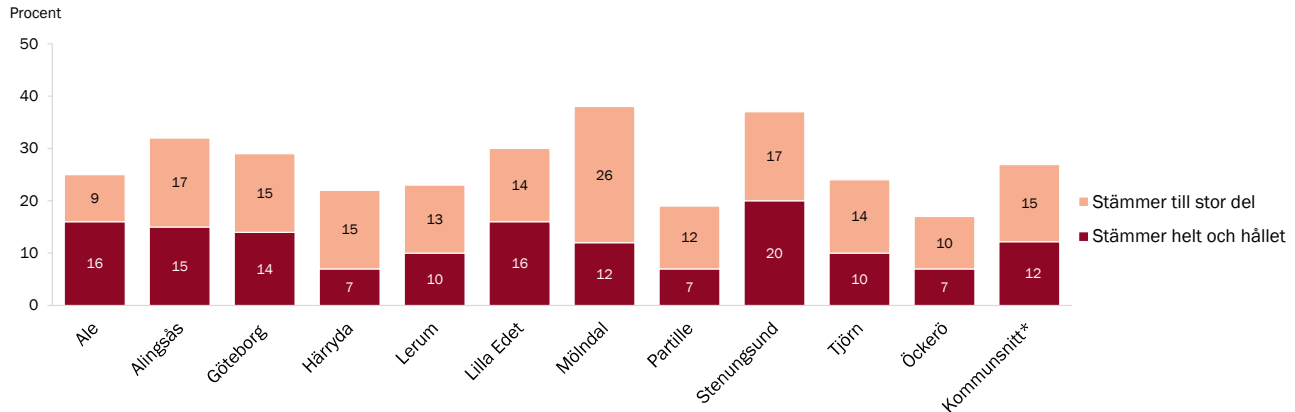
Delaktighet är en viktig dimension av personcentrering, och ett av påståendena som ingår i instrumentet PERCCI-S-Rev (se diagram B2) handlar om just detta. Diagrammet visar andelen patienter som svarat att de väldigt ofta eller alltid är delaktiga i beslut om sin vård i den utsträckning de vill vara det. År 2025 varierar andelen i kommunerna mellan 56 procent (Stenungsund) och 80 procent (Öckerö). Genomsnittet för kommunerna är 67 procent.

I en majoritet av kommunerna är det något fler patienter som har svarat att de känner sig delaktiga i sin vård 2025 jämfört med 2024.

Fler resultat från enkäten presenteras i rapporten [Vad tycker patienterna om den kommunala primärvården?](#) (Håkansson & Hansen, 2026a).

Diagram B4

Andel patienter i ordinärt boende som upplever att det är för många olika personer som ger dem kommunal primärvård, 2025



Kommentar: Resultaten avser patienter 18 år eller äldre som var inskrivna i kommunal primärvård den 15 oktober 2025 och var bosatta i ordinärt boende. Påståendet löd: *Det är för många olika personer som ger mig kommunal primärvård*. Sex svarsalternativ erbjöds: *Stämmer inte alls; Stämmer till liten del; Stämmer delvis; Stämmer till ganska stor del; Stämmer till stor del; Stämmer helt och hållet*. Diagrammet visar andelen som svarat "Stämmer helt och hållet" eller "Stämmer till stor del".

Datakälla: Göteborgsregionens enkät till patienter inskrivna i kommunal primärvård.

* Oviktnat medelvärde där varje kommun bidrar lika mycket till genomsnittet, oavsett antal patienter.

Kontinuitet är en viktig dimension av personcentrering och omställningen till god och nära vård. I enkätundersökningen till patienter inskrivna i kommunal primärvård i Göteborgsregionen hösten 2025 instämde 27 procent i påståendet att det är för många olika personer som ger dem kommunal primärvård, baserat på ett genomsnitt av kommunernas resultat. Det är ett bättre resultat än 2024 men till följd av att enkätfrågans svarsalternativ har förändrats går det inte att direkt jämföra resultaten.

Kommunernas resultat varierade en hel del, mellan 17 och 38 procent, med minst andel i Öckerö och störst andel i Mölndal.

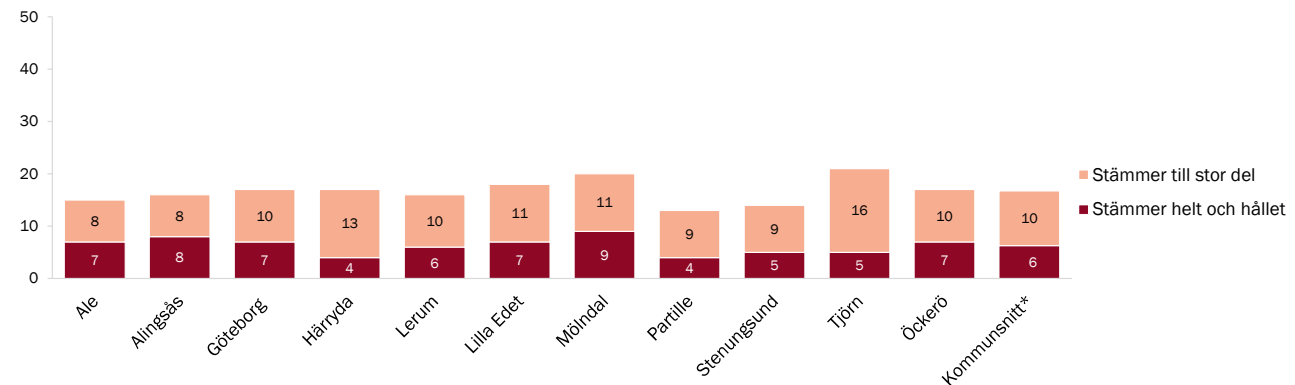
Resultaten baseras på de patienter som besvarat frågan (2025: 1 779 personer). Svarsfrekvensen för enkäten 2025 var 38 procent (2024: 39 procent; 2023: 48 procent).

Mer information finns i rapporten [Vad tycker patienterna om den kommunala primärvården?](#) (Håkansson & Hansen, 2026a).

Diagram B5

Andel patienter i ordinärt boende som upplever att det är svårt att komma i kontakt med den kommunala primärvården, 2025

Procent



Kommentar: Resultaten avser patienter 18 år eller äldre som var inskrivna i kommunal primärvård den 15 oktober 2025 och var bosatta i ordinärt boende. Påståendet löd: *Det svårt att komma i kontakt med den kommunala primärvården när jag behöver.* Sex svarsalternativ erbjöds: *Stämmer inte alls; Stämmer till liten del; Stämmer delvis; Stämmer till ganska stor del; Stämmer till stor del; Stämmer helt och hållet.* Diagrammet visar andelen som svarat "Stämmer helt och hållet" eller "Stämmer till stor del".

Datakälla: Göteborgsregionens enkät till patienter inskrivna i kommunal primärvård.

* Öviktat medelvärde där varje kommun bidrar lika mycket till genomsnittet, oavsett antal patienter.

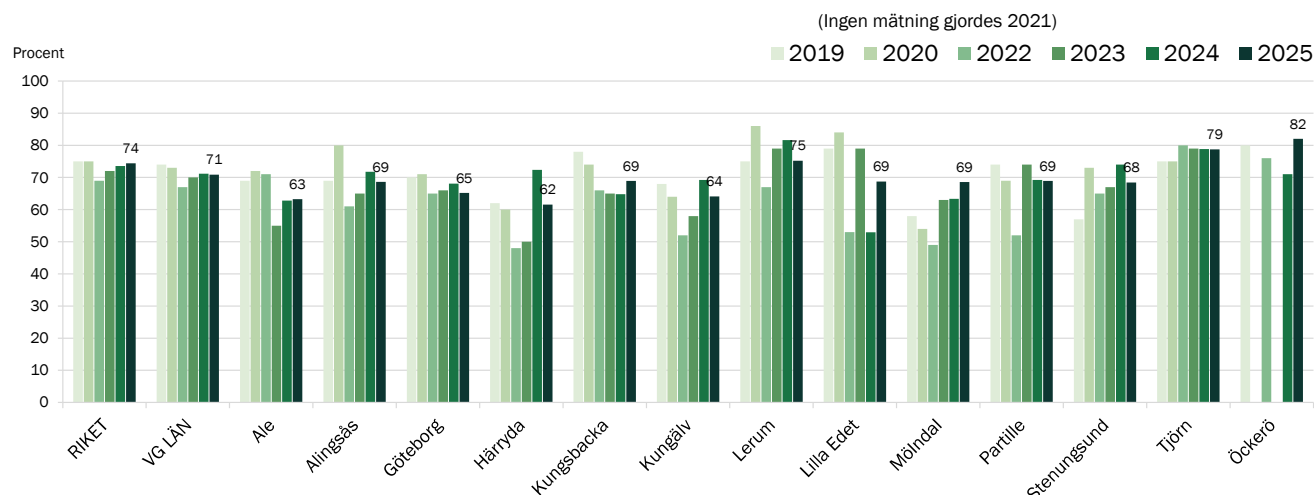
Tillgänglighet är en viktig dimension av personcentrering och omställningen till god och nära vård. I enkätundersökningen till patienter inskrivna i kommunal primärvård i Göteborgsregionen hösten 2025 instämde 16 procent i påståendet *Det är svårt att komma i kontakt med den kommunala primärvården när jag behöver det*, baserat på ett genomsnitt av kommunernas resultat. Det är ett bättre resultat än 2024 men till följd av att enkätfrågans svarsalternativ har förändrats går det inte att direkt jämföra resultaten.

Andelen patienter som upplever att det är svårt att komma i kontakt med den kommunala primärvården varierade mellan 13 och 21 procent i kommunerna. Störst andel återfinns i Tjörn och Mölnådal (där 21 respektive 20 procent instämde i påståendet) och minst andel i Partille (13 procent).

Resultaten baseras på de patienter som besvarat frågan (2025: 1 748 personer). Svarsfrekvensen för enkäten 2025 var 38 procent (2024: 39 procent; 2023: 48 procent).

Mer information finns också i rapporten [Vad tycker patienterna om den kommunala primärvården?](#) (Håkansson & Hansen, 2026a).

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; Vet inte/Ingen åsikt.*

Diagrammet visar andelen som svarat mycket lätt eller ganska lätt av dem som besvarat frågan med en åsikt.

Öckerö saknar resultat för 2023 och 2020 pga. för litet antal svar. Övriga resultat baseras på minst 34 personer per kommun och år.

Datakälla: Socialstyrelsens brukarenkät *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* (Resultat för GR som helhet är inte tillgängligt.)

I riket som helhet tyckte, år 2025, knappt tre av fyra äldre på särskilt boende att det är ganska eller mycket lätt att få träffa sjuksköterska vid behov.

I Göteborgsregionens kommuner varierar andelen mellan 62 och 79 procent, en mindre variation jämfört med tidigare år.

Resultaten pekar på att tillgången till sjuksköterska för personer på särskilt boende är bäst i Öckerö samt Tjörn, som legat högt även tidigare.

I riket som helhet är trenden positiv efter 2022. I Göteborgsregionen är utvecklingen inte lika tydlig och den varierar i kommunerna.

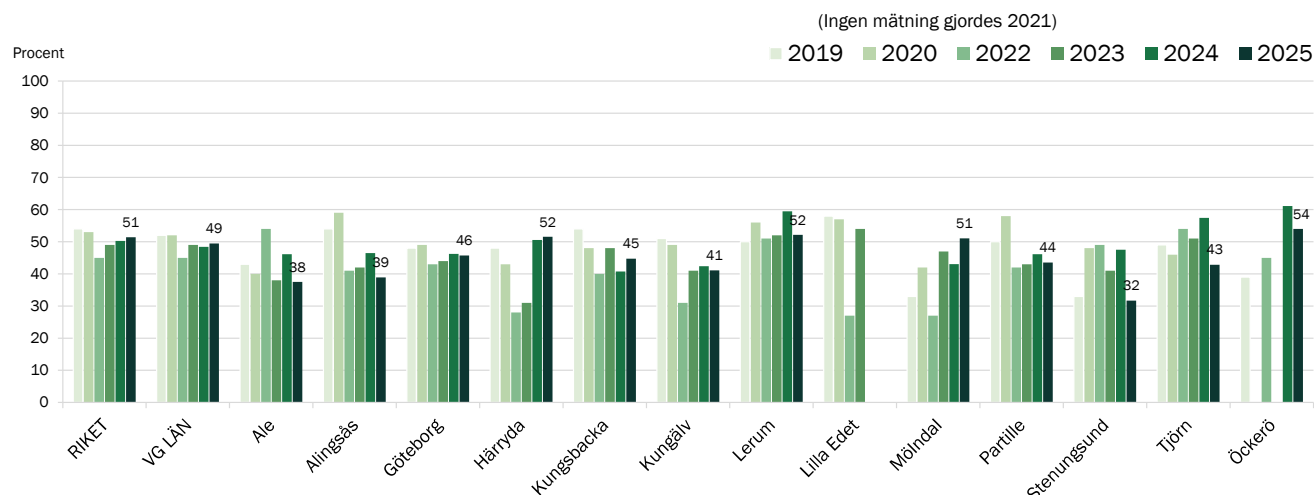
Uppgifterna baseras på resultat från Socialstyrelsens årliga enkätundersökning "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?", riktad till personer i åldrarna 65 år och äldre i särskilt boende.

Öckerö saknar resultat för 2020 och 2023 på grund av för litet antal svar dessa år. Övriga resultat baseras på som minst 34 personer per kommun och år.

I riket som helhet bestod undersökningens (netto)urval år 2025 av nära 74 000 personer, och av dessa svarade 44 procent på enkäten. Inom Göteborgsregionen varierade svarsfrekvensen mellan 33 och 60 procent.

Det ska noteras att det i många fall är någon anhörig eller någon annan som hjälper till i besvarandet av enkäten. År 2025 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 mindre positivt när någon annan svarar åt den äldre.

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; Vet inte/Ingen åsikt.*

Diagrammet visar andelen som svarat mycket lätt eller ganska lätt av dem som besvarat frågan med en åsikt.

Öckerö saknar resultat för 2023 och 2020 pga. för litet antal svar. Övriga resultat baseras på minst 34 personer per kommun och år.

Datakälla: Socialstyrelsens brukarenkät *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* (Resultat för GR som helhet är inte tillgängligt.)

I riket som helhet tyckte, år 2025, ungefär 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: 32–54 procent. Den kommun som avviker tydligast från övriga år 2025 är Stenungsund, där ungefär var tredje tycker att det är ganska eller mycket lätt att få träffa läkare vid behov, medan det är flera kommuner som samlas runt den övre nivån kring ungefär hälften.

I riket som helhet är trenden positiv efter 2022. I Göteborgsregionen är utvecklingen inte lika tydlig och den varierar i kommunerna.

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.

Öckerö saknar resultat för 2020 och 2023 på grund av för litet antal svar dessa år. Övriga resultat baseras på som minst 34 personer per kommun och år.

I riket som helhet bestod undersökningens (netto)urval år 2025 av nära 74 000 personer, och av dessa svarade 44 procent på enkäten. Inom Göteborgsregionen varierade svarsfrekvensen mellan 33 och 60 procent.

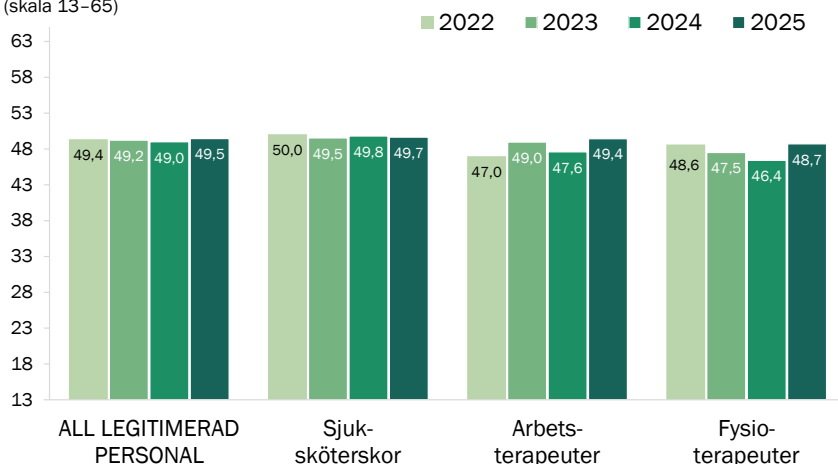
Det ska noteras att det i många fall är någon anhörig eller någon annan som hjälper till i besvarandet av enkäten. År 2025 var det 15 procent av respondenterna som besvarade enkäten själva. 33 procent gjorde det med hjälp av någon annan, medan det i 52 procent av fallen var någon annan som besvarade enkäten. Generellt besvaras frågorna mer positivt när den äldre personen svarar själv och mindre positivt när någon annan svarar åt den äldre.

Personalens upplevelser

Diagram B7a

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

mP-CAT-index
(skala 13–65)



Kommentar: Resultaten avser all legitimerad personal i Göteborgsregionens medlemskommuner exklusive Kungsbacka. Resultaten motsvarar ett genomsnitt av kommunernas resultat.

mP-CAT är ett mätinstrument som bygger på 13 påståenden om vårdens utformning, arbetsmiljö och organisation. Skalan går mellan 13–65 där högre poäng indikerar högre grad av personcentrering.

Datakälla: Göteborgsregionens enkät till legitimerad personal i kommunal primärvård.

Inom ramen för nyckeltalsarbetet undersöks hur personcentrerad den vård är som legitimerad personal ger i den kommunala primärvården, baserat på personalens sammanvägda bedömningar i ett antal frågor som rör vårdens utformning, arbetsmiljö och organisation.

Resultaten visar på det stora hela små skillnader mellan åren. År 2025 uppgick det genomsnittliga värdet för all legitimerad personal, mätt med det validerade instrumentet mP-CAT¹, till 49,5 poäng. År 2022 var motsvarande resultat 49,4. Skalan går från 13 till 65, där högre värden innebär att man arbetar mer personcentrerat. Resultaten baseras på ett genomsnitt för de ingående tolv kommunerna.

Skillnaderna mellan de tre personalgrupperna är också små. 2025 gäller för sjuksköterskor 49,7 poäng, arbetsterapeuter 49,4 poäng och fysioterapeuter/sjukgymnaster 48,7 poäng. Sjuksköterskorna har över tid haft ett något högre värde på mP-CAT än arbetsterapeuter och fysioterapeuter. De tre senaste åren har värdet varit lägst bland fysioterapeuter.

De största förbättringsområdena som finns i delfrågorna till mP-CAT handlar om miljön, att värdera relationer högre än arbetsuppgifter och att ha tillräckligt med tid för att ge en vård utifrån den enskildes behov (se diagram B8).

Det finns signifikanta samband mellan resultatet på mP-CAT och personalens upplevelse av stress, förtroendet för närmaste chef samt upplevelsen av hur samarbetet mellan legitimerad personal och omsorgspersonal fungerar. Ju bättre den legitimerade personalen upplever att samarbetet fungerar, desto mer personcentrerat bedömer de att de arbetar mätt med mP-CAT ($r = 0.23$, $p < 0.01$). 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 ($r = 0.22$, $p < 0.01$).

mP-CAT är en bedömningsskala som syftar till att mäta i vilken utsträckning som personalen bedömer att den vård de ger är personcentrerad. 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 instrumentet som mP-CAT utvecklades från (P-CAT) kan värden på 52 eller högre tolkas som hög personcentrering².

Resultatet gäller all legitimerad personal som varit anställd minst en månad. Alla Göteborgsregionens kommuner ingår utom Kungsbacka. Undersökningens urval omfattade 1 056 sjuksköterskor, 216 arbetsterapeuter och 200 fysioterapeuter eller sjukgymnaster. Av dessa besvarade totalt 965 enkäten, vilket motsvarar en sammanlagd svarsfrekvens på 66 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 50 och 100 procent bland de deltagande kommunerna.

Svarsfrekvensen var generellt lägre för sjuksköterskor än för rehabiliteringspersonal (sjuksköterskor: 60 procent; arbetsterapeuter: 76 procent; fysioterapeuter: 81 procent). Svarsfrekvensen är lägst för sjuksköterskor i de flesta kommunerna men inte alla. Bland kommunerna varierade svarsfrekvensen för sjuksköterskor mellan 50 och 89 procent, för arbetsterapeuter mellan 64 och 100 procent och för fysioterapeuter mellan 73 och 100 procent.

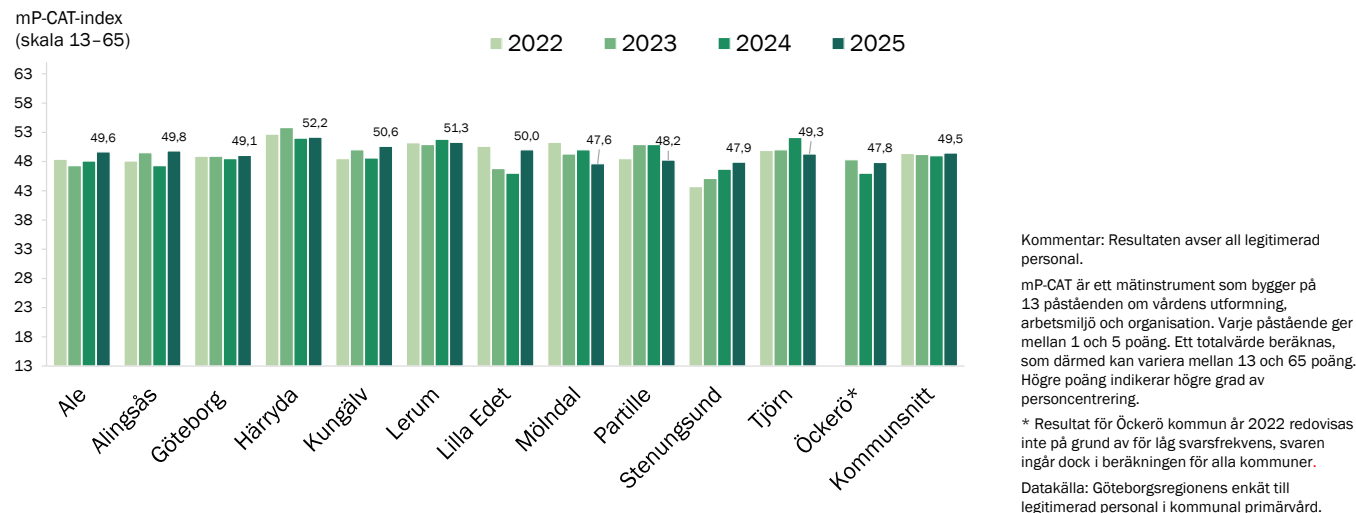
Den som vill ta del av hela personalenkätens resultat hänvisas till rapporten [Så personcentrerad är kommunal primärvård enligt legitimerad personal 2025](#) (Håkansson & Hansen, 2026b).

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

Diagram B7b

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



Inom ramen för nyckeltalsarbetet undersöks hur personcentrerad den vård är som legitimerad personal ger i den kommunala primärvården, baserat på personalens sammanvägda bedömningar i ett antal frågor som rör vårdens utformning, arbetsmiljö och organisation.

Jämfört med 2024 har en majoritet av kommunerna ett något bättre resultat 2025. År 2025 uppgick det genomsnittliga värdet för alla kommuners personal, mätt med det validerade instrumentet mP-CAT¹, till 49,4 poäng. År 2022 var motsvarande resultat 48,9. Skalan går från 13 till 65, där högre värden innebär att man arbetar mer personcentrerat. Förändringarna mellan åren är alltså mycket små. Resultaten baseras på ett genomsnitt för de ingående tolv kommunerna.

År 2025 varierar kommunernas värden mellan 47,6 (Mölndal) och 52,2 (Härryda). Härryda har legat relativt högt samtliga år, medan det i Mölndals fall handlar om en nedgång från 2022. Den tydligaste trenden gäller annars Stenungsund, där värdet på mP-CAT successivt har ökat från 43,7 år 2022 till 47,9 år 2025.

I årets enkät 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.

mP-CAT är en bedömningsskala som syftar till att mäta i vilken utsträckning som personalen bedömer att den vård de ger är personcentrerad. 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 instrumentet som mP-CAT utvecklades från (P-CAT) kan värden på 52 eller högre tolkas som hög personcentrering².

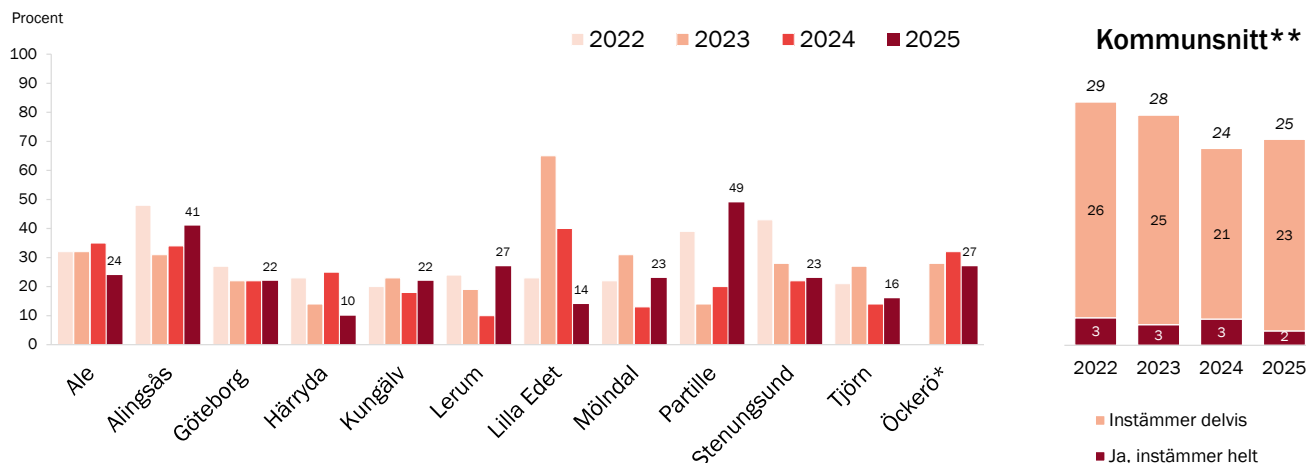
Resultatet gäller legitimerad personal som varit anställda minst en månad den 1 oktober det året undersökningen gjordes. Alla Göteborgsregionens kommuner ingår utom Kungsbacka. Resultat för Öckerö kommun år 2022 redovisas inte på grund av för låg svarsfrekvens. Svarsfrekvensen för enkäten som helhet var 66 procent.

Den som vill ta del av hela personalenkätens resultat hänvisas till rapporten [Så personcentrerad är kommunal primärvård enligt legitimerad personal 2025](#) (Håkansson & Hansen, 2026b).

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

Diagram B8

Andel legitimerad personal som upplever att de inte har tid att ge en vård som utgår från den enskildes behov, 2022–2025



Frågan löd: Tänk på din arbetsplats och ta ställning till i vilken utsträckning följande påståenden stämmer överens med din upplevelse:

Jag har helt enkelt inte tid att ge en vård som utgår från den enskildes behov. Svartaltemativ: Nej, tar helt avstånd, Tar delvis avstånd, Tveksamt, tar varken avstånd eller instämmer, Instämmer delvis och Ja, instämmer helt. Diagrammet visar andel personal som svarat Instämmer delvis eller Ja, instämmer helt.

*Resultat för Öckerö kommun år 2022 redovisas inte på grund av för låg svarsfrekvens, svaren ingår dock i beräkningen för alla kommuner.

**Ovikttat medelvärde där varje kommun bidrar lika mycket till genomsnittet, oavsett storlek.

Datakälla: Göteborgsregionens enkät till legitimerad personal i kommunal primärvård.



Ett av påståendena som ingår i instrumentet mP-CAT (se diagram B7a–b) handlar om personalens upplevelse av att inte ha tid att ge en vård som utgår från den enskildes behov. Diagrammet redovisar andelen som instämmer delvis eller helt i påståendet att de inte har tid. År 2025 varierar kommunernas värden mellan 10 procent i Härryda och 49 procent i Partille.

I några kommuner har upplevelsen förbättrats men i majoriteten av kommunerna har upplevelsen av att inte ha tid ökat jämfört med förra året. De största positiva förändringen återfinns i Lilla Edet (-26 procentenheter) och den största negativa förändringen i Partille (+29 procentenheter).

mP-CAT är ett bedömningsinstrument som syftar till att mäta i vilken utsträckning som personalen bedömer att den vård de ger är personcentrerad. Instrumentet består av 13 påståenden om vårdens utformning, arbetsmiljö och organisation.

Resultatet gäller legitimerad personal som varit anställda minst en månad den 1 oktober det året undersökningen gjordes. Alla Göteborgsregionens kommuner ingår utom Kungälv. Svartsfrekvensen för enkäten var 66 procent.

Den som vill ta del av hela personalenkätens resultat hänvisas till rapporten [Så personcentrerad är kommunal primärvård enligt legitimerad personal 2025](#) (Håkansson & Hansen, 2026b).



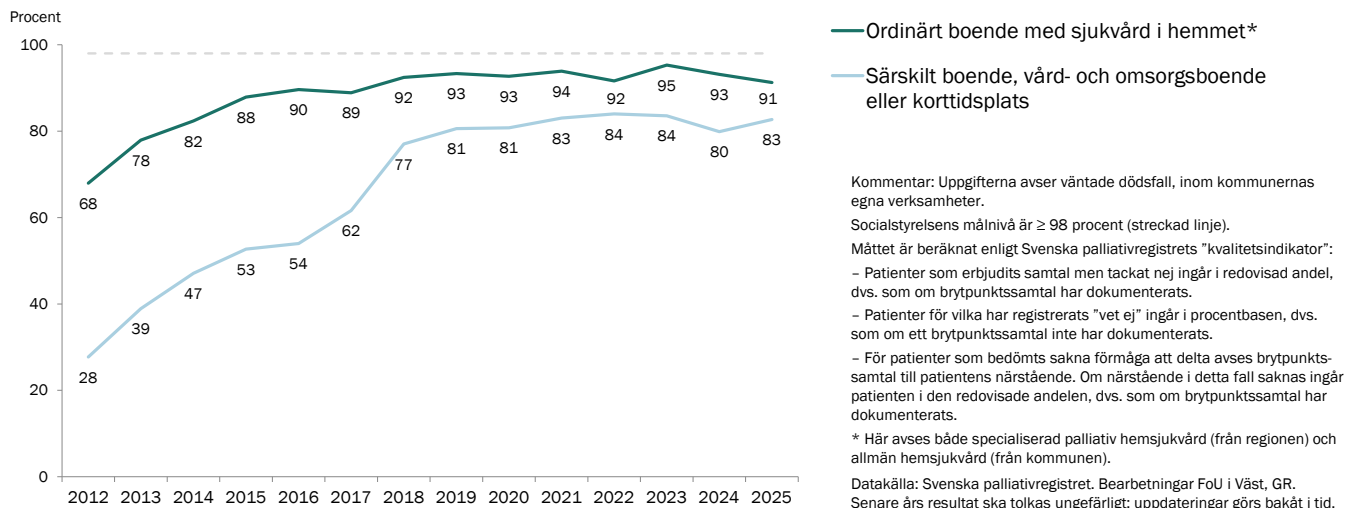
C. Patientsäkerhet och vårdkvalitet

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

Diagram C1a

Dokumenterat brytpunktssamtal till patient om övergången till palliativ vård, hela Göteborgsregionen, 2012–2025



År 2025 fanns ett dokumenterat brytpunktssamtal* om övergång till palliativ vård för 91 procent av patienterna i ordinärt boende med någon typ av sjukvård i hemmet**, sett till Göteborgsregionens kommuner sammantaget. Andelen har minskat sedan toppnoteringen år 2023 på 95 procent. Motsvarande andel för patienter på särskilt boende är mindre. År 2025 var den 83 procent, vilket är en ökning jämfört med 2024 men på ungefär samma nivå som den legat sedan 2021. Socialstyrelsens fastställda målnivå är minst 98 procent.

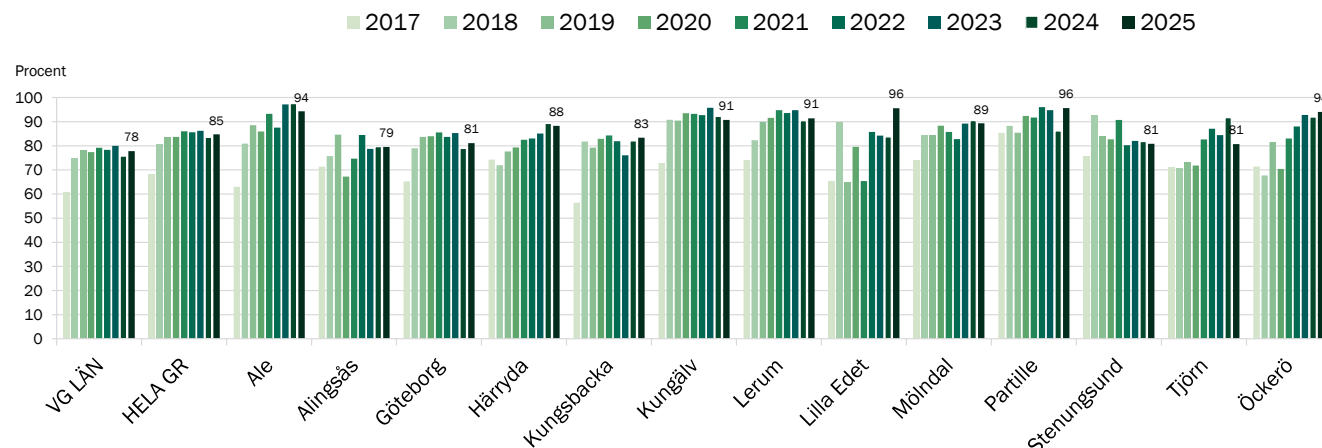
I båda fallen skedde en markant ökning under 2010-talet, i synnerhet beträffande särskilt boende där andelen år 2012 var 28 procent. Arbetsgruppen bakom nyckeltalsrapporten bedömer att utvecklingen speglar en positiv utveckling att fler patienter fått brytpunktssamtal och inte bara en bättre registrering.

* Brytpunktssamtal 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 (Regionala cancercentrum i samverkan, 2021).

** I Palliativregistret registreras "allmän hemsjukvård" samt "specialiserad palliativ hemsjukvård".

Diagram C1b

Dokumenterat brytpunktssamtal till patient om övergången till palliativ vård, kommunal primärvård samt specialiserad palliativ hemsjukvård, 2017–2025



Kommentar: *Uppgifterna avser väntade dödsfall, inom särskilt boende, vård- och omsorgsboende, korttidsplats samt ordinärt boende med allmän eller specialiserad palliativ hemsjukvård. 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. Senare års resultat ska tolkas ungefärligt; uppdateringar görs bakåt i tid.



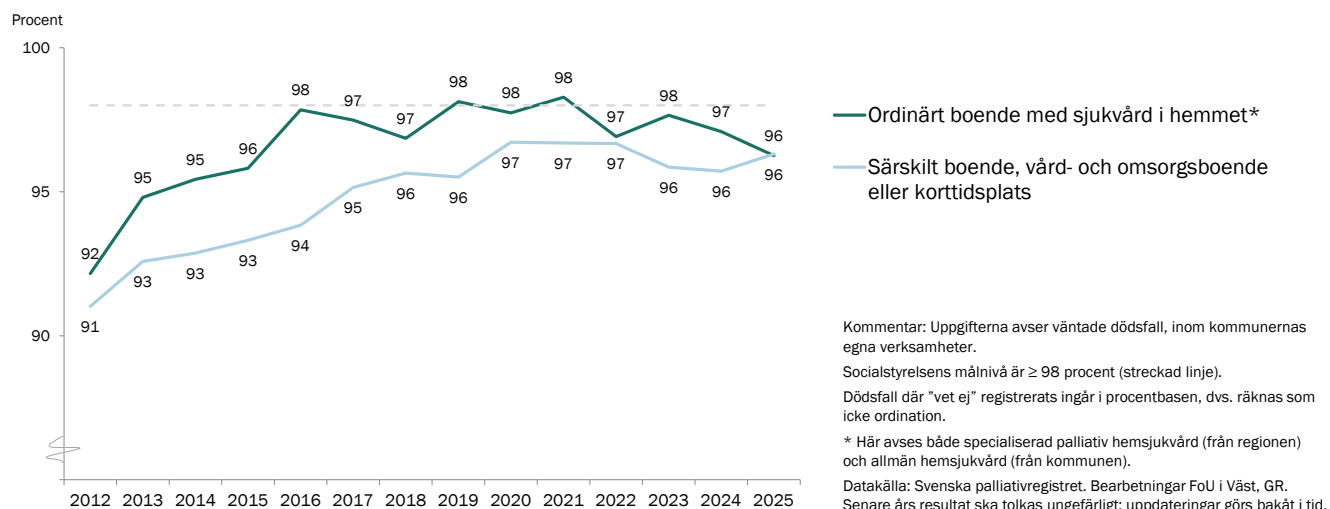
År 2025 fanns ett dokumenterat brytpunktssamtal* om övergång till palliativ vård för 85 procent av patienterna på särskilt boende eller med någon typ av sjukvård i hemmet, sett till Göteborgsregionens kommuner sammantaget. Detta är en ökning jämfört med 2024 (83 procent), ungefär på nivå med åren närmaste före. Det är det förbättrade resultatet inom särskilt boende som slår igenom (berör fler patienter än ordinärt boende); se även diagram C1a. I enskilda kommuner varierar trenden, med i flera fall stora skillnader mellan enskilda år, men i samtliga kommuner syns en positiv utveckling sedan 2017.

Andelen år 2025 varierar mellan 79 och 96 procent i kommunerna. Ingen kommun nådde upp till Socialstyrelsens målnivå på 98 procent. För samtliga kommuner överstiger resultatet dock länsgenomsnittet (78 procent).

* Brytpunktssamtal 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, 2012–2025

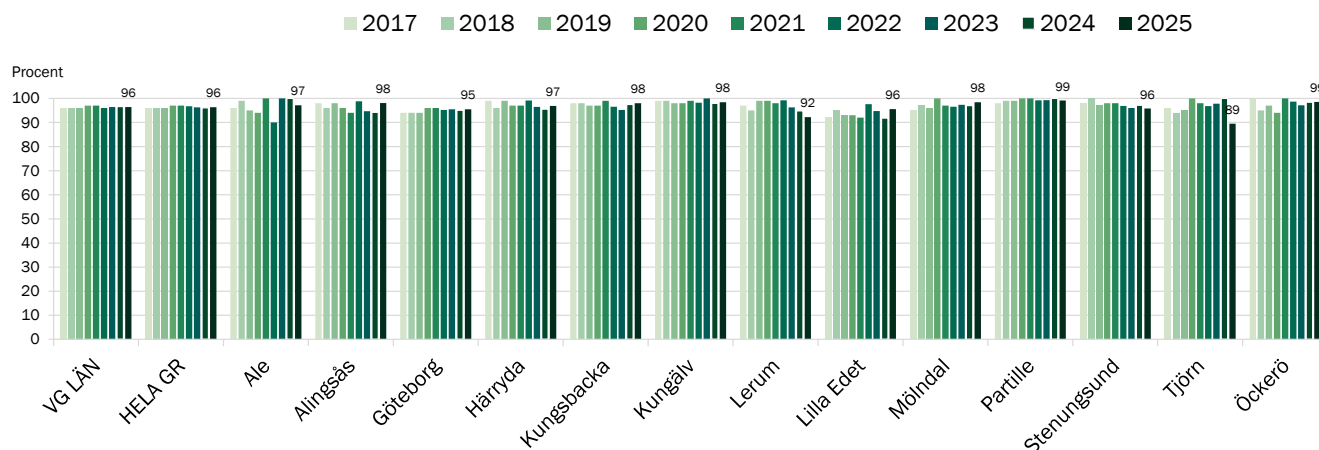


År 2025 hade 96 procent av patienterna i ordinärt boende med någon typ av sjukvård i hemmet* en ordination av injicerbar opioid vid behov på läkemedelslistan under sista levnadsveckan, sett till Göteborgsregionens kommuner sammantaget. Andelen var densamma på särskilt boende. För patienter i ordinärt boende anas en negativ utveckling under senare år, medan andelen varit mer stabil för särskilt boende. I det lite längre perspektivet har andelen ökat sedan början av 2010-talet; 2012 var andelen drygt 90 procent. Resultaten ligger under Socialstyrelsens målnivå på 98 procent.

* I Palliativregistret registreras "allmän hemsjukvård" samt "specialiserad palliativ hemsjukvård".

Diagram C2b

Ordination av injicerbar opioid vid behov mot smärta under sista levnadsveckan, kommunal primärvård samt specialiserad palliativ hemsjukvård, 2017–2025



Kommentar: *Uppgifterna avser väntade dödsfall, inom särskilt boende, vård- och omsorgsboende, korttidsplats samt ordinärt boende med allmän eller specialiserad palliativ hemsjukvård. 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. Senare års resultat ska tolkas ungefärligt; uppdateringar görs bakåt i tid.

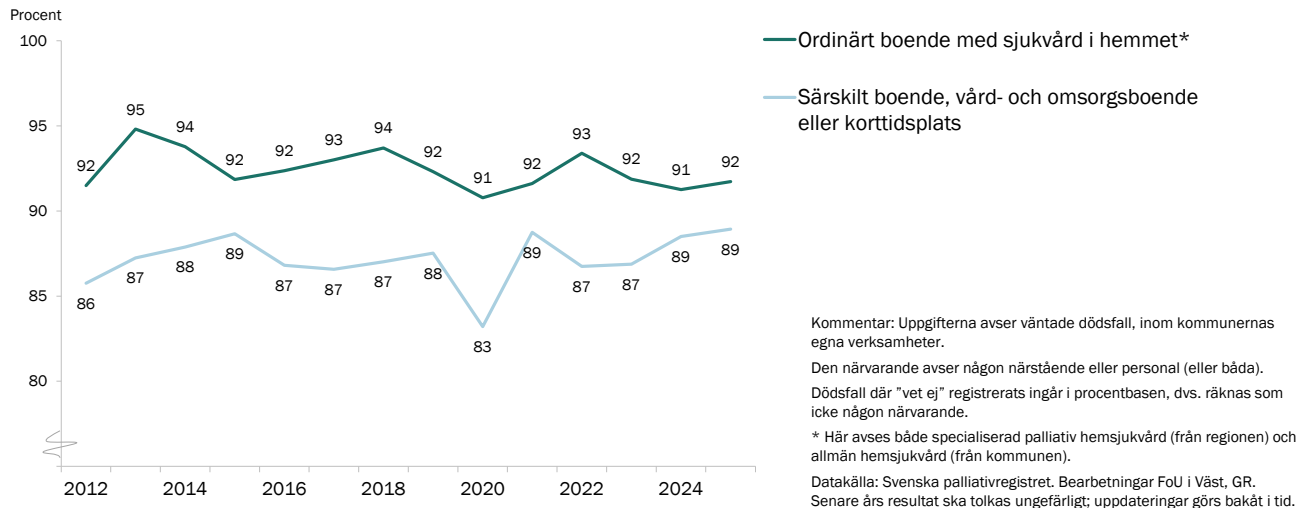


År 2025 hade 96 procent av alla patienter patienterna på särskilt boende eller med någon typ av sjukvård i hemmet en ordination av injicerbar opioid vid behov under sista levnadsveckan, sett till Göteborgsregionens kommuner sammantaget. Andelen var densamma i länet som helhet. Resultatet har varit mycket stabilt under senare år.

I de enskilda kommunerna varierade andelen år 2025 mellan 89 och 99 procent. Sex kommuner når upp Socialstyrelsens målnivå på 98 procent: Alingsås, Kungsbacka, Kungälv, Mölndal, Partille och Öckerö. Även i flertalet av de enskilda kommunerna har andelen varit relativt stabil under senare år. Jämfört med 2025 har andelen både ökat och minskat i flera kommuner. Störst förändring ses i Tjörn där andelen minskat från 100 till 89 procent (resultatet 2025 baseras på 57 patienter).

Diagram C3a

Någon närvarande i samma rum i dödsögonblicket, hela Göteborgsregionen, 2012–2025



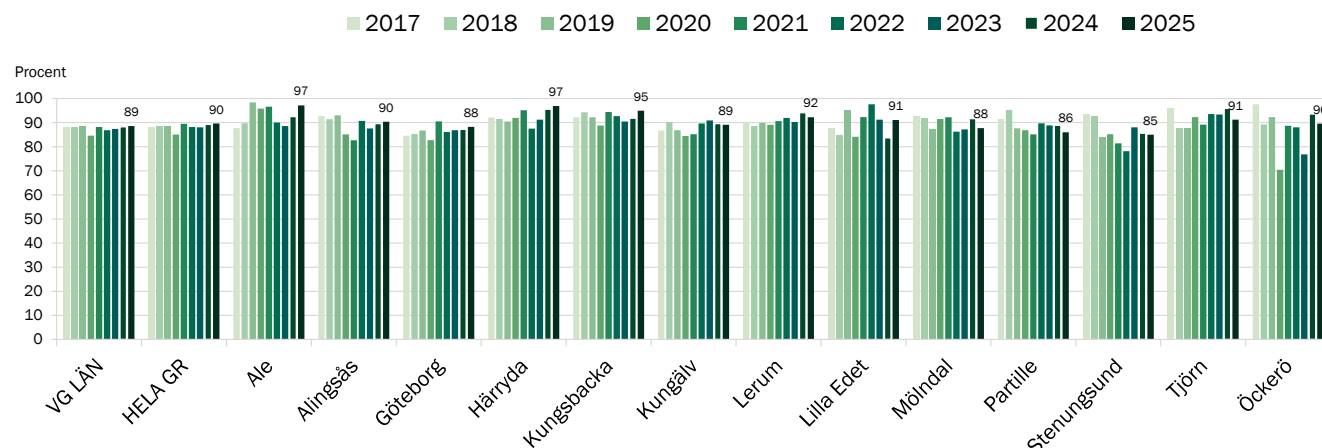
År 2025 hade 92 procent av patienterna i ordinärt boende med någon typ av sjukvård i hemmet* någon närvarande vid dödsögonblicket sett till Göteborgsregionens kommuner sammantaget. Motsvarande andel för patienter på särskilt boende var 89 procent. Den närvarande kan vara en närstående, någon i personalen eller båda delarna. Uppgifterna gäller väntade dödsfall, det vill säga dödsfall som den legitimerade vårdpersonalen bedömer vara förväntat utifrån sjukdomshistorien.

Under hela perioden 2012–2025 är andelen mindre beträffande patienter på någon typ av särskilt boende.

Det finns ingen tydlig trend över tid, men med fokus på det senaste decenniet syns en positiv utveckling för patienter på särskilt boende. Utvecklingen avbröts dock tillfälligt år 2020, d.v.s. under covid 19-pandemin.

* I Palliativregistret registreras "allmän hemsjukvård" samt "specialiserad palliativ hemsjukvård".

Någon närvarande i samma rum i dödsögonblicket, kommunal primärvård samt specialiserad palliativ hemsjukvård, 2017–2025



Kommentar: *Uppgifterna avser väntade dödsfall, inom särskilt boende, vård- och omsorgsboende, korttidsplats samt ordinarie boende med allmän eller specialiserad palliativ hemsjukvård.

Den närvarande avser någon närstående eller personal (eller båda).

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. Senare års resultat ska tolkas ungefärligt; uppdateringar görs bakåt i tid.

År 2025 hade 90 procent av alla patienter på särskilt boende eller med någon typ av sjukvård i hemmet någon närvarande vid dödsögonblicket, sett till Göteborgsregionens kommuner sammantaget. I de enskilda kommunerna varierade andelen mellan 85 och 97 procent. Den närvarande kan vara en närstående, någon i personalen eller båda delarna. Uppgifterna gäller väntade dödsfall, det vill säga dödsfall som den legitimerade vårdpersonalen bedömer vara förväntat utifrån sjukdomshistorien.

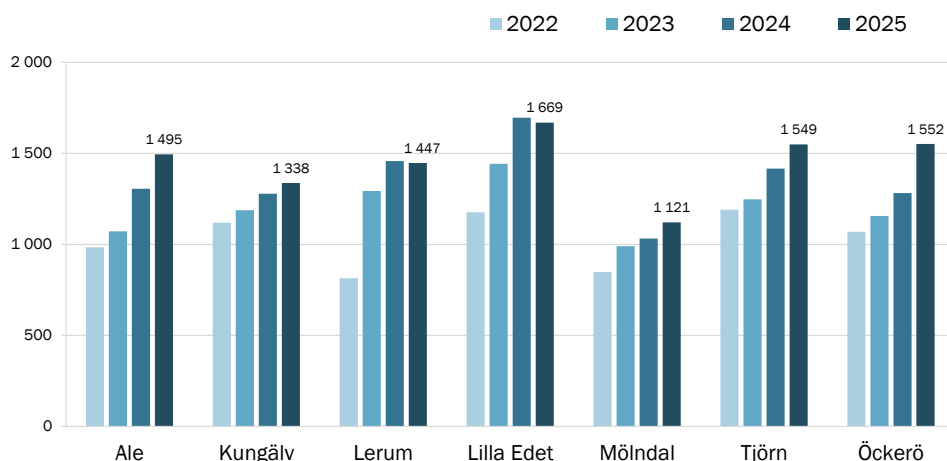
Fyra kommuners andel är mindre än länsgenomsnittet (89 procent): Stenungsund, Partille, Göteborg och Mölndal (85–88 procent). Ale och Härryda (97 procent) ligger tydligast över länsgenomsnittet.

Jämfört med 2024 har andelen i enskilda kommuner både ökat och minskat. Tydligast ökning syns i Ale.

Omsorgspersonalens följsamhet till ordination

Diagram C4a (utvecklingsmätt)

Genomsnittligt antal fördelade HSL-åtgärder per patient och år, samtliga boendeformer, 2022–2025



Kommentar: Måttet avser delegerade, ordinerade eller instruerade åtgärder av legitimerad personal (sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast), som har lagt in åtgärden för signering av omsorgspersonal.

Diagrammet redovisar de kommuner som har haft möjlighet att ta fram uppgifterna.

Datakälla: Kommunernas verksamhetssystem (MCSS).

Arbetsgruppen bakom nyckeltalsrapporten har till årets rapport utvecklat måtten som rör HSL-åtgärder som den legitimerade personalen fördelar vidare till omsorgspersonalen. Terminologin kring detta har varierat över tid och beroende vilken typ av åtgärder det rör sig om, men rapportens mått omfattar alla de delegerade, ordinerade eller instruerade åtgärder som den legitimerade personalen överlåter åt omsorgspersonalen att utföra och signera.

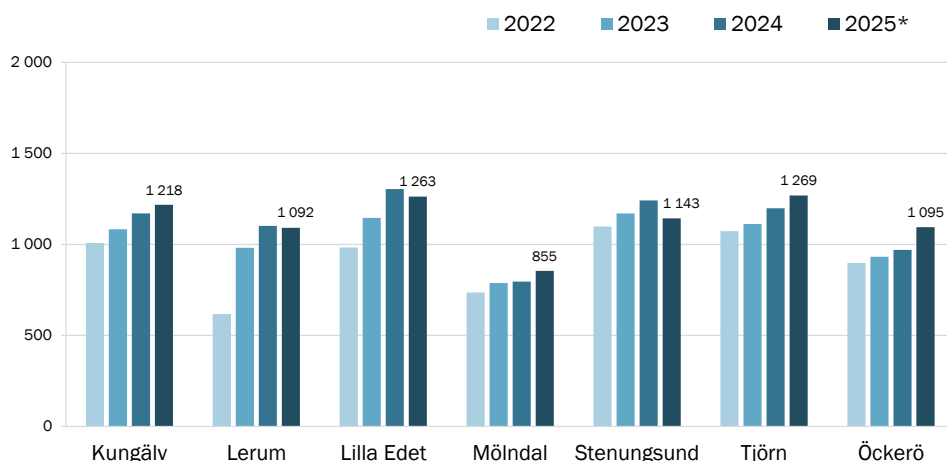
Flera av kommunerna i Göteborgsregionen har haft möjlighet att ta fram statistik för perioden 2022–2025 via kommunens verksamhetssystem. De flesta av dem har även kunnat särredovisa dels läkemedelsåtgärder, dels rehabiliteringsåtgärder (se diagram C4b och C4c).

Resultatet av mätningen visar på en tydligt ökande trend av antalet HSL-åtgärder som fördelas per år i förhållande till antalet patienter under samma år. I flera av kommunerna har ökningen skett successivt under perioden. I Lerum och Lilla Edet har dock ökningen stannat av under 2025 och till och med gått tillbaka något.

År 2025 varierar antalet fördelade HSL-åtgärder i de åtta kommunerna mellan drygt 1 100 och knappt 1 700 åtgärder per patient.

Det är inte möjligt att relatera dessa uppgifter till antalet åtgärder som utförs av den legitimerade personalen; detta registreras inte på samma sätt i verksamheten.

Genomsnittligt antal fördelade läkemedelsåtgärder per patient och år, samtliga boendeformer, 2022–2025



Kommentar: Måttet avser delegerade åtgärder av legitimerad personal (sjuksköterska) som har lagt in åtgärden för signering av omsorgspersonal.

Diagrammet redovisar de kommuner som har haft möjlighet att ta fram uppgifterna.

Ale har inte haft möjlighet att ta fram uppgifter avgränsat till läkemedelsåtgärder.

Datakälla: Kommunernas verksamhetssystem (MCSS).

Arbetsgruppen bakom nyckeltalsrapporten har till årets rapport utvecklat måtten som rör HSL-åtgärder som den legitimerade personalen fördelar vidare till omsorgspersonalen. En särskilt vanlig typ av HSL-åtgärder som fördelas är de läkemedelsåtgärder som sjuksköterskor delegerar åt omsorgspersonalen att utföra och signera.

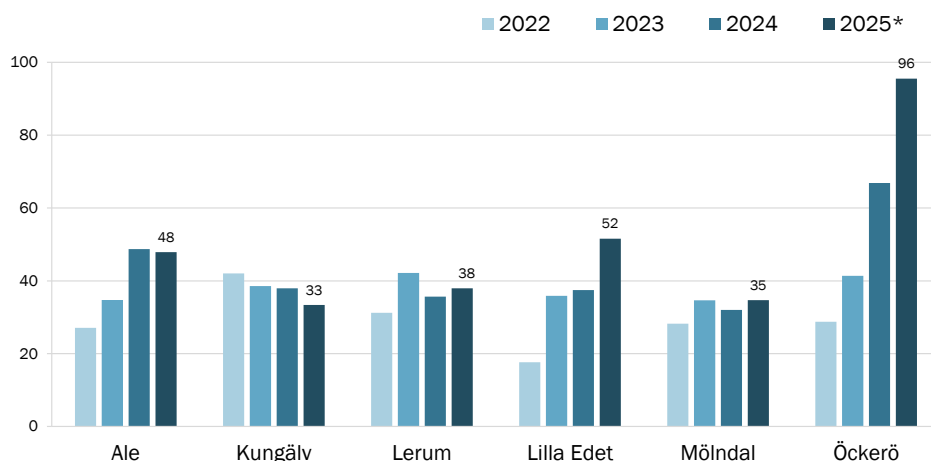
Sju av kommunerna i Göteborgsregionen har haft möjlighet att ta fram statistik om läkemedelsåtgärder för perioden 2022–2025 via kommunens verksamhetssystem.

Resultatet av mätningen visar på en tydligt ökande trend av antalet läkemedelsåtgärder som fördelas (delegeras) per år i förhållande till antalet patienter under samma år. I flera av kommunerna har ökningen skett successivt under perioden. I Lerum, Lilla Edet och Stenungsund har ökningen dock stannat av under 2025 och till och med gått tillbaka något, tydligast i Stenungsund.

År 2025 varierar antalet delegerade läkemedelsåtgärder i de sju kommunerna mellan drygt 850 och knappt 1 270 åtgärder per patient.

Det är inte möjligt att relatera dessa uppgifter till antalet åtgärder som utförs av den legitimerade personalen; detta registreras inte på samma sätt i verksamheten.

Genomsnittligt antal fördelade rehabåtgärder per patient och år, samtliga boendeformer, 2022–2025



Kommentar: Måttet avser delegerade, ordinerade eller instruerade åtgärder av legitimerad personal (arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast), som har lagt in åtgärden för signering av omsorgspersonal. Diagrammet redovisar de kommuner som har haft möjlighet att ta fram uppgifterna. Datakälla: Kommunernas verksamhetssystem (MCSS).

Arbetsgruppen bakom nyckeltalsrapporten har till årets rapport utvecklat måtten som rör HSL-åtgärder som den legitimerade personalen fördelar vidare till omsorgspersonalen. En typ av HSL-åtgärder som fördelas är de rehabiliteringsåtgärder som arbetsterapeuter och fysioterapeuter överlåter åt omsorgspersonalen att utföra och signera.

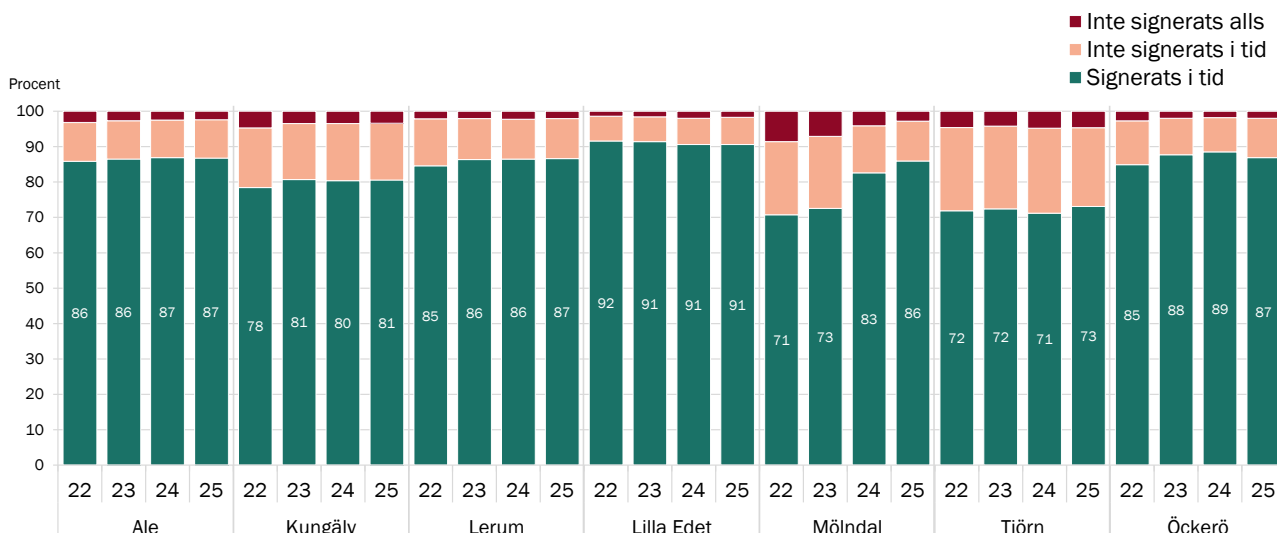
Sex av kommunerna i Göteborgsregionen har haft möjlighet att ta fram statistik om rehabiliteringsåtgärder för perioden 2022–2025 via kommunens verksamhetssystem.

Resultatet av denna mätning visar inte på en lika entydig utveckling som för HSL-åtgärder sammantaget. Den mest markanta ökningen av fördelade rehabåtgärder i förhållande till antalet patienter återfinns i Öckerö, och även i Lilla Edet syns en tydligt trend. I Ale ökade antalet under 2023 och 2024 men stannade av 2025. I Lerum och Mölndal är utvecklingen lite mindre entydig och i Kungälv har antalet fördelade rehabåtgärder minskat något över tid.

År 2025 varierar antalet fördelade rehabiliteringsåtgärder i de sex kommunerna mellan ett 30-tal och nära 100-tal åtgärder per patient.

Det är inte möjligt att relatera dessa uppgifter till antalet åtgärder som utförs av den legitimerade personalen; detta registreras inte på samma sätt i verksamheten.

Signering av fördelade HSL-åtgärder, 2022–2025, samtliga boendeformer



Kommentar: Måttet avser delegerade, ordinerade eller instruerade åtgärder av legitimerad personal (sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast), som har lagt in åtgärden för signering av omsorgspersonal. Signering "i tid" utgår från vad som är angivet i åtgärden, dvs. tidsspannet varierar för olika åtgärder. Diagrammet redovisar de kommuner som har haft möjlighet att ta fram uppgifterna.
Datakälla: Kommunernas verksamhetssystem (MCSS).

Det är vanligt att den legitimerade personalen fördelar åtgärder till omsorgspersonalen (se diagram C4a). Det är viktigt att följa upp att åtgärderna utförs.

I den här rapporten används andelen signerade åtgärder som indikator på utförda åtgärder. Det förekommer att en åtgärd signeras utan att vara utförd om patienten av någon anledning avböjt åtgärden eller inte varit nåbar, vilket innebär att den redovisade andelen till en mindre del kan omfatta även icke-utförda åtgärder.

Andelen av samtliga fördelade åtgärder som har signerats i tid av omsorgspersonalen varierade under 2025 mellan 73 och 91 procent i de åtta kommuner som har deltagit i mätningen. De åtgärder som inte signerats i tid har till största delen signerats senare, men en mindre andel har inte signerats alls. I antal kan det likväl gälla många åtgärder (i kommunerna handlar det under 2025 om mellan cirka 9 600 och 57 700 åtgärder; se rapportens tabell C6).

Arbetsgruppen bakom nyckeltalsrapporten bedömer att måttet ger en som helhet rättvisande bild av omsorgspersonalens följsamhet till ordination.

Tidsangivelserna utgår från den tid som den legitimerade personalen har angivit baserat på sin professionella bedömning, utifrån patientens behov.

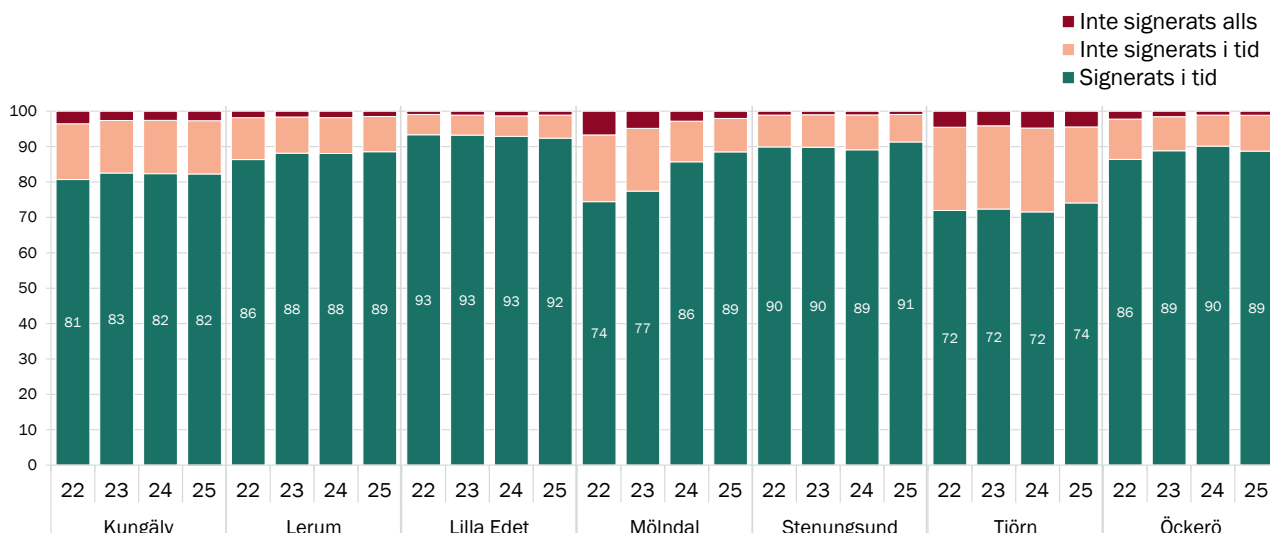
Högt följsamhet till ordination ses i Lilla Edet.

I flertalet kommuner ligger nivåerna tämligen stabilt över de fyra år som mätningarna omfattar. I Mölndal syns däremot en tydlig positiv utveckling.

Mölndals representant i arbetet med nyckeltalsrapporten beskriver att följsamheten till fördelade åtgärder har varit i fokus i kommunens vård- och omsorgsförvaltning under senare år. Verksamheterna har arbetat med att identifiera orsaker till brister i följsamheten, och chefer eller andra utsedda funktioner använder regelbundet signeringssystemet för att snabbt upptäcka åtgärder som inte utförs i tid. Verksamhetscheferna har haft uppföljningar i sina ledningsgrupper, och MAR och MAS har regelbundet redovisat resultat till förvaltningsledningen. Det kan nämnas att det i Mölndal finns ett privat vård- och omsorgsboende som inte använder kommunens system, vilket innebär att deras åtgärder inte ingår i statistiken.

Arbetsgruppen bedömer att måttets målnivå är 100 procent. Det är samtidigt viktigt att utvärderingar och utvecklingsarbete fokuserar på kvalitet i utförandet och inte bara kvantitet.

Signering av fördelade läkemedelsåtgärder, 2022–2025, samtliga boendeformer



Kommentar: Måttet avser delegerade, ordinerade eller instruerade åtgärder av legitimerad personal (sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast), som har lagt in åtgärden för signering av omsorgspersonal. Signering "i tid" utgår från vad som är angivet i åtgärden, dvs. tidsintervallet varierar för olika åtgärder. Diagrammet redovisar de kommuner som har haft möjlighet att ta fram uppgifterna. Åle har inte haft möjlighet att ta fram uppgifter avgränsat till läkemedelsåtgärder.

Datakälla: Kommunernas verksamhetssystem (MCSS).

Det är vanligt att sjuksköterskor delegerar läkemedelsåtgärder till omsorgspersonalen (se diagram C4b). Det är viktigt att följa upp att åtgärderna utförs.

Andelen av delegerade läkemedelsåtgärder som har signerats i tid av omsorgspersonalen varierade under 2025 mellan 74 och 92 procent i de sju kommuner som har deltagit i mätningen. Det förekommer att en åtgärd signeras utan att vara utförd om patienten av någon anledning avböjt åtgärden eller inte varit nåbar, vilket innebär att den redovisade andelen till en mindre del kan omfatta även icke-utförda åtgärder.

De läkemedelsåtgärder som inte signerats i tid har till största delen signerats senare, men en mindre andel läkemedelsåtgärder har inte signerats alls. I antal kan det likväl gälla många åtgärder (i kommunerna handlar det under 2025 om mellan cirka 5 500 och 41 500 läkemedelsåtgärder; se rapportens tabell C6).

Arbetsgruppen bakom nyckeltalsrapporten bedömer att måttet ger en som helhet rättvisande bild av omsorgspersonalens följsamhet till ordination.

Tidsangivelserna utgår från den tid som den ordinerande sjuksköterskan har angivit baserat på sin professionella bedömning, utifrån patientens behov.

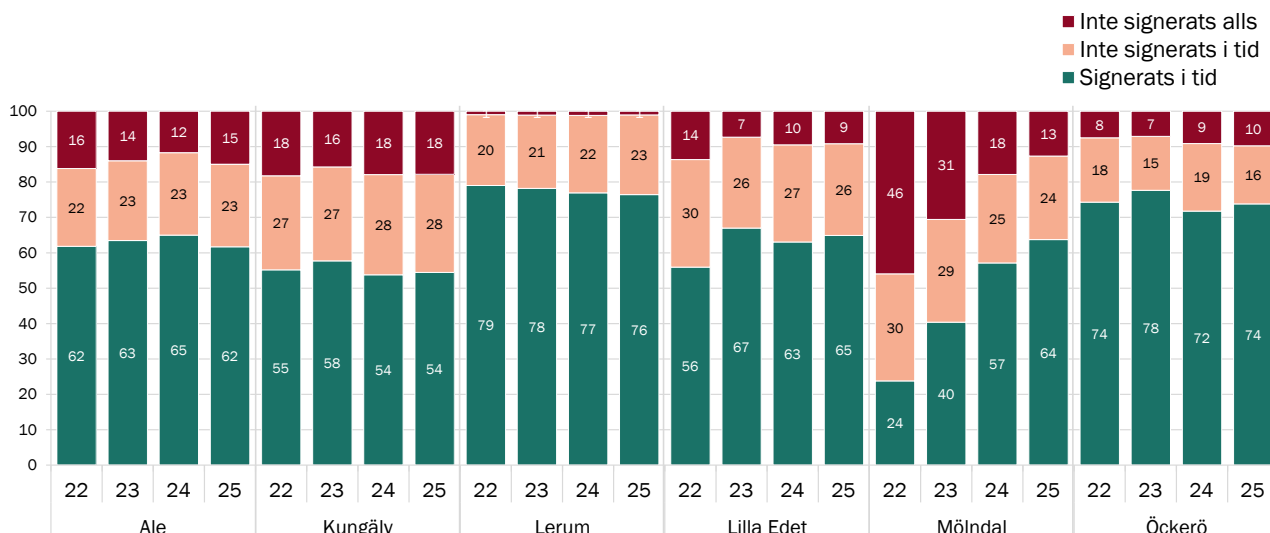
Högst följsamhet till ordination ses i Lilla Edet och Stenungsund.

I flertalet kommuner ligger nivåerna tämligen stabilt över de fyra år som mätningarna omfattar. I Mölndal syns däremot en tydlig positiv utveckling.

Mölndals representant i arbetet med nyckeltalsrapporten beskriver att följsamheten till fördelade åtgärder har varit i fokus i kommunens vård- och omsorgsförvaltning under senare år. Verksamheterna har arbetat med att identifiera orsaker till brister i följsamheten, och chefer eller andra utsedda funktioner använder regelbundet signeringssystemet för att snabbt upptäcka åtgärder som inte utförs i tid. Verksamhetscheferna har haft uppföljningar i sina ledningsgrupper, och MAR och MAS har regelbundet redovisat resultat till förvaltningsledningen. Det kan nämnas att det i Mölndal finns ett privat vård- och omsorgsboende som inte använder kommunens system, vilket innebär att deras åtgärder inte ingår i statistiken.

Arbetsgruppen bedömer att måttets målnivå är 100 procent. Det är samtidigt viktigt att utvärderingar och utvecklingsarbete fokuserar på kvalitet i utförandet och inte bara kvantitet.

Signering av fördelade rehabåtgärder, 2022–2025, samtliga boendeformer



Kommentar: Måttet avser delegerade, ordinerade eller instruerade åtgärder av legitimerad personal (sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast), som har lagt in åtgärden för signering av omsorgspersonal. Signering "i tid" utgår från vad som är angivet i åtgärden, dvs. tidsspannet varierar för olika åtgärder. Diagrammet redovisar de kommuner som har haft möjlighet att ta fram uppgifterna. Stenungsund och Tjörn har inte haft möjlighet att ta fram uppgifter avgränsat till rehabiliteringsåtgärder.

Datakälla: Kommunernas verksamhetssystem (MCSS)

Det är inte ovanligt att arbetsterapeuter och fysioterapeuter fördelar rehabiliteringsåtgärder till omsorgspersonalen (se diagram C4c). Det är viktigt att följa upp att åtgärderna utförs.

Andelen av fördelade rehabiliteringsåtgärder som har signerats i tid av omsorgspersonalen varierade under 2025 mellan 54 och 76 procent i de sex kommuner som har deltagit i mätningen. Det förekommer att en åtgärd signeras utan att vara utförd om patienten av någon anledning avböjt åtgärden eller inte varit nåbar, vilket innebär att den redovisade andelen till en mindre del kan omfatta även icke-utförda åtgärder.

I de flesta kommunerna är andelen fördelade rehabiliteringsåtgärder som signerats i tid väsentligt mindre än beträffande läkemedelsåtgärder (se diagram C5b).

De rehabiliteringsåtgärder som inte signerats i tid har ofta signerats senare, men långt från alla, och i antal kan det gälla många åtgärder (under 2025 cirka 7 500 rehabiliteringsåtgärder i en enskild kommun; se rapportens tabell C6).

Arbetsgruppen bakom nyckeltalsrapporten bedömer att måttet ger en som helhet rättvisande bild av omsorgspersonalens följsamhet till ordination.

Tidsangivelserna utgår från den tid som ordinerande arbetsterapeuter och fysioterapeuter har angivit baserat på sin professionella bedömning, utifrån patientens behov.

Högst följsamhet till ordination ses i Lerum och Öckerö (andra kommuner jämfört med läkemedelsåtgärder; se diagram C5b).

I flertalet kommuner ligger nivåerna tämligen stabilt över de fyra år som mätningarna omfattar. I Mölndal syns däremot en tydlig positiv utveckling.

Mölndals representant i arbetet med nyckeltalsrapporten beskriver att följsamheten till fördelade åtgärder har varit i fokus i kommunens vård- och omsorgsförvaltning under senare år. Verksamheterna har arbetat med att identifiera orsaker till brister i följsamheten, och chefer eller andra utsedda funktioner använder regelbundet signeringssystemet för att snabbt upptäcka åtgärder som inte utförs i tid. Verksamhetscheferna har haft uppföljningar i sina ledningsgrupper, och MAR och MAS har regelbundet redovisat resultat till förvaltningsledningen. Det kan nämnas att det i Mölndal finns ett privat vård- och omsorgsboende som inte använder kommunens system, vilket innebär att deras åtgärder inte ingår i statistiken.

Arbetsgruppen bedömer att måttets målnivå är 100 procent. Det är samtidigt viktigt att utvärderingar och utvecklingsarbete fokuserar på kvalitet i utförandet och inte bara kvantitet.

Tabell C6 (utvecklingsmått)

Antalet ej signerade åtgärder 2025 samt fördelat på det totala antalet patienter som mottagit kommunal primärvård minst någon gång under året

	HSL totalt	Läkemedel	Rehab	Fördelat på totalt antal patienter som mottagit kommunal primärvård		
				HSL totalt	Läkemedel	Rehab
Ale	28 025	-	5 824	36	-	7
Kungälv	57 709	41 508	7 566	45	33	6
Lerum	32 115	17 682	427	30	17	0,4
Lilla Edet	12 651	6 243	2 115	28	14	5
Mölndal	51 581	28 582	7 224	31	17	4
Stenungsund	-	7 824	-	-	11	-
Tjörn	37 579	29 310	-	72	56	-
Öckerö	13 933	5 535	4 186	31	12	9

Kommentar: Måttet avser delegerade, ordinerade eller instruerade åtgärder av legitimerad personal (sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast), som har lagt in åtgärden för signering av omsorgspersonal.

Läkemedel respektive Rehab är två exempel på åtgärds-kategorier. Andra exempel som inte särredovisas i tabellen är sårvård, kateter, näringsdryck, vikt.

Tabellen redovisar de kommuner som har haft möjlighet att ta fram uppgifterna.

Ale har inte haft möjlighet att ta fram uppgifter avgränsat till läkemedelsåtgärder. Stenungsund och Tjörn har inte haft möjlighet att ta fram uppgifter om, eller avgränsat till, rehabiliteringsåtgärder. I Mölndal finns ett privat vård- och omsorgsboende som inte använder kommunens system och inte ingår i statistiken.

Datakälla: Kommunernas verksamhetssystem (MCSS).

Det är vanligt att den legitimerade personalen fördelar åtgärder till omsorgspersonalen. Det är viktigt att följa upp att åtgärderna utförs.

Som komplement till rapportens diagram C5a–c, som visar utvecklingen av andelen fördelade åtgärders som signeras, redovisas för helåret 2025 även *antalet* åtgärder som inte signerats alls.

Antalet icke-signerade åtgärder är betydande. Det är samtidigt svårt att tolka innebörden av antalen, särskilt i en jämförelse mellan kommuner med varierande patientantal. I tabellens högra del redovisas antalet därför i relation till kommunens antal patienter som mottagit kommunal primärvård någon gång under året. (Eftersom det är okänt hur många av dem som har mottagit *fördelade* åtgärder ska måttet inte tolkas som genomsnittlig antal icke-signerade åtgärder per patient.)

Även när de icke-signerade åtgärderna sätts i relation till antalet patienter varierar resultatet betydligt mellan kommunerna. Tydligast avviker Tjörns resultat, med flest antal icke-signerade åtgärder i relation till antalet patienter. Tjörns representant i arbetsgruppen beskriver att orsaker bakom resultaten diskuteras i verksamheten och åtgärder planeras.

I tolkningen av resultaten ska det dock noteras att det kan vara så att åtgärden utförts, men att personalen inte signerat den. Det är vidare viktigt att utvärderingar och utvecklingsarbete fokuserar på kvalitet i utförandet och inte bara kvantitet.

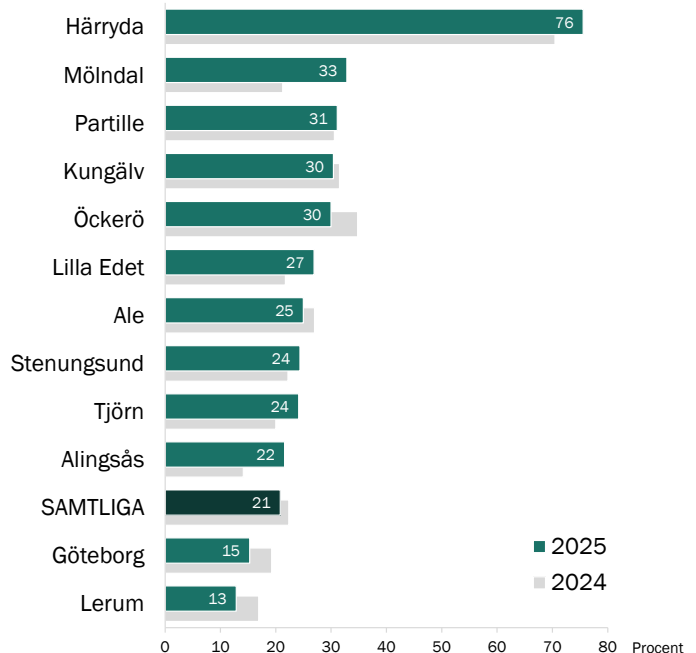
Personalens formella kompetens

Diagram C7a

Andel sjuksköterskor inom den kommunala primärvården med specialistutbildning, 2024 och 2025

Kommentar: Specialistutbildningen ska avse minst 60 hp. Uppgifterna avser samtliga anställda i kommunal primärvård i november månad (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.

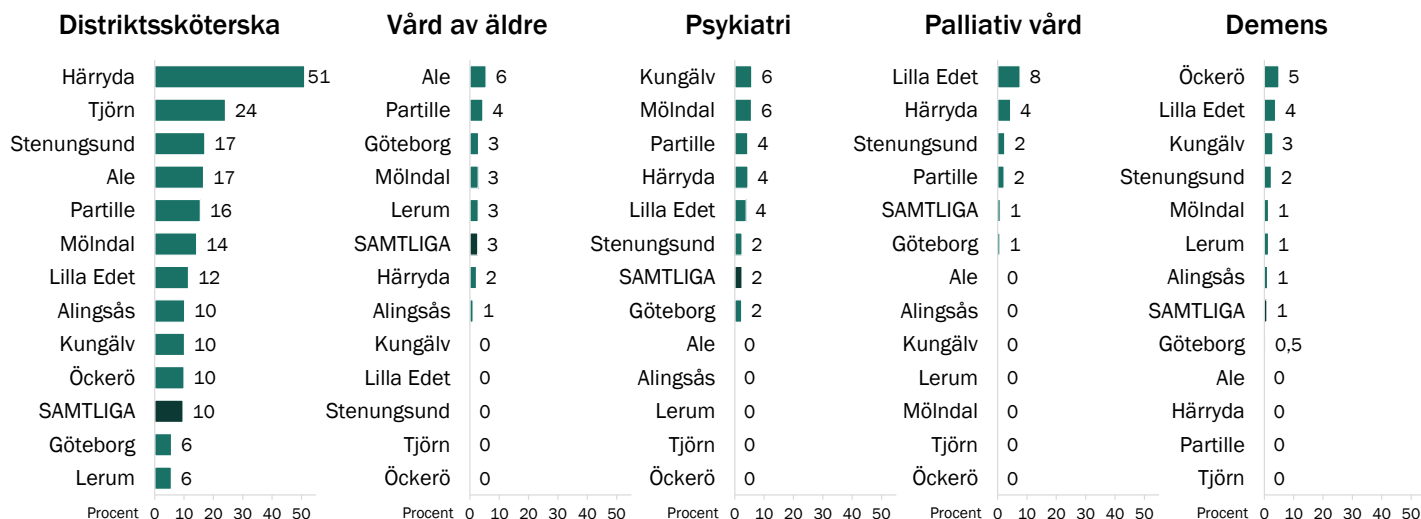


Andelen sjuksköterskor med specialistutbildning anställda i den kommunala primärvården varierar stort i kommunerna. I Härryda hade i november 2025 tre av fyra sjuksköterskor en specialistutbildning (76 procent). I övriga kommuner varierar andelen mellan 13 och 33 procent. Härrydas mycket större andel specialistutbildade sjuksköterskor jämfört med övriga kommuner är inte ny. Härryda förklarar resultatet med att kommunen har erbjudit vidareutbildning inom tjänsten och att de har låg personalomsättning.

Sett till Göteborgsregionens kommuner som helhet (undantaget Kungsbacka) är det en dryg femtedel av sjuksköterskorna som är specialistutbildade. Det motsvarar totalt 289 av 1 389 anställda sjuksköterskor i de tolv kommunerna. Motsvarande data saknas för riket.

För Göteborgsregionen som helhet har andelen minskat med en procentenhet. I några kommuner har andelen minskat mer än så, relativt sett tydligast i Lerum och Göteborg som också har minst andelar 2025. I andra kommuner har andelen i stället vuxit, i Mölnadal och Alingsås med drygt 50 procent. Alingsås kommun har haft en riktad insats för att öka andelen med specialistutbildning och man har subventionerat en halvt tjänst per år, därtill har man nyanställt personer som redan haft en specialistutbildning. Även Mölnadals ökning tolkas av arbetsgruppens representant som ett resultat av en satsning inom området.

Andel sjuksköterskor inom den kommunala primärvården som har de fem vanligaste specialistutbildningarna, 2025



Den vanligaste typen av specialistutbildning bland sjuksköterskor i den kommunala primärvården är utan konkurrens distriktssköterska. Sett till Göteborgsregionen som helhet (exklusive Kungsbacka) har, november 2025, 134 anställda en sådan specialistutbildning, vilket motsvarar nästan varannan av de totalt 292 förekommande specialistutbildningarna (46 procent). (Det förekommer att sjuksköterskor 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 6 och 51 procent, där Härrydas andel på 51 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:

- 3 procent med inriktning mot vård av äldre (totalt 36 anställda)
- 2 procent med inriktning mot psykiatri (totalt 35 anställda)
- 1 procent med inriktning mot palliativ vård (totalt 13 anställda).
- 1 procent med inriktning mot demens (totalt 12 anställda).

Resultaten för 2025 är ungefär detsamma som 2024.

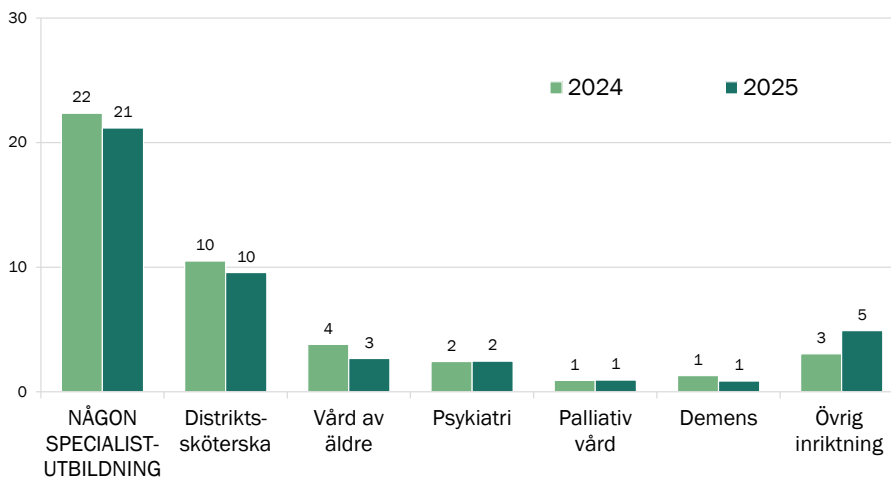
Det förekommer även övriga specialinriktningar. En av de vanligare gäller intensivvård (IVA) som 21 anställda sjuksköterskor är specialistutbildade i, vilket motsvarar 1,5 procent och därmed är en vanligare inriktning än både palliativ vård och demens (0,9 procent).

Det förekommer många andra specialinriktningar men ingen vanligare än dessa. Exempel på övriga inriktningar är anestesi, diabetes, kirurgi, ambulans och akutsjukvård.

Specialistutbildningen ska avse minst 60 hp.

Diagram C7c

Andel sjuksköterskor inom den kommunala primärvården som har de fem vanligaste specialistutbildningarna, 2025, Göteborgsregionen (exklusive Kungsbacka)



Kommentar:

Specialistutbildningen ska avse minst 60 hp.

Vanligast övrig inriktning är IVA (7 procent av samtliga). Andra exempel är anestesi, diabetes, kirurgi, ambulans och akutsjukvård, men många fler inriktningar förekommer (samtliga mindre vanliga än de redovisade).

Uppgifterna avser samtliga anställda i kommunal primärvård i november månad (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.

Den vanligaste typen av specialistutbildning bland sjuksköterskor i den kommunala primärvården är utan konkurrens distriktsköterska. Sett till Göteborgsregionen som helhet (exklusive Kungsbacka) har, november 2025, 134 anställda en sådan specialistutbildning, vilket motsvarar nästan varannan av de totalt 292 förekommande specialistutbildningarna (46 procent). (Det förekommer att sjuksköterskor 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 distriktsjuksköterska, samma resultat som 2024.

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

- 3 procent med inriktning mot vård av äldre (totalt 36 anställda)
- 2 procent med inriktning mot psykiatri (totalt 35 anställda)
- 1 procent med inriktning mot palliativ vård (totalt 13 anställda).
- 1 procent med inriktning mot demens (totalt 12 anställda).

Resultaten för 2025 är ungefär detsamma som 2024.

Det förekommer även övriga specialistinriktningar, och detta är något vanligare 2025 än 2024. En av de vanligare gäller intensivvård (IVA) som 21 anställda sjuksköterskor (2025) är specialistutbildade i, vilket motsvarar 1,5 procent och därmed är en vanligare inriktning än både palliativ vård och demens (0,9 procent).

Det förekommer många andra specialistinriktningar men ingen vanligare än dessa. Exempel på övriga inriktningar är anestesi, diabetes, kirurgi, ambulans och akutsjukvård.

Specialistutbildningen ska avse minst 60 hp.

Diagram C8

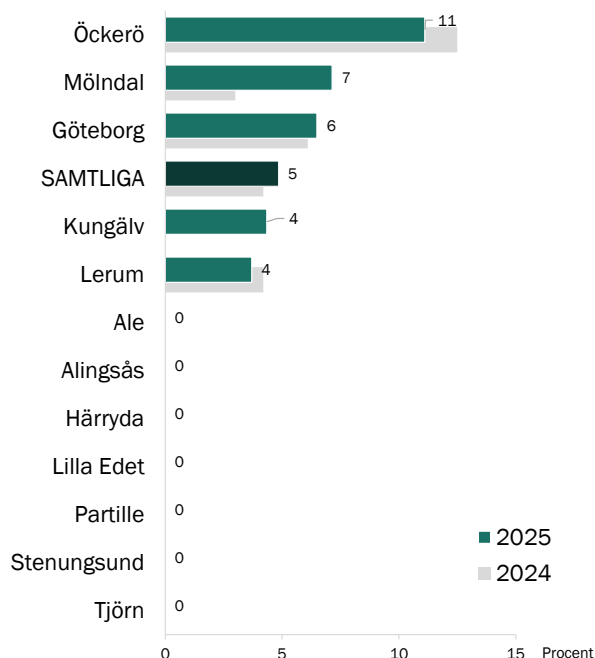
Andel av den legitimerade rehabiliteringspersonalen inom den kommunala primärvården som har en specialistutbildning, 2024 och 2025

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 månad (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.



När det kommer till den legitimerade rehabiliteringspersonalen – arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster – är det mindre vanligt med specialistutbildad personal jämfört med sjuksköterskor. Sett till kommunerna sammantaget gäller det 8 procent av fysioterapeuterna/sjukgymnasterna och 2 procent av arbetsterapeuterna (2024 gällde 6 respektive 2 procent). Sett till de två professionerna sammantaget är andelen 5 procent (2024: 4 procent).

I Öckerö är andelen störst, 11 procent, vilket gällde även 2024. I många av kommunerna finns ingen specialistutbildad rehabiliteringspersonal alls.

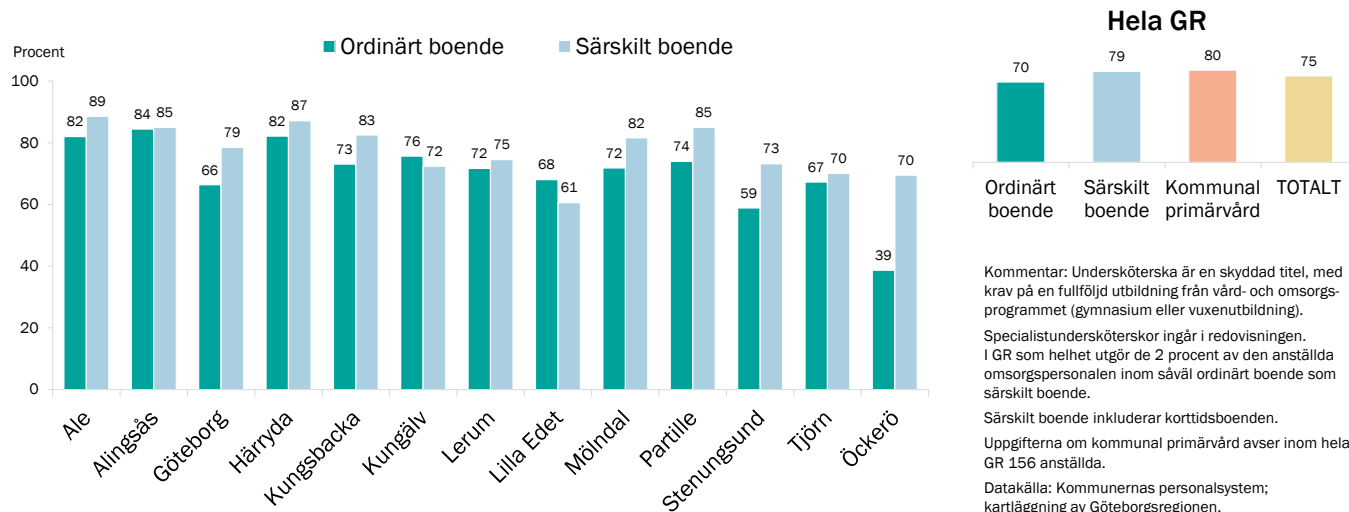
Eftersom antalet anställda i dessa två yrkesgrupper är små i flera av kommunerna behöver resultaten tolkas försiktigt. (I Lilla Edet, Tjörn och Öckerö utgörs den legitimerade rehabiliteringspersonalen av mellan 7 och 9 anställda.)

Mölnalds ökning tolkas av arbetsgruppens representant som ett resultat av en satsning inom området.

2024 års kartläggning visade att förekommande specialistutbildningar bland fysioterapeuter/sjukgymnaster var inriktade mot bland annat demens, neurologi, reumatologi, respiration, intensivvård, geriatrik, hjärta/cirkulation, ergonomi/arbetshälsovetenskap – och bland arbetsterapeuter bland annat demens och neurologi. 2025 förekommer även "Silviafysioterapeuter".

Diagram C9

Andelen av icke-legitimerad personal inom vård och omsorg som är anställda som undersköterska, 30 maj 2025



År 2023 infördes skyddad titel för undersköterska i Göteborgsregionens kommuner. Kravet är en fullföljd utbildning från vård- och omsorgsprogrammet (gymnasium eller vuxenutbildning). Det gör det möjligt att via kommunernas personalsystem följa hur stor andel av den icke-legitimerade personalen inom vård och omsorg som har en undersköterskeutbildning.

I en kartläggning av Göteborgsregionen, per 30 maj 2025, framkommer att i genomsnitt tre av fyra anställda inom kommunernas vård och omsorg har titeln undersköterska (75 procent). Andelen är större inom kommunal primärvård (80) samt särskilt boende (79 procent) jämfört med ordinärt boende (70 procent).

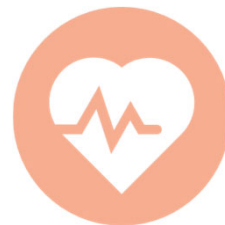
Det finns relativt stora skillnader mellan kommunerna. Andelen utbildade undersköterskor är störst i Ale, Alingsås, Härryda samt – beträffande enbart särskilt boende – Partille.

I tolkningen av skillnader mellan kommuner ska beaktas att följande faktorer kan påverka resultatet:

- användandet av timavlönad personal (omfattas inte av kartläggningen)
- förekomsten av anställda i privat regi (LOV) (omfattas inte av kartläggningen)
- förekomsten av privata eller särskilda team som utför servicetjänster.

En annan faktor som kan spela in är att en del kommuner har anställt många utbildade personer som parallellt med sitt arbete studerar till undersköterska inom ramen för den nationella satsningen *Kompetenslyftet*.

En ny mätning planeras att genomföras maj 2027.

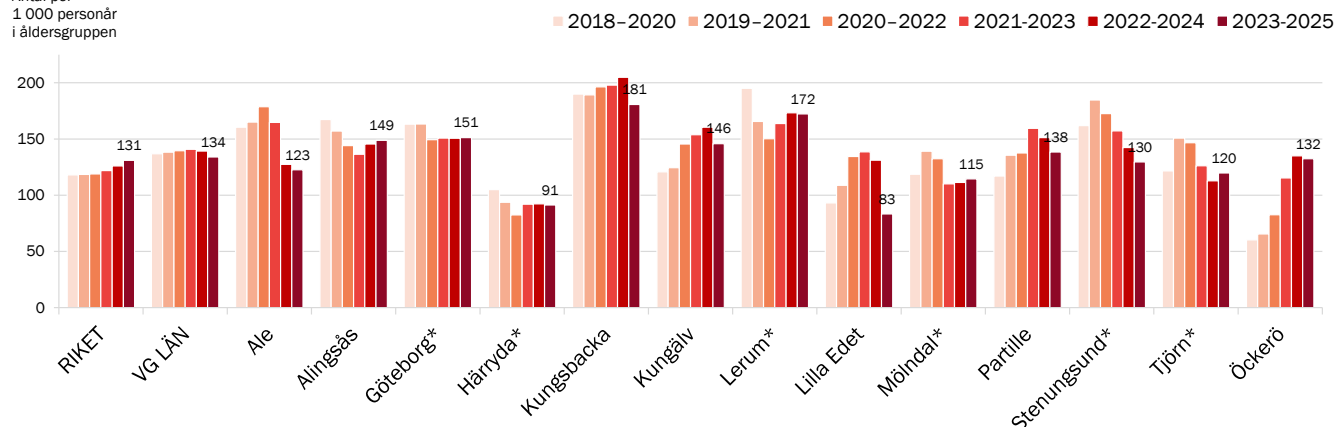


D. Hälsofrämjande och forebyggande insatser

Diagram D1

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

Antal per
1 000 personår
i åldersgruppen



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. Vårdtillfällen avser slutenvård (ej öppenvård). 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. Uppgifterna har erhållits från Socialstyrelsen 2026-06-02; de kommer senare publiceras här: https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/G037_Fallskador_ordbo/. Uppgifterna är något reviderade bakåt i tid.



I riket som helhet identifierades under treårsperioden 2023–2025 131 fallskador per 1 000 personår* bland personer 65 år och äldre med insatser från kommunal primärvård i ordinärt boende. Fallskadorna har inneburit inskrivning i slutenvård. Antalet har ökat från 118 per 1 000 under treårsperioden 2018–2020.

Antalet har under hela den redovisade perioden varit större i Västra Götalands län jämfört med riket, men avståndet har minskat under senare år i takt med att riksgenomsnittet ökat och läns-genomsnittet minskat något. För perioden 2023–2025 är läns-genomsnittet 134 fallskador per 1 000 personår.

Antalet fallskador har minskat även i flera av Göteborgsregionens kommuner, den senaste mätperioden ligger bara sju kommuner över riksgenomsnittet, jämfört med flertalet tidigare år.

Det tydligaste undantaget är Härnäs, med 91 fallskador per 1 000 personår under senaste mätperioden.

Den tydligaste nedgången över tid gäller Stenungsund, medan antalet ökat mest markant i Öckerö, dock med en svag nedgång i senaste mätningen.

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.

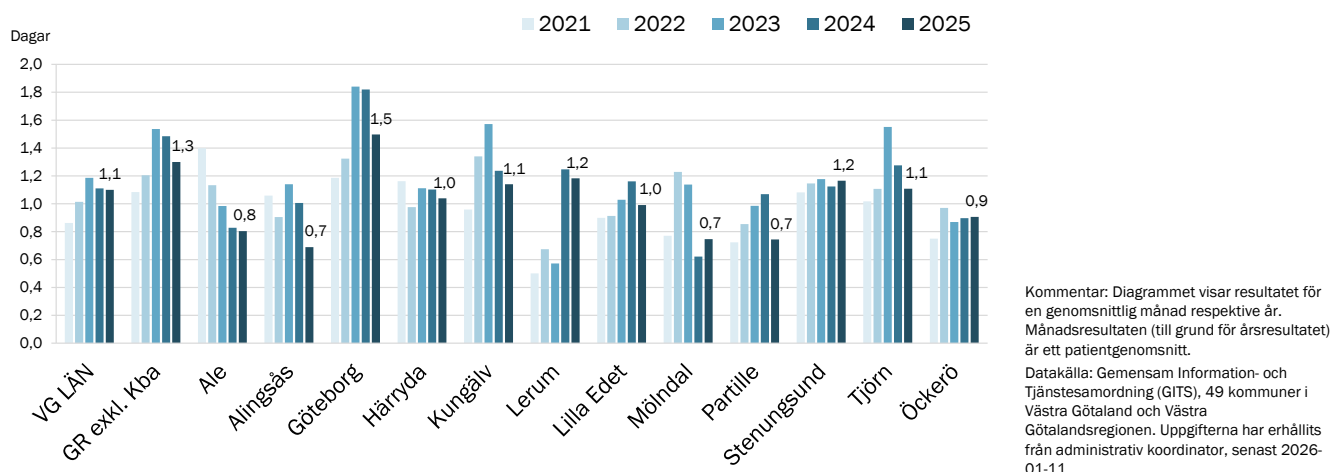
* Personår utgörs av 12 sammanlagda månadsperioder som individen erhållit kommunala primärvårdsinsatser. För att talen inte ska bli för osäkra redovisas resultaten för treårsperioder.



E. Samverkan

Diagram E1

Genomsnittligt antal dagar som patienter blir kvar på sjukhus efter att de blivit utskrivningsklara, 2021–2025



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 slutenvård. Mätvärdet avser enbart de patienter som har behov av insatser från kommunen efter slutna vård på sjukhus.

Kommunal verksamhet, slutenvård och regionfinansierad öppenvård ska alla bidra till att tiden inom slutenvården 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 slutna 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 2025 (månadsmedelvärde).

För de tolv redovisade kommunerna i Göteborgsregionen är motsvarande antal 1,3 dagar. I kommunerna varierar antalet mellan 0,7 och 1,5 dagar. Spridningen är mindre än 2024.

Den längsta tiden gäller Göteborg, medan genomsnittet för övriga kommuner år 2025 ligger under GR-snittet. Tiden var kortast i Alingsås, Mölndal och Partille.

I Alingsås och Partilles fall har tiden minskat påtagligt sedan 2024. Partilles representant i arbetsgruppen ser en förklaring i fler köpta korttidsplatser under 2025 samt en löpande samverkan med hemtjänsten för att patienter ska kunna komma hem tidigare. Alingsås representant beskriver att kommunen har lagt stort fokus vid arbetet med in- och utskrivningsprocessen via SAMLA under året. Även för Göteborg har tiden minskat under 2025, och Göteborgs representant i arbetsgruppen beskriver att man arbetat mycket med att korta tiden, dels genom att öka antalet korttidsplatser, som en kortsiktig lösning, och dels genom att stärka samverkan med alla parter i in- och utskrivningsprocessen för en mer proaktiv inskrivningsprocess, där patienter ska få vård på rätt vårdnivå från början.

Tiden har minskat under 2025 även i flertalet övriga kommuner. I Mölndal har tiden dock ökat något efter tidigare kraftig minskning, och i Stenungsund och Öckerö ligger resultatet för 2025 mycket nära tidigare års.

I Göteborgsregionen som helhet (exklusive Kungsbacka) har tiden minskat de två senaste åren efter en tidigare uppgång. Den högsta noteringen under mätperioden 2021–2025 var 1,5 dagar år 2023.

Den generella ökningen efter 2021 var lite större i Göteborgsregionen än i länet som helhet, där Göteborg tydligt bidrar till denna övergripande bild. Den kommun vars utveckling skiljer sig tydligast från övriga kommuner är Ale där tiden minskat kontinuerligt sedan 2021. Arbetsgruppens representant från Ale beskriver att kommunen arbetat aktivt med att försöka sänka tiden och detta är något som man följer noga.

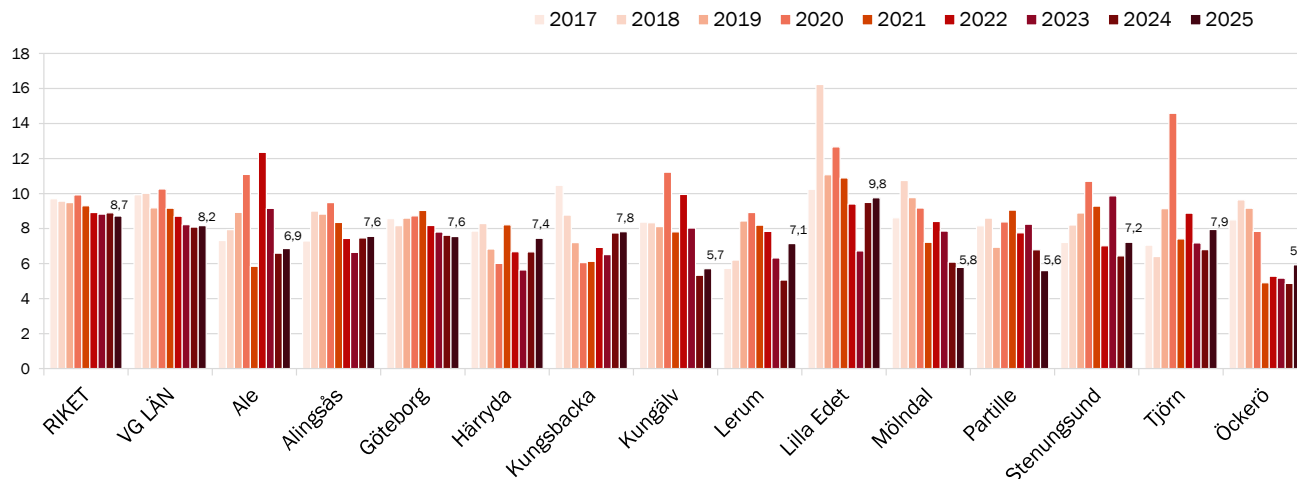
Det är inte självklart att få dagar kvar i slutenvård alltid är det bästa ur patientens perspektiv. Till exempel kan en eller två dagar extra på sjukhus innebära att patienten slipper flytta mellan olika boenden i kommunen om en permanent plats inte finns tillgänglig på utskrivningsdagen. I arbetsgruppen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

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 åldersgruppen.

Datakälla: Socialstyrelsens indikatorer på god och nära vård. Uppgifterna har erhållits från Socialstyrelsen 2026-06-02: de kommer senare publiceras här: https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/G013_Oplan_aterinskrivning_aldre/ Uppgifterna är något reviderade bakåt i tid (enbart små skillnader).

Andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid ett antal utvalda diagnoser* för patienter 65 år och äldre har i riket som helhet minskat svagt men successivt sedan 2017, från 9,7 till 8,7 procent år 2025 (med en tillfällig ökning under pandemiåret 2020). I länet är den minskande trenden lite mindre linjär men samtidigt är nedgången större, från 10,0 till 8,2 procent.

Under hela perioden är det i de flesta kommunerna i Göteborgsregionen mindre vanligt med oplanerade återinskrivningar jämfört med såväl länet som riket. 2025 är det enda undantaget Lilla Edet (9,8 procent), som legat jämförelsevis högt även tidigare år.

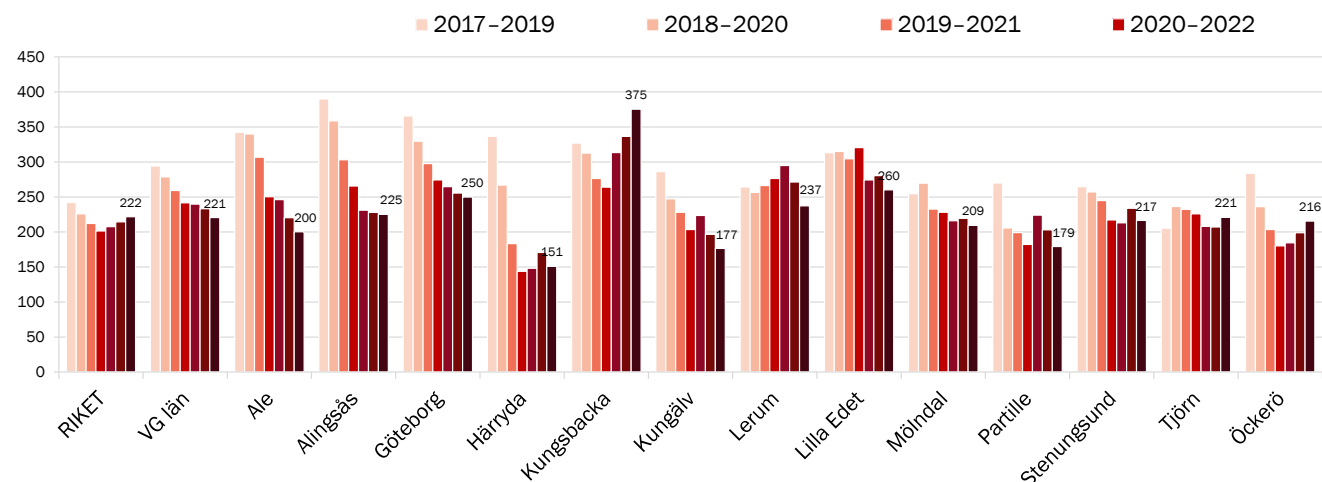
I flera kommuner är det stora variationer mellan åren. Sett till de två senaste åren är andelen återinskrivningar minst i Kungälv, Mölnådal och Partille.

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 det kan också bero på att tillgången på vårdplatser har minskat och att tillgången till slutna 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". Uppgifterna har erhållits från Socialstyrelsen 2026-06-02; de kommer senare publiceras här: https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/GONV_Kommunprofil Uppgifterna är något reviderade bakåt i tid. Uppgifterna har här dividerats med 100 för att erhålla måttet per 1 000 personår.



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 2023–2025 totalt 222 påverkbara slutenvårdstillfällen per 1 000 personår för personer 65 år eller äldre med hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende.* Antalet har ökat något de senaste åren, efter en tidigare minskande trend. I länet håller den minskande trenden däremot i sig. Det gäller även flera av Göteborgsregionens kommuner men utvecklingen över tid varierar i kommunerna.

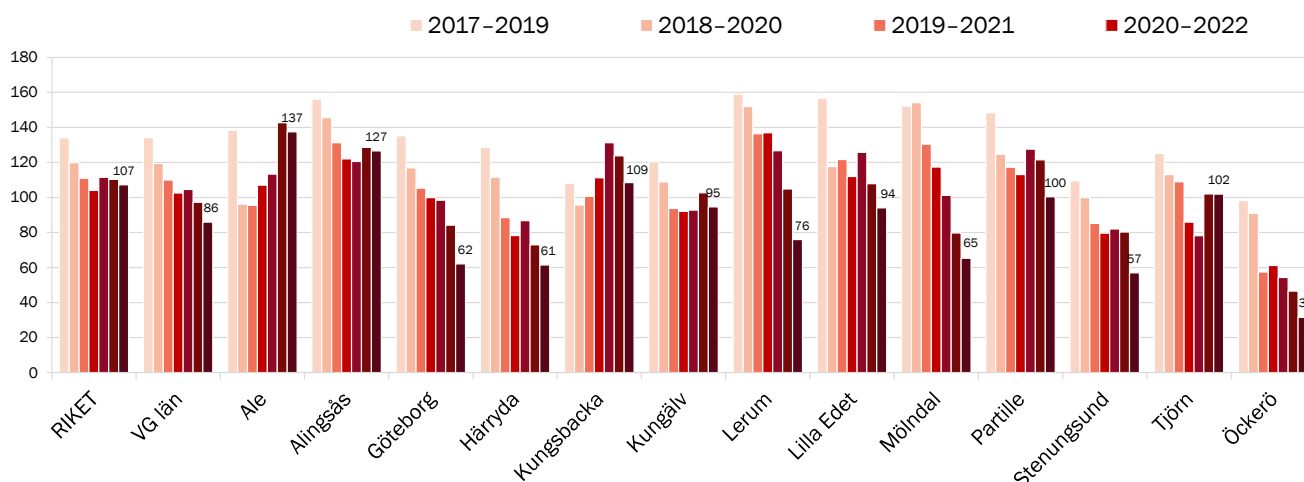
I Göteborgsregionen varierar antalet påverkbara slutenvårdstillfällen mellan 151 (Härryda) och 375 (Kungälv) per 1 000 personår. Härryda och Kungälv har legat lägst respektive högst under flera år.

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 har tidigare också uppfattat 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". Uppgifterna har erhållits från Socialstyrelsen 2026-06-02; de kommer senare publiceras här: https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/GONV_Kommunprofil. Uppgifterna har här dividerats med 100 för att erhålla måttet per 1 000 personår.



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 2023–2025 totalt 107 påverkbara slutenvårdstillfällen per 1 000 personår för personer 65 år eller äldre med hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilt boende.*

I flertalet av Göteborgsregionens kommuner är påverkbara slutenvårdstillfällen mindre vanliga än i riket; undantagen gäller Ale, Alingsås och Kungälv. Antalet är minst i Öckerö (32), vilket det har varit hela den redovisade perioden. Antalet är störst i Ale (137), där antalet ökat markant de två senaste mätperioderna.

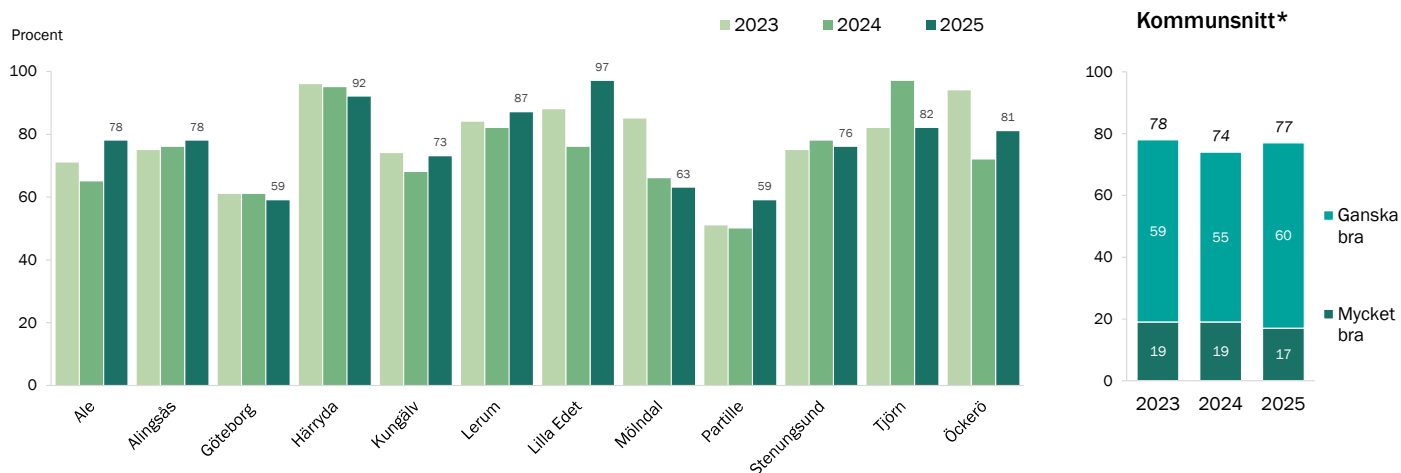
Antal påverkbara slutenvårdstillfällen i särskilt boende har legat tämligen stabilt under senare år i riket som helhet efter en tidigare minskning i slutet av 2010-talet och in på 2020-talet. I länet har den minskande trenden fortsatt. I Göteborgsregionens kommuner varierar utvecklingen. I flera av kommunerna är trenden tydligt minskande, men inte i alla.

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 har tidigare också uppfattat 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

Andel av den legitimerade personalens som upplever att samarbetet mellan legitimerad personal och omsorgspersonal är ganska eller mycket bra, 2023–2025



Kommentar: Enkätfrågan lød: 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.

* Öviktat medelvärde där varje kommun bidrar lika mycket till genomsnittet, oavsett storlek

Datakälla: Göteborgsregionens enkät till legitimerad personal.



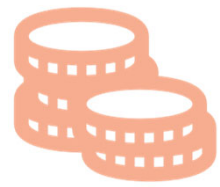
Göteborgsregionens årliga enkät till legitimerad personal i kommunal primärvård undersöker hur personcentrerat de arbetar. En fråga i enkäten handlar om hur samarbetet upplevs fungera mellan legitimerad personal och omsorgspersonal. 77 procent av den legitimerade personalen upplever att samarbetet fungerar mycket eller ganska bra, baserat på ett genomsnitt av kommunernas resultat. 17 procent svarar att samarbetet fungerar *mycket* bra.

Det sammantagna resultatet har varit ungefär detsamma de tre år som mätningen gjorts.

Variationen mellan kommunerna är däremot stor. I Lilla Edet upplever nästan all legitimerad personal år 2025 att samarbetet mellan legitimerad personal och omsorgspersonal fungerar ganska eller mycket bra medan det bara gäller ungefär 60 procent i Göteborg och Partille.

Upplevelsen av samarbetet med omsorgspersonalen varierar även mellan professioner. Sammantaget beskriver 83 procent av sjuksköterskorna, 64 procent av arbetsterapeuterna och 67 procent av fysioterapeuterna att samarbetet mellan legitimerad personal och omsorgspersonal fungerar ganska eller mycket bra. Jämfört med tidigare år har arbetsterapeuternas upplevelse minskat (72 procent upplevde samarbetet som mycket eller ganska bra 2023), sjuksköterskornas har legat på runt 80 procent både 2023 och 2024 och fysioterapeuternas upplevelser var lägre 2024 men ligger nu på samma nivå som 2023.

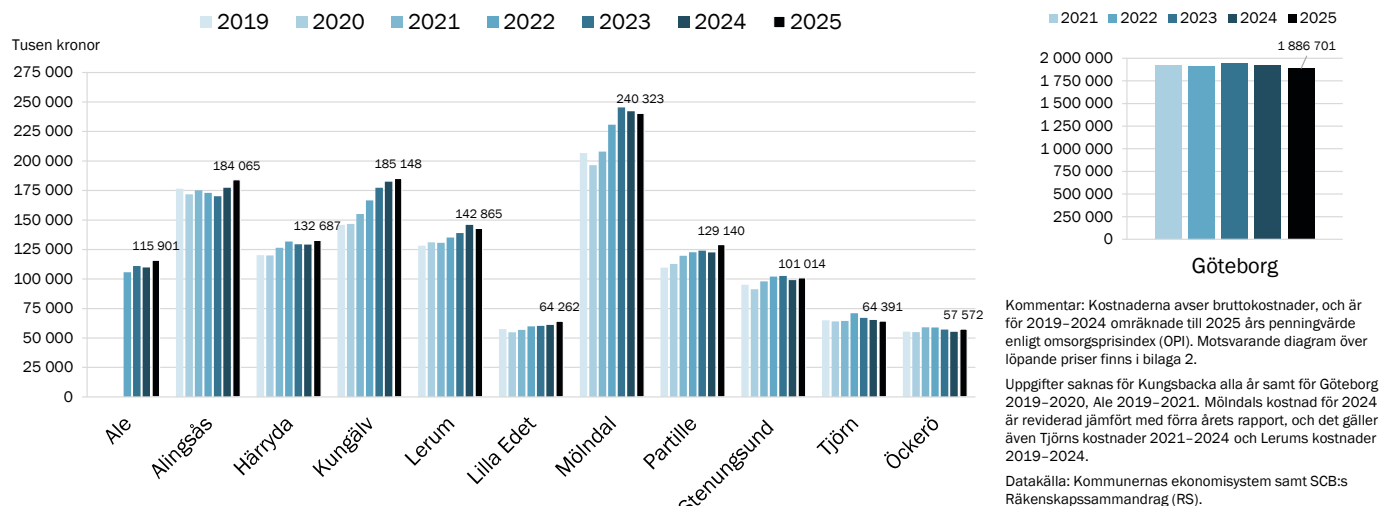
Motsvarande undersökning har inte gjorts för omsorgspersonalen, vilket innebär att det saknas en samlad bild av hur samarbetet fungerar utifrån båda yrkesgruppers perspektiv. Upplevelsen av hur samarbetet fungerar kan skilja sig åt mellan legitimerad personal och omsorgspersonal liksom orsakerna till varför samarbetet uppfattas fungera bra eller mindre bra. De redovisade resultaten är tänkta att användas som ett underlag för fördjupad diskussion och analys tillsammans med båda parter i kommunerna.



F. Kostnader och resurser

Diagram F1

Total årskostnad för kommunal primärvård, 2019–2025 (tusen kronor, indexjusterat)



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 2025 omräknade till 2025 års penningvärde enligt omsorgsprisindex (OPI).* Motsvarande utveckling över tid utifrån *löpande* priser redovisas i rapportens bilaga (diagram H2).

I en majoritet av kommunerna är kostnaden för kommunal primärvård större år 2025 än 2019 även när hänsyn tas till den generella prisutvecklingen.

I Kungälv syns en tydlig ökande trend under hela perioden, där kostnaden ökat med nära 27 procent sedan 2019 (motsvarade cirka 39 miljoner kronor). Även i några andra kommuner har kostnaderna ökat successivt under mätperioden, men mindre kraftigt, och i några fall har kostnaden också minskat under 2025. Ingen kommun uppvisar en (längre) minskande trend.

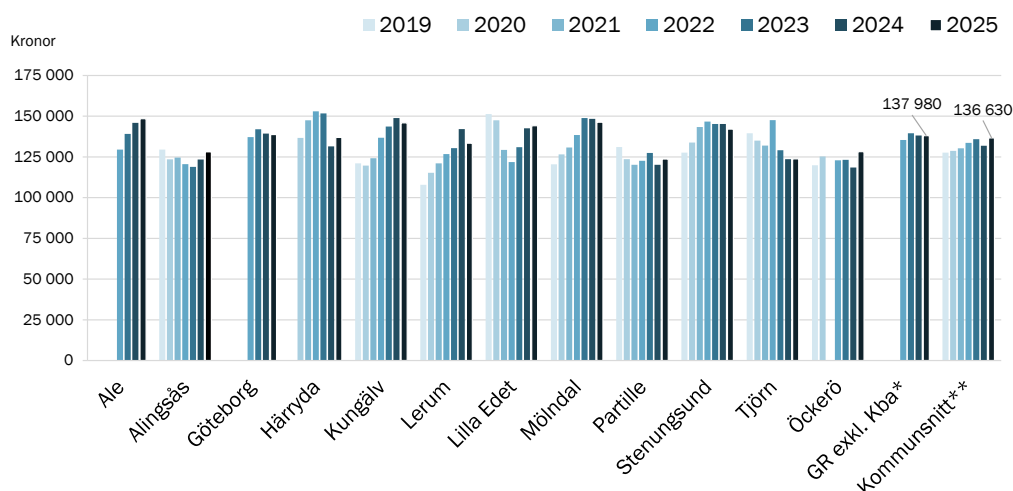
Att kostnaden i flera kommuner har ökat under perioden som helhet kan kopplas till de statsbidrag som kommunerna har erhållit i pandemins kölvatten. En annan förklaring är generellt högre personalkostnader, som särskilt påverkar personalintensiv verksamhet som exempelvis kommunal primärvård. Personalkostnaderna har generellt ökat fram till 2024 även när kostnaderna har indexjusterats. I arbetsgruppen vittnar flera representanter om att kommunerna under perioden 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.

* Omsorgsprisindex är framtaget av SKR i samarbete med Vård-företagarna och Sobona. Indexet 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. 2024 års kostnad har justerats med OPI för 2025: 3,6 procent (kostnaden multipliceras med 1,036). 2023 års kostnad har justerats med OPI för 2025 och 2024 (kostnaden multipliceras med $1,036 \cdot 1,050 = 1,078$). 2022 års kostnad har justerats med OPI för 2025, 2024 och 2023 etc. OPI för respektive år är: 2025: 3,6 procent; 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, 2019–2025 (kronor, indexjusterat)



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 2025 varierade den kostnaden i kommunerna mellan cirka 124 000 och cirka 148 000 kronor, en skillnad som uppgår till närmare 25 000 kronor. Skillnaden mellan högsta och lägsta kostnad är mindre 2025 än under perioden 2022–2024 (före 2022 saknas uppgifter för några kommuner). År 2025 var kostnaden högst i Ale och minst i Partille.

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 "kostnaden per patient" år 2025 nära 138 000 kronor. Det här är ett resultat som påverkas mer av en stor kommuns resultat (det vill säga särskilt Göteborg) än en mindre kommuns resultat. Ur ett verksamhetsperspektiv kan det för en kommun därför vara mer relevant att jämföra sig med en genomsnittlig kommun (där alla kommuners resultat väger lika mycket). Kostnaden för en genomsnittlig kommun uppgår år 2025 till cirka 136 600 kronor "per patient".

Kostnaden i genomsnittskommunen ökade successivt under mätperioden fram till 2023, följt av ett litet trendbrott 2024, för att 2025 ligga på ungefär samma nivå som 2023. Den genomsnittliga kostnaden sett till kommunerna sammantaget ökade mellan 2022 och 2023 och minskade något därefter, en utveckling som i hög grad speglar kostnadsutvecklingen i Göteborg.

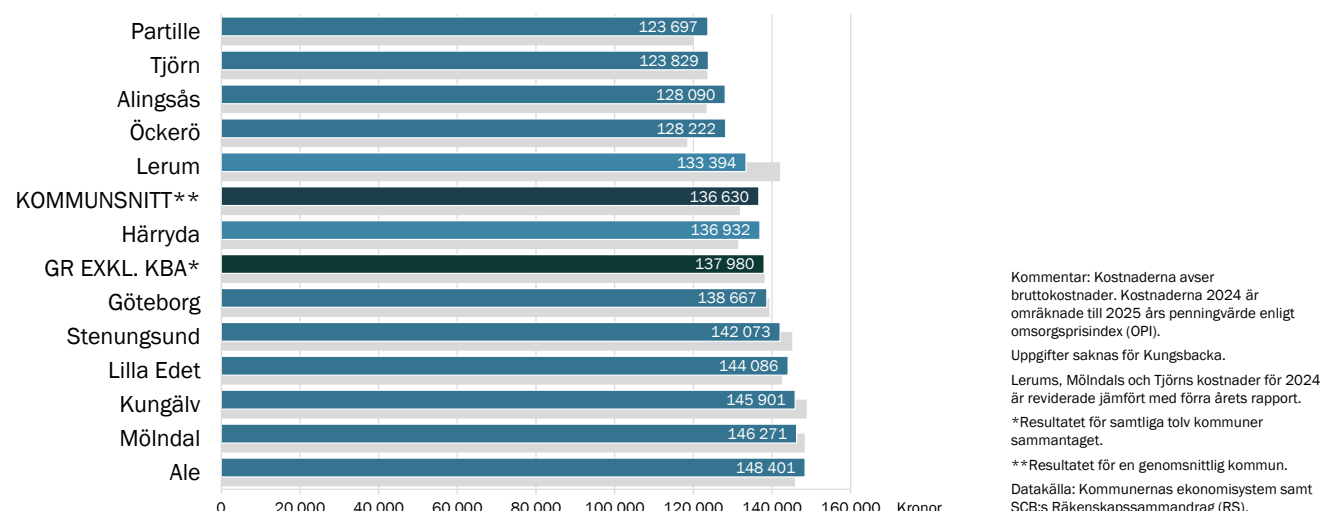
I de enskilda kommunerna varierar det om kostnaden per patient har gått upp eller ned under senare år. När det gäller den stora nedgången i Härryda år 2024 jämfört med 2023 kan den förklaras med en stor ökning av antalet patienter under 2024; den exakta kostnadsökningen är dock osäker på grund av osäkerhet i statistiken (se rapportens tabell A1). I Tjörn har andelen minskat successivt under mätperioden (bortsett från ett avvikande år), och en förklaring är att Tjörns antal patienter har ökat relativt mycket under perioden (se tabell A1).

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

* För en mer relevant jämförelse över tid är samtliga årskostnader före 2025 omräknade till 2025 års penningvärde enligt omsorgsprisindex (OPI). OPI är framtaget av SKR i samarbete med Vård-företagarna och Sobona. Indexet 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. 2024 års kostnad har justerats med OPI för 2025: 3,6 procent (kostnaden multipliceras med 1,036). 2023 års kostnad har justerats med OPI för 2025 och 2024 (kostnaden multipliceras med $1,036 \cdot 1,050 = 1,078$). 2022 års kostnad har justerats med OPI för 2025, 2024 och 2023 etc. OPI för respektive år är: 2025: 3,6 procent; 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, 2025 i jämförelse med 2024 (skuggad stapel)



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 2025 varierade den kostnaden i kommunerna mellan cirka 124 000 och cirka 148 000 kronor, en skillnad som uppgår till närmare 25 000 kronor. Skillnaden mellan högsta och lägsta kostnad är mindre 2025 än 2024.

År 2025 var kostnaden högst i Ale och minst i Partille.

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 "kostnaden per patient" år 2025 nära 138 000 kronor. Det här är ett resultat som påverkas mer av en stor kommuns resultat (det vill säga särskilt Göteborg) än en mindre kommuns resultat. Ur ett verksamhetsperspektiv kan det för en kommun därför vara mer relevant att jämföra sig med en genomsnittlig kommun (där alla kommuners resultat väger lika mycket). Kostnaden för en genomsnittlig kommun uppgår år 2025 till cirka 136 600 kronor "per patient".

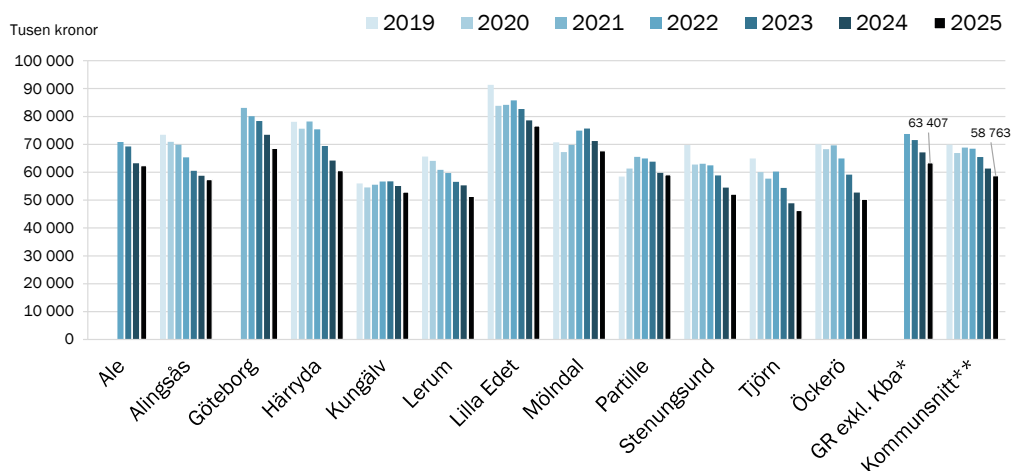
I de enskilda kommunerna varierar det om kostnaden per patient har gått upp eller ned jämfört med 2024. Störst skillnad syns i Lerum, där kostnaden minskat relativt mycket under 2025, och i Öckerö där den tvärtom ökat. Minskningen i Lerum kan relateras till ett ökat antal patienter mellan 2024 och 2025 (se rapportens tabell A1).

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

* För en mer relevant jämförelse över tid är samtliga årskostnader före 2025 omräknade till 2025 års penningvärde enligt omsorgsprisindex (OPI). OPI är framtaget av SKR i samarbete med Vård-företagarna och Sobona. Indexet 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. 2024 års kostnad har justerats med OPI för 2025: 3,6 procent (kostnaden multipliceras med 1,036). 2023 års kostnad har justerats med OPI för 2025 och 2024 (kostnaden multipliceras med $1,036 \cdot 1,050 = 1,078$). 2022 års kostnad har justerats med OPI för 2025, 2024 och 2023 etc. OPI för respektive år är: 2025: 3,6 procent; 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, 2019–2025 (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. Mölndals kostnad för 2024 är reviderad jämfört med förra årets rapport, och det gäller även Tjörns kostnader 2021–2024 och Lerums kostnader 2019–2024.

* Resultatet för samtliga tolv kommuner sammanlagt.

** Resultatet för en genomsnittlig kommun.

Datakälla: Kommunernas ekonomisystem samt SCB:s Räkenskapssammandrag (RS).

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 F2a 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 2025 varierade den kostnaden i kommunerna mellan drygt 46 000 och närmare 77 000 kronor, det vill säga med närmare 31 000 kronor. Kostnaden var högst i Lilla Edet och lägst i Tjörn (gällde även 2024 och 2023). Lilla Edets kostnad 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 "kostnaden per invånare 80 plus" år 2025 drygt 63 000 kronor. Det här är ett resultat som påverkas mer av en stor kommuns resultat (det vill säga särskilt Göteborg) än en mindre kommuns resultat. Ur ett verksamhetsperspektiv kan det för en kommun därför vara mer relevant att jämföra sig med en genomsnittlig kommun (där alla kommuners resultat väger lika mycket). Kostnaden för en genomsnittlig kommun uppgår år 2025 till drygt 58 000 kronor per invånare 80 plus.

Kommunernas kostnad för kommunal primärvård i relation till antalet invånare 80 år eller äldre har generellt minskat under mätperioden, oavsett vilket av de två genomsnitten som vi utgår från. Med utgångspunkt i kommungenomsnittet har kostnaden minskat med nära 17 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).

Den minskande trenden syns i de flesta kommunerna. I Kungälv, Mölndal och Partille har kostnaden per invånare minskat först under senare år, efter några år med ökande kostnader.

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* alltså en mer enhetlig bild av utvecklingen i kommunerna. Mot bakgrund av den parallella utvecklingen med generellt färre invånare 80 år eller äldre som tar emot insatser från kommunal primärvård (se diagram A2), pekar kostnadstrenden som relaterar till antalet invånare också i en annan riktning än när kostnaden relateras antalet patienter. Det tydligaste undantaget från det generella förhållandet gäller Tjörn, vars kostnader för kommunal primärvård har minskat över tid oavsett om kostnaden sätts i relation till antalet invånare eller antalet patienter. En förklaring är att Tjörns antal patienter har vuxit relativt

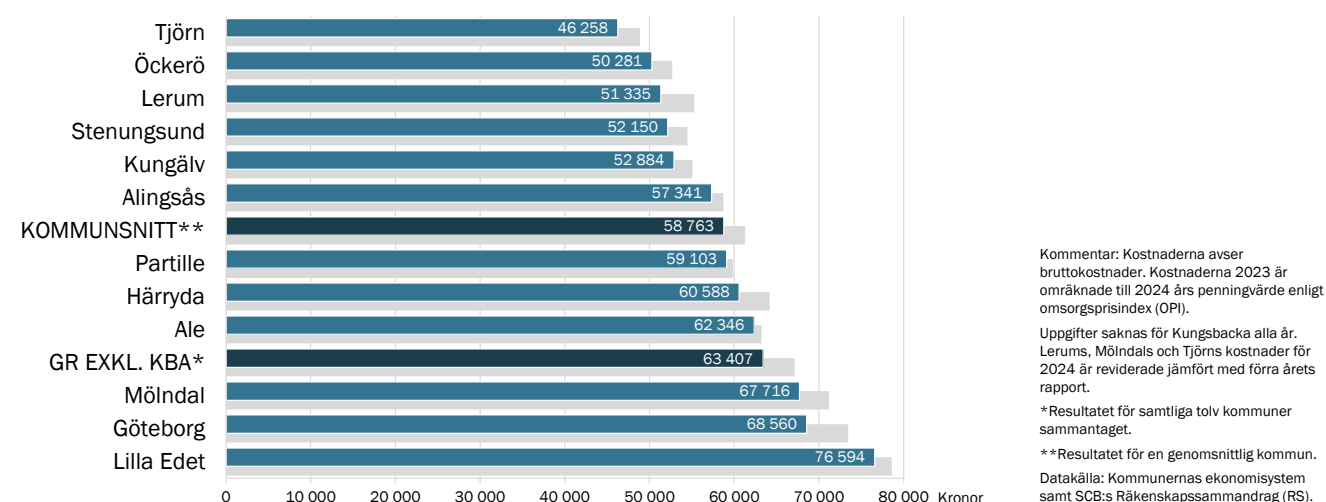
mycket under perioden (se tabell A1).

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

* För en mer relevant jämförelse över tid är samtliga årskostnader före 2025 omräknade till 2025 års penningvärde enligt omsorgsprisindex (OPI). OPI är framtaget av SKR i samarbete med Vård-företagarna och Sobona. Indexet 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. 2024 års kostnad har justerats med OPI för 2025: 3,6 procent (kostnaden multipliceras med 1,036). 2023 års kostnad har justerats med OPI för 2025 och 2024 (kostnaden multipliceras med $1,036 \cdot 1,050 = 1,078$). 2022 års kostnad har justerats med OPI för 2025, 2024 och 2023 etc. OPI för respektive år är: 2025: 3,6 procent; 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, 2025 i jämförelse med 2024 (skuggad stapel)



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 F2b 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 2025 varierade den kostnaden i kommunerna mellan cirka 46 000 och 72 000 kronor, det vill säga med cirka 30 000 kronor. Kostnaden var högst i Lilla Edet och lägst i Tjörn (gällde även 2024). Lilla Edets kostnad 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 "kostnaden per invånare 80 plus" år 2025 drygt 63 000 kronor. Det här är ett resultat som påverkas mer av en stor kommuns resultat (det vill säga särskilt Göteborg) än en mindre kommuns resultat. Ur ett verksamhetsperspektiv kan det för en kommun därför vara mer relevant att jämföra sig med en genomsnittlig kommun (där alla kommuners resultat väger lika mycket). Kostnaden för en genomsnittlig kommun uppgår år 2025 till närmare 59 000 kronor per invånare 80 plus.

Kommunernas kostnad för kommunal primärvård i relation till antalet invånare 80 år eller äldre har genomgående minskat under 2025. Med utgångspunkt i kommunegenomsnittet har kostnaden minskat med 4,3 procent jämfört med 2024, och med 5,9 procent sett till de tolv kommunerna sammantaget. En förklaring till nedgången är att antalet äldre invånare har ökat i kommunerna mellan 2024 och 2025 (se även diagram G1 över andelen invånare 80 år eller äldre över tid).

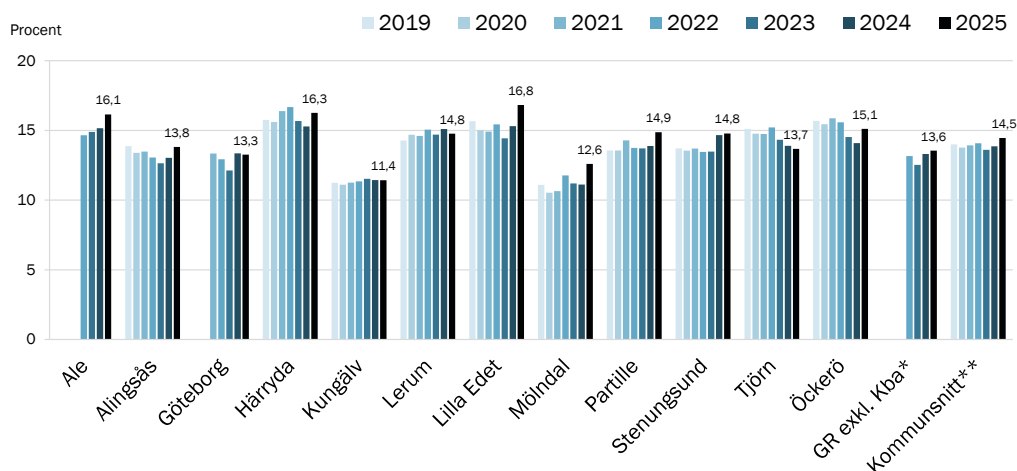
Jämfört med förändringen av kostnaden i relation till *antalet patienter* (se diagram F2a), ger det här måttet som beskriver kostnadsutvecklingen i relation till *antalet äldre invånare* alltså en mer enhetlig bild av förändringen i kommunerna.

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

* För en mer relevant jämförelse över tid är årskostnaderna för 2024 omräknade till 2025 års penningvärde enligt omsorgsprisindex (OPI). OPI är framtaget av SKR i samarbete med Vård-företagarna och Sobona. Indexet 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. 2024 års kostnad har justerats med OPI för 2025: 3,6 procent (kostnaden multipliceras med 1,036).

Diagram F4

Kommunal primärvård som andel av total kostnad för omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning, 2019–2025



Kommentar: Kostnaderna avser brutto-kostnader och anges i löpande priser.
Uppgifter saknas för Kungsbacka alla år samt för Göteborg 2019–2020, Ale 2019–2021. Mölnålds kostnad för 2024 är reviderad jämfört med förra årets rapport, och det gäller även Tjörns kostnader 2021–2024 och Lerums kostnader 2019–2024.
*Resultatet för samtliga tolv kommuner sammantaget.
**Resultatet för en genomsnittlig kommun.
Datakälla: Kommunernas ekonomisystem samt SCB:s Räkenskapssammandrag (RS). Bearbetning GR, FoU i Väst.

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 har kommunernas kostnader för kommunal primärvård relaterats till andra kostnader i kommunen.

Sett till Göteborgsregionen sammantaget (exklusive Kungsbacka) beräknas kostnaderna för den kommunala primärvården år 2025 utgöra 13,6 procent av kommunernas totala kostnad för omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning.* Det här är ett resultat som påverkas mer av en stor kommuns resultat (det vill säga särskilt Göteborg) än en mindre kommuns resultat. Ur ett verksamhetsperspektiv kan det för en kommun därför vara mer relevant att jämföra sig med en genomsnittlig kommun (där alla kommuners resultat väger lika mycket). Kommungenomsnittet för år 2025 är 14,5 procent. Inom Göteborgsregionen varierar kostnadsandelen för kommunal primärvård mellan 11,4 och 16,8 procent.**

Kostnadsandelen är minst i Kungälv, där andelen varit relativt liten under hela mätperioden. Andelen är högst i Lilla Edet.

Utvecklingen i kommunerna varierar, men i flera kommuner har andelen ökat under 2025. Sett till resultatet för GR-kommunerna sammantaget är också andelen 2025 något större än 2024 men tydligast jämfört med 2023.

Sett till hela mätperioden 2019–2025 har dock andelen i genomsnittskommunen legat tämligen stabilt, mellan 13,6 och 14,5 procent.

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:

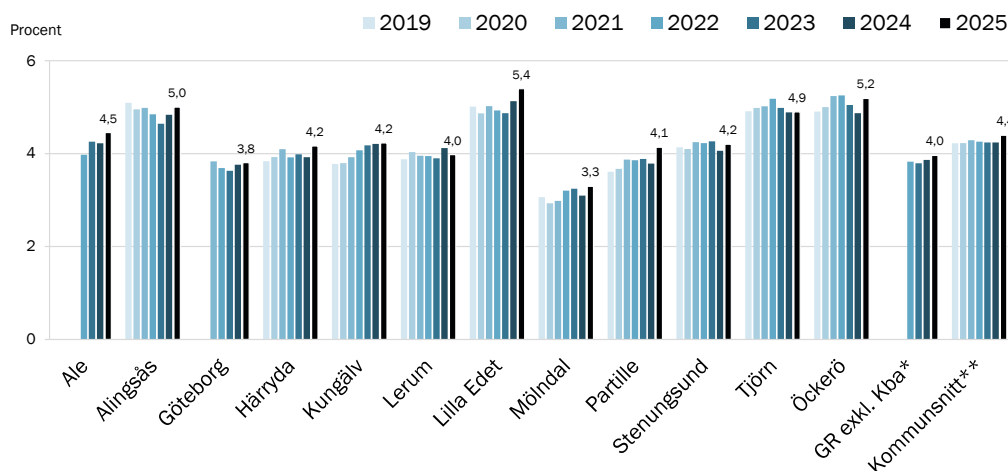
- Vård och omsorg om äldre
- Insatser till personer med funktionsnedsättning (ej LSS/SFB)
- Insatser enligt LSS/SFB (Lagen omlagen om stöd och service till vissa funktionshindrade respektive Socialförsäkringsbalken).

Datakälla: SCB:s statistikdatabas, [Bruttokostnad i tkr, löpande priser efter verksamhetsområde, region 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, 2019–2025



Kommentar: Kostnaderna avser bruttokostnader och anges i löpande priser.

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

Uppgifter saknas för Kungsbacka alla år samt för Göteborg 2019–2020, Ale 2019–2021. Mölndals kostnad för 2024 är reviderad jämfört med förra årets rapport, och det gäller även Tjörns kostnader 2021–2024 och Lerums kostnader 2019–2024.

*Resultatet för samtliga tolv kommuner sammantaget.

**Resultatet för en genomsnittlig kommun.

Datakälla: Kommunernas ekonomisystem samt SCB:s Räkenskapssammandrag (RS). Stenungsund har korrigerat sina RS-uppgifter 2019–2023 lokalt. Bearbetning GR, FoU i Väst.



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 har kommunernas kostnader för kommunal primärvård relaterats till andra kostnader i kommunen.

Sett till Göteborgsregionen sammantaget (exklusive Kungsbacka) beräknas kostnaderna för den kommunala primärvården år 2025 utgöra 4,0 procent av kommunernas samtliga kostnader.* Det här är ett resultat som påverkas mer av en stor kommuns resultat (det vill säga särskilt Göteborg) än en mindre kommuns resultat. Ur ett verksamhetsperspektiv kan det för en kommun därför vara mer relevant att jämföra sig med en genomsnittlig kommun (där alla kommuners resultat väger lika mycket). Kommunengenomsnittet för år 2025 är 4,4 procent.

Inom Göteborgsregionen varierar kostnadsandelen för kommunal primärvård i relation till kommunens samtliga kostnader mellan 3,3 och 5,4 procent.

I Göteborgsregionens minsta kommuner – Lilla Edet, Tjörn och Öckerö – står den kommunala primärvården för en relativt stor 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 också väsentligt större än i övriga kommuner, vilket rimligen är en bidragande faktor. Även i Alingsås är kostnadsandelen relativt stor (5,0 procent), och även i denna kommun är andelen invånare 80 år eller äldre relativt stor (tredje störst i Göteborgsregionen).

Befolkningens ålderssammansättning i Lilla Edet utmärker sig inte på samma sätt. Här kan en möjlig förklaring i stället handla om en generellt sämre folkhälsa jämfört med övriga kommuner**, 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 (2025: 3,3 procent), och så har det varit under hela mätperioden.

Utvecklingen över tid varierar i kommunerna men i de flesta kommunerna är kostnadsandelen större 2025 än 2024, vilket också avspeglas i kommunengenomsnittet, som har legat stabilt fram till 2025 då det ökar. I Kungälv och Partille har det skett en mer successiv ökning under hela perioden.

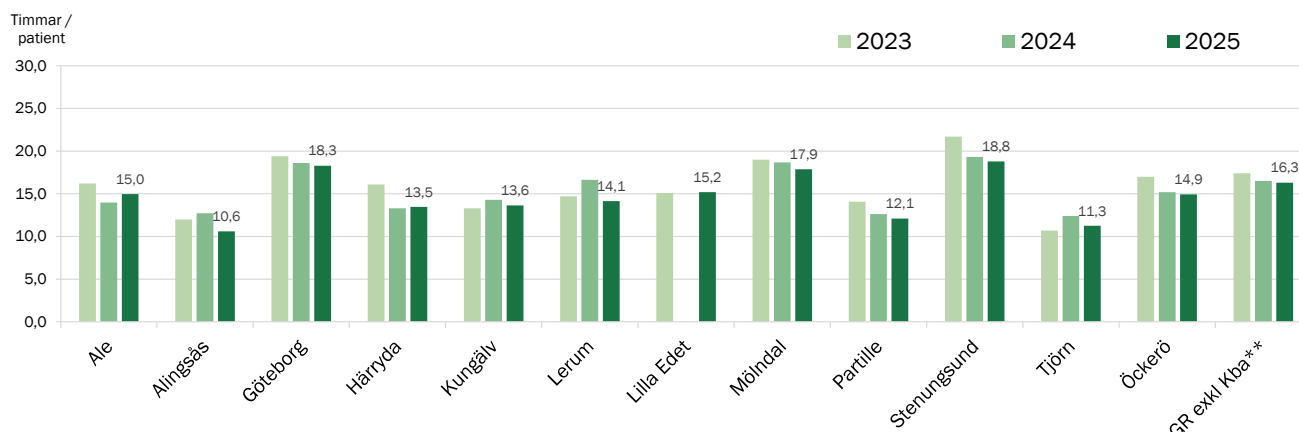
Se även diagram F4, där kostnaden beskrivs i relation till kommunens totala kostnad för omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning.

* 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 verksamhetsområde, region och år. PxWeb](#)

** Se t.ex. Folkhälsomyndighetens "faktablad" med indikatorer på kommunnivå; <https://www.folkhalsomyndigheten.se/faktablad/karnindikatorer/>

Diagram F6a

Arbetade timmar av legitimerad personal under september* månad fördelat på antal patienter som fick insats i kommunal primärvård samma månad



Kommentar: Avser tid utförd av månadsanställda och timavlönade anställda i kommunen under en 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.

* Mätmånad för 2025 är september; tidigare år oktober. I Härryda avser resultaten för 2023 november månad. Göteborgs arbetstid för sjuksköterskor omfattar inhyrd personal (ej aktuellt för övriga kommuner). Lilla Edet saknar uppgift för 2024.

** Lilla Edet ingår inte 2024.

Datakälla: Kommunernas egen statistik. Arbetad tid är insamlad genom arbetsgrupp Nyckeltal Personahälsa. Antalet patienter 2025 har erhållits av Socialstyrelsen 2025-12-17 (Mölndals har justerats genom att exkludera patienter i privat regi); tidigare års antal har samlats in genom arbetsgrupp Nyckeltal Kommunal primärvård vård.



Det arbetade antalet timmar av legitimerad personal fördelat på antalet patienter som fått minst en insats under samma månad har generellt minskat sedan 2023: från 17,4 till 16,3 timmar sett till kommunerna sammantaget, det vill säga med lite drygt en timme.

Tiden skiljer stort mellan kommunerna: från 10,6 timmar i Alingsås till 18,8 timmar i Stenungsund. Stenungsund har legat högst samtliga tre mätår.

Även utvecklingen över tid skiljer sig åt mellan kommunerna. Men även om den generellt minskade arbetstiden i förhållande till antalet patienter inte gäller i alla kommuner är tiden inte i någon kommun längre 2025 än både 2023 och 2024. I Lilla Edets fall är tiden något längre 2025 än 2023, men uppgift saknas för 2024.

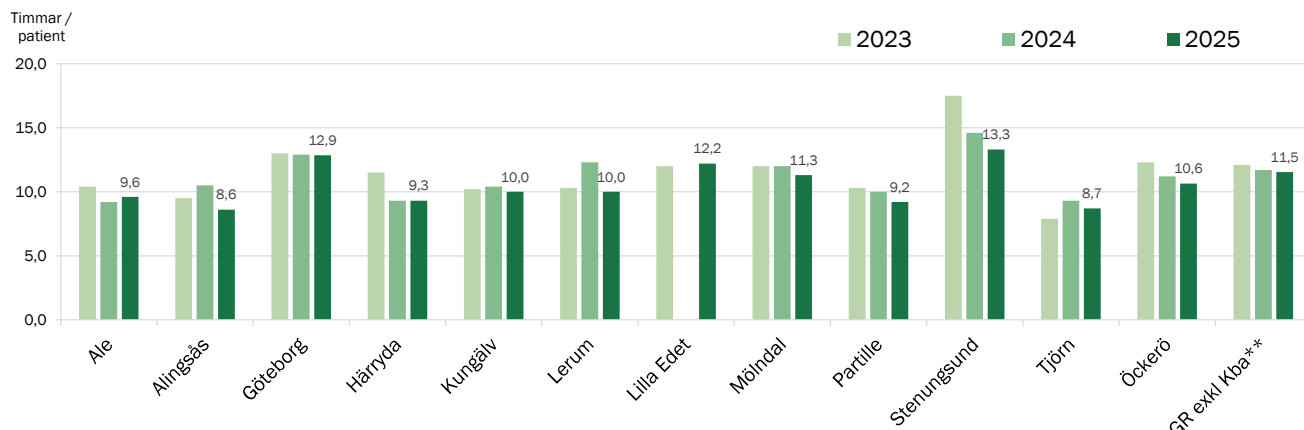
Observera att nyckeltalet inte redovisar direkt patienttid utan all arbetstid för legitimerad personal fördelat på antal patienter som fick minst en insats under en månad. Skillnaderna mellan kommunerna betyder alltså inte nödvändigtvis att patienter i Stenungsunds kommun har bättre tillgång till legitimerad personal än patienter i övriga kommuner. Organiseringen av arbetet har stor betydelse. Exempelvis påverkas patienttiden av hur många insatser som fördelas till omsorgspersonalen att utföra, 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. En semester, tjänstledighet, sjukskrivning eller återrehabilitering till arbete kan få stor betydelse för resultatet, i synnerhet för arbetsterapeuter och fysioterapeuter 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 personalresurser i relation till antal patienter. Nyckeltalet är beräknat genom att ställa arbetad tid utförd av månadsanställda och timavlönade anställda i kommunen (egen regi) under en 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. Följande så kallade AID-koder ingår för den legitimerade personalen: 206011; 206012; 206014; 206021; 206023; 206090 (sjuksköterskor); 301010 (arbetsterapeuter); 301011 (fysioterapeuter/sjukgymnaster).

Diagram F6a

Arbetade timmar av sjuksköterskor under september* månad fördelat på antal patienter som fick insats i kommunal primärvård samma månad



Kommentar: Avser tid utförd av månadsanställda och timavlönade anställda i kommunen under en 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.

* Mätmånad för 2025 är september; tidigare år oktober. I Härryda avser resultaten för 2023 november månad. Göteborgs arbetstid för sjuksköterskor omfattar inhyrd personal (ej aktuellt för övriga kommuner). Lilla Edet saknar uppgift för 2024.

** Lilla Edet ingår inte 2024.

Datakälla: Kommunernas egen statistik. Arbetad tid är insamlad genom arbetsgrupp Nyckeltal Personahälsa. Antalet patienter 2025 har erhållits av Socialstyrelsen 2025-12-17 (Mölndals har justerats genom att exkludera patienter i privat regi); tidigare års antal har samlats in genom arbetsgrupp Nyckeltal Kommunal primärvård vård.



Det arbetade antalet timmar av sjuksköterskor fördelat på antalet patienter som fått minst en insats under samma månad har generellt minskat något sedan 2023: från 12,0 till 11,5 timmar sett till kommunerna sammantaget.

Tiden skiljer stort mellan kommunerna: från 8,6 timmar i Alingsås till 13,3 timmar i Stenungsund. Stenungsund har legat högst samtliga tre mätår.

Även utvecklingen över tid skiljer sig åt mellan kommunerna. Men även om den generellt minskade arbetstiden för sjuksköterskor i förhållande till antalet patienter inte gäller i alla kommuner är tiden inte i någon kommun längre 2025 än både 2023 och 2024. I Lilla Edets fall är tiden något längre 2025 än 2023, men uppgift saknas för 2024.

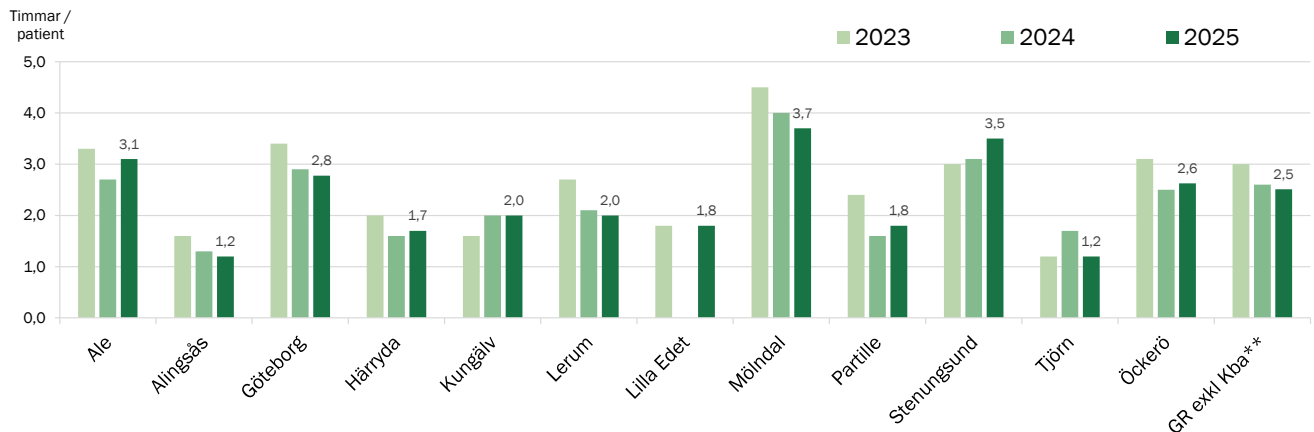
Observera att nyckeltalet inte redovisar direkt patienttid utan all arbetstid för sjuksköterskor fördelat på antal patienter som fick minst en insats under en månad. Skillnaderna mellan kommunerna betyder alltså inte nödvändigtvis att patienter i Stenungsunds kommun har bättre tillgång till en sjuksköterska än patienter i övriga kommuner. Organiseringen av arbetet har stor betydelse. Exempelvis påverkas patienttiden av hur många insatser som fördelas till omsorgspersonalen att utföra, 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. En semester, tjänstledighet, sjukskrivning eller återrehabilitering till arbete kan få stor betydelse för resultatet. 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 personalresurser i relation till antal patienter. Nyckeltalet är beräknat genom att ställa arbetad tid utförd av månadsanställda och timavlönade anställda i kommunen (egen regi) under en 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. Sjuksköterskor avser de så kallade AID-koderna 206011; 206012; 206014; 206021; 206023; 206090.

Diagram F6a

Arbetade timmar av arbetsterapeuter under september* månad fördelat på antal patienter som fick insats i kommunal primärvård samma månad



Kommentar: Avser tid utförd av månadsanställda och timavlönade anställda i kommunen under en 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.

* Mätmånad för 2025 är september; tidigare år oktober. I Härryda avser resultaten för 2023 november månad. Göteborgs arbetstid för sjuksköterskor omfattar inhyrd personal (ej aktuellt för övriga kommuner). Lilla Edet saknar uppgift för 2024.

** Lilla Edet ingår inte 2024.

Datakälla: Kommunernas egen statistik. Arbetad tid är insamlad genom arbetsgrupp Nyckeltal Personhälsa. Antalet patienter 2025 har erhållits av Socialstyrelsen 2025-12-17 (Mölndals har justerats genom att exkludera patienter i privat regi); tidigare års antal har samlats in genom arbetsgrupp Nyckeltal Kommunal primärvård vård.

Det arbetade antalet timmar av arbetsterapeuter fördelat på antalet patienter som fått minst en insats under samma månad har generellt minskat något sedan 2023: från 3,0 till 2,5 timmar sett till kommunerna sammantaget.

Tiden skiljer stort mellan kommunerna: från 1,2 timmar i Alingsås och Tjörn till 3,7 timmar i Mölndal. Mölndal har legat högst samtliga tre mätår.

Även utvecklingen över tid skiljer sig åt mellan kommunerna. Den generellt minskade arbetstiden för arbetsterapeuter i förhållande till antalet patienter gäller inte i alla kommuner. I Stenungsund och Kungälv har tiden tvärtom ökat sedan 2023.

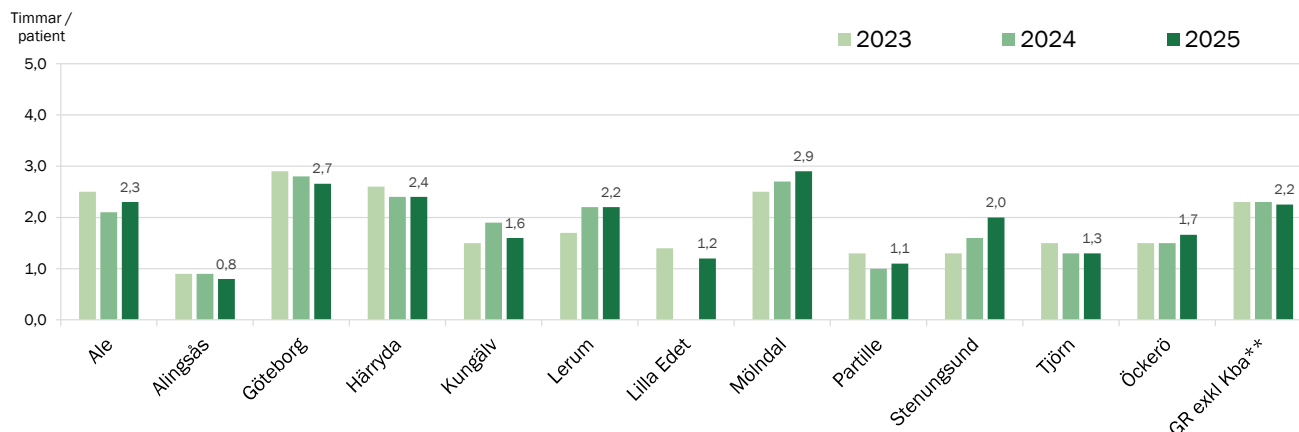
Observera att nyckeltalet inte redovisar direkt patienttid utan all arbetstid för arbetsterapeuter fördelat på antal patienter som fick minst en insats under en månad. Skillnaderna mellan kommunerna betyder alltså inte nödvändigtvis att patienter i Mölndals stad har bättre tillgång till en arbetsterapeut än patienter i övriga kommuner. Organiseringen av arbetet har stor betydelse. Exempelvis påverkas patienttiden av hur många insatser som fördelas till omsorgspersonalen att utföra, 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. En semester, tjänstledighet, sjukskrivning eller återrehabilitering till arbete kan få stor betydelse för resultatet, i synnerhet för arbetsterapeuter och fysioterapeuter 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 personalresurser i relation till antal patienter. Nyckeltalet är beräknat genom att ställa arbetad tid utförd av månadsanställda och timavlönade anställda i kommunen (egen regi) under en 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. Arbetsterapeuter avser så kallad AID-kod 301010.

Diagram F6b

Arbetade timmar av fysioterapeuter/sjukgymnaster under september* månad fördelat på antal patienter som fick insats i kommunal primärvård samma månad



Kommentar: Avser tid utförd av månadsanställda och timavlönade anställda i kommunen under en 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.

* Mätmånad för 2025 är september; tidigare år oktober. I Härryda avser resultaten för 2023 november månad. Göteborgs arbetstid för sjuksköterskor omfattar inhyrd personal (ej aktuellt för övriga kommuner). Lilla Edet saknar uppgift för 2024.

** Lilla Edet ingår inte 2024.

Datakälla: Kommunernas egen statistik. Arbetad tid är insamlad genom arbetsgrupp Nyckeltal Personhälsa. Antalet patienter 2025 har erhållits av Socialstyrelsen 2025-12-17 (Mölndals har justerats genom att exkludera patienter i privat regi); tidigare års antal har samlats in genom arbetsgrupp Nyckeltal Kommunal primärvård vård.



Det arbetade antalet timmar av fysioterapeuter/sjukgymnaster fördelat på antalet patienter som fått minst en insats under samma månad har legat förhållandevis stabilt under 2023–2025 sett till kommunerna sammantaget, mellan 2,2 och 2,3 timmar.

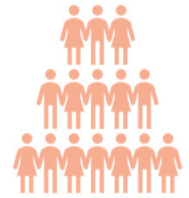
Tiden skiljer däremot stort mellan kommunerna: från 0,8 timmar i Alingsås till 2,9 timmar i Mölndal.

Även utvecklingen över tid skiljer sig åt mellan kommunerna. Medan tiden i Mölndal och Stenungsund har ökat de två senaste åren gäller det omvända i Göteborg där tiden minskat något.

Observera att nyckeltalet inte redovisar direkt patienttid utan all arbetstid för fysioterapeuter/sjukgymnaster fördelat på antal patienter som fick minst en insats under en månad. Skillnaderna mellan kommunerna betyder alltså inte nödvändigtvis att patienter i Mölndals stad har bättre tillgång till en fysioterapeut/sjukgymnast än patienter i övriga kommuner. Organiseringen av arbetet har stor betydelse. Exempelvis påverkas patienttiden av hur många insatser som fördelas till omsorgspersonalen att utföra, 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. En 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.

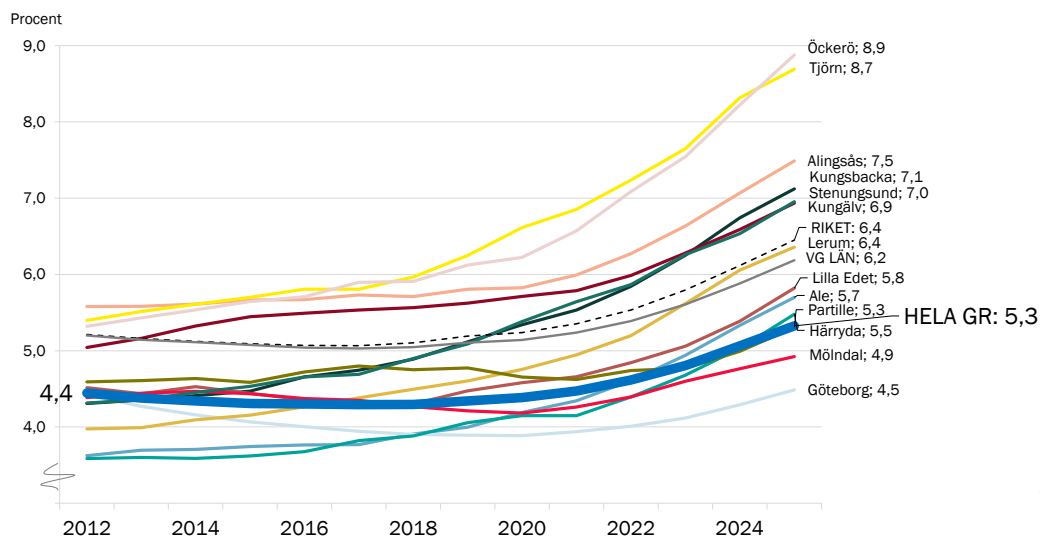
Syftet med måttet är att få en bild av personalresurser i relation till antal patienter. Nyckeltalet är beräknat genom att ställa arbetad tid utförd av månadsanställda och timavlönade anställda i kommunen (egen regi) under en månad, inklusive fyllnadstid och övertid (men exklusive semestertid) i relation till antal personer som fick minst en insats i kommunal primärvård under samma månad, där kommunens legitimerade personal har ansvar för vården. Fysioterapeuter/sjukgymnaster avser så kallad AID-kod 301011.



G. Bakgrundsmått

Diagram G1

Andel av befolkningen som är 80 år eller äldre, 2010–2025

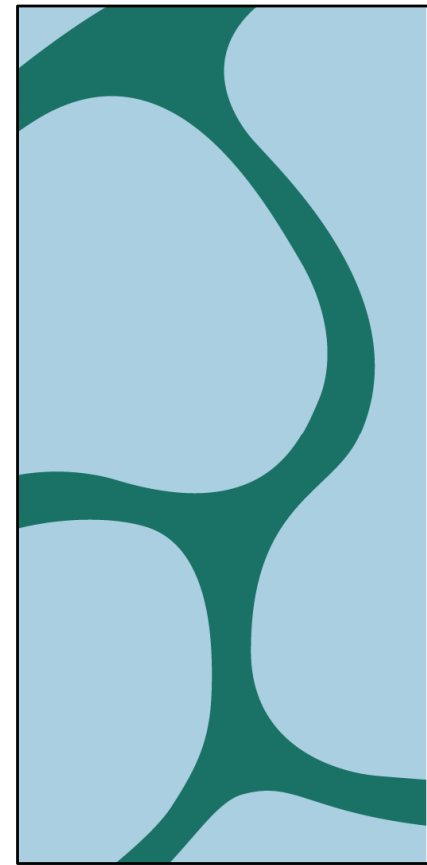


Livslängden i Sverige har ökat under en längre tid och andelen som har fyllt 80 år är i dag väsentligt större än för några decennier sedan. I Sverige som helhet utgjorde denna åldersgrupp 6,4 procent år 2025 mot 2,4 procent 1971. Andelen har alltså mer än fördubblats på 50 år (ökat med en faktor 2,67). 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 2025 är andelen 4,5 procent. Sedan 2017 är andelen störst i Tjörn och Öckerö; 2025 är den allra störst i Öckerö, 8,9 procent, tätt följd av Tjörns andel på 8,7 procent. Medan andelen invånare fyllda 80 år i Göteborg ännu är lite mindre jämfört med längre tillbaka i tiden (4,6 mot 4,4 procent år 2012) 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 2024 och 2025 har andelen ökat i alla kommunerna; ökningen varierar mellan 3,3 och 8,9 procent. Ökningen är allra störst i Härryda (8,9 procent), följt av Lilla Edet (8,1) och Öckerö (8,0). I Göteborgsregionen som helhet har andelen 80 år och äldre ökat med 5,2 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.



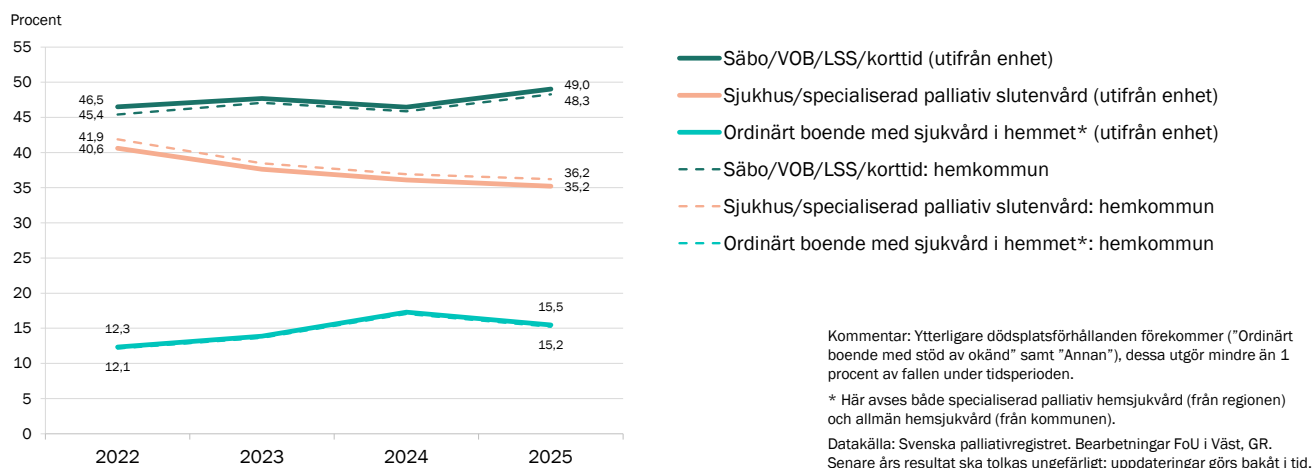
Bilaga 3

– Komplement till avsnitt A

Svenska palliativregistrets uppgifter om väntade dödsfall

Diagram H1

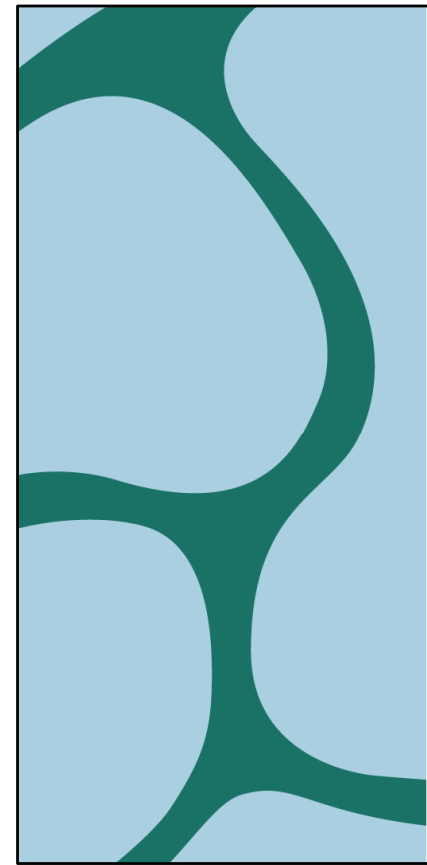
Andel av väntade dödsfall som skett på särskilt boende, ordinärt boende med sjukvård i hemmet respektive sjukhus, hela Göteborgsregionen 2022–2025 – utifrån rapporterande enhet jämfört med folkbokföringskommun



I Svenska palliativregistret* registreras typen av dödsplats med möjlighet att avgränsa uppgifterna till personer med ett "väntat dödsfall" (en bedömning som görs av den legitimerade vårdpersonalen utifrån sjukdomshistorien). Utifrån omställningen till en nära vård är det rimligt att förvänta sig att fler väntade dödsfall sker i hemmet eller på någon typ av särskilt boende. Det visar sig också vara fallet inom både Göteborgsregionen och länet som helhet. Detta redovisas i rapportens diagram A5, där uppgifterna för Göteborgsregionen respektive länet baseras på var inrapporterande enhet är belägen.

Göteborgsregionen har våren 2026 fått tillgång till uppgifter för 2022–2025 som gör det möjligt att även beskriva utvecklingen utifrån personernas folkbokföringskommun. Därmed är det möjligt att jämföra utvecklingen i olika kommuner utan att resultaten direkt påverkas av tillgången till olika typer av vårdgivare.

För Göteborgsregionen sammantaget är utvecklingen på det stora hela densamma oavsett om statistiken utgår från inrapporterande enhet (heldragna linjer) eller folkbokföringskommun (streckade linjer). Med utgångspunkt i folkbokföringskommun är andelen som vårdas på sjukhus något större, men skillnaden uppgår inte till mer än cirka 1 procentenhet (mellan 0,8 och 1,3 procentenheter respektive år).

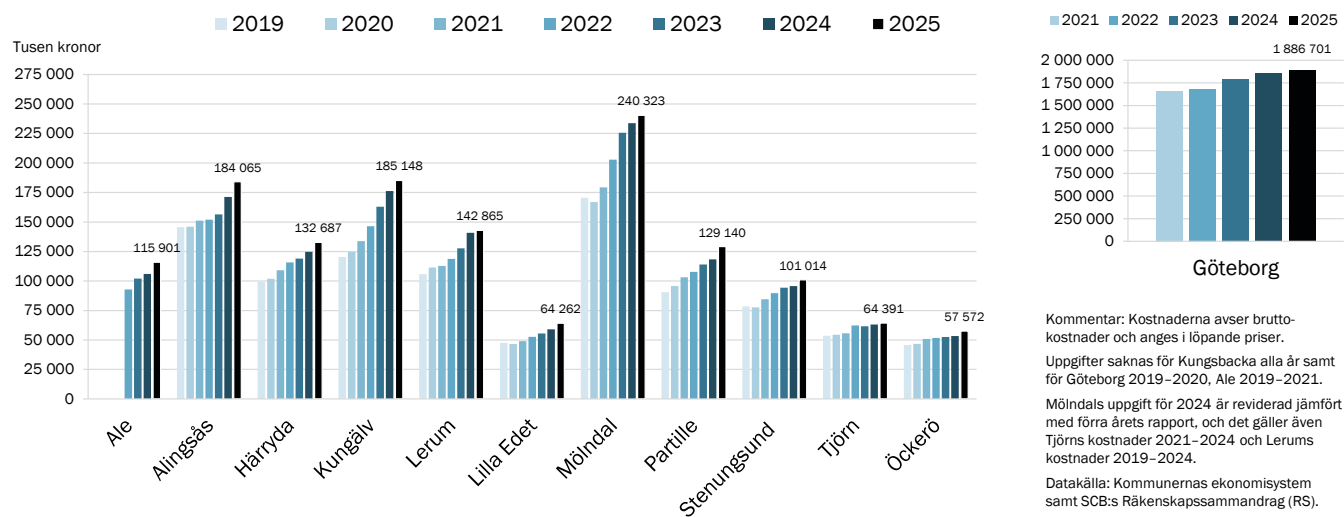


Bilaga 4

– Komplement till avsnitt F

Kostnader i löpande priser samt beräkningsmallar

Total årskostnad för kommunal primärvård, 2019–2025, löpande priser (tusen kronor)



Tabell B1a **Mall för beräkning av den kommunala primärvårdens kostnader 2025 (tkr)**

Utfall 2025	Ale	Alingsås	Göteborg	Härryda	Kungälv	Lerum	Lilla Edet	Mölnadal	Partille	Stenungsund	Tjörn	Öckerö	GR exkl. Kunesbacka
Kostnader för kommunal hälso- och sjukvård ¹													
varav personal ²	42 459	80 965	804 246	47 764	65 137	63 019	31 536	75 149	54 269	45 125	26 633	24 243	1 360 545
varav inhyrd personal ³	0	0	22 395	1441	582	933	240	0	0	1 905	89	0	27 585
varav lokalhyror ⁴	1 650	1 659	29 649	1 891	1 280	1 531	757	2 187	1 786	678	692	257	44 017
varav tekniska hjälpmedel	4 268	6 907	58 131	3 432	6 232	5 661	2 434	1 172	4 849	3 462	2 501	2 531	101 580
varav lab.materiäl, läkemedel, sjukvårdsartiklar ⁵	667	5 492	15 606	2 443	3 574	2 163	794	5 420	2 699	2 075	1 599	1 092	43 624
varav fordon och varustransporter ⁶	1 335	3 903	29 276	1 598	2 216	2 074	443	3 799	1 630	1 128	1 182	712	49 296
varav IT, datorer och telefoni ⁷	741	2 212	14 743	1048	1 481	813	562	2 015	749	243	1 123	552	26 282
varav övriga kostnader ⁸	865	836	22 068	1 775	593	2 653	1 854	10 612	1 369	993	1 155	779	45 552
Köpt vård ⁹	1 660	6 701	308 494	13 341	25 409	12 769	1 184	44 322	7 099	2 413	3 314	517	427 224
Delegerad hälso- och sjukvård ¹⁰	54 631	64 022	441 431	51 987	67 762	43 365	19 174	82 888	47 046	36 611	21 212	23 454	953 583
Bruttokostnader exklusive OH	108 276	172 697	1 746 039	126 721	174 266	134 981	58 978	227 564	121 496	94 633	59 500	54 137	3 079 288
OH: enhetsnivå (inom förvaltning) ¹¹	1 662	6 763	125 095	2 551	3 895	2 824	1 886	7 984	2 467	1 870	2 460	1 857	161 314
OH: kommunövergripande (baserat på SCB-nyckeln framräknad i andra mallen)	5 963	4 605	15 567	3 415	6 987	5 060	3 398	4 775	5 177	4 511	2 431	1 578	63 468
Kostnader totalt (inkl. OH)	115 901	184 065	1 886 701	132 687	185 148	142 865	64 262	240 323	129 140	101 014	64 391	57 572	3 304 070
Kostnader totalt=rad 16 (prjusteras när 2026 redovisas)	115 901	184 065	1 886 701	132 687	185 148	142 865	64 262	240 323	129 140	101 014	64 391	57 572	3 304 070
Antal personer som någon gång var mottagare av KPV 2025	781	1 437	13 606	969	1 269	1 071	446	1 643	1 044	711	520	449	23 946
Kostnad per patient	148,4	128,1	138,7	136,9	145,9	133,4	144,1	146,3	123,7	142,1	123,8	128,2	138,0
Kostnad egenproducerad KPV per patient	76,3	78,9	83,5	69,5	72,5	81,0	98,4	68,8	71,8	87,2	76,7	74,8	80,3
Kostnad delegerad hälso- och sjukvård per patient	69,9	44,6	32,4	53,7	53,4	40,5	43,0	50,4	45,1	51,5	40,8	52,2	39,8
Antal invånare 80 år eller äldre år 2025 (SCB)	1 859	3 210	27 519	2 190	3 501	2 783	839	3 549	2 185	1 937	1 392	1 145	52 109
Kostnad per invånare 80 år eller äldre	62,3	57,3	68,6	60,6	52,9	51,3	76,6	67,7	59,1	52,1	46,3	50,3	63,4
Bruttokostnad omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning (RS, löpande priser)	717 683	1 331 450	14 231 334	816 319	1 620 380	967 326	381 978	1 907 529	868 246	683 637	470 795	380 895	24 377 572
Andel kostnad KHSV av total kostnad omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning (löpande priser)	16,1%	13,8%	13,3%	16,3%	11,4%	14,8%	16,8%	12,6%	14,9%	14,8%	13,7%	15,1%	13,6%
Kommunens totala kostnader ("Summa egentlig verksamhet", RS, löpande priser)	2 602 795	3 678 142	49 564 710	3 186 532	4 375 663	3 591 188	1 190 753	7 292 660	3 120 971	2 404 018	1 314 824	1 109 610	83 431 866
Andel kostnad KHSV av kommunens totala kostnader (löpande priser)	4,5%	5,0%	3,8%	4,2%	4,2%	4,0%	5,4%	3,3%	4,1%	4,2%	4,9%	5,2%	4,0%

Arbetsgruppens kommunrepresentanter fyller i gulmarkerade celler. Övriga rader fylls i med automatik när respektive kommunflik (se nästa sida) är ifylld eller fylls i av GR. Övriga anvisningar som följer med mallen:

OBSERVERA att tabellen avser bruttokostnader, aldrig intäkter.

Om "OH-kostnader" läggs in i raderna ovan behöver dessa kostnader räknas bort i OH-fliken 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.

¹¹ Här ingår bruttokostnader (andel som kopplas till HSV) för bland annat: sektorchef, HSV vht-chef, MAS m.m, som ligger utanför verksamheten.

Tabell B1b

Mall för beräkning av köpt vård och delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser. Exempel från Ale kommun 2025

OBS: Fyll endast gulmarkerade celler i kolumn I samt uppdatera eventuell kommentar i kolumn Q.

Köpt vård ²	Andel som utgörs av HSL enligt schablon ¹	Total kostnad köpt vård (tkr)				Kostnad HSL köpt vård			
		2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025
SÄBO 65+	20,7%	0	0	0	0	0	0	0	0
Korttidsboende/korttidsvård 65+	25,1%	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospice	25,1%	56	39	35	0	14	10	9	0
Utskrivningsklara	25,1%	1 075	391	1 733	23	270	98	435	6
LSS-boende vuxna	10,1%	14 054	13 481	10 995	5 662	1 419	1 362	1 110	572
LSS-boende barn och unga	5,0%	7 505	9 036	11 010	9 666	375	452	551	483
Korttidsboende/korttidsvård funktionsnedsättning (ej LSS)	24,0%	0	0	0	1 339	0	0	0	321
Särskilt boende funktionsnedsättning (ej LSS)	14,4%	913	853	917	1 930	131	123	132	278
Summa kostnad HSL i köpt vård		23 603	23 799	24 690	18 620	2 210	2 044	2 237	1 660
Delegerad HSL		Total kostnad delegerad HSL (tkr)				Kostnad HSL köpt vård			
		2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025
Delegerad HSL hemtjänst (inkl. privat regi/LOV) ³	100%	13 172	13 140	14 456	21 083	13 172	13 140	14 456	21 083
Totalkostnad SÄBO egen regi ⁴	11%	178 977	197 534	205 650	208 135	19 687	21 729	22 622	22 895
Totalkostnad korttidsboende/hospice egen regi ⁴	12%	29 413	28 784	24 991	26 574	3 530	3 454	2 999	3 189
Totalkostnad boende enligt LSS egen regi ⁴	5%	87 816	154 716	149 126	149 283	4 391	7 736	7 456	7 464
Summa kostnad delegerad HSL		309 378	394 174	394 223	405 075	40 780	46 059	47 533	54 631

¹ Procentsatser baseras på Ensolutions beräkningar för 2019. Källa: Ensolution (2021) Utveckling av kommunal hälso- och sjukvård i Sverige.
² Lokaler i egen regi inom LOU läggs under totalkostnad för egen regi (aktuell vårdform/rad).
³ Observera att det enbart är kostnaden för delegerad HSL som utförs av hemtjänsten som ska tas med här (dvs inte totalkostnaden för all hemtjänst).
Larm och natt ska inte ingå (utför ej HSL). HSL-insatser i privat regi ska ingå.
Om kostnaden för delegerad HSL inte är känd ska en schablon på 10,6 % av totalkostnaden för hemtjänst användas (9,7 procent före 2025).
⁴ 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 andelsuppgift använts i beräkningen. Detta gäller sju kommuner år 2025: Ale (12,7 procent), Härryda (26,0), Kungälv (7,5), Lerum (11,1), Mölndal (6,9), Partille (14,1) och Tjörn (10,0).

- Om hälso- och sjukvårdsinsatserna inte är tidsatta har i stället en schablon på 11,1 % av kommunens totalkostnad för hemtjänst använts. Schablonen motsvarar medianvärdet av andelarna för de sju kommunerna ovan. (Medianvärdet som använts som schablon för åren 2022–2024 var 9,7 procent, baserat på sex kommuners resultat för 2022.)

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).

Tabell B1c Mall för beräkning av den kommunövergripande OH-kostnader 2025

	Källa i RS / andra definitioner	Ale	Alingsås	Göteborg
Bruttokostnader KPV inklusive OH-kostnader på förvaltningsnivå i tkr OBS: HÄMTAS MED AUTOMATIK FRÅN "Kostnader 2025_ny"	Här ingår verksamhetens (enheter) bruttokostnader: löner för all personal (AT,SG,SSK (egna och inhyrda), enhetschefer löner samt övriga kostnader inklusive OH på förvaltningsnivå. (Motsvarar rader 15 och 16 i kostnadsfilen ("Kostnader 2025_ny".))	109 938	178 680	1 865
Bruttokostnader i tkr per verksamhet				
Vård och omsorg om äldre	RS rad 510/kolumn P, Driftfilen	413 573	767 872	7 931
Insatser till personer med funktionsnedsättning (ej LSS/SFB)	RS rad 520/kolumn P, Driftfilen	47 373	82 555	1 071
Insatser enligt LSS/SFB	RS rad 513/kolumn P, Driftfilen	256 738	481 004	5 221
Summa bruttokostnader (SCB)		717 684	1 331 431	14 223
Andel HSV i relation till bruttokostnader (SCB)	OH HSV	15,32%	13,42%	13
Fördelning kostnader till HSV (SCB nyckel)	SCB-nyckel			
Vård och omsorg om äldre	RS rad 510/kolumn O, Driftfilen	24 177	20 127	7 931
Insatser till personer med funktionsnedsättning (ej LSS/SFB)	RS rad 520/kolumn O, Driftfilen	2 585	1 909	1 071
Insatser enligt LSS/SFB	RS rad 513/kolumn O, Driftfilen	12 765	12 130	4 831
Summa SCB-nyckel		39 527	34 166	11 833
OH-kostnader på kommunnivå (motsvarande SCB-nyckeln)		6 055	4 585	1 111

Jämförelsen				
Rad nr Verksamhetsblock-områden				
Intern kostnader				
Intern lokal-kostnader	Intern köp och övriga interna kostnader	Fördelad gemensam verksamhet (rad 920)	BRUTTO-KOSTNAD	
[601 (interna poster)]		Kommun-nyckel	SCB-nyckel	
BAS 25				
510 Vård och omsorg om äldre	1	20 839	20 127	767 872
520 Insatser till personer med funktionsnedsättning (ej LSS/SFB)	3	3 553	1 909	82 555
513 Insatser enligt LSS/SFB	182	16 547	12 130	481 004
530 Färdtjänst/färdtjänst	0	55	49	5 831
540 Vård äldre, personer m funktionsneds. tot.	185	34 494	34 215	1 337 269

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 i räkenskapssammandraget (RS), vilka beräknas genom en separat excelmall (se ovan).

Den totala andelen OH-kostnader som kommunerna har för kommunal primärvård varierar från cirka 4 till 8 procent i kommunerna. 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.