



# Verksamhetsplan 2024-2026

Närvården Västmanland



## Innehållsförteckning

<b>Direktören har ordet</b> .....	<b>3</b>
<b>Primärvårdsuppdraget</b> .....	<b>5</b>
Primärvård i Sverige .....	5
Primärvårdsuppdraget i Västmanland .....	5
En god och nära vård .....	6
Omvärldsbevakning och marknad .....	7
Driftform och organisation .....	8
Balanserad styrning .....	9
Vision och värdegrund .....	9
Hållbarhet .....	10
<b>Verksamhets- och invånarperspektivet</b> .....	<b>11</b>
Våra listade .....	11
Tillgänglighet .....	11
Kvalitet och patientsäkerhet .....	12
<b>Medarbetarperspektivet</b> .....	<b>14</b>
Närvårdens medarbetare .....	14
Ledningsstrukturen .....	14
Kompetensförsörjning .....	14
Kompetensutveckling .....	16
Sjukfrånvaro och personalomsättning .....	16
Inhyrd personal .....	17
Samverkan .....	17
<b>Ekonomiperspektivet</b> .....	<b>18</b>
Finansieringsmodell .....	18
Budget 2024 och plan 2025-2026 .....	19
Känslighetsanalys .....	21
Resultatreglering och eget kapital .....	22
Investeringar .....	22
<b>Strategi</b> .....	<b>23</b>
SWOT-analys .....	23
Aktiviteter .....	23
<b>Intern kontrollplan 2024</b> .....	<b>25</b>
<b>Bilaga 1 Styrkort 2024-2026</b> .....	<b>26</b>
<b>Bilaga 2 Budget 2024</b> .....	<b>27</b>

# Direktören har ordet

Det är fortfarande en orolig omvärld med krig och inflation som påverkar oss på alla möjliga sätt. Situationen påverkar oss ekonomiskt men det påverkar också våra patienter och hälsan i samhället.

Den demografiska utvecklingen i riket och regionalt påverkar vår verksamhet redan idag, med fler äldre i vår befolkning, samtidigt som personer i arbetsför ålder relativt minskar. Mellan åren 2020 och 2030 väntas andelen personer över 80 år öka med 50%. Med oförändrat arbetssätt kommer antalet anställda att behöva öka, samtidigt som det förväntas finnas allt färre personer på arbetsmarknaden. Vi måste fokusera på att behålla alla medarbetare.

Det största problemet vi står inför kommande tre år är kompetensförsörjningen vilket vi delar med hela Sverige och också stora delar av världen. Bristen på medarbetare inom hälso- och sjukvården kommer öka och tvinga oss till att hitta smartare arbetssätt med stöd av digitala lösningar så att vi trots detta klarar av att möta fler patienter med färre resurser. För att klara av detta är det viktigt att hela kedjan i hälso- och sjukvården fungerar och att vi bjuder in patienterna att kunna sköta planeringen runt sin vård själva.

En stark primärvård där vi kan jobba förebyggande och hjälpa patienten tidigt är mycket viktigt och då måste vi ha en hög tillgänglighet där patienterna kan nå oss och få sin medicinska bedömning enligt vårdgarantin i primärvården. Ett sätt framöver kan vara att finna kompletterade kompetenser och yrkesgrupper för att kunna möta upp nya behov i framtiden och hushålla med den legitimerade spetskompetensen.

Det kommer alltid vara svårare för våra verksamheter utanför Västerås stad att klara sin kompetensförsörjning då de har en begränsad rekryteringsbas och därför kommer det vara mycket viktigt att hitta samarbeten mellan vårdcentralerna i olika geografiska kluster. Samarbetet med slutenvården behöver bli bättre för att klara förflyttningen mot en god och nära vård.

Vi måste fokusera på att utveckla och behålla våra medarbetare. Det finns många fler att utveckla än vad det kommer finnas att rekrytera kommande år. Behålla kommer bli det nya rekrytera.

Vi måste vara försiktiga med att lösa arbetsmiljöproblem med sidouppdrag för våra medarbetare då alla behövs i arbetet kring våra patienter men det måste också vara utvecklande och roligt att jobba hos oss. När bemanningen inte räcker till så påverkar det vår telefontillgänglighet och möjligheten till akuta tider för medicinska bedömningar på våra enheter. Det leder till missnöje hos patienterna och en tung arbetsmiljö för våra medarbetare vilket innebär att vi måste hitta lösningar tillsammans. Ett tillitsbaserat, coachande och närvarande ledarskap är en förutsättning och en nyckelkompetens för det utvecklingsarbetet som vi står inför.

Vi behöver tillsammans med kommunen och slutenvården ställa om vården till en hälso- och sjukvård som är enad för patienten. Mer av person, relation, proaktivitet, samverkan samt delaktiga patienter. Mindre av gränser, reaktivitet, isolerade mottagare och isolerade insatser.

Vi kommer också behöva ompröva våra arbetssätt och ta tillvara den digitala omställningen för att möta upp utvecklingen mot nära vård. För att klara det så behöver vi ett nytt mer tillitsbaserat primärvårdsprogram i Region Västmanland som litar mer på professionen.

Det är också viktigt att våra kompetenta medarbetare får vara med att påverka utvecklingen framåt i omställningen mot en god och nära Vård. Verksamhetsutvecklingen måste ske nära våra medarbetare för att lyckas.

Vi kommer fortsätta driva på vår egen verksamhetsutveckling genom medarbetardialoger. Detta är ett arbetssätt där en representant från varje vårdcentral bildar en arbetsgrupp inom sin yrkesgrupp, ex läkare, sjuksköterska. På så sätt kan utvecklingsarbetet även överbrygga gränserna mellan vårdcentralerna då samarbetet inom vår organisation kan bli vår styrka.

ST-fördelningen till Närvården är starkt underdimensionerad både i sitt utgångsläge med flertalet vakanser och utifrån framtidens behov. Region Västmanland behöver se över sin fördelningsmodell utifrån våra verksamheters behov av kompetens. Tilldelningen av ST läkare utanför Västerås stad är svag och näst intill obefintlig och följer inte alls behovet av återväxt. Vi inom Närvården efterlyser fortfarande en regional strategi i fördelningen av ST läkare för att vi nu och i framtiden ska kunna bemanna våra vårdcentraler med läkare. Idag är vi helt hyrläkarberoende på några verksamheter då vi inte har tillräckligt många allmänspecialister vilket i dagsläget även medför att vi inte får in ST-läkare.

En lösning på bemanningen inom våra enheter utanför Västerås skulle kunna vara internrandningar av våra ST läkare i allmänmedicin med också randningar på våra vårdcentraler av andra ST-specialiteter. Det skulle lösa bemanningsproblem, stärka patientsäkerheten och spara in stora summor då det skulle vara möjligt att dra ner på avropen gällande inhyrd personal. ST-läkare som flödar mellan slutenvården och primärvården skulle också öka tilliten och förståelsen mellan våra områden och bygga en stabil grund för ökade samarbeten i förflyttningen mot en god och nära vård.

Att hyra in läkare kan vara ett bra komplement vid arbetstoppar och kortare vakanser men idag har vi ingen självständig bemanning utan betydande tillskott av inhyrd personal. En stor andel inhyrd personal påverkar kontinuitet, utveckling, kvalité och kan även påverka patientsäkerheten negativt. Det pågår förberedelser för ett nationellt avtal för inhyrd personal. Ett ramavtal som planeras gälla från våren 2024. Fördelarna är minskad intern konkurrens mellan regionerna, tydligare kvalitetskrav, gemensam uppföljning och för oss i Västmanland en något gynnsammare prisbild. Nackdelarna med ett nationellt avtal kan bli att det till en början påverkar vår leverans av hyrläkare negativt då det kan uppstå en dragkamp mellan bolag som fått avtal och de som står utanför. Sammantaget kommer marknadskrafterna pröva regionernas uthållighet så att ingen går utanför avtalet trots risk för sämre leverans.

Nätsjukvården är en utmaning som är utanför vår påverkan och kontroll. Idag klassas nätsjukvård som utomlänbesök och innebär stora kostnader för oss trots att vi belastas med en del av den totala kostnaden. Pengar som är tänkta att gå till uppdraget på våra vårdcentraler. Flera utredningar har visat på svaga samband mellan vårdcentralernas tillgänglighet och patienternas användande av nätsjukvården.

Nätsjukvården ger också en ökad efterfrågan av läkarbesök hos oss, då de i större utsträckning än vi rekommenderar uppföljningsbesök hos läkare. Inom fysiska vårdcentraler skulle oftare ett motsvarande återbesök rekommenderas/ triageras till en annan legitimerad kompetens, exempelvis fysioterapeut eller distriktsjuksköterska. Sammantaget påverkar nätsjukvården både våra ekonomiska- och personella resurser.

För att möta upp efterfrågan av att nå oss på ett mer flexibelt sätt utvecklar vi alternativ så som chattar, digitala vårdmöten, gruppbehandlingar, drop in mottagningar och vi behöver öka vår egen telefontillgänglighet. Införandet av chatt och triagering våren 2024 kommer förhoppningsvis minska användningen av nätläkare i Västmanland och minska trycket på vår telefonrådgivning.

Så länge nätsjukvården är en konsumtionstjänst som marknadsförs direkt till våra medborgare kommer vi aldrig på ett jämbördigt sätt kunna med motsvarande marknadskommunikation beskriva vårt utbud och våra fördelar. Detta gör det svårt att konkurrera med våra olika uppdrag och förutsättningar trots att vi har en bättre tjänst som gör bättre patientnytta.



**Anna Sofia Jansson**  
Direktör Närvården Västmanland

# 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.

## Primärvårdsuppdraget i Västmanland

Primärvården är första linjens sjukvård. Primärvårdens uppgift är att erbjuda insatser för sjukvårdsbehov som är vanligt förekommande hos befolkningen, ofta förekommande hos individen samt är samhällsekonomiskt rimligt att bedriva lokalt. Vården ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det övergripande uppdraget utgår från gällande primärvårdsprogram där åtagandet är oberoende av driftsform och avser ansvar för listade invånare dygnet runt alla veckans dagar. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskildes värdighet. Det ingår också i vårdcentralens uppdrag att samverka med andra vårdnivåer och huvudmän för att samordna patientens vård och behandling.

För primärvården inom Region Västmanland gäller Vårdval enligt lag om valfrihetssystem (LOV). Vårt uppdrag inom Närvården styrs av primärvårdsprogrammet som är ett förfrågningsunderlag från Vårdval.

Region Västmanland har en sammanhållen primärvård, invånaren väljer hela vårdcentralens utbud.

Region Västmanlands primärvårdsprogram stipulerar att det på varje vårdcentral ska finnas följande kompetenser och funktioner.

### Krav på personal/kompetens

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

### Krav på funktion

Hälso- & 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 hålla oss till vad vi får ersättning för. Vi kan därför inte utveckla eller erbjuda annan tillgänglighet/verksamhet än vad som primärvårdsprogrammet 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 patienten 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. Så det är 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 ett primärvårdsprogram 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 det nya 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 ett primärvårdsprogram som underlättar i omställningen mot god och nära vård.

Framgångsfaktorer för en god och nära vård:

- samarbetet mellan slutenvården, primärvården och kommunen,
- ny teknik för att utveckla arbetssätt,
- satsning på utveckling av egen vård,
- att personcentrerad vård är vägledande,
- satsning på kompetensförsörjning över de traditionella gränserna.

#### 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.





## Omvärldsbevakning och marknad

Antalet vårdcentraler i Sverige uppgår till ca 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 279 500 listade invånare som 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 större andel av listningen. Framskrivningar gjorda av SCB (Statistiska Centralbyrån) visar att befolkningen i Västmanland beräknas öka med strax under 0,5% per år under de kommande åren, detta innebär ca 1 200 fler invånare per år. Framskrivningarna visar att det även kommande åren är åldersgruppen som är 75 år och äldre som kommer öka i snabbast takt

Primärvården i Västmanland utgörs, vid sidan av Ungdomsmottagningar, Smärtrehab, hemtjänsten med flera, av totalt 28 vårdcentraler fördelade över totalt 8 aktörer. De regiondrivna vårdcentralerna har ca 42% av marknaden och omfattar 12 vårdcentraler. Den näst största marknadsandelen håller Praktikertjänst med ca 34%, därefter Capio med 8%, Achima med 5% och resterande 11% förelade över fyra enskilda aktörer.

Under slutet av 2023 planerar Svenska kyrkan att öppna en vårdcentral i Fagersta i egen regi vilket innebär att antalet vårdgivare under 2024 uppgår till 9 stycken. Bedömningen är att denna vårdcentral i första hand kommer att konkurrera med Praktikertjänst vårdcentral i Fagersta men att den till viss del även kommer konkurrera med Närvården Norberg och Närvården Skinnskatteberg.

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

Åldersintervall	2023	2024	2025	2026
0-5 år	6,6%	6,5%	6,4%	6,3%
6-64 år	71,3%	71,3%	71,3%	71,2%
65-74 år	10,3%	10,2%	10,1%	10,2%
>75 år	11,7%	12,0%	12,2%	12,3%

\*Framskrivning befolkningsutveckling, SCB



## Driftform och organisation

Verksamheterna som bedrivs inom Närvården gick från att drivas under en förvaltning till att drivas som en Intraprenad i januari 2020. 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 primärvårdsprogrammet. 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 Närvården 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 primärvårdsprogram, samtidigt som Närvården har andra krav på uppdrag så som att driva verksamhet på mindre orter som ekonomiskt är mindre lönsamma och hälsomottagning för asylsökande och omhändertagna barn. För att

balansera vårt regionansvar avser vi att utveckla driftformer inom verksamheter som idag inte bär sina kostnader till mer kostnadseffektiva driftformer.

Asylhälsan som bedrivs inom Närvården får till 2024 ett förändrat uppdrag vilket innebär att denna verksamhet framgent utför hälsoundersökningar för asylsökande och omhändertagna barn samt stödjer övriga vårdcentraler i länet kopplat till asylsökande patienter. Detta innebär att asylsökande söker vård på närmsta vårdcentral från och med årsskiftet samt att Asylhälsan byter namn till Närvården Hälsomottagning, i samband med detta konverteras även Råby vårdcentral och blir en filial till Närvården Bäckby.

Närvården består från och med 2024 av 11 vårdcentraler och fem filialer tillsammans med hälsomottagning för asylsökande och omhändertagna barn. Verksamheten bedrivs inom sex kommuner i Västmanland; Hallstahammar, Köping, Norberg, Sala, Skinnskatteberg och Västerås.

Nya uppdrag och förflyttningen mot god och nära vård kan få konsekvensen att vi kan komma att behöva stärka vår närvaro. En ökad närvaro kommer så långt som möjligt balanseras med digitala lösningar och konvertering av befintlig verksamhet. Även på längre sikt kommer vi behöva hjälp och stöd av regionen och nationella system för att införa större förändringar av digitala vägar in för patienten, förutsatt att inte markanta och långsiktiga medel tillförs primärvården.



## 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 2024-2026.

### 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 ekonomiskt resultat.

## 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."



## 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.

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.

Miljörevision genomförs regelbundet för hela Närvården.

Prioriterade aktiviteter kopplade till detta perspektiv för Närvården under den kommande planperioden är följande:

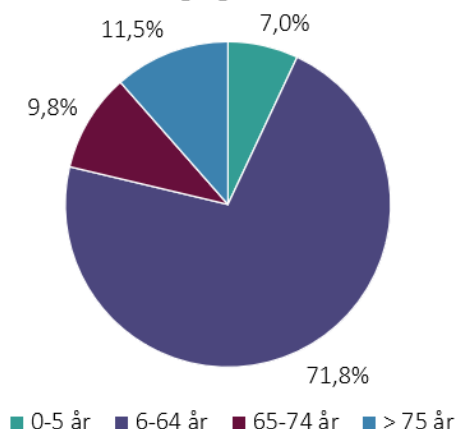
- följsamhet till riktlinje gällande tjänsteresor och inköp av elcyklar,
- cirkulära materialflöden, exv. inköp av använda möbler,
- genomförande av miljöutbildning för Närvårdens medarbetare och en fördjupad utbildning för Närvårdens chefer,
- årlig egen kontroll av miljö ska genomföras av verksamhetschefer och enhetschefer som har delegerat miljöansvar,
- arbete för att samtliga Närvårdens vårdcentraler ska ge samma service till alla invånare i länet,
- följsamhet till budget för att nå ekonomiskt resultat.

# Verksamhets- och invånarperspektivet

## Våra listade

Antalet listade på Närvårdens vårdcentraler uppgår till drygt 117 200 stycken. Under kommande år visar framskrivningar från SCB (Statistiska Centralbyrån) att befolkningstillväxten i Västmanland beräknas öka med strax under 0,5% per år vilket innebär ca 500 nya listade per år för Närvården förutsatt att nuvarande marknadsandel hålls. Åldersfördelningen på Närvårdens vårdcentraler är relativt representativ för länets befolkningsunderlag, dock med en något lägre andel i åldersgrupperna 65-74 år och 75 år och äldre och en högre andel i åldersgrupperna 0-5 år och 6-64 år.

Åldersfördelning listade Närvården



Ca 40% av våra kontakter med invånare är i åldersgruppen 65 år eller äldre. Ca 53% i åldersgruppen 6-64 år och ca 7% är 5 år eller yngre. Detta visar på att den äldre andelen av befolkningen är mer vårdkrävande än övriga åldersgrupper då listningsandelen för åldersgruppen 65 år och äldre utgör drygt 21% medan besöken för samma åldersgrupp utgör ca 40% av de totala kontakterna. Det innebär även att trycket på primärvården beräknas öka kraftigt i och med den demografiska utvecklingen där allt större andel av befolkningen utgörs av äldre.

Hälso- och sjukvårdslagen fastslår att vi i Sverige ska ha en vård på lika villkor och där vård ges med respekt för alla människors lika värde och den enskilda människans värdighet. Den som har störst behov av vård ska prioriteras. I och med att Regionen har sista handsansvaret för att ge lika vård till alla invånare är Närvården överrepresenterad på mindre orter och i utsatta områden där de socioekonomiska förutsättningarna är tyngre än genomsnittet för regionen jämfört med privata aktörer.

## Tillgänglighet

Det är viktigt att patienten får vård på rätt nivå så att skatteintäkterna nyttjas på effektivaste möjliga sätt, en välfungerande tillgänglig primärvård är viktig för hela hälso- och sjukvården.

Inom regionerna finns det många olika sätt för patienten att få kontakt med primärvården. Inom våra verksamheter har vi i dagläget ett begränsat antal; telefonrådgivning, drop in mottagning, mina vårdkontakter, bokat fysiskt/digifysiskt besök eller telefonbesök samt i liten utsträckning en chattfunktion. Den sistnämnda är i nuläget under projektfas men planeras att breddinföras hos samtliga vårdcentraler i länet under 2024. 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.

Arbetsätt 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.

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 distriktsköterska eller sjuksköterska. Det kan även ske i form av besök på en bedömningsmottagning eller genom chattfunktionen efter att denna är införd.

### Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar

Patienten ska erbjudas en medicinsk bedömning av legitimerad personal inom tre dagar via ett telefonbesök 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, exempelvis Jourmottagningen, Akutmottagningen och i förlängningen slutenvården.

#### Våra fokusområden för en ökad tillgänglighet:

- utveckling av våra webbtidböcker så patienter har möjlighet att styra sina bokningar själv,
- öppna fler drop in mottagningar,
- införande av chattfunktion,
- hitta nya digitala lösningar som underlättar för patienten.

## Kvalitet och patientsäkerhet

I styrkortet har vi fokuserat på några kvalitetpunkter men vi följs upp löpande via vårdvalsprogrammet på andra parametrar också.

Verksamhetsdialoger sker årligen av Vårdval 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.

I sammanställningen av samtliga patientdialoger i Närvården framkommer följande riskområden att jobba vidare med:

- sekretess och informationssäkerhet,
- tillgänglighetskrav och undanträngningseffekter.
- ökande krav från specialistvården, organisatoriska mellanrum och bristande samverkan,
- läkemedelsinformation, vårdsmordning och utskrivningsprocessen,
- kompetensförsörjningen,
- nätläkarsjukvården.





Vi såg en positiv inverkan på patientsäkerheten när vi införde taligenkänningen och diktatlistorna minskade. Taligenkänning omvandlar tal i diktafonen till text i journalen och är en programvara som är integrerad till Cosmic. Eftersom vi har en utmaning att hinna med att skriva ut alla våra diktat i tid så är detta angeläget att breddinföra på alla våra vårdcentraler. Diktat som inte skrivs ut i tid är en stor patientsäkerhetsrisk. Taligenkänning kan användas av alla yrkeskategorier där det passar, det som krävs är en diktafon och interna rutiner.

Vi fortsätter att fokusera på följande områden som rör patientsäkerhet:

- processen kring beroendeframkallande läkemedel,
- förbättra internkontrollen av hyrläkare,
- stärka synergisamordnares roll med gemensamma träffar,
- medarbetardialoger för alla yrkesgrupper,
- strukturerad återkoppling till medarbetare gällande Lex Maria ärenden,
- fortsatt arbete kring vårdhygien,
- bemötande för att förbättra kommunikation samt information till patienten,
- uppföljning antibiotikaförskrivning,
- regelbundna möten med verksamhetschefer och medicinsk ledningsansvariga läkare.

### **Fast läkarkontakt i Primärvården**

Som en del i utvecklingen mot en nära vård satte regeringen genom Socialstyrelsen mål om vad som skulle vara uppnått i slutet av 2022:

- andelen av befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård utgöra minst 55%,
- 20% ökning av kontinuitetsindex till läkare samt kontinuitetsindex för patientens totala kontakter ska ha skett i regionen,
- för de som bor på SÄBO för äldre och som där får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård ska andelen som har en fast läkarkontakt utgöra minst 80% och betydande ökning av kontinuitetsindex till läkare ska ha skett.

Nationell definition om vem som kan vara fast läkarkontakt saknas, det är upp till varje region att fastställa.

Region Västmanland har valt följande formulering:

- fast anställd läkare,
- ST-läkare i allmänmedicin kan vara fast läkarkontakt under sin ST-tjänstgöring. Upplägget inklusive storleken på antalet listade patienter ska utformas tillsammans med verksamhetschef, handledare, ST-läkare och vid behov studierektor utifrån ST-läkarens individuella förutsättningar samt med kontinuerligt stöd av handledare/ allmänspecialist. Därtill ska verksamheten ha en struktur för hur fast läkarkontakt upprätthålls vid frånvaro av ST-läkare, till exempel vid sidotjänstgöringar och sjukdom mm.

# Medarbetarperspektivet

## Närvårdens medarbetare

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

- allmänspecialister, specialistläkare, ST-läkare och underläkare,
- distriktssköterskor, sjuksköterskor, barnmorskor,
- undersköterskor,
- biomedicinska analytiker,
- sjukgymnaster och fysioterapeuter,
- psykologer, beteendevetare, socionomer, psykoterapeuter, 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 har vi ansvar för deras arbetsmiljö. De olika yrkesgrupperna är starkt beroende av varandra och är en del av varandras arbetsmiljö.

## Ledningsstrukturen

Direktören för Närvården har det övergripande ledningsansvaret och styr i linje genom verksamhets- och enhetschefer. Närvården omfattar 11 verksamhetschefer och 14 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.

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 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.

## Kompetensförsörjning

Kompetensutmaningen är redan här, det är en utmaning att vid rekrytering hitta medarbetare med rätt kompetens och erfarenhet. Det är speciellt kännbart för våra verksamheter utanför Västerås stad. Den demografiska utvecklingen kommer inom en tioårsperiod att utmana ytterligare.

Den demografiska utvecklingen innebär att befolkningen ökar och allra mest, procentuellt sett, sker ökningen i målgruppen 80 år och äldre. Däremot ökar inte antalet i arbetsför ålder alls i samma takt. Det gör att kompetensförsörjning och utveckling av effektivare arbetssätt blir det kommande decenniets viktigaste fokus. Brist på personal står mot ökande förväntningar på sjukvård och samhällsutveckling i hela landet.

Dagens tillgång på legitimerad personal kommer i backspeglens ses som relativt god i förhållande till vår framtid. Efterfrågan på hälso- och sjukvård från våra västmanlänningar kommer fram till 2035 öka med drygt 10%. I flera av våra landsbygdskommuner kommer efterfrågan av våra tjänster, till följd av ett högre demografiskt tryck, vara ännu högre. Förutsättningarna att hitta nya medarbetare för att balansera den ökade efterfrågan kommer inte att finnas.

Sammanfattningsvis kommer vi att behöva ge mer vård än idag, med relativt mindre resurser. Vi kommer inte kunna lösa utmaningen att få våra resurser att räcka till genom en ökad effektivitet – springa snabbare. Utmaningarna kommer inte heller lösas genom en rekryteringsstrategi, utan i kombination med förändring i organisation, arbetssätt, kompetensutveckling och arbetsmiljö. Det är också av stor vikt att skapa förutsättningar för att stärka såväl ledar- som medarbetarskapet då det i framtiden krävs att hela organisationen tar ansvar för verksamheten.

# Tillsammans gör vi skillnad. På riktigt.

Vi behöver därför utveckla vårt sätt att möta och behandla våra patienter, med begränsningen att våra nya arbetssätt inte kan bygga på att vi blir fler. Utvecklingsarbetet har under de senaste åren blivit mer integrerat i våra verksamheter och involverar idag fler av våra medarbetare. Vi arbetar strategiskt med att bygga strukturer för att kunna fånga upp idéer från våra medarbetare som kan implementeras i vår verksamhet. Vi behöver både kort- och långsiktiga strategier för att utveckla och behålla våra medarbetare motiverade och friska. Detta gör vi idag exempelvis genom medarbetardialoger och löpande fortbildning av både chefer och medarbetare.

Kompetensförsörjningen är ett av Närvårdens mest kritiska områden. Vi arbetar därför aktivt med att minska vår personalomsättning och hålla sjukfrånvaron på en låg nivå för att räcka till för vårt uppdrag. På medellång tid behöver vi säkra återväxten av våra kritiska legitimerade kompetenser; specialistsjuksköterskor och specialistläkare i allmänmedicin. Detta behöver parallellt kombineras med att utveckla och förädla kompetensen hos våra befintliga anställda. Vårt arbete med att utveckla nya arbetssätt och överväga andra/nya yrkesgrupper i vår verksamhet kommer att dämpa kompetensbristen. Sammantaget är det nödvändigt med flera olika insatser inom medarbetarperspektivet.

I den senaste genomförda kompetensgenomlysningen, våren 2022, framkom kompetensbehovet som kritisk på både på kort (1-3 år) och lång sikt (4-10 år) för flera yrkesgrupper: allmänläkare, sjuksköterskor och distriktssjuksköterskor. De närmaste åren syns även ett minskat intresse för att utbilda sig till fysioterapeut vilket utgör ett hot mot den framtida kompetensförsörjningen. Kompetensbristen som varat under många år har resulterat i ett starkt beroende av inhyrd personal. Närvården påpekar fortsatt att den viktigaste lösningen för

att få ett hållbart läge på lång sikt är egen till- och återväxt i form av ST-läkare.

Varje år utexamineras drygt 1 500 framtida läkare från sju universiteten. Utöver dessa läser ett stort antal svenska studenter till läkare utomlands. Enligt SKR:s prognos väntas cirka 800 läkarutbildade invandra till Sverige varje år fram till år 2035. På minussidan förväntas en utvandring på drygt 400 per år. Det ger en beräknad nettomigration på 370 läkarutbildade per år fram till år 2035.

Nationella vårdkompetensrådet bedömer att det råder brist på disputerade lärare inom vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar.

Socialstyrelsens kartläggning av tillgång och efterfrågan på legitimerad vårdpersonal från 2022, visar på att 15 regioner uppger att det råder obalans i tillgången på specialistläkare på grund av pensionsavgångar.

För samtliga sjuksköterskeyrken finns det stora utmaningar enligt Närvårdens kompetensbedömning. Distriktssjuksköterskans funktion är en av de viktigaste rollerna på en vårdcentral. Inom de närmaste åren kommer vi att ha en del pensionsavgångar. Vi har haft möjlighet under några år och även under kommande år låta några av våra grundutbildade sjuksköterskor vidareutbilda sig, med bibehållen lön, till distriktssköterskor.

Dessa utbildningsinsatser förväntas balansera en del av kommande pensionsavgångar och vi ser att det är av stor vikt att den möjliga åtgärden fortsätter över tid. När det gäller barnmorskor så finns det en bred arbetsmarknad och vårdcentralerna i Västerås konkurrerar inte bara med privata aktörer utan även med Kvinnokliniken på Västerås sjukhus samt kommunerna i länet.

Kompetensbedömningarna för yrkesgrupperna undersköterskor, fysioterapeuter och kuratorer är mer positiv, där kompetensbehovet skattas hållbart på kort och lång sikt. Genomgående är vårdcentralens geografiska läge avgörande, där verksamheter i Västerås har en fördel i jämförelse med vårdcentraler på landsbygden.

### Åtgärder

Det finns goda förutsättningar att vända läkarbristen då det på svensk arbetsmarknad finns en god tillgång av legitimerade läkare som kan anställas som ST-läkare i allmänmedicin. Dimensioneringen gällande ST-läkare till Närvården är idag starkt underdimensionerad både i sitt utgångsläge med flertalet vakanser och utifrån framtidens behov. Tilldelningen (genom Vårdval) av ST-läkare utanför Västerås stad är svag och näst intill obefintligt och följer inte alls behovet av återväxt. Därför efterlyser vi en regional taktik och strategi i fördelningen av ST-läkare för att vi nu och i framtiden ska kunna säkra läkarkompetensen på alla våra vårdcentraler i hela länet. Vi ser även över möjligheten att anställa utlandsutbildade läkare som "underläkare ej legitimerad" under tiden de väntar på legitimation.

Som en del i att vara en attraktiv arbetsgivare och bidra till vår kompetensförsörjning så erbjuder/sponsrar Region Västmanland lön under studier, detta för att behålla och utveckla medarbetare och samtidigt möta invånarnas behov av hälso- och sjukvård. Sponsringen finansieras genom avsatta medel som kallas Investera för framtiden (IFF). Prioriteringen av platser sker årligen.

Vi är måna om att maximera antalet utbildningsplatser som tilldelas. Under 2022 blev Närvården tilldelade sju platser vilket resulterar i att vi blir fler distriktssjuksköterskor under 2023. Vi har fått fem tilldelade IFF-platser för utbildning med start 2023. Dessa platser tillsätter vi främst med våra tillsvidareanställda sjuksköterskor.

### Kompetensutveckling

Kompetensutveckling är en av kärnfrågorna inom framtidens kompetensförsörjning i form av att lyckas utveckla och behålla de medarbetare vi har. Rekryteringsmöjligheterna har under de senaste åren blivit alltmer utmanande och vi är mitt i ett skifte där mer fokus läggs på att 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.

Insatser som genomförts under 2023 med fokus på kompetensutveckling är exempelvis medarbetardialogor med vårdrelaterade professioner, mentorskapsutbildningar, kompetensmodeller för fysioterapeuter och inspirationsdagar för samtliga medarbetare inom Närvården. Flertalet av dessa satsningar planeras även för kommande år tillsammans med utökat nätverk mellan våra vårdcentraler och professioner för att skapa kontinuerligt lärande inom organisationen.

### Sjukfrånvaro och personalomsättning

Det finns samband mellan vår arbetssituation, sjukfrånvaro och personalomsättning. Vårt verktyg för en 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.



Kopplat till Närvårdens mål arbetar vi med bland annat med följande aktiviteter för att skapa en sund arbetsplats för våra medarbetare:

- en övergripande gemensam introduktion för nyanställda,
- inspirationsföreläsningar för våra medarbetare,
- arbete med mål och feedback,
- egen medarbetarenkät, så kallad "Pulsmätare" med ett fåtal frågor gällande arbetsmiljö och inflytande för att identifiera förbättringsområden,
- medarbetardialoger (Direktör, ekonomichef och HR-chef träffar alla yrkesgrupper och har dialogmöten i olika frågor),
- utbildning av våra chefer i bland annat rehabiliteringskedjan, svåra samtal och konfliktkunskap,
- HR-chef medverkar i rehabiliteringsplaner,
- en gemensam sjukskrivningsrutin där tidiga signaler kopplade till arbetsmiljö fångas upp,
- information om återhämtning under och efter arbetsdagen,
- utbildning och handledning för chefer.

Systematiskt arbetsmiljöarbete (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. Särskild handlingsplan för arbetsmiljö och sjukfrånvaro tas fram av respektive verksamhet med stöd av HR-chef. Handlingsplanen samordnas med verksamhetsplan, uppföljning av SAM samt medarbetarenkäter.

## Inhyrd personal

Många av Sveriges regioner är i dagsläget beroende av inhyrd personal inom vissa verksamheter vilket påverkar såväl verksamhet som arbetsmiljö och ekonomi. Med anledning av detta pågår ett omfattande nationellt arbete som drivs av SKR med avsikt att begränsa inhyrningen inom hälso- och sjukvården. Under våren 2024 planeras ett nytt nationellt hyravtal att träda i kraft vilket innebär betydande prisskillnader i stora delar av landet. Det är i nuläget svårt att se i vilket omfattning detta kommer påverka möjligheten att avropa inhyrd personal, det bör dock betonas att detta kan medföra stora svårigheter att få tag i inhyrd personal, framför allt under de första månaderna efter att ett eventuellt avtal träder i kraft. Närvården ställer sig dock positiv till detta

avtal för att på sikt förbättra förutsättningarna för verksamheten även om det under en övergångsperiod kan innebära stora lokala utmaningar där det i dagsläget hyrs in personal.

Under de senaste åren har inhyrd personal utgjort en större andel av personalstyrkan än vad som varit önskat. Vi ser ett fortsatt behov av inhyrd personal även om målsättning och planering utgår från en reducering av inhyrd personal framgent. Historiskt har en oro över kompetens, kontinuitet och patientsäkerhet varit i fokus gällande inhyrd personal. Detta är fortsatt viktiga områden att ta hänsyn till men precis som vid rekrytering av medarbetare så ser vi även allt större svårigheter att få tag i inhyrd personal till flertalet vårdcentraler.

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 sker samverkan både lokalt på respektive enheter och centralt på staben regelbundet enligt det samverkansavtal som finns.

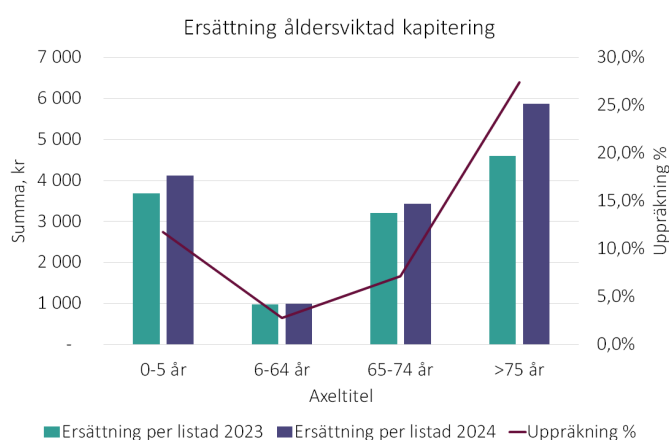
# Ekonomiperspektivet

## Finansieringsmodellen

Finansiering av Närvårdens verksamhet sker enligt fastställd ersättning från Vårdval 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. Inför 2024 sker en förändring i form av att besöksersättning för mottagnings-, telefon- och videobesök gällande läkarbesök och sjuksköterskebesök utgår för att istället läggas in i kapiteringen. Lägre summa läggs även på kvalitetsmål för att även där flytta en del till i kapiteringen.

Kapiteringen per listad räknas upp mer än ordinarie uppräknig (LPIK) i och med att en del av besöksersättningen och kvalitetsmål flyttas till kapiteringen inför 2024. Uppräknig sker jämnt fördelat över åldersviktning, ACG och CNI, dock görs en markant förändring inom åldersviktningen där uppräknig sker enligt nedan.



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 ge utmanande förutsättningar för vårdcentraler med hög andel i åldern 6-64 år i och med att stor del av besöksersättningen utgår samtidigt som kapiteringen för denna grupp har en låg uppräknig.

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

- Kapitering (fast ersättning)
- 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 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 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 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 varierade beroende på vad det är för besökstyp och vilken yrkeskategori som besöket avser. Till 2024 görs förändringar i form av att besöksersättning för mottagnings-, telefon- och videobesök tas bort för besök hos läkare och sjuksköterska.

### Övrig särskild 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:

- Ersättning för kostnader för allmänläkemedel
- Ersättning för kostnad för bildiagnostik via röntgenkliniken
- Ersättning för kostnad för klinisk fysiologi
- Ersättning för fysioterapi
- Ersättning för kostnader för obduktion
- Avstånd ersättning
- Ersättning för kvalitetsmål
- Ersättning för tolkkostnader
- Ersättning för vaccination
- Ersättning för avancerade inkontinenshjälpmedel
- Ersättning för Cosmic
- Ersättning för deltagande i regionövergripande grupper
- Ersättning för ST-läkare

### Budget 2024 och plan 2025–2026

Enligt ägardirektivet för Närvården ska resultatkrav fastställas årligen av regiondirektören. Detta i syfte att konsolidera Närvården för framtiden. Regiondirektören fastställde för år 2024 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 2024 till 1,7 mnkr, se Bilaga 2, budget 2024.

### 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 2024-2026 anges primärvården som navet i denna förflyttning. Under 2024 fördelas ca 16% av budgeten för hälso- och sjukvård till vårdval som ansvarar för finansiering till en stor del av primärvården. Blickar vi framåt i Regionplanen för åren 2025 och 2026 så planeras samma andel av budgeten för hälso- och sjukvård i nuläget tilldelas vårdval. För att primärvården ska kunna vara navet i förflyttningen mot nära vård krävs aktiva beslut kring finansiering av denna förflyttning.

Intäkterna för Närvården beräknas uppgå till 609 mnkr under 2024 och fördelas enligt nedan:

- Kapitering (ers per listad) 424 mnkr
- Besöksersättning (inkl fast fysioterapi) 38 mnkr
- Målrelaterad ersättning 3 mnkr
- Ersättning för in-och utskrivna gravida 25 mnkr
- Ersättning för allmänläkemedel 30 mnkr
- Övrig ersättning 89 mnkr

Kapiteringen har beräknats utifrån faktisk listning samt antaganden om förändringar under kommande år. Besöksersättning budgeteras utifrån uppskattning av antal besök med ursprung ur tidigare års produktionsnivåer.

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 och olika förutsättningar och behöver jobba på olika sätt vilket det även signaleras att de ska göra från politiken genom prislistan.

I och med förändringarna i finansieringsmodellen samt för att nyttja våra resurser effektivt kommer patientflöden och arbetssätt ses över på vårdcentralerna under kommande år genom lärande mellan vårdcentraler samt genom omvärldsbevakning. Under kommande år fortsätter även utbildningsinsatser om registrering i Cosmic för att säkra intäkter kopplat till ACG där det i nuläget bedöms att vi går miste om intäkter på grund av bristande registreringar.

### Personalkostnader

Personalkostnaderna utgör ca 65% av den totala kostnadsmassan för Närvården och är dessutom en av de kostnadsposter som kan förändras i snabbast takt, exempelvis i form av personalomsättning. 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 under de senaste åren varit högre än önskat vilket är en fortsatt risk då kompetensförsörjningen påverkar behovet av inhyrd personal.

Ett annat område som är viktigt ur flera perspektiv är fördelning av ST-läkare inom primärvården, nuvarande primärvårdsprogram gör att flertalet av Närvårdens vårdcentraler inte beviljas ta emot ST-läkare vilket hämmar både ekonomin, kvalitén och arbetsmiljön. Närvården anser att regelverket för att ta emot ST-läkare bör anpassas till Socialstyrelsens riktlinjer vilket hade gett en positiv effekt på ekonomin både på kort och lång sikt i form av reducerad inhyrning av läkare samt bättre återväxt av allmänspecialister i glesbygden vilket i sin tur hade gynnat primärvården i länet.

Under 2023 beräknas personalkostnader uppgå till 400 mkr, varav 44 mkr avser externt inhyrd personal. Sociala avgifter är den kostnad inom personalkostnaderna som räknas upp mest till följd av högre pensionskostnader kopplat till inflationen samt nytt pensionsavtal.

Under kommande år finns flera områden med stort fokus gällande personal och kostnader kopplat till detta. Arbetet med att stärka medarbetarskapet, skapa effektiva flöden och kartlägga utvecklingsmöjligheter för medarbetare kommer fortgå. Utöver detta

behöver satsning för att stärka ledarskapet fortsätta med hänsyn till att det bedöms allt viktigare kommande åren. Ett utökat samarbete mellan våra vårdcentraler ses som en av de högst prioriterade insatserna för kommande år, detta kan exempelvis ske genom lärande av varandra, delade tjänster eller införande av internrandning av ST-läkare vilket ska utredas under hösten 2023.

### Material- och verksamhetskostnader

I och med den höga inflationstakten vi fortsatt upplever råder en osäkerhet kring prisutveckling för olika material och avtal. Till kommande år ser vi främst en ökad kostnadsbelastning i form av ökade lokalkostnaderna, uppräknigen till kommande års budget för lokaler uppgår till drygt 13% vilket inte kompenseras av intäktsuppräknningar. Utöver detta sker även uppräknningar på drygt 6% för IT-kostnader. Dessa ökade driftkostnader ställer högre krav på ökad produktivitet för att inte urholka resurserna till patienter.

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 mkr 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.

Till 2024 budgeteras 207 mkr avseende material och verksamhetstjänster vilket motsvarar drygt 34% av den totala kostnadsmassan. Den största posten inom detta kostnadsslag är lokalkostnader (39 mkr) följt av laboratorietjänster (37 mkr) och läkemedelskostnader (35 mkr).

En viktig fråga för Närvården kommande år är översyn av de obligatoriska avtal som finns mot vårdcentralerna i länet samt översyn av effekten av att belasta vårdcentralerna med kostnader för nätläkare. Kommande år är det även viktigt att säkerställa att nyttoeffekthemtagningsanalys genomförs innan investeringar som medför ökade driftkostnader genomförs.





## Känslighetsanalys

Hälso- och sjukvården i samtliga regioner har kommande år stora ekonomiska utmaningar vilket även avspeglar sig i Närvården där kostnadsökningar inte fullt ut kompenseras vilket ställer krav på ökad effektivitet. Den ekonomiska utvecklingen för sektorn är även osäker då beräkningar för kommande år bygger på prognoser där stora delar kopplas till inflationsläget som fortsatt är osäkert.

Det finns både interna och externa risker men även möjligheter som kan påverka Närvårdens budgeterade resultat och planering.

En rörelse på intäkter eller kostnader motsvarande en procentenhet påverkar Närvårdens resultat med 6,1 mnkr.

Intäkts-kostnadstyp (tkr)	+/- 1%	+/- 5%
Kapitering	4,2 mnkr	21,2 mnkr
Personalkostnader	4,0 mnkr	20,0 mnkr
Inhyrd personal	0,4 mnkr	2,2 mnkr
Material & verksamhetskostnader	2,1 mnkr	10,4 mnkr
<b>Totala kostnader</b>	<b>6,1 mnkr</b>	<b>30,4 mnkr</b>

Viss osäkerhet kring produktionsintäkterna råder i och med förändringar i finansieringsmodellen och arbetssätten ses över i och med denna förändring. Den målrelaterade ersättningen är svårplanerad då komplexiteten av finansieringsmodellen gör att ersättningsnivåerna kan justeras under pågående år beroende på prestation hos de privata vårdgivarna.

Personalkostnader utgör ständigt en ekonomisk risk i form av förändringar i bemanningsläget som kan medföra att höga kostnader för inhyrd personal uppkommer. Denna risk hänförs i första hand till läkarbemannning men även barnmorske- och sjuksköterskebemannning,

dock främst på vårdcentraler utanför Västerås. Arbetet med både kompetensförsörjning och nya arbetssätt krävs för att minska risken för högre personalkostnader.

Gällande material och verksamhetskostnader finns en risk kopplat till inflationen och osäkerhet kring prisutvecklingen under kommande år påverkas på olika varor och tjänster. Utöver det är hyreskostnader en post med risk för ökade kostnader då det finns behov av renoveringar på flertalet vårdcentraler runt om i länet. Kända hyresökningar är budgeterade, risken ligger i eventuella utredningskostnader, att hyrestilläggen bygger på kalkyler och riskerar att bli mer kostsamma samt att ytterligare/akuta renoveringsbehov kan uppkomma. Denna risk dämpas dock något till följd av Region Västmanlands investeringsutrymme kommande år är begränsat vilket påverkar Närvårdens investeringsutrymme för lokaler.

Närvården har flertalet vårdcentraler i mindre kommuner där antalet invånare och därmed listningsantalet är lågt. Nuvarande primärvårdsprogram gör det svårt att driva dessa vårdcentraler med ekonomisk balans då kraven, exempelvis på kompetensen, är höga i förhållande till ekonomisk ersättning vid lågt antal listande. 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.

Inför 2024 har det kommunicerats en uppdaterad prislista med en del förändringar men ännu har inget nytt primärvårdsprogram presenterats då det är under framtagande av Vårdval. Vid förändringar i primärvårdsprogrammet kan det komma att påverka ekonomin både positivt och negativt, detta bevakas och kommer granskas när det kommuniceras till Närvården och övriga vårdgivare.

## Resultatreglering och eget kapital

Resultatreglering tillämpas för Närvården där 100% av över- eller underskott stannar i verksamheten. 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 uppgår Närvårdens egna kapital till 95,9 mnkr. 2023 års resultat prognostiseras till +/- 0 mnkr samtidigt som prognos för nyttjande av eget kapital under 2023 uppgår till 5,0 mnkr, detta innebär ett eget kapital på 90,9 mnkr inför 2024.

Under 2024 planeras en ansökan om nyttjande av eget kapital att skickas in till styrelsen avsedd att genomföra aktiviteter kopplat till ökad samverkan mellan Närvårdens vårdcentraler, kompetensutveckling samt kompetensförsörjning.

## Investeringar

Närvårdens investeringsram för inventarier och utrustning uppgår till 1,0 mnkr under 2024. Åskningar till 2024 avser väntrumsmöbler, öronmikroskåp och spirometrar.

De områden där investeringsbehovet är som störst handlar dock om renovering av lokaler samt installation av kallelsealarm vilket vi är beroende av Region Västmanland för att kunna genomföra.

# Strategi

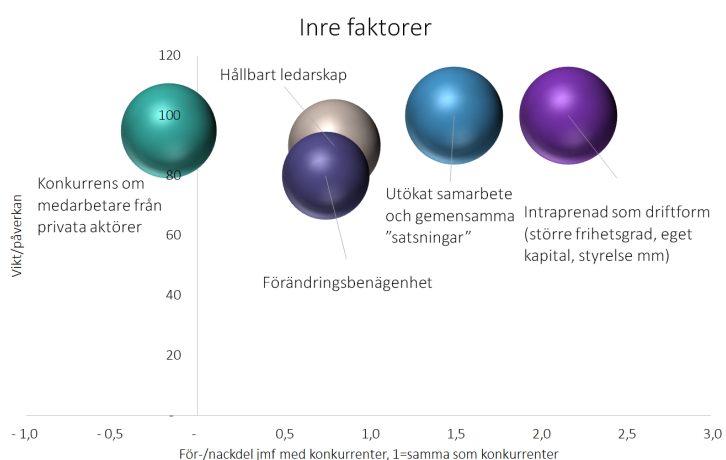
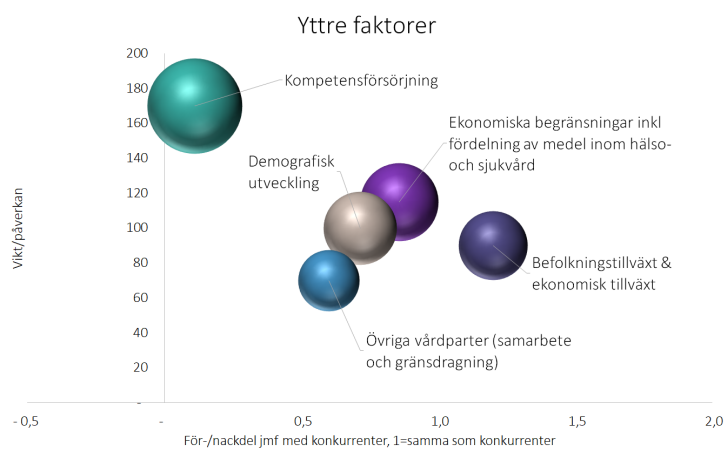
## Strategi

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 balanseras med 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.

## SWOT-analys

Under 2023 genomfördes en workshop med ledningsgruppen och styrelsen med fokus på framtidsfrågor för Närvården. En SWOT-analys togs fram för att sedan bedömas individuellt och därmed tydliggöra vilka faktorer som är av störst vikt samt om det är en för- eller nackdel för verksamheten. Uppdelning har skett i form av yttre faktorer som vi behöver förhålla oss till samt inre faktorer som vi själva kan påverka.

Nedan är de faktorer som identifierats som de fem högst prioriterade inom inre respektive yttre faktorer som påverkar oss:



Gällande yttre faktorer som påverkar Närvården finns en tydlig och samlande bild av att kompetensförsörjningen är den enskilt viktigaste faktorn som kommer påverka verksamheten framöver. Bedömningen visar även att kompetensförsörjningen är en större utmaning för Närvården jämfört med våra konkurrenter vilket kan kopplas till ansvaret att driva vårdcentraler i exempelvis glesbygd och utsatta områden där det redan i dagläget är utmanande med kompetensförsörjning. Utöver detta syns även demografisk utveckling, ekonomiska begränsningar, tillväxt (befolkning och ekonomi) samt samarbete och gränsdragning mot övriga vårdparter som viktiga påverkansfaktorer att förhålla sig till.

Gällande de inre faktorerna som i större utsträckning går att påverka är det ingen enskild faktor som utmärker sig som mer betydande än övriga. Bedömningen är att det är flera olika faktorer som i liknande utsträckning kan komma att påverka Närvården, dock både i positiv och negativ riktning. Det som sticker ut och bedöms kunna påverka i negativ riktning avser främst konkurrens om medarbetare av privata aktörer medan driftformen som intraprenad och en samlad organisation bedöms som den mest fördelaktiga faktorn för kommande år.

Denna kartläggning är gjord för att ledningsgruppen tillsammans med styrelsen ska ha en gemensam bild av både våra största utmaningar och möjligheter men även för att tydliggöra vilka aktiviteter som behöver prioriteras framöver.

## Aktiviteter

För att möta utmaningarna som framkom i SWOT-analysen samt för att ta tillvara på de möjligheter som identifierades planeras flertalet aktiviteter under kommande år.

Kompetensförsörjning och konkurrens från privata aktörer om medarbetare ses som de största utmaningarna kommande år. För att möta detta planeras flertalet aktiviteter så som utökad samarbete mellan vårdcentraler, tydliggörande av förmåner som anställd i

Närvården, se över möjlighet till internrandning för ST-läkare och hitta effektiva flöden för att dämpa behovet av personal. Detta kan även kopplas till de områden som bedöms som vår största konkurrens fördel, det vill säga vår driftform och möjligheter till samarbete och gemensamma satsningar. Närvården kommer även fortsätta verka för anpassning av regerverket kring ST-fördelning till Socialstyrelsens riktlinjer vilket vi anser skulle vara positivt för länets primärvård på både kort- och lång sikt.

Den demografiska utvecklingen innebär en utmaning med kompetensförsörjning men det innebär även en ökad belastning för våra verksamheter. För att möta detta behöver vi hitta effektiva sätt att möta våra patienter på. Under kommande år ska översyn av hur olika kanaler (telefon/digital/fysiskt) kan nyttjas på effektivast sätt samt hur patienten kan möta den yrkeskompetens som är lämpligast utifrån behovet redan vid första besöket. Det ska även genomföras ett arbete kopplat till mångsökare som bedöms frigöra tid som då kan gå till andra patientgrupper. Det behöver även utvecklas tjänster som stöttar våra patienter i större utsträckning gällande egen vård.

Närvården påverkas av övriga parter i vårdsystemet vilket identifierats som en stor påverkansfaktor, dessutom bedöms det påverka mer än för våra konkurrenter. Det handlar exempelvis om kommuner, slutenvården och psykiatri. Detta kommer troligtvis bli en allt större faktor kommande år i och med förflyttningen mot nära vård, det blir då viktigt att identifiera såväl samarbetsmöjligheter som avgränsningar i vårt uppdrag. För att möta detta kommer bland annat verksamhetschefer i större uträkning ha olika ansvarsområden där de både bevakar Närvårdens intresse samt representerar hela Närvården i olika forum.

För att möta de utmaningar och möjligheter som identifierats för kommande åren är det viktigt att stärka faktorerna "förändringsbenägenhet" och "hållbart ledarskap". Förändringsbenägenhet behöver finnas i Närvårdens ledning för att sedan spridas vidare och genomsyra hela organisationen. Exempelvis behöver nya arbetssätt uppmuntras samt att goda exempel delas. I och med att många förändringar behöver ske kommande år ställer det stora krav på ledarskapet inom organisationen. Våra chefer behöver få möjlighet till kompetensutveckling men även stöd i olika områden genom stödfunktioner och samarbeten.





# Intern kontrollplan 2024

Risk	Granskningsområde	Berört reglemente, policy eller regler	Riskvärde (väsentlighet och risk)	Ansvarig för granskning	Metod för granskning
Personer utan kroniska sjukdomar/aktuella behandlingar söker vård mer än 10 tillfällen per år vilket riskerar mindre adekvat vård för dessa patienter samt undanträngningseffekt för	Kontroll att rutiner finns	Riktlinjer, rutiner och instruktioner	(S=4, K=3) 12	Anna Sofia Jansson	Inventering av rutiner för aktuell patientgrupp på respektive vårdcentral.
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 2023-06-01 – 2024-05-31.
Risk för bristande lagefterlevnad egenkontroll miljö	Kontroll att egenkontroll miljö genomförs	Lag och riktlinje	(S=4, K=3) 12	Hållbarhet	Stickprovskontroll.
Bedömning av kemiska arbetsmiljö- och miljörisker genomförs inte enligt lagkrav och fastställd rutin, vilket leder till risk för människors hälsa, miljö, patientsäkerhet samt	Kontroll att bedömning av kemiska arbetsmiljö- och miljörisker sker	Lag och rutiner	(S=4, K=3) 12	Hållbarhet	Stickprovskontroll.
Risk för förtroendeskada när man inte följer riktlinjer, ex representation, löneavtal mfl.	Kontroll av efterlevnad av representationsriktlinje	Regler och riktlinje	(S=3, K=4) 12	CE och HR	Kontroll om debiteringar i april-maj 2024 gällande möjliga konton (representation, livsmedel, köp av mat mfl) följer riktlinjen (även ev
Risk att passerkort/nycklar används av obehöriga	Kontroll av om personer med passerkort/nycklar har rätt behörighet.	Riktlinjer	(S=3, K=4) 12	CA	Stickprovskontroller på passerkort/nycklar
Bristande avtalstrohet vid inköp får ekonomiska konsekvenser	Kontroll av om inköpen görs utifrån upphandlade eller direktupphandlade avtal	Inköbspolicy	(S=3, K=3) 9	CE	Stickprovskontroll av om inköp som görs av annan än upphandlad leverantör görs via tillåten direktupphandling och om artiklarna som köps av upphandlade leverantörer ingår i avtalet.



# Bilaga 1

## Styrkort 2024-2026

Perspektiv	Målsättning	Styrtal	Rapporterings- frekvens	Utfall			Mål				
				2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	
 Verksamhet/ process	Vi har en effektiv verksamhet	1. Vi har en hög produktion (tusental besök)	Månad	349	361	362	365	369	372	376	
		2. Andelen distanskontakter (video & telefon) ökar	Månad	11 %	12 %	6 %	8 %	10 %	12 %	12 %	
	Vi har en hög kvalitet	3. Samtliga verksamheter följer upp förskrivningen av beroendeframkallande läkemedel	Månad	-	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
 Kund/ invånare	Vi har en hög tillgänglighet	4. Vi har en hög telefontillgänglighet	Månad	86 %	80 %	85 %	95 %	95 %	95 %	95 %	
		5. Patienten får medicinsk bedömning inom 3 dagar	Månad	84 %	75 %	77 %	85 %	90 %	95 %	95 %	
	Vi ger ett professionellt bemötande	6. Patienter som svarar på patientenkäten känner sig bemötta med respekt	Vartannat år	-	-	-	85 %	85 %	85 %	85 %	
	Vi har en hög kvalitet	7. Andel diabetespatienter typ 2 med HbA1c >70 mmol	Tertial	9 %	9 %	8 %	< 10 %	< 10 %	< 10 %	< 10 %	
		8. Totalt antal antibiotikarecept som förskrivs per 1 000 listade patienter	Tertial	174	125	138	< 180	< 180	< 180	< 180	
		9. Andel patienter 30-80 år med diagnosen hypertoni med blodtryck lägre än 140/90 vid senaste mätning	Tertial	55 %	64 %	46 %	> 60 %	> 60 %	> 60 %	> 60 %	
		10. Andel listade patienter med diagnos hjärtsvikt som förskrivits RAAS-blockad senaste 18 månaderna	Tertial	69 %	67 %	80 %	> 80 %	> 80 %	> 80 %	> 80 %	
	 Medarbetare	Vi har en sund arbetsplats	11. Vi har en låg sjukfrånvaro	Månad	7,8 %	8,9 %	7,7 %	< 6 %	< 6 %	< 6 %	< 6 %
			12. Vi har en låg personalomsättning (andel som lämnar Intraprenaden för en annan anställning)	Tertial	10,6 %	14,9 %	14,0 %	< 7,5 %	< 7,5 %	< 7,5 %	< 7,5 %
	 Ekonomi	Vi har ekonomi i balans	13. Avkastning (% av omsättningen)	Månad	5 %	6 %	2,5 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
14. Bruttomarginal			Månad	39 %	39 %	37 %	35 %	34 %	37 %	39 %	
Vi är effektiva		15. Intäkter (kr)/arbetad timme ökar	Månad	836 kr	874 kr	886 kr	925 kr	980 kr	1 025 kr	1 050 kr	
Vi arbetar mot att bli oberoende av hyrpersonal		16. Andel kostnad för inhyrd personal av total personalkostnad	Månad	16 %	16 %	18 %	13 %	11 %	10 %	10 %	

# Bilaga 2

## Budget 2024

Tkr	Bokslut 2022	Budget 2023	Budget 2024
Produktionsintäkter	98 933	101 971	81 148
Ersättningar per listad Vårdval	353 528	377 113	424 283
Regionersättning	8 931	0	0
Övriga intäkter	124 703	102 413	103 601
<b>Summa Intäkter</b>	<b>586 094</b>	<b>581 497</b>	<b>609 032</b>
Lönekostnader	-208 577	-215 138	-228 973
Sociala avgifter	-89 763	-109 026	-122 775
Inhyrd personal	-65 401	-50 150	-43 897
Övriga personalkostnader	-5 101	-4 517	-4 680
<b>Personalkostnader</b>	<b>-368 842</b>	<b>-378 830</b>	<b>-400 325</b>
Köpt vård	-22 790	-23 640	-24 200
Labkostnader	-38 118	-38 060	-37 200
Läkemedel	-35 618	-34 020	-35 025
Sjukvårds-/medicinskt material	-7 097	-6 780	-6 640
Övriga kostnader i kkl 5	-34 834	-33 124	-32 338
<b>Material, varor och tjänster</b>	<b>-138 458</b>	<b>-135 624</b>	<b>-135 403</b>
Lokalkostnader	-30 123	-34 341	-38 913
Avskrivningar	-1 654	-1 775	-1 724
Övriga kostnader i kkl 6+7	-32 629	-29 127	-30 767
<b>Övriga verksamhetskostnader</b>	<b>-64 406</b>	<b>-65 243</b>	<b>-71 404</b>
Finansiella kostnader	-56	-100	-200
<b>Finansiella kostnader</b>	<b>-56</b>	<b>-100</b>	<b>-200</b>
<b>Summa Kostnader</b>	<b>-571 763</b>	<b>-579 797</b>	<b>-607 332</b>
<b>Resultat</b>	<b>14 332</b>	<b>1 700</b>	<b>1 700</b>
<b>Bruttomarginal</b>	<b>37,1%</b>	<b>34,9%</b>	<b>34,3%</b>
<b>Andel inhyrd personal</b>	<b>17,7%</b>	<b>13,2%</b>	<b>11,0%</b>



Anna Sofia Jansson  
AnnKatrín Bark  
Fredrik Ahlnäs