



Strategi för primärvården som nav och riktvärdet 1100 listade per fast läkarkontakt

Innehåll

Strategi för primärvården som nav och riktvärdet 1100 listade per fast läkarkontakt ..1

1	Bakgrund och syfte	3
2	Målbild	3
2.1	Primärvårdens roll i framtidens hälso- och sjukvård	3
2.2	Hälso- och sjukvården 2029	4
2.3	Syftet med fast läkarkontakt och kontinuitet	4
2.4	Definition av fast läkarkontakt	5
2.5	Nationellt riktvärde för antal invånare per fast läkarkontakt i primärvården	5
3	Effekter av en starkare primärvård	6
3.1	Ökad kostnadseffektivitet genom en utökad primärvård	7
4	Nuläge och framtida dimensionering	8
4.1	Omställningen är ett pågående arbete	8
4.2	Dagens läkarbemanning på vårdcentralerna	8
4.3	Målbild för fast läkarkontakt Västmanland	9
4.3.1	Prognos för utökning av ST-läkare och specialister i allmänmedicin	9
5	Förutsättningar och finansiering	10
5.1	Utökad ekonomisk ram till vårdcentralerna	10
5.2	Riktade medel för att utöka antalet ST-läkare i allmänmedicin	10
5.3	Uppskattat resursbehov t o m 2030	10
6	Uppföljning och effekter	11
6.1	Primärvården som nav – indikatorer	11
7	Fokusområden i handlingsplan	13

1 Bakgrund och syfte

Under 2022 kom Socialstyrelsen med nationella riktvärden för antalet listade per fast läkarkontakt (1 /1 100) som en del i styrningen av hälso- och sjukvårdens omställning mot en god och nära vård. Region Västmanland har i Hälso- och sjukvården 2029 och Regionplan uttryckt att man har för avsikt att nå målet om i genomsnitt 1100 listade per läkare på vårdcentralerna.

Det övergripande syftet är att primärvården ska kunna utgöra navet i framtidens hälso- och sjukvård. Strategin för att nå denna har tagits fram av Region Västmanlands i egenskap av huvudman för all primärvård.

Målet är att succesivt minska det genomsnittliga antalet listade per fast läkarkontakt i länet, men också genom andra åtgärder stärka primärvårdens roll i hälso- och sjukvårdssystemet.

2 Målbild

2.1 Primärvårdens roll i framtidens hälso- och sjukvård

Omställningen till nära vård är en pågående process på lokal, regional och nationell nivå. Förändringen av hälso- och sjukvårdssystemet är nödvändig för att invånarnas behov och förväntningar på vården ska kunna mötas, idag och i framtiden. En mer tillgänglig, närmare vård där patienten får stöd till egenvård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att resurserna kan användas bättre och därmed räcka till fler.

I denna omställning ska primärvården vara navet och successivt utgöra en allt större del av den totala hälso- och sjukvården. Syftet är att vården ska organiseras så att patienten får en god, nära och samordnad vård, med en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser, såväl inom den somatiska vården som inom psykiatrin.

För att primärvården ska kunna utgöra navet i sjukvårdssystemet krävs att det finns förutsättningar som möjliggör för vårdcentralerna att ta ansvar för individens hela livsresa. Vårdcentralernas ska kunna ta ett helhetsansvar för att prioritera och omhänderta de patientgrupper som har störst behov, såsom sköra äldre och multisjuka. Men även det förbyggande uppdraget behöver utvecklas för att vårdens resurser på sikt ska räcka till för behoven.

Primärvården behöver bli tillräckligt dimensionerad för att patienter ska kunna omhändertas på rätt vårdnivå, med god kontinuitet så att resurser inte i onödan behöver fördelas till mer kostsam sjukhusvård. Den svenska primärvårdens resursandel, som utgör cirka 18 procent av hälso- och sjukvårdens utgifter, är liten i en internationell jämförelse. Produktivitetskommissionen bedömer

att primärvårdens resursandel bör öka genom omfördelning från andra delar av sjukvårdssystemet.

Det är inte enbart ekonomiska resurser som fattas i primärvården, även brist på personella resurser begränsar idag möjligheterna att genomföra det utvecklingsarbete som omställningen kräver. Resursbristen påverkar även förmågan att hantera delar av det befintliga uppdraget vilket Vård- och omsorgsanalys har belyst. I relation till fyra länder som bedöms ha en stark och välfungerande primärvård (Danmark, Nederländerna, Norge och Storbritannien) hade Sverige lägst antal allmänläkare per invånare i primärvården både 2002 och 2014. I Sverige utgjorde också andelen allmänläkare en mindre andel av samtliga läkare än för övriga länder i jämförelsen.

2.2 Hälso- och sjukvården 2029

I region Västmanland har en konkretisering av målbild och färdplan tagits fram för att till 2029 utveckla hälso- och sjukvården genom omställning till Nära vård. Den övergripande målbilden uttrycks som:

- en sjukvård som är mer *personcentrerad*, där patienten och närstående kan vara mer *delaktiga* och göra mer själva exempelvis genom *digitala tjänster*.
- en sjukvård som är bättre *koordinerad* och där *samarbetet fungerar sömlöst* mellan olika aktörer.
- en sjukvård som ges mer i *öppenvård* och i *hemmet*, än på sjukhus. *Primärvården ska utgöra navet*.
- en sjukvård som arbetar mer *förebyggande*, så att hälsa och funktionsnivå kan hållas så hög som möjligt. Det ger bättre livskvalitet för individen och minskad belastning för vården.
- en sjukvård som arbetar mer *uppströms* och sätter in insatser tidigare så att försämring och ökat vårdbehov undviks
- *vård som behövs ofta ska erbjudas nära. Sällanvård koncentreras* för att nyttja resurserna så effektivt som möjligt.

Med ett målvärde på betydligt färre listade per läkare än idag samt ett effektivt nyttjande av vårdcentralens olika professioner, kan mer vård ske på vårdcentralerna i länet. Kontinuitet i vårdrelationen bidrar till trygghet för invånarna och en effektivare vård.

2.3 Syftet med fast läkarkontakt och kontinuitet

I det pågående omställningsarbetet i hälso- och sjukvården till en nära vård finns ett tydligt fokus på att öka kontinuiteten i primärvården. Alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård ska kunna få tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården. Syftet är att patienten ska uppleva en trygghet och ökad delaktighet i sin egen vård och behandling och därmed uppleva primärvården

som värdeskapande. Detta är i sig en förutsättning för att primärvården ska kunna utgöra navet i hälso- och sjukvården.

En god kontinuitet gör också att läkaren känner sina patienter och kan göra säkrare bedömningar av patientens hälsotillstånd och kan anpassa insatser utifrån individens behov och förmågor. Relationskontinuitet kan minska patientens behov att söka vård vid vissa tillfällen eller vid platser där adekvat vård för patientens aktuella tillstånd inte kan ges, till exempel nattetid på akutmottagningen.

En långsiktig relation kan även främja det förebyggande arbetet på ett naturligt och integrerat sätt och ger bättre förutsättningar för patienten att ta upp känsliga ämnen som kan ha betydelse för hälsan. Effektivitetsvinster av förbättrad kontinuitet kan också handla om minskad tidsåtgång för att läsa in och få eller ge överrapportering kring nya patienter. Även behovet av onödigt dubbeldokumentation och vissa laboratorieundersökningar kan minska med förbättrad kontinuitet, vilket också stärker patientsäkerheten.

2.4 Definition av fast läkarkontakt

Region Västmanland har en egen definition av fast läkarkontakt, fastställd av regionstyrelsen den 23 november 2021. Den bygger på regeringens förslag och innebär följande:

En fast läkarkontakt ska vara:

- Specialist i allmänmedicin, geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin.
- ST-läkare i allmänmedicin kan vara fast läkarkontakt under sin ST-tjänstgöring, med särskilt upplägg och stöd från handledare.
- Specialister i geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin kan vara fast läkarkontakt för vissa patientgrupper: Geriatriker: äldre patienter, till exempel med hemsjukvård eller på särskilt boende. Barn- och ungdomsmedicin: barn 0–18 år.
- Läkaren måste vara tillsvidareanställd (hyr- eller stafettläkare kan inte listas som fast läkarkontakt).

Eftersom varje region självständigt avgör definitionen på fast läkarkontakt försvåras jämförelser mellan regioner.

2.5 Nationellt riktvärde för antal invånare per fast läkarkontakt i primärvården

Socialstyrelsen har inom sitt uppdrag att stödja omställningen till en god och nära vård tagit fram ett nationellt riktvärde för antalet invånare som en läkare som arbetar i primärvården kan vara fast läkarkontakt för.

Det nationella riktvärdet har fastställts till;

- 1100 invånare per specialist i primärvården

- 550 invånare per läkare i specialisttjänstgöring (ST) i allmänmedicin

Socialstyrelsen har valt att benämna den siffra som tagits fram för ett riktvärde med syfte att stödja och vägleda regionerna och vårdgivarna i arbetet med arbetssättet och funktionen fast läkarkontakt, eftersom det är flera lokala variabler som påverkar förutsättningarna. Det handlar om faktorer som i vilket område vårdcentralen verkar utifrån geografi, antal listade invånare och invånarnas vårdtyngd. Det handlar även om antalet läkare som totalt arbetar på vårdcentralen, deras tjänstgöringsgrad respektive erfarenheter, handledaruppdrag, forskningstid och inte minst vilka övriga professioner som finns tillgängliga på mottagningen och som kan ingå i teamet. Även arbetssätt i samverkan som teamet använder påverkar liksom samverkan med den specialiserade vården och den kommunala hälso- och sjukvården.

Mål med riktvärdet kan ses både ur ett patientperspektiv och ett professionsperspektiv. Genom en ökad kontinuitet som fast läkarkontakt innebär skapas en större trygghet i vården vilket i sin tur kan minska den totala konsumtionen av hälso- och sjukvård.

Det kan också bidra till att skapa förutsättningar för en god arbetsmiljö samt en hög patientsäkerhet.

3 Effekter av en starkare primärvård

En välfungerande och resursstark primärvård bidrar till ett mer effektivt vårdssystem där insatser kan förskjutas från specialistsjukvård till primärvårdsnivå och egenvård. Detta åstadkommes bla genom:

- En god *kontinuitet* som innebär löpande kontroll och uppföljning av patienter med kroniska sjukdomar eller multisjuka äldre. Detta minskar risken för försämringar som medför behov av slutenvårdsinsatser.
- Ett större *helhetsansvar* för patienterna på primärvårdsnivå, som kan minska antalet remisser till specialistsjukvården
- Mer *tid per patient* ökar möjligheterna att arbeta med ett integrerat förebyggande perspektiv i de vårdmöten som utförs, för att till exempel påverka levnadsvanor och stärka individens förmåga att ta ansvar för sin egen hälsa.
- Aktiv *samverkan* med andra aktörer såsom kommunala utförare inom hemsjukvård, närvårdsteam och specialistkliniker vilket gör att vård och andra insatser kan samordnas på ett bättre sätt och på en lägre vårdnivå.
- Ökade möjligheter till *hembesök* kan minska behovet av inläggningar och återinläggningar på sjukhus.
- Fler läkare underlättar distriktssköterskornas roll och tid frigörs, som gör att de kan jobba mer *proaktivt/uppsökande* och erbjuda särskilda

mottagningar för kronisk sjuka eller multisjuka äldre. Kan eventuellt också på sikt innebära en möjlighet att ta över vissa uppdrag som idag utförs inom sjukhusens öppenvård.

- Ökat gemensamt nyttjande av "primärvårdsspecialister" inom olika yrkesgrupper (ex fysioterapeuter, psykologer). Genom ökad samverkan mellan vårdcentraler skapas förutsättningar för mer jämlik vård och minskat behov av specialistsjukvård.
- En större del av den psykiska ohälsan hos den listade befolkningen kan hanteras vilket medför en minskad vårdkonsumtion i den specialiserade vården inom såväl somatik som psykiatri.

3.1 Ökad kostnadseffektivitet genom en utökad primärvård

Fler fasta läkarkontakter, tätare uppföljningar och teamarbete i primärvården förbättrar inte bara vården utan leder också till lägre kostnader för hälso- och sjukvården. Stärkt primärvård bedöms vara den enskilt mest effektiva strukturella åtgärden för att minska slutenvårdens belastning (*bland annat SOU 2016:2 effektiv vård*).

Besparingarna skapas framförallt genom

- färre sjukhusinläggningar
- färre akutmottagningsbesök
- färre oplanerade återinläggningar
- färre vårddygn bland äldre och kroniker
- färre öppenvårdsbesök inom specialistsjukvården
- färre utskrivningsklara patienter
- minskad överbeläggning och utlokalisering

Kontinuerlig uppföljning minskar antalet akuta försämringar hos patienter med till exempel hjärtsvikt, KOL och diabetes – tre diagnoser som står för en stor del av undvikbara slutenvårdsdygn. Under pandemin kunde man tydlig se är när primärvården gjorde färre uppföljningar av äldre och kroniskt sjuka så ökade behoven av sjukhusvård och akutvård omedelbart. Samma effekter syns när det gäller den stora gruppen med psykisk ohälsa.

Skillnaderna i kostnader mellan öppenvårdsbesök i primärvård och på vårdcentral är stora, vilket är ett skäl till att en högre andel besök i primärvården blir mer kostnadseffektiv.

4 Nuläge och framtida dimensionering

4.1 Omställningen är ett pågående arbete

I Västmanland har arbetet för att stärka vårdcentralernas roll och förbättra förutsättningarna redan påbörjats inom flera områden. Under de senaste åren har Region Västmanland aktivt arbetat för att på olika sätt skapa förutsättningar för vårdcentralerna att kunna ta ett större ansvar i hälso- och sjukvårdssystemet.

Några exempel:

- Uppdraget och ersättningssystemet har "*Nära-vård-säkrats*" genom löpande revideringar av Regelboken för Vårdval vårdcentral. Bland annat genom att tydliggöra den övergripande målbilden för omställningen och primärvårdens roll i denna samt genom att säkerställa att styrning och uppföljning stödjer önskvärda prioriteringar och beteenden.
- *Minskad detaljstyrning* – för att möjliggöra anpassningar utifrån lokala förutsättningar, patienternas behov och professionens bedömningar. Exempel på förändringar: större andel kapitering, slopad besöksersättning, färre smala kvalitetsmål, inga exakta dimensioneringskrav för olika professioner.
- Utökade *uppräkningar* till vårdcentralerna jämfört med specialistsjukvård (0,5 % senare år).
- Särskilda *satsningar* på strategiskt viktiga områden som äldre/ samverkan med kommunerna, stärkt omhändertagande psykisk ohälsa, utveckling av seniorhälsovårdsprogram mm bland annat med hjälp av olika stadsbidrag.
- Kraftig *utökning* av antalet ST-läkartjänster i allmänmedicin, bland annat med stöd av statsbidrag God och Nära vård. Se utvecklingen på nedanstående bild. Mellan åren 2022 och 2025 har antalet ST-läkare gått ifrån 87 till 128, en ökning med 47 %.

4.2 Dagens läkarbemannning på vårdcentralerna

I december 2025 fanns ca 133 specialister i allmänmedicin och ca 128 ST-läkare i allmänmedicin på vårdcentralerna i Region Västmanland. Det innebär i genomsnitt ca 1900 listade invånare om vi utgår ifrån att ST-läkarna i genomsnitt arbetar 90 % och har en genomsnittlig lista på 550 invånare samt att specialister har en genomsnittlig tjänstgöringsgrad på 85 % i enlighet med nationella mått men däremot inte till den faktiska genomsnittliga kliniska tjänstgöringsgraden hos läkarna, dvs då tid för särskilda uppdrag och forskning är borträknad. Hänsyn har inte heller tagits till att tjänstgöringsgraden kan förväntas öka i takt med att antalet läkare i primärvården ökar, eftersom arbetsbelastning och utmanande arbetsmiljö idag är ett skäl till att många arbetar deltid.

Spridningen mellan vårdcentraler är relativt stor, där vissa redan nu ligger nära riktvärdet 1/1100 medan andra har avsevärt fler listade per fast läkarkontakt. Det visar också att de åtgärder som Region Västmanland som huvudman arbetar med behöver kompletteras genom att respektive vårdgivare/arbetsgivare skapar egna handlingsplaner för att nå riktvärdet i den egna verksamheten. Till hjälp i detta arbete finns bland annat ett stödmaterial hos Socialstyrelsen.

4.3 Målbild för fast läkarkontakt Västmanland

Bedömningen utifrån nuläget och det vi känner till om tillgången till nya specialister i allmänmedicin under kommande år är att målbilden 1/1100 är möjlig att nå år 2030. En nödvändig förutsättning är naturligtvis att vårdcentralerna får en utökad finansiering som möjliggör att rekrytera de nyfärdiga specialisterna som tack vare utbyggnaden av antalet ST-läkare under senare år kommer att öka kraftigt. För att få full effekt av fler läkare behövs även en stärkt kompetensförsörjning av andra professioner på vårdcentralen.

Hälsö- och sjukvårdens förvaltningsplan anger att specificerade delmål ska tas fram för 2027 samt 2029.

MÅLBILD	Delmål 2027	Delmål 2029	Mål 2031
Årsarbetare ST-läkare under utbildning	122	115	115
Årsarbetare specialister i allmänmedicin på vårdcentraler	136	167	205
Genomsnittligt antal listade per fast läkarkontakt	1550	1350	1100

Strategin bör utvärderas kontinuerligt och vid behov revideras utifrån förändrade förutsättningar, nya behov eller förändringar. Avvikelser från målen behöver följas löpande och ska kunna medföra förändringar av åtgärder för att nå målbilden. På så sätt säkerställs att strategin förblir aktuell, användbar och styrande över tid. Parallellt med att dessa dimensioneringsmål följs ska även en rad indikatorer och mått som visar på effekterna av en starkare primärvård följas. Se avsnitt 6.

Under den kommande femårsperioden behöver man parallellt arbeta med den framtida dimensioneringen av ST-läkare så att nivån 1/1100 kan vidmakthållas.

4.3.1 Prognos för utökning av ST-läkare och specialister i allmänmedicin

Målbilden ovan tar sin grund i den prognos som tagits fram för antalet allmänspecialister samt ST-läkare i Allmänmedicin i Västmanland de kommande åren. Det finns osäkerheter i prognosen, framförallt vad gäller antalet avgångar under kommande år. Data i modellen baseras på det vi kan känna till (ex pensionsavgångar) och i övrigt en uppskattning utifrån historiska data. Som tidigare nämnts har hänsyn inte tagits till den faktiska genomsnittliga kliniska tjänstgöringsgraden hos läkarna, dvs då tid för särskilda uppdrag och forskning är borträknad. Hänsyn har inte heller tagits till att tjänstgöringsgraden kan förväntas

öka i takt med att antalet läkare i primärvården ökar, eftersom arbetsbelastning och utmanande arbetsmiljö idag är ett skäl till att många arbetar deltid.

En löpande uppdatering av målbild och åtgärder behöver ske utifrån faktiska utfall avseende både antal ST-läkare och antalet färdiga specialister som väljer att stanna kvar i regionen.

5 Förutsättningar och finansiering

5.1 Utökad ekonomisk ram till vårdcentralerna

För att möjliggöra för vårdcentralerna att ta ett större ansvar i hälso- och sjukvårdssystemet krävs en långsiktig och förutsägbar satsning på att skapa förutsättningar för detta. För att vårdcentralerna ska kunna ta ett bredare ansvar för de listade invånarnas hälsa och sjukdom krävs utökade resurser. Detta möjliggör fler anställda specialister i allmänmedicin, men även en satsning på övriga professioner inom primärvårdens ansvarsområde för att hantera så stor del som möjligt av de listande invånarnas behov, samt ta ett utökat ansvar för bland annat hälsofrämjande insatser. Successivt ska också fler delar av vården kunna förflyttas från sjukhus till primärvårdsnivån. Det kan därför behövas riktade kompetensförsörjningsplaner framöver även för andra professioner på vårdcentral, exempelvis psykologer, hälso- och sjukvårdskuratorer, psykoterapeuter, distriktssköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter med flera

5.2 Riktade medel för att utöka antalet ST-läkare i allmänmedicin

Vårduppdrag betalar ut en central ersättning för ST tjänster i Allmänmedicin till de vårdgivare som har ST-utbildande enheter oberoende av vårdgivarens driftsform. För att få till stånd en utökning av antalet allmänspecialister krävs ökade resurser inom utbildningssystemet, dvs finansiering av ST-läkare, studierektorsfunktion, kursverksamhet etc. Budgeten för Vårdval vårdcentral kommer därför successivt behöva utökas för att täcka kostnaderna för den planerade utökningen av antalet ST-tjänster.

5.3 Uppskattat resursbehov t o m 2030

Nedanstående tabell visar en uppskattning av finansieringsbehovet för att nå målbilden om ett genomsnitt på 1100 listade. Kostnader för ST-läkare omfattar såväl lönekostnader som utbildningskostnader. Kostnaderna för specialister i allmänmedicin har baserats på Region Västmanlands senaste data avseende medianlön för specialister i allmänmedicin.

När det gäller utökning av andra professioner bygger kalkylen på en enkel schablon. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att fram mål för dimensionering av exempelvis sjuksköterskor och psykologer i primärvården vilket ska slutrapporteras i maj 2026. Det kan framöver därför bli relevant att justera kalkylen utifrån resultatet av denna rapport.

Kostnader för ökad provtagning, diagnostik och läkemedel har inte inkluderats i modellen då det saknas etablerade beräkningsmetoder. Kostnader för ökad digitalisering, ex genom mer egenmonitorering, har inte heller inkluderats, då detta är en utveckling som delvis redan drivs av regionen enligt särskilda planer.

ÖKADE KOSTNADER (mkr)	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Summa utökad ram	37	47	46	43	56	44

Finansieringen baseras på schablonkostnader för ST-läkare (1 mkr), specialister (2 mkr) samt övriga professioner på vårdcentral (0,8 mkr). Kostnaderna utgår ifrån 2026 års nivå och justeras med gällande LPIK för respektive år. Avvikelse från målen och förändringar i prognoser för t ex antal ST-läkare samt nyanställda specialister behöver följas löpande och ska kunna medföra förändringar av åtgärder för att nå målbilden.

6 Uppföljning och effekter

6.1 Primärvården som nav – indikatorer

För att mäta i vilken utsträckning en resursförstärkning till vårdcentralerna ger önskade effekter på hälso- och sjukvårdssystemet behöver ett antal indikatorer följas över tid.

Exempel på indikatorer som kan visa på utvecklingen:

OMRÅDE: Primärvården som nav

<ul style="list-style-type: none"> Vårdcentralernas kostnadsandel av samtlig hälso- och sjukvård inom Region Västmanland
<ul style="list-style-type: none"> Antalet personer med påverkbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare. Kronisk sjukdom. 65 år och äldre. (Totalt/ hemsjukvård/SÄBO)
<ul style="list-style-type: none"> Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom: antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre.
<ul style="list-style-type: none"> Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre.
<ul style="list-style-type: none"> Antal besök av personer 80 år eller äldre vid sjukhusbundna akutmottagningar per 1 000 invånare

<ul style="list-style-type: none"> • Antal besök samtliga åldersgrupper vid sjukhusbundna akutmottagningar per 1 000 invånare
<ul style="list-style-type: none"> • Antal öppenvårdsbesök på vårdcentral respektive inom specialistsjukvården. Andel öppenvårdsbesök till läkare som utförs i primärvården
<ul style="list-style-type: none"> • Andel som dör på sjukhus
<ul style="list-style-type: none"> • Nationell Patientenkät - Tillgodosett vårdbehov
<ul style="list-style-type: none"> • Nationell Patientenkät - Delaktighet och involvering
<ul style="list-style-type: none"> • Hälso- och sjukvårdsbarometern – Förtroende för vårdcentral

OMRÅDE: Fast läkarkontakt och kontinuitet

<ul style="list-style-type: none"> • Antal specialistläkare i allmänmedicin, Antal ST-läkare i allmänmedicin
<ul style="list-style-type: none"> • Genomsnittligt antal listade per läkare (<i>regionövergripande, per vårdcentral</i>)
<ul style="list-style-type: none"> • Andel listade i Västmanland med en namngiven fast läkarkontakt.
<ul style="list-style-type: none"> • Andel på SÄBO med en namngiven fast läkarkontakt.
<ul style="list-style-type: none"> • Andel över 65 år med en namngiven fast läkarkontakt.
<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuitetsindex - andel av patienter som har haft >65 % av sina läkarbesök hos sin fasta läkarkontakt
<ul style="list-style-type: none"> • Andel av kroniskt sjuka som följs upp fysiskt eller digitalt inom 18 månader
<ul style="list-style-type: none"> • Tillgänglighet till medicinsk bedömning av läkare inom 3 dagar
<ul style="list-style-type: none"> • Antal hembesök per 1000 listade

Invånarnas och patienternas upplevelser i stort är också viktigt att följa, exempelvis genom:

- **Hälso- och sjukvårdsbarometern (SKR)** är en årlig undersökning som mäter befolkningens attityder och förtroende för hälso- och sjukvården. Här är det bland annat intressant att följa svaren på frågan hur stort förtroende man har för vårdcentralerna.

- **Nationell Patientenkät (SKR)** fokuserar på patienternas upplevelser vid faktiska vårdbesök. Ger indirekt en bild av förtroendet för primärvården genom frågor om bemötande, delaktighet, trygghet och helhetsintryck. Tillgodosett vårdbehov. Delaktighet och involvering. Konkret ställs också frågan om man har en fast läkarkontakt på vårdcentralen, vilket innebär att man kan ställa patienternas upplevelse av om man har en fast läkarkontakt mot den faktiska statistiken.

Därutöver bör det vara intressant för respektive arbetsgivare att följa upp medarbetarperspektivet och arbetsmiljön, t ex genom medarbetarenkät, sjukskrivningstal, tjänstgöringsgrad och personalomsättning.

7 Fokusområden i handlingsplan

För att närma oss det nationella riktvärdet och uppnå önskade effekter kommer handlingsplanens aktiviteter kontinuerligt att behöva revideras i takt med utveckling av regionens plan för omställningen till framtidens hälso- och sjukvård. Syftet är att skapa förutsättningar i primärvården för att möta de ökade hälso- och sjukvårdsbehoven hos länets befolkning. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ska kontinuerligt arbeta med att stärka förutsättningar för vårdcentralerna i länet att kunna ta ett större ansvar för hälso- och sjukvården.

Fokusområden i handlingsplanen för att uppnå målbilden är:

- Möjliggöra kompetensförsörjning av specialistläkare och andra professioner
- Anpassa styrning och uppföljning av vårdcentralerna
- Skapa förutsättningar för en god arbetsmiljö på vårdcentraler
- Öka samverkan mellan primärvård, specialistvård och kommunala verksamheter

Åtgärder inom dessa fokusområden integreras i förvaltningens löpande uppdrag och ingår i flera fall i andra uppdrag i förvaltningsplanen.