

Verksamhetsplan 2026–2028

Närvården Västmanland

Innehåll

Innehållsförteckning

Primärvårdsuppdraget	3
Primärvård i Sverige	3
Primärvård i Västmanland	3
En god och nära vård	4
Driftform och organisation	4
Ledningsstrukturen	5
Balanserad styrning	6
Hållbarhet	6
Vision och värdegrund	7
Verksamhet- och invånarperspektivet	8
Omvärldsbevakning och marknad	8
Vårdgaranti	8
Kvalitet och patientsäkerhet	9
Medarbetarperspektivet	10
Närvårdens medarbetare	10
Kompetensförsörjning	10
Kompetensutveckling	10
Sjukfrånvaro och personalomsättning	11
Inhyrd personal	11
Samverkan	11
Ekonomiperspektivet	12
Finansieringsmodellen	12
Budget 2026 och plan 2027-2028	13
Känslighetsanalys	14
Resultatreglering och eget kapital	15
Bilaga 1 Styrkort 2026-2028	16
Bilaga 2 Målområden	17
Bilaga 3 Budget 2026	18
Bilaga 4 Intern kontrollplan 2026	19

Primärvårdsuppdraget

Primärvård i Sverige

Vårdvalssystem i primärvården är lagstadgat sedan år 2010, men regionerna har själva rätten att utforma närmare regelverk. Därmed finns olika variationer i landet gällande utformningen av vårdvalssystemet och inte minst vilka uppdrag som ingår. Exempelvis ingår BHV i grunduppdraget i de flesta regionerna, men det förekommer även som tilläggsuppdrag eller i separat vårdval. En större variation finns gällande exempelvis MHV som inte tillhör grunduppdraget i ett flertal regioner.

Även ersättningssystemen skiljer sig markant regionerna emellan. Vanligast är att regionerna tillämpar en kombination av fast ersättning, rörlig ersättning kopplat till besök eller åtgärd samt målrelaterad ersättning. En av faktorerna som utgör en stor skillnad är hur stor andel av den totala ersättningen som består av den fasta ersättningen per listad individ, men även huruvida åldersfördelning, ACG (Adjusted Clinical Groups) och CNI (Care Need Index) tillämpas i beräkningen.

Det förekommer också stora variationer i vidden av kostnadsansvaret för exempelvis läkemedel, röntgen, fysiologi, nätsjukvård och hjälpmedel. Vissa regioner har ett relativt snävt kostnadsansvar och i andra regioner väldigt brett.

Primärvård i Västmanland

Primärvårdens uppdrag är att erbjuda insatser för vanliga sjukvårdsbehov i befolkningen, som ofta återkommer hos individer och är samhällsekonomiskt hållbart att bedriva lokalt. Vården ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det övergripande ansvaret styrs av den gällande regelboken, vilket innebär att vård ges oavsett driftsform och omfattar ansvar för listade invånare dygnet runt, alla dagar i veckan. Vården ska ges med respekt för människors lika värde och för individens värdighet. Vårdcentralernas uppdrag inkluderar även samarbete med andra vårdnivåer och huvudmän för att samordna patientens vård och behandling.

Inom Region Västmanland följer primärvården Vårdval enligt lagen om valfrihetssystem (LOV).

Uppdraget inom Närvården styrs av regelboken vårdval vårdcentral som utgör ett förfrågningsunderlag från Vårdval. Region Västmanland erbjuder en sammanhållen primärvård, där invånarna väljer hela vårdcentralens utbud. Regelboken i Region Västmanland fastställer att varje vårdcentral ska ha vissa specifika kompetenser och funktioner.

Krav på personal/kompetens

Specialitläkare i allmänmedicin
Leg. distriktsköterska
Leg. barnmorska
Specialistsjuksköterska inom barn och ungdom
Leg. fysioterapeut
Leg. dietist
Leg. psykolog/psykoterapeut, alt kurator

Krav på funktioner

Hälso- och rehabkoordinator
Vårdsamordnare
Tobaksavvänjare
Diabetessköterska
Astma/kol sjuksköterska
Ansvarig ssk smittskydd/strama
Ansvarig för vårdhygien
Förskrivare av tekniska hj.medel
MHV-läkare & BHV-läkare
Hälsosamtalsledare

Uppdraget är detaljstyrt och sätter ramarna för all verksamhet och produktion som sker inom Närvården. Vi måste förhålla oss till vad vi får ersättning för. Vi kan därför inte utveckla eller erbjuda annan tillgänglighet/verksamhet än vad som regelboken anger. Det är en utmaning för alla engagerade medarbetare och chefer att påminnas om när vi i vår vardag hittar nya behov hos våra patienter som vi med vanans makt vill möta upp med nya verksamhetsinslag. Det kanske också kan vara en utmaning för samarbetspartner att förstå vårt grunduppdrag.

Vi har formulerat en påminnelse som vi använder i vår vardag: ***Vi vill ge den bästa möjliga vård för våra patienter med de resurser vi har.***

En god och nära vård

Vi står inför ett omställningsarbete tillsammans med all hälso- och sjukvård i landet.

Primärvården är basen och navet i vården och behöver samspela med den specialiserade vården, den kommunala omsorgen och socialtjänsten samt andra intressenter som behövs utifrån patientens perspektiv.

Nära vård är inte en ny organisationsnivå eller en benämning på dagens primärvård, även om primärvården utgör kärnan i den nära vården. Nära vård är snarare ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den närmsta vården är den som patienten kan ge sig själv i form av egenvård. Det är därför mycket viktigt att vi utvecklar stödet och information när det gäller egenvård.

Vården behöver komma närmare patienten. Utvecklingen av en nära vård pågår på lokal, regional och nationell nivå. Vårdcentralerna tillsammans med den kommunala hälso- och sjukvården skapar primärvården som bör vara grunden för all hälso- och sjukvård. Nära vård är mer ett förhållningsätt än en ny organisationsnivå. En stark primärvård som kan jobba förebyggande och stötta patienten tidigt i vårdprocessen ger bättre kvalitet, patientsäkerhet och är kostnadseffektivt. Vi behöver gå från fokus på organisation till mer fokus på person och relation. En mer tillgänglig, närmare vård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler.

Det är mycket viktigt att vi har en regelbok som underlättar i omställningen mot en god och nära vård.

Alla vårdcentraler i Närvården är medskapare i Region Västmanlands omställning till en nära vård. Dock ligger projektledningen för nära vård utanför vår organisation och vi hoppas att vi kommer bli mer involverade i planeringen framåt. Därmed vet vi än så länge inte vad förhållningssättet kommer att innebära rent praktiskt för vår verksamhet.

Det är viktigt att bevaka att inte mer arbetsuppgifter flyttas över till primärvården utan att resurser följer med. De nationella satsningarna och dess medföljande statsbidrag är viktiga att bevaka så att de kan komma att stötta primärvården i Västmanland på bästa sätt. Det är likväl mycket viktigt att vi har en regelbok som underlättar i omställningen mot god och nära vård.

SKR:s målbild för god och nära vård:

- utgår från individuella förutsättningar och behov,
- bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv,
- bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

Driftform och organisation

Närvården drivs sedan 2020 som en Intraprenad vilket innebär att det ska ses som ett eget bolag trots att verksamheten bedrivs under samma organisationsnummer som Region Västmanland. För den verksamhet som bedrivs inom Närvården gäller det ägardirektiv som är antaget av Regiondirektören som är representant för Närvårdens ägare. Av det framgår att uppdragets omfattning och innehåll regleras av regelboken vårdval vårdcentral. Närvården ska ha fastlagda verksamhetsmål i linje med Regionens övergripande mål, men specifika mål kring tillgänglighet, effektivitet och oberoende av hyrpersonal ska finnas. Resultatkrav och andra ekonomiska krav för Närvården fastställs årligen av Regiondirektören. En sammanhållen rapportering till ägaren sker vanligtvis vid tre tillfällen per år genom delårs- och årsredovisning. Ägaren ansvarar även för att utse en styrelse för Närvården.

Den styrelse som utses av regiondirektören består av en ordförande, fyra ledamöter och två arbetsrepresentanter. Styrelsens ansvar innefattar att bevaka att intraprenaden sköts enligt gällande lagar och regler samt enligt ägardirektiven. Rapportering till styrelsen sker månadsvis och styrelsemöten äger rum 6-7 gånger per år.

Den verksamhet som Närvården bedriver är politiskt styrd, samtidigt som det är en konkurrensutsatt verksamhet. De två förutsättningarna innebär att det som är affärsmässigt mest attraktivt inte alltid kan prioriteras. Närvården och de privata vårdcentralerna styrs av samma regelverk, samtidigt som Närvården har andra krav på uppdrag så som att driva verksamhet på mindre orter som ekonomiskt är mindre lönsamma.

Närvården består från och med 2025 av 11 vårdcentraler och fem filialer tillsammans med en hälsomottagning för asylsökande och omhändertagna barn samt två vårdcentralsjourer. Verksamheten bedrivs inom sex kommuner i Västmanland; Hallstahammar, Köping, Norberg, Sala, Skinnskatteberg och Västerås.

Att bedriva Vårdcentralernas jourmottagning är ett nytt uppdrag för Närvården under 2025 och övergång av uppdraget skedde den första mars. Detta uppdrag omfattar jourverksamhet för primärvården i Västerås och Köping vilket tidigare bedrivits inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Inför övergången till Närvården gjordes strukturella förändringar i form av ändrade öppettider samt införande av bokade tider istället för drop-in tider.

Ledningsstrukturen

Direktören för Närvården har det övergripande ledningsansvaret och styr i linje genom verksamhets- och enhetschefer. Närvården omfattar 11 verksamhetschefer och 12 enhetschefer som har ansvar för verksamhet, personal och ekonomi samt en ekonomichef och en HR-chef som stödjer genom sina funktioner inom respektive kompetensområde utan att ha något personalansvar. Varje vårdcentral har också en medicinsk ledningsansvarig läkare.

Av 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen framgår att i verksamhet där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas en verksamhetschef som ansvarar för att vården bedrivs i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, patientsäkerhetslagen, patientdatalagen och patientlagen. Verksamhetschef inom Närvården ansvarar för verksamhetens budget och resursernas användning samt har ett samlat resultatansvar för verksamheten. Förutom detta så tillkommer även ansvar för arbetsmiljön, miljöfrågorna och säkerhet.

Samtliga verksamhetschefer tillsammans med direktör, ekonomichef och HR-chef bildar Närvårdens ledningsgrupp. Närvården har även en beredande strategisk ledningsgrupp bestående av direktör, tre verksamhetschefer, ekonomichef och HR-chef som har i uppdrag att belysa och bereda strategiska utvecklingsfrågor åt ledningsgruppen.

Balanserad styrning

I syfte att visualisera våra prioriterade mål och säkerställa en balanserad styrning delar vi in målen inom fyra olika perspektiv där respektive perspektiv innehåller olika styr-/nyckeltal. Det framgår även hur dessa styr-/nyckeltal ska bidra till olika målområden samt hur ofta de rapporteras.

Se bilaga 1, styrkort 2026-2028.

Verksamhet/process

Detta perspektiv avser att säkerställa effektiva processer genom en hög tillgänglighet och kvalitet i verksamheten.

Kund/invånare

Perspektivet avser att, utifrån kunden/individ, säkerställa en hög tillgänglighet, professionellt bemötande och en hög kvalitet.

Medarbetare

Vi avser att skapa en sund arbetsplats för våra medarbetare och därmed nå en låg sjukfrånvaro och personalomsättning.

Ekonomi

Målet för Närvården är en effektiv verksamhet som är oberoende av inhyrd personal och genererar positiva ekonomiska resultat.



Hållbarhet

Historiskt har hållbarhet i första hand handlat om ekologisk hållbarhet men i och med att Agenda 2030 antogs av FN:s medlemsländer 2015 har även social- och ekonomisk hållbarhet fått allt större utrymme. Närvården omfattas av Region Västmanlands hållbarhetsprogram, som i sin tur omfattar såväl ekologisk som social- och ekonomisk hållbarhet.

Ekologisk hållbarhet avser exempelvis minskade utsläpp, hållbar konsumtion och att bevara biologisk mångfald. Inom social hållbarhet omfattas exempelvis mänskliga rättigheter, jämställdhet och minskad ojämlikhet.

Ekonomisk hållbarhet handlar om att förvalta och utveckla resurser på ett långsiktigt hållbart sätt, varje generation ska bära kostnaderna för den service som generationen beslutar om och konsumerar. Under planperioden ska Närvården bland annat arbeta för cirkulära materialflöden så som inköp av använda möbler och att minska användningen av plast samt följa riktlinjer för tjänsteresor. Målsättningen är även att identifiera utvecklingsbehov som säkerställer jämlik vård till alla invånare i länet och att stärka det systematiska arbetet med att förebygga och upptäcka våld i nära relationer, sexuellt våld och hedersproblematik. Att respektera, skydda och främja de mänskliga rättigheterna är grundläggande för att nå målet och säkerställa att ingen diskrimineras i kontakt med oss. Gällande ekonomisk hållbarhet prioriteras främst arbete med följsamhet till budget för att nå ekonomiskt uppsatt mål. Lokal egenkontroll av miljö och övergripande miljörevision för Närvården sker årligen.

Inom samtliga hållbarhetsdimensioner är långsiktighet i arbetet en nyckelfråga för att nå ett hållbart samhälle över tid. Detta inkluderar att ständigt ha med dessa områden i både det operativa och strategiska arbetet samt att försöka se nya lösningar.



Vision och värdegrund

Vi jobbar enligt Region Västmanlands vision och värdegrund.

Region Västmanlands vision

"Livskraft för framtiden"

"Vi växer hållbart och sätter hälsan främst. Vi skapar möjligheter och modiga lösningar. Vi ger förutsättningar för utveckling i en levande demokrati. Tillsammans bryter vi ny mark och förflyttar gränser. I det vardagliga och i det övergripande. I det som är nära och det som är långsiktigt. Vi är mitt i livet och samhället och gör skillnad varje dag. Vi är livskraft för framtiden. Vi är Västmanland."

Region Västmanlands värdegrund

"Region Västmanland ska alltid utgå från att alla människor är lika värda och ska bemötas med respekt. Alla människor ska ges förutsättningar för god livskvalitet. En viktig faktor för livskvalitet är samverkan mellan alla involverade parter. Regionen ska hushålla med de gemensamma resurserna och fördela dessa efter behov."

Verksamhets- och invånarperspektivet

Omvärldsbevakning och marknad

Antalet vårdcentraler i Sverige uppgår till drygt 1 200 stycken varav ca 45% drivs i privat regi och 55% i offentlig regi. Mellan 2007-2011 ökade andelen privat drivna vårdcentraler kraftigt för att därefter fortsätta öka i en stadig men långsammare takt. Region Stockholm har den största andelen privat drivna vårdcentraler på ca 70% följt av Region Västmanland där ca 60% av vårdcentralerna drivs i privat regi.

I Västmanland finns drygt 280 000 invånare som kan delas in i åldersintervallerna 0-5 år, 6-64 år, 65-74 år och 75 år och äldre. Åldersfördelningen är någorlunda stabil över åren men en viss förskjutning syns där åldersgruppen som är 75 år och äldre utgör en allt större andel av listningen. Framskrivningar gjorda av SCB (Statistiska Centralbyrån) visar att befolkningen i Västmanland beräknas öka med ca 500 invånare per år under de kommande åren vilket är betydligt lägre än tidigare framskrivningar. Dessa visar även att antalet i ålder 0-5 år minskar samtidigt som antalet som är 65 år och äldre ökar mest under de kommande åren.

Nedan visas nuvarande andelar av Västmanlands invånare i respektive åldersintervall samt framskrivning för planperioden.

Åldersintervall	2025	2026	2027	2028
0-5 år	6,1%	5,9%	5,7%	5,6%
6-64 år	71,6%	71,5%	71,5%	71,5%
65-74 år	10,2%	10,2%	10,3%	10,3%
>75 år	12,2%	12,4%	12,5%	12,6%

Framskrivning befolkningsutveckling, SCB

Primärvården i Västmanland utgörs, vid sidan av Ungdomsmottagningar, Smärtrehab, hemtjänsten med flera, av totalt 28 vårdcentraler fördelade över totalt 9 aktörer. De regiondrivna vårdcentralerna har ca 41% av marknaden och omfattar 11 vårdcentraler. Den näst största marknadsandelen håller Praktikertjänst med ca 34%, därefter Capio med 8%, Achima med 5% och resterande 12% förelade över fyra enskilda aktörer.

Vårdgaranti

Vårdgarantin är en lagstadgad rättighet som innebär att patienten ska få vård inom en viss tid. Vårdgarantin anger inom vilka tidsgränser olika vårdinsatser ska erbjudas, efter att beslut om vård har fattats.

För primärvårdens förstärkta vårdgaranti ingår två tillgänglighetsbegrepp.

Kontakt med primärvården samma dag

Patienter som söker hjälp för ett hälsoproblem ska kunna komma i kontakt med primärvården under samma dag, till exempel med vårdcentralen eller sjukvårdsrådgivningen. Det kan ske via telefon, chatt eller genom besök.

För våra vårdcentraler innebär det att första kontakt med patienten vanligtvis sker i telefonrådgivningen med distriktssköterska eller sjuksköterska. Det kan även ske i form av besök på en bedömningsmottagning eller genom chattfunktionen efter att denna funktion nu är införd.

Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar

Patienten ska erbjudas en medicinsk bedömning av legitimerad personal inom tre dagar via ett kvalificerat telefonsamtal eller fysiskt/digifysiskt besök.

En annan aspekt på tillgänglighet är att det ska finnas både akuta och planerade tider att boka patienterna på till legitimerad personal. Detta är direkt kopplat till kravet på medicinsk bedömning inom tre dagar. Det har också att göra med vårt ansvar att vara första linjens sjukvård. Om våra verksamheter inte klarar av att ta emot patienterna så belastas den övriga sjukvårdsorganisationen, exv. Jourmottagningen, Akutmottagningen och i förlängningen slutenvården.

Inom regionerna finns det många olika sätt för patienten att få kontakt med primärvården. Inom våra verksamheter har vi i dagsläget ett begränsat antal; telefonrådgivning, drop-in mottagning, mina vårdkontakter, bokat fysiskt/digifysiskt besök eller telefonbesök samt en chattfunktion som startats upp under 2024. En annan förändring som skett under åren är utökade tider gällande tillgänglighet där kravet är öppettider på samtliga vårdcentraler fram till 17.00 istället för 16.00 som det tidigare varit. Denna förändring skedde samtidigt som Vårdcentralernas jourmottagning i Västerås och Köping kortar ned öppettiderna vilket ställer högre krav på länets vårdcentraler.

Vår målsättning är att samtliga Närvårdens verksamheter ska erbjuda samma grundutbud till sina patienter. Det önskade framtida utbudet behöver utvecklas på ett strukturerat sätt där utgångspunkten är vår kapacitet och våra ekonomiska förutsättningar. En begränsning i detta utvecklingsarbete kommer vara att skapa så många vägar in som vi kan hantera utan att arbetsmiljön blir lidande.

Arbetssätt som behöver prioriteras för att öka tillgängligheten är gruppbehandlingar med föreläsningar så att vi har möjlighet att snabbare kunna hjälpa fler patienter med mindre resurser. Det är angeläget att utveckla detta då det både kommer påverka arbetsmiljö och tillgänglighet men även utifrån de demografiska förändringarna som kommer innebära ytterligare rekryteringssvårigheter framöver.

Kvalitet och patientsäkerhet

I styrkortet har vi fokuserat på några kvalitetpunkter men vi följs upp löpande via Vårduppdrag gällande andra parametrar också. Verksamhetsdialoger sker årligen av Vårduppdrag med varje vårdcentral.

Patientsäkerhet

Varje vårdcentral har sitt eget patientsäkerhetsteam bestående av verksamhetschef, medicinsk ansvarig läkare samt synergisamordnare.

Patientsäkerhetsarbetet ska ske nära patienten.

Varje medarbetare på vårdcentralen har eget ansvar för sitt patientsäkerhetsarbete och en skyldighet att rapportera vårdavvikelse/synergi.

Varje patientsäkerhetsteam har årligen en patientsäkerhetsdialog tillsammans med centrala patientsäkerhetsteamet inom Region Västmanland. Syftet med patientsäkerhetsdialogen är att stötta verksamheterna i ett strukturerat och systematiskt patientsäkerhetsarbete baserat på Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659).

En patientsäkerhetsberättelse skrivs varje år.

Fast läkarkontakt i Primärvården

Fast läkarkontakt ska vara en namngiven läkare på vårdcentralen som kan samordna och ansvara för patientens vård. För dem med komplexa behov, exempelvis multisjuka äldre eller personer med kroniska sjukdomar så är behovet extra stort.

Socialstyrelsen har fastställt ett nationellt riktvärde för hur många invånare en läkare i primärvården i normalfallet kan ansvara för som fast läkarkontakt.

Det nationella riktvärdet har fastställts till:

- 1 100 listade per allmänspecialist
- 550 invånare per läkare i specialisttjänstgöring (ST) i allmänmedicin, i mitten av sin specialistutbildning.

Region Västmanland jobbar för att ta fram en handlingsplan för fast läkarkontakt i primärvården 2025-2034. Handlingsplanen kommer innehålla förslag på olika insatsområden med mål att uppnå riktvärdet senast 2034 och kommer vara en viktig del i omställningen till en god och nära vård. Fler läkare i primärvården krävs för framtidens hälso- och sjukvård med primärvården som nav.

Medarbetarperspektivet

Närvårdens medarbetare

Inom Närvården är vi drygt 400 anställda varav följande yrkesgrupper är representerade:

- allmänspecialister, specialistläkare, ST-läkare och underläkare
- distriktssköterskor, sjuksköterskor och barnmorskor
- undersköterskor
- biomedicinska analytiker
- sjukgymnaster och fysioterapeuter
- psykologer, beteendevetare, socionomer, psykoterapeuter och kuratorer
- behandlingspedagoger, behandlingsassistenter
- medicinska sekreterare
- lokalvårdare och administrativ personal

Det köps också tjänster internt av andra verksamheter inom Region Västmanland såsom dietister, arbetsterapeuter, BHV- och MHV-psykologer, BVC- och MVC-läkare. Närvården har inte arbetsgivaransvaret för dessa medarbetare men då de är en del av vår dagliga verksamhet ansvarar vi för deras arbetsmiljö.

Kompetensförsörjning

Vi står fortsatt inför stora utmaningar kring kompetensförsörjning, särskilt i våra verksamheter utanför Västerås stad. Den demografiska utvecklingen utgör också en av våra största utmaningar framöver, då bristen på personal möter ökade krav på sjukvården och samhällsutveckling över hela landet.

Efterfrågan på hälso- och sjukvård från invånarna i Västmanland förväntas öka med över 10 % fram till 2035, och i flera landsbygdskommuner kommer trycket på våra tjänster att vara ännu högre. Sammanfattningsvis innebär detta att vi kommer behöva ge mer vård än idag, men med relativt begränsade resurser. För att möta denna utmaning räcker det inte att enbart öka effektiviteten. Lösningen kräver en kombination av förändringar i organisation, arbetssätt, kompetensutveckling och arbetsmiljö. Dessutom är det viktigt att stärka ledarskapet och medarbetarskapet så att hela organisationen tar ansvar för verksamheten.

Under de senaste åren har utvecklingsarbetet blivit mer integrerat i våra verksamheter och involverar nu fler medarbetare. Vi arbetar strategiskt med att bygga strukturer som kan fånga upp idéer från medarbetarna, så att dessa kan implementeras i verksamheten.

Kompetensförsörjning är ett av de mest kritiska områdena inom Närvården. Därför arbetar vi aktivt för att minska personalomsättningen och hålla sjukfrånvaron låg, så att vi kan uppfylla vårt uppdrag. På medellång sikt behöver vi även säkerställa återväxten av viktiga legitimerade kompetenser, såsom specialistsjuksköterskor och specialistläkare i allmänmedicin. För att skapa återväxt inom dessa kritiska grupper är fördelningen av ST-läkare i länet en central fråga för att på sikt nå en positiv utveckling gällande allmänspecialister. För att skapa återväxt av specialistutbildade sjuksköterskor fortsätter vi bland annat med sponsrade vidareutbildningar.

Under planperioderna behöver vi även satsa mer på att utveckla och erbjuda kompetensutveckling för våra erfarna distriktssköterskor. För att både säkerställa god vård för patienterna och stärka medarbetarnas engagemang är det viktigt att skapa möjligheter för distriktssköterskor att specialisera sig inom områden som exempelvis astma/KOL, samtidigt som deras breda generalistkompetens bevaras.

Sammanfattningsvis krävs flera olika insatser för att stärka medarbetarperspektivet.

Kompetensutveckling

Kompetensutveckling är en av kärnfrågorna inom framtidens kompetensförsörjning i form av att lyckas utveckla och behålla de medarbetare vi har. Att medarbetare får möjlighet att utveckla sin kompetens ses som en nyckelfråga både för att behålla dem inom Närvården samt för att möta framtidens utmaningar.

Kompetensutveckling är individuell och utgår ifrån verksamhetens behov. Alla medarbetare i Närvården har individuella kompetensutvecklingsplaner som årligen följs upp i medarbetarsamtal. Kompetensutveckling är ur ett strategiskt perspektiv prioriterat. Innehåll och faktiska insatser planeras i dialog mellan chef och medarbetare.

Under kommande år planeras bland annat fortsatt satsning på medarbetardialoger med vårdrelaterade professioner, mentorskapsutbildningar, kompetensmodeller och gemensamma inspiration- och utbildningsdagar för samtliga medarbetare inom Närvården.

Sjukfrånvaro och personalomsättning

Det finns samband mellan vår arbetssituation, sjukfrånvaro och personalomsättning. Vårt verktyg för en hälsosam och engagerad arbetsplats är region Västmanlands "Hälsofrämjande arbetsplats" (HFA). Samverkan, kommunikation, lärande och ett systematiskt arbetsmiljöarbete är evidensbaserade fokusområden inom HFA. Arbetet med detta är prioriterat och arbetsplatsanpassat inom hela Närvården. Ett tillitsbaserat, coachande och närvarande ledarskap är en förutsättning för stabilitet.

Det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) ska vara en naturlig del i allt Närvården gör, samt vara väl integrerat i verksamheten. SAM innebär att undersöka arbetsmiljön, göra kontinuerliga kartläggningar av både fysiska och psykosociala risker som sedan bedöms. Utifrån bedömningar ska åtgärder genomföras och sedan följas upp. Handlingsplaner för arbetsmiljö och sjukfrånvaro tas fram av respektive verksamhet.

Kopplat till Närvårdens mål arbetar vi bland annat med övergripande introduktion, inspirationsföreläsningar, medarbetarundersökningar, medarbetardialoger, handledning för chefer och tidiga och tydliga rehabiliteringsplaner för att skapa en sundare arbetsplats för våra medarbetare. Vi kommer jobba vidare med friskfaktor på alla arbetsplatser för att säkerställa en så bra arbetsmiljö som vi kan.

Inhyrd personal

Många av Sveriges regioner har under en längre tid varit beroende av inhyrd personal inom vissa verksamheter vilket påverkar såväl verksamhet som arbetsmiljö och ekonomi. Med anledning av detta har Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) drivit ett arbete med ett nationellt avtal för inhyrd personal. Detta avtal trädde i kraft under 2024 och samtliga regioner är nu anslutna till avtalet vilket är ett viktigt steg i utfasningen mot oberoende hyr.

Under de senaste åren har vårt behov inom Närvården minskat av inhyrd personal då vi har lyckats rekrytera till våra tjänster. Vi börjar närma oss en bra nivå där vi har gått från ett beroende till att det nu är ett komplement till vår ordinarie bemanning. Vi ser ett fortsatt behov av inhyrd personal även om målsättning och planering utgår från en reduktion av inhyrd a medarbetare

Flertalet insatser behöver vidtas för att lyckas reducera behovet av inhyrd personal vilket på sikt är nödvändigt ur flera aspekter. Det är av yttersta vikt att våra nuvarande medarbetare trivs och stannar hos oss men det krävs även fortsatta rekryteringsinsatser och information om förmåner som erhålls vid anställning för att minska behovet av inhyrd personal. Nya arbetssätt är även ett område som kommer att prioriteras både på kort och lång sikt, detta för att effektivisera flöden och på så sätt minska behovet av inhyrd personal. På längre sikt krävs åtgärder för att skapa återväxt, ST-platser och dess fördelning ses som en av nyckelfrågorna framöver för att lyckas med detta.

Samverkan

Samverkan är en tidig dialog mellan arbetsgivare, fackliga organisationer och medarbetare om verksamhet, måluppfyllelse och resurser innan beslut fattas. Det ska vara en naturlig del av den löpande verksamheten som stödjer fortlöpande verksamhetsutveckling. Samverkan ska ske i den verksamhet som berörs och på den nivå där beslut fattas.

Inom Närvården samarbetar vi regelbundet, både lokalt på enheterna och centralt på staben, i enlighet med det samverkansavtal som gäller.

Ekonomiperspektivet

Finansieringsmodellen

Vårdcentraler

Finansiering av Närvårdens vårdcentraler sker enligt fastställd prislista från Vårduppdag Västmanland som är en kombination av fast och rörlig ersättning. Utöver det kan Närvården även ta del av exempelvis statsbidrag och andra tillfälliga ersättningar som hela den konkurrensutsatta delen av primärvården kan ta del av.

Nuvarande finansieringsmodell är komplex i form av att den är mycket detaljerad, förutsättningar förändras ofta under pågående år och det ställs höga krav på administration i form av registreringar och uppföljningar. Under de senaste åren har antalet besöksersättningar och kvalitetmålsersättningar minskat för att istället läggas i kapiteringen, denna förflyttning fortsätter även 2026. Ökad andel kapitering gör det svårare att påverka intäkterna på kort sikt men ger en något ökad förutsägbarhet av intäkter.

Förändringarna i finansieringsmodellen förändrar förutsättningarna på olika sätt för respektive vårdcentral, både beroende på tidigare arbetssätt men även beroende på hur sammansättningen av listade patienter ser ut. Exempelvis beräknas förändringarna innebära utmaningar för vårdcentraler med stor andel listade i ålder 6-64 år men även för de med lågt CNI och ACG.

I nuvarande regelbok kan ersättningen från Vårdval delas upp i tre delar:

- Kapitering (fast ersättning per listad)
- Besöksersättning (rörlig ersättning)
- Övrig särskild ersättning (fast/rörlig ersättning)

Kapitering

Kapitering är den största delen av den fasta ersättningen och fördelas utifrån tre indikatorer som är åldersviktning, CNI (Care Need Index) och ACG (Adjusted Clinical Groups).

Åldersviktade kapiteringen utgör ca 55% av den totala kapiteringen och baseras på fyra ålderskategorier (0-5 år, 6-64 år, 65-74 år samt 75 år och äldre).

CNI utgör ca 20% av kapiteringen och är ett sätt att ersätta vårdcentralerna för socioekonomiskt tunga faktorer bland dess listade population. De variabler som ligger till grund för indexberäkningen är följande:

- Personer födda i Öst- och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Sydamerika
- Ensamstående föräldrar med barn som är 17 år eller yngre
- Arbetslösa eller i åtgärd mellan 16-64 år
- Lågutbildade i ålderskategorin 25-64 år

ACG utgör ca 25% av kapiteringen och är ett sätt att kompensera vårdcentralerna efter de faktiska arbetsinsatserna. Med detta index beräknas vårdtyngden hos de behandlade patienter och beräkningen baseras på de diagnoser som sätts vid vårdtillfället.

Besöksersättning

Vårdcentralerna erhåller besöksersättning enligt fastställd prislista, ersättningarna är varierande beroende på vad det är för besöksstyp och vilken yrkeskategori som besöket avser. De senaste åren har flera besöksersättningar tagits bort till förmån för ökad kapitering.

Även ersättningen för gravida har förändras där det tidigare endast varit ersättning vid in- och utskrivning. Ersättning för in- och utskrivna kvarstår men på lägre nivåer, till detta kommer även ersättning för eftervård (8 veckor post partum) samt en andel av en fast summa som baseras på andel listade kvinnor 15-70 år.

Övrig ersättning

Utöver kapitering och besöksersättning tillkommer flera särskilda ersättningar. Flertalet av dessa ersättningar är rörliga och avser en andel av faktiskt kostnad, en del av dem är fasta ersättningar och en del bygger på måluppfyllelse.

Vårdcentralsjouren

Finansieringen för Vårdcentralsjouren i Västerås består av en kombination av fast och rörlig ersättning. Den fasta ersättningen utgår från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, nivå beslutas i samband med budgetarbete för kommande år. Utöver detta erhålls besöksersättning från vårdcentralerna baserat på antal besök av respektive vårdcentrals listade patienter. Det tillkommer även ersättning för utomlänspatienter som faktureras till andra regioner.

Vårdcentralsjouren i Köping finansieras helt genom rörlig ersättning. Den största delen utgörs av besöksersättning från vårdcentralerna baserat på antal besök av respektive vårdcentrals listade patienter men även patientavgifter och ersättning för utomlänspatienter erhålls.

Budget 2026 och plan 2027-2028

Enligt ägardirektivet för Närvården ska resultatkrav fastställas årligen av regiondirektören. Detta i syfte att konsolidera Närvården för framtiden. Regiondirektören fastställde för år 2026 ett resultatkrav på 1,7 mnkr vilket motsvarar 10% av insatt kapital. Beräkningsgrund för avkastningskravet är densamma som för regionens bolag. Med hänsyn till detta uppgår Närvårdens budgeterade resultat för år 2026 till 1,7 mnkr, se Bilaga 3, budget 2026.

Intäkter och produktion

Precis som i stora delar av landet pågår ett arbete med förflyttning mot nära vård även i Region Västmanland, i Regionplanen för åren 2026-2028 anges primärvården som navet i denna förflyttning. Under 2026 fördelas ca 16% av budgeten för hälso- och sjukvård till vårdval som ansvarar för finansiering av primärvården. Blickar vi framåt i Regionplanen för åren 2027 och 2028 så planeras samma andel av budgeten för hälso- och sjukvård i nuläget tilldelas vårdval/primärvården. För att primärvården ska kunna vara navet i förflyttningen mot nära vård krävs aktiva beslut kring finansiering av denna förflyttning.

Förflyttning av jourverksamheten har inte inneburit mer resurser till Vårduppdrag eller vårdcentralerna men ses som en positiv

förändring då det inneburit att jourverksamheten blivit mer integrerad med vårdcentralerna.

Intäkterna för Närvården beräknas uppgå till 671 mnkr under 2026 och fördelas enligt nedan:

- Kapitering (ers per listad) 445 mnkr
- Besöksersättning (inkl fast fysioterapi) 29 mnkr
- Ersättning för barnmorskemottagning 23 mnkr
- Ersättning för allmänläkemedel 33 mnkr
- Ersättning till vårdcentralsjourer 34 mnkr
- Övrig ersättning 107 mnkr

Genomsnittliga kapiteringen per listad skiljer sig avsevärt mellan Närvårdens vårdcentraler genom sammansättningen av vårdcentralernas listade både genom ålder och socioekonomiska faktorer. Detta innebär att våra vårdcentraler har olika förutsättningar och behöver jobba på olika sätt vilket det även signaleras att de ska göra från politiken genom prislstan.

Personalkostnader

Personalkostnaderna beräknas uppgå till 415 mnkr under 2026 vilket motsvarar ca 62% av den totala kostnadsmassan.

Kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvård är både en nationell och lokal utmaning där det för den regiondrivna Närvården kompliceras ytterligare genom konkurrens av privata aktörer. Dessa kan välja vart de driver vårdcentraler vilket inneburit etablering av privata vårdcentraler i områden med goda listningsunderlag. Behovet av inhyrd personal har historiskt varit högre än önskat vilket är en fortsatt risk då kompetensförsörjningen påverkar behovet av inhyrd personal. Det arbete som har gjorts tidigare år för att minska inhyrningen har gett god effekt. För 2026 är målsättningen att den positiva trenden fortsätter, med en budgeterad kostnadsminskning avseende inhyrd personal på ca 24%.

Ett annat område som är viktigt ur flera perspektiv är fördelning av ST-läkare inom primärvården. Det har påbörjats en tydligare styrning inom detta område vilket vi ser positivt på för primärvården som helhet. Det är viktigt för bland annat återväxten att ST-fördelningen är jämn så att även vårdcentraler i glesbygden har möjlighet att rekrytera ST-läkare.

Material- och verksamhetskostnader

Till 2026 budgeteras 255 mnkr avseende material- och verksamhetskostnader vilket motsvarar 38% av de totala kostnaderna. Den största posten inom detta kostnadsslag är läkemedelskostnader (46 mnkr) följt av lokalkostnader (36 mnkr) och laboratorietjänster (33 mnkr).

Det finns avtal mellan Närvården och Regionen som upplevs kostsamma i förhållande till vad som levereras vilket påverkar samtliga vårdcentraler. Även kostnader för nätsjukvård påverkar vårdcentralerna som står för 20% av regionens faktiska kostnad vilket motsvarar drygt 2 mnkr per år. Dessa kostnader går i princip inte att påverka då flera utredningar visat på svaga samband mellan tillgänglighet på vårdcentralen och nyttjande av nätsjukvård. Vi anser att kostnader för nätsjukvård bör lyftas bort från vårdcentralerna för att på så sätt kunna nyttja resurserna till att ge bästa möjliga vård till våra patienter.

Känslighetsanalys

Hälso- och sjukvården står fortsatt inför stora ekonomiska utmaningar vilket även avspeglar sig i Närvården där kostnadsökningar ställer krav på ökad effektivitet.

Närvården verkar på en konkurrensutsatt marknad samtidigt som stora delar av finansieringen är rörlig. Detta innebär att det finns både risker och möjligheter inom såväl intäkter som kostnader, både internt och externt.

Gällande intäkter bedöms den största risken vara vikande listning vilket kan påverka intäkterna kraftigt under året. Gällande kostnadssidan bedöms risken för högre personalkostnader, främst genom mer inhyrd personal än planerat som störst. Under året arbetar samtliga vårdcentraler med att parera förändringar på såväl intäkts- som kostnadssidan, det vill säga styr mot resultatkrav.

Närvården har flertalet vårdcentraler i mindre kommuner där antalet invånare och därmed listningsantalet är lågt. Nuvarande regelbok gör det svårt att driva dessa vårdcentraler med ekonomisk balans då kraven, exempelvis på kompetenser, är höga i förhållande till ekonomisk ersättning vid lågt antal listade. Detta ställer höga krav både på vårdcentralerna i de mindre kommunerna men även på vårdcentralerna i de större kommunerna då de behöver kompensera ekonomiskt för att Närvården ska nå avkastningskravet.

Under det gångna året har vårdcentralsjourerna framgångsrikt etablerats inom Närvårdens regi, detta har resulterat i ett positivt utfall. Erfarenheterna från denna övergång kommer att ligga till grund för fortsatt utveckling och kvalitetssäkring av verksamheten.

En rörelse på intäkter eller kostnader motsvarande en procentenhet påverkar Närvårdens resultat med 6,7 mnkr.

Intäkts-/kostnadstyp (tkr)	+/- 1%	+/- 5%
Kapitering	4,5 mnkr	22,3 mnkr
Personalkostnader	4,2 mnkr	20,8 mnkr
Material & verksamhetstjänster	2,6 mnkr	12,8 mnkr
Totala kostnader	6,7 mnkr	33,5 mnkr

Resultatreglering och eget kapital

Resultatreglering tillämpas för Närvården där över- eller underskott stannar i verksamheten, detta undantaget Hälsomottagningen samt jourmottagningarna som resultatregleras mot Hälso-och sjukvårdsförvaltningen.

Resultatreglering är en del i bokslutsdialogen och fastställs av Regionfullmäktige. Om ett negativt eget kapital befaras ska en åtgärdsplan upprättas för hur verksamheten ska nå ekonomisk balans. Åtgärdsplanen ska godkännas av Närvårdens styrelse och delges Regionstyrelsen.

Vid uppstart av den nya organisationen år 2020 beslutade Regionstyrelsen att Närvården fick ett eget kapital till en summa om 17 mnkr. Utifrån det överskott som genererats tidigare år uppgick ingående balansen för det egna kapitalet till 103,1 mnkr. 2025 års resultat prognostiseras till +8,5 mnkr vilket innebär ett eget kapital på 111,6 mnkr inför 2026.

Investeringar

Närvårdens investeringsram för inventarier och utrustning uppgår till 1 mnkr under 2026. Det som bland annat planeras köpas in är EKG-förstärkare, öronmikroskop, gymutrustning samt möbler till personalrum. Utöver investeringar planeras funktionsanpassningar i vissa lokaler vilket kommer medföra högre hyra.

Bilaga 1

Styrkort 2026–2028

Perspektiv	Målsättning	Styrtal	Rapporterings- frekvens	Utfall			Mål			
				2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028
 Verksamhet/ process	Vi har en effektiv verksamhet	1. Vi har en hög produktion (tusental besök)	Månad	362	360	358	369	372	376	380
		2. Andelen distanskontakter (video & telefon) ökar	Månad	6 %	9 %	8 %	10 %	10 %	12 %	12 %
	Vi har en hög kvalitet	3. Samtliga verksamheter följer upp förskrivningen av beroendeframkallande läkemedel	Månad	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
 Kund/ invånare	Vi har en hög tillgänglighet	4. Vi har en hög telefonföretaglighet	Månad	85 %	88 %	88 %	95 %	95 %	95 %	95 %
		5. Patienten får medicinsk bedömning inom 3 dagar	Månad	77 %	78 %	78 %	90 %	90 %	95 %	95 %
	Vi har en hög kvalitet	7. Andel diabetespatienter typ 2 med HbA1c >70 mmol	Tertial	8 %	8 %	9 %	<10 %	< 10 %	< 10 %	< 10 %
		8. Totalt antal antibiotikarecept som förskrivs per 1 000 listade patienter	Tertial	138	152	162	< 180	< 180	< 180	< 180
		9. Andel patienter 30-80 år med diagnosen hypertoni med blodtryck lägre än 140/90 vid senaste mätning	Tertial	46 %	46 %	51 %	> 60 %	> 60 %	> 60 %	> 60 %
		10. Andel listade patienter med diagnos hjärtsvikt som förskrivits RAAS-blockad senaste 18 månaderna	Tertial	80 %	-	-	> 80 %	> 80 %	> 80 %	> 80 %
 Medarbetare	Vi har en sund arbetsplats	11. Vi har en låg sjukfrånvaro	Månad	7,7 %	7,0 %	7,0 %	< 6 %	< 6 %	< 6 %	< 6 %
		12. Vi har en låg personalomsättning (andel som lämnar Intraprenaden för en annan anställning)	Tertial	14,0 %	12,8 %	8,5 %	< 7,5 %	< 7,5 %	< 7,5 %	< 7,5 %
 Ekonomi	Vi har ekonomi i balans	13. Avkastning/resultat, mnkr	Månad	14,3	5,0	5,8	1,7	1,7	1,7	1,7
		14. Bruttomarginal	Månad	37 %	35 %	36 %	38 %	38 %	38 %	39 %
	Vi är effektiva	15. Intäkter (kr)/arbetad timme ökar	Månad	886 kr	944 kr	981 kr	980 kr	1025 kr	1 050 kr	1 075 kr
	Vi arbetar mot att bli oberoende av hyrpersonal	16. Andel kostnad för inhyrd personal av total personalkostnad	Månad	18 %	16 %	11 %	7 %	5 %	5 %	5 %

Bilaga 2

Målområden 2026

Primärvårdsuppdraget är komplext och har många intressenter så som slutenvården, kommuner och psykiatri samtidigt som det är detaljstyrt. I och med förflyttningen mot nära vård ställer det även krav på stor flexibilitet genom anpassning till nya uppdrag och förutsättningar.

Strategin behöver även balanseras men hänsyn till våra olika perspektiv, det är därför av stor vikt att det finns en tydlig och samlad bild av våra prioriterade områden kommande åren.

Perspektiv	Målområde	Insats
Verksamhet/patient	Ökad marknadsandel	Arbete med fokus på bemötande och tillgänglighet
		Varumärkesinsatser
		Lokalsatsningar
		Nya uppdrag
	Mångsökare	Handlingsplan för patienter med fler än 10 besök under 1 år
	Tillgänglighet	Bibehålla hög nivå på telefontillgänglighet
		Arbete med ökad andel chattar via 1177 direkt
		Öka den medicinska bedömningen inom 3 dagar
		Ökad digital närvaro i glesbygd
	Patientsäkerhet	Egenkontroll
		Centralt patientsäkerhetsteam
		Tydliggöra roller och struktur
		Ta fram nytt styrkort
Medarbetare	Ökat samarbete	Partnerskap mellan vårdcentraler
		Möjlighet till delade tjänster och gemensamma uppdrag
	Låg sjukfrånvaro och personalomsättning	Tidiga insatser och uppföljning vid misstänkt och faktisk sjukfrånvaro
		Skapa möjligheter till utveckling och inflytande i organisationen
	Attraktiv arbetsgivare	Systematiskt arbetsmiljöarbete kopplat till friskfaktorer
		Fortbildning/utbildning, kompetenskort
	Minskad andel inhyrd personal	Rekryteringsinsatser
		Intern randning
Ekonomi	Kostnadseffektiva	Verka för jämnare fördelning av ST-läkare i länet
		Styrning mot beslutat resultatkrav
		Kontinuerlig översyn av bemanningssammansättning
		Införande av digitala hjälpmedel
		Minskad andel inhyrd personal
		Ökad marknadsandel av listade

Bilaga 3

Budget 2026

Tkr	Bokslut 2024	Budget 2025	Budget 2026
Produktionsintäkter	82 104	74 538	78 345
Ersättningar per listad Vårdval	420 221	426 580	445 149
Övriga intäkter	111 385	135 092	148 136
Summa Intäkter	613 876	636 210	671 630
Lönekostnader	-222 550	-251 515	-269 700
Sociala avgifter	-119 885	-114 486	-120 531
Inhyrd personal	-40 320	-28 129	-21 304
Övriga personalkostnader	-3 029	-3 584	-3 227
Personalkostnader	-387 470	-397 714	-414 762
Köpt vård	-25 363	-25 050	-25 336
Labbkostnader	-32 996	-34 211	-35 654
Läkemedel	-41 511	-39 196	-45 613
Sjukvårds-/medicinskt material	-7 909	-6 981	-9 032
Övriga kostnader i kkl 5	-35 775	-41 468	-47 096
Material, varor och tjänster	-143 554	-146 906	-162 731
Lokalkostnader	-37 090	-41 505	-42 681
Avskrivningar	-1 173	-1 300	-1 094
Övriga kostnader i kkl 6+7	-42 306	-46 893	-48 510
Övriga verksamhetskostnader	-80 568	-89 698	-92 285
Finansiella kostnader	- 169	- 192	- 152
Finansiella kostnader	- 169	- 192	- 152
Summa Kostnader	-608 075	-634 510	-669 930
Resultat	5 801	1 700	1 700
Bruttomarginal	37,5%	37,5%	38,2%
Andel inhyrd personal	10,5%	7,1%	5,1%

Bilaga 4

Intern kontrollplan 2026

Risk	Granskningsområde	Berört reglemente, policy eller regler	Riskvärde (väsentlighet och risk)	Ansvarig för granskning	Metod för granskning
Risk för liv och hälsa för medborgare vid avsaknad av lokala beredskapsplaner vid kris och katastrof	Lokala beredskapsplaner	Riktlinjer	(S=3, K=4) 12	Närvården	Inventering av att samtliga enheter inom Närvården har upprättade lokala beredskapsplaner vid kris och katastrof
Avtal gällande personal följs inte vilket leder till merkostnader	Kontroll av ny lön vid förändrad anställningsform i samma uppdrag	Avtal, riktlinjer	(S=4, K=3)	CHR	Kontroll av avslutade tillsvidareanställningar som har följts av timanställning under perioden 2025-06-01-2026-05-31
Risk för kvalitets och säkerhetsbrister om personal har bristande språkkunskaper i svenska	Säkerställa att språkbedömningar i samband med rekrytering genomförs enligt gällande lagar, styrdokument och rutiner	Styrdokument och rutiner	(S=4, K=3)	CHR	Stickprovskontroll av att språkbedömningar genomförs i enlighet med fastställda rutiner i rekryteringsprocessen
Risk för korruption eller oegentligheter	Kontroll av beslut om bisyssla samt tidigare medarbetare som går in som konsult	Riktlinjer	(S=4, K=3)	Regionstaben /CHR	Stickprovskontroll
Risk för liv och hälsa för medborgare vid avsaknad av lokala beredskapsplaner vid kris och katastrof	Lokala beredskapsplaner	Riktlinjer	(S=3, K=4) 12	Närvården	Inventering av att samtliga enheter inom Närvården har upprättade lokala beredskapsplaner vid kris och katastrof
Avtal gällande personal följs inte vilket leder till merkostnader	Kontroll av ny lön vid förändrad anställningsform i samma uppdrag	Avtal, riktlinjer	(S=4, K=3)	CHR	Kontroll av avslutade tillsvidareanställningar som har följts av timanställning under perioden 2025-06-01-2026-05-31
Risk för kvalitets och säkerhetsbrister om personal har bristande språkkunskaper i svenska	Säkerställa att språkbedömningar i samband med rekrytering genomförs enligt gällande lagar, styrdokument och rutiner	Styrdokument och rutiner	(S=4, K=3)	CHR	Stickprovskontroll av att språkbedömningar genomförs i enlighet med fastställda rutiner i rekryteringsprocessen
Risk för korruption eller oegentligheter	Kontroll av beslut om bisyssla samt tidigare medarbetare som går in som konsult	Riktlinjer	(S=4, K=3)	Regionstaben /CHR	Stickprovskontroll



Anna Sofia Törnqvist
Fredrik Ahlnäs
Marika Johansson