

# Konkretiserad målbild för Hälsa- och sjukvården 2029

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen  
Januari 2024

Dnr: HSF230512

## Innehåll

<b>1</b>	<b>Sammanfattning</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund</b>	<b>6</b>
2.1	Inledning	6
2.2	Varför behöver vården ställa om?	6
2.3	Förflyttningen mot Nära Vård	7
2.4	Våra sjukhusbyggnader behöver anpassas till framtidens vård	8
2.5	Underlag till förslag	8
<b>3</b>	<b>Konkretisering av hälso- och sjukvården 2029</b>	<b>9</b>
3.1	Grundläggande förutsättningar som uppnås med Hälso- och sjukvården 2029	9
3.2	Vården ur invånarnas perspektiv 2029	11
3.3	Vårdens struktur och utbud 2029	12
3.3.1	Sammanfattning utbudsstruktur	12
3.3.2	Primärvård utgör grunden i hälso- och sjukvårdssystemet	12
	Vårdcentral	13
	Akut omhändertagande på primärvårdsnivå	14
3.3.3	Fyra noder som bas för närsjukvården	14
3.3.4	Närsjukvård	15
3.3.5	Närsjukhus	16
	Närsjukhuset i Fagersta	16
	Närsjukhuset i Sala	17
	Närsjukhuset i Köping	17
	Närsjukhuset i Västerås	20
3.3.6	Digital vård	20
3.3.7	Egenvård	22
3.3.8	Hälsoutbud	22
3.3.9	Akutvård	22
3.3.10	Specialiserad vård	22
	Västmanlands sjukhus Västerås	22
3.3.11	Sjukhuset hemma	24
3.4	Kompetensförsörjning och utbildning	24
3.5	Hur kan förändringen påverka det kommunala perspektivet?	25
3.6	Barnrättsperspektivet	26
3.7	Beredskap - robusthet och förmåga att klara påfrestningar	26
3.8	Strukturella förändringar och ekonomi	26
3.9	Riskanalyser	27

# 1 Sammanfattning

## *Bakgrund*

De utmaningar vi har i Västmanland med kompetensförsörjning och kostnadsutveckling känner vi igen från övriga Sverige och andra länder. Hälso- och sjukvårdens struktur byggdes upp för ett annat sjukdomspanorama. Vårdbehoven har förändrats. Allt fler människor lever med långvariga sjukdomar och psykisk ohälsa. Samtidigt ökar chanserna till att undersöka och behandla sjukdomar, vilket exempelvis minskar dödligheten vid hjärt-kärlsjukdomar och cancer. Det möjliggör också ett aktivt liv för personer med reumatiska och andra kroniska sjukdomar. Vi befinner oss i början av en situation med en allt äldre befolkning och relativt färre i åldern 20–65 år. Samtidigt ökar det ekonomiska underskottet kraftigt inom hälso- och sjukvården och utgör i Västmanland mer än 10 procent av omsättningen. Vi behöver i detta läge tillsammans ta fram nya arbetssätt och inspireras av framgångsrika organisationer för att skapa vägen framåt.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen fick i förvaltningsplanen 2023 uppdrag att ta fram en konkretiserad målbild för hälso- och sjukvården 2029, som gör det möjligt att möta invånarnas behov av hälso- och sjukvård med de personella och ekonomiska resurser som finns tillgängliga. Rapporten beskriver strukturella förutsättningar för denna omställning, med en konkretiserad målbild för hälso- och sjukvården 2029. För att klara av utmaningarna som ligger framför oss behöver målbilden i sin tur förstärkas med ytterligare förändrade arbetssätt, vilka inte beskrivs i detalj i denna rapport.

## *Underlag*

Fem utredningar har undersökt hur många patienter som vistas på och passerar mellan olika nivåer i hälso- och sjukvården i förhållande till hur mycket resurser som krävs. Som underlag till förslaget om vårdens utveckling till 2029 finns också intervjuer och enkäter med invånare, samt medskick från medarbetare och chefer.

## *En tydlig och konkret förflyttning mot nära vård*

En grundläggande inriktning i utvecklingen av vården de närmaste fem åren är att den vård som sker ofta behöver vara nära, medan vård som behövs sällan kan koncentreras till en eller få ställen. En förstärkt primärvård och närsjukvård minskar behovet av dyr specialistvård och inläggningar på sjukhus, vilket stöds både av forskning och Region Västmanlands egna projekt inom nära vård. För att få till en sådan förändring behöver resurser omfördelas från den specialiserade vården.

Verksamheten kommer att genomgå stor utveckling genom digitalisering. Den digitala vägen kommer att vara förstahandsvalet för invånarna i kontakten med vården. Distansmonitorering blir en naturlig del för invånarna att vara aktiva i behandling och uppföljning av sin sjukdom och möjliggör också det digitala/virtuella sjukhuset.

Ett personcentrerat förhållningsätt genomsyrar hela hälso- och sjukvårdssystemet, vården sker i överenskommelse med patienten och utgår från dennes behov och förutsättningar.




En stärkt primärvård ska vara navet i vården. Vid sidan av vårdcentralerna utgör fyra noder med verksamhet knuten till sjukhusen bas för vårdens utbud, med närsjukhus i Sala, Fagersta och Köping, samt Västmanlands sjukhus i Västerås med både närsjukvård och akutsjukvård. På närsjukhusen kan det finnas primärvård, specialiserade mottagningar, vårdplatser och kanske även tandvård och kommunal sjukvård samlad på samma plats. Värdet av ett utbud blir högre om det finns samlat. Samarbetet mellan vårdverksamheter gynnas och patienten har nära till allt.

Det ska finnas kvar viss akutverksamhet i Köping i form av närakut dag och kväll alla dagar, men det mest specialiserade akuta omhändertagandet sker i Västerås med det större sjukhusets alla kringresurser.

### Koncentration av specialiserat akutflöde och operationer

När Västmanlands nya sjukhus står klart i Västerås så är det dimensionerat för att ha kapacitet för hela länets operationsbehov och allt specialiserat akut omhändertagande. Specialiserad vård som ur patienternas perspektiv sker sällan kan koncentreras till ett ställe. Ur ekonomisk synvinkel undviks då också kostsamma icke nödvändiga investeringar.

### Utbudsstruktur

HEMMET	PRIMÄRVÅRD HÄLSOFRÄMJANDE	NÄRSJUKHUS	VÄSTMANLANDS SJUKHUS NÄRSJUKHUS
			
<p><b>Vård hemma</b></p> <p>Invånare och patienter är aktiva medskapare till sin hälso- och sjukvård. Du kan göra mer själv för att främja din hälsa. Vid sjukdom har du koll och styr din uppföljning och behandling med hjälp av digitala verktyg och handledning från vården.</p> <p>Stärkta möjligheter till egenvård</p> <p>Egenmonitorering</p> <p>Mobila insatser, t ex mobila team och Närårdsteam</p> <p>Sjukhus hemma kan ersätta vissa vårdtillfällen på sjukhus</p> <p>Ambulansen är som akutmottagningen som vid akut behov kan komma hem</p>	<p><b>Vårdcentraler</b></p> <p>Vanligt förekommande vård, hög tillgänglighet, kontinuitet</p> <p>Fast läkarkontakt med målsättning 1100 listade/läkare</p> <p>Hälsöfrämjande och förebyggande</p> <p>Samordning och samplanering med kommun</p> <p>Satsning första linjens psykiska ohälsa för vuxna</p> <p>Utökad tillgänglighet akuta tider dagtid och genom tilläggsuppdrag kvällstid</p> <p>Akutuppdrag i samverkan med ambulans</p> <p><b>Annan primärvård</b></p> <p>Ungdomsmottagningar, Barn- och ungas psykiska ohälsa, Hälsocenter, 1177-rådgivning, mm.</p>	<p><b>Sala, Fagersta och Köping</b></p> <p>Den specialiserade närsjukvården, med nära samarbete över specialitetsgränser - psykiatri, primärvård, tandvård och kommunal vård</p> <p>Det finns vårdavdelningar, mottagningsverksamhet och dagvård</p> <p>Utgör basen för den mobila vården</p> <p>Primärvård, närsjukvård, kommuner och ambulansvården samarbetar i det grundläggande akuta omhändertagandet, där direktinläggningar är möjligt dygnet runt.</p> <p>I Köping finns en närakut för vårdnivå motsvarande närsjukhus</p> <p>Närsjukhusen kan ha olika profileringar som erbjuder utredning/vård för invånare från hela länet, ibland också från andra län.</p>	<p><b>Västerås</b></p> <p>Närsjukvård med nära samarbete över specialitetsgränser - psykiatri, primärvård, tandvård och kommunal vård</p> <p>Länets samlade specialistvård som servar hela länet med den mest specialiserade vården, både öppenvård, slutenvård och operationer.</p> <p>Exempelvis cancervård, mottagningsverksamhet, dagvård, diagnostik, laboratorier, barn- och kvinnsjukvård.</p> <p>Specialiserat akut omhändertagande för hela länet</p> <p>Katastrofmedicinsk beredskap.</p> <p>Jourcentral akut primärvårdsnivå kväll/helg med justerade öppettider och arbetssätt</p>

### Nära vård och strukturförändringar ger förutsättningar för framtiden

Den omställning mot nära vård och de strukturförändringar som beskrivs i den konkretiserade målbilden för hälso- och sjukvården 2029 ger förutsättningar för Region Västmanland att klara av de demografiska utmaningarna, och de svårigheter de leder till för ekonomi och kompetensförsörjning. På så vis kan Region Västmanland klara av att möta invånarnas behov av hälso- och sjukvård i framtiden.

### *Ekonomiska effekter*

Utbudsstrukturen i den konkretiserade målbilden avgör det framtida behovet av investeringar i byggnader. De föreslagna strukturförändringarna möjliggör frigörande av resurser som gör att Region Västmanland klarar det ökade vårdbehovet framöver med lägre kostnadsutveckling:

- 47 mkr (miljoner kronor) till nära vård/primärvård. Vårdcentralerna ska vara mer tillgängliga för akuta besök och kontinuitet för personer med kroniska sjukdomar.
- Satsning på tilläggsuppdrag för ökad tillgänglighet jourtid på vårdcentraler i vissa områden.
- Förändrade arbetssätt i Fagersta med integrering av röntgen och laboratorium i vårdverksamhet frigör resurser så att vårdavdelningen kan finnas kvar och utvecklas.
- Ändrat/koncentrerat akut omhändertagande inkluderar nödvändig omfördelning av 17 mkr till flera ambulanser och mer prehospitalt näravård-arbete.
- Högflöde CT i Köping möter behoven hos invånarna och minskar köpta undersökningar.
- Digitaliseringen möter invånarnas önskemål att vara mer delaktiga i vården, men ökar också tillgängligheten och frigör resurser till de som behöver dem mest.
- Genom satsningar på nära vård beräknas behovet av vårdplatser minska med ca 50 st.
- Sammantaget ger förslaget minskade kostnader med 74 mkr per år och undviker kostnadsökningar på 63–88 mkr per år (hyresökningar motsvarande minskad investering på mellan 831 mkr och 1216 mkr). Total ekonomisk effekt upp till 162 mkr per år.

Förslaget om Hälso- och Sjukvården 2029 bidrar till en lägre kostnadsnivå och ger förutsättningar för mer omställningsarbete, men löser i sig inte regionens ekonomiska utmaningar. Fortsatt arbete med sparåtgärder och förändrade arbetssätt kommer att vara viktigt.

## 2 Bakgrund

### 2.1 Inledning

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen fick i förvaltningsplanen 2023 uppdrag att ta fram en konkretiserad målbild för hälso- och sjukvården 2029, som gör det möjligt att möta invånarnas behov av hälso- och sjukvård med de personella och ekonomiska resurser som finns tillgängliga. Rapporten beskriver strukturella förutsättningar för denna omställning, med en konkretiserad målbild för hälso- och sjukvården 2029. Avsikten är att beskriva Hälso- och sjukvården i Västmanland som ett sammanhållet enhetligt system där de olika delarna hänger samman och samspelar. För att klara av utmaningarna som ligger framför oss behöver målbilden i sin tur förstärkas med ytterligare förändrade arbetssätt, vilka inte beskrivs i detalj i denna rapport.

Hälso- och sjukvården i stora delar av världen står inför enorma utmaningar, med en åldrande befolkning där färre behöver vårda fler, och med en medicinsk och teknisk utveckling som ger fantastiska möjligheter men också stora kostnader. Med dessa förändringar framför oss vet vi redan att dagens arbetssätt inte kommer att fungera i framtiden. Vi har i Sverige en vård av hög kvalitet, men problem med tillgänglighet och väntetider. Förtroendet för vården är också lägre än andra jämförbara länder. För att i framtiden klara att möta invånarnas behov av hög kvalitet, med tillgängliga resurser, måste nya arbetssätt och -former utvecklas.

De utmaningar vi har i Västmanland med kompetensförsörjning och kostnadsutveckling känner vi igen från andra länder. Därför finns det idag forskning och erfarenheter som ska tas tillvara i utvecklingen av hälso- och sjukvården i Västmanland. Det kan sammanfattas i fyra vägledande principer; Tillsammans, Uppströms, Nyskapande och Behovsanpassat.<sup>1</sup>

### 2.2 Varför behöver vården ställa om?

Hälso- och sjukvården i Region Västmanland delar samma utmaningar som resten av Sverige, men också resten av Europa och flera andra västländer som Kanada, USA, Australien och Nya Zeeland. Hälso- och sjukvården byggdes upp för ett annat sjukdomspanorama och andra behandlingsmöjligheter än idag. Det kommer inte att gå att lösa framtidens hälso- och sjukvård för invånarna med ett föråldrat sjukvårdssystem. Våra gemensamma utmaningar är bland annat:

- *Förändrade vårdbehov*  
Allt fler lever allt längre med flera kroniska sjukdomar. Insjuknandet och dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar minskar, men cancer och psykisk ohälsa ökar. För att flera personer ska få leva flera friska år behöver insatser sättas in tidigt för att förhindra att sjukdom uppstår och minska behov av sjukvård.

---

<sup>1</sup> Se under 2.3 Förflyttningen mot Nära vård, för närmare beskrivning

- *Demografisk utveckling*  
Antalet personer över 80 år kommer öka med mer än 50 procent under de kommande 10 åren. Den arbetsföra befolkningen ökar enbart några procent. Relativt sett färre kommer att behöva vårda fler, och genom skatten bekosta vård och omsorg för fler. Med dessa fakta är det uppenbart att dagens arbetssätt inte kommer att räcka till i framtiden. För att resurserna ska räcka till behöver struktur och arbetssätt förändras och anpassas till framtidens behov.
- *Medicinska möjligheter och digital utveckling*  
Nya behandlingar kan förlänga livet och bota vissa sjukdomar, men kan vara mycket kostsamma. Vi vill att västmanlänningarna ska kunna få del av dessa. Då behöver resurser frigöras. Mycket som tidigare behövt utföras fysiskt av personal skulle kunna hanteras digitalt i en framtid. Det förenklar både för patienten och vården och skapar möjlighet att använda resurser mer ändamålsenligt.
- *Ekonomi*  
Kostnaderna för hälso- och sjukvården har under många år ökat mer än tillväxten, vilket sannolikt inte kommer att vara möjligt framöver. Kostnaderna för vården i Västmanland ökar mer än intäkterna. Underskottet beräknas 2024 uppgå till 1100 miljoner, vilket är mer än 10 procent av vårdens sammanlagda kostnad.

### 2.3 Förflyttningen mot Nära Vård

Förflyttningen mot Nära Vård innebär också ett arbete *uppströms*, att insatser sätts in tidigare i kedjan av händelser, ett samarbete – *tillsammans över vårdgränser* för att skapa förutsättningar för helhetslösningar, men också *tillsammans med dem vi är till för* i en mer personcentrerad och kunskapsbaserad vård. Hälso- och sjukvården måste vara *nyskapande* och våga testa nya lösningar, och ha mod att pröva olika *behovsanpassade* lösningar för olika patientgrupper, för att få effektiv och ändamålsenlig hälso- och sjukvård.

Framtidens vård sker i ökad utsträckning utanför sjukhusen:

- **Invånare och patienter är aktiva medskapare till sin hälso- och sjukvård.** Patienten kan göra mer själv, har koll och styr sin uppföljning och behandling med hjälp av digitala verktyg och handledning från vården.
- **Råd och vård på distans.** När invånare har ett hälsoproblem eller frågor om vård ska det gå snabbt att få rätt hjälp – via telefon, chatt och besök. Invånare ska bara behöva åka till akuten om det är absolut nödvändigt.
- **Mer vård i hemmet.** Vissa behandlingar som påbörjas på sjukhus kan slutföras i hemmet. Om invånare har komplexa vårdbehov kan närvårdsteam och hemsjukvårdsteam ge vården i hemmet i stället för på sjukhus.
- **Mer vård på vårdcentralen.** Om varje läkare i genomsnitt har 1100 listade patienter och vårdcentralens olika yrkesgrupper används effektivt, kan fler människor ha en fast läkare och mer vård ges på vårdcentralerna. Kontinuitet bidrar till trygghet och en effektivare vård.

- **Mer närsjukvård.** Specialiserad vård som sker ofta för patienten behöver vara nära, medan sällanvård kan ske längre bort, koncentrerat till ett eller få ställen.

## 2.4 Våra sjukhusbyggnader behöver anpassas till framtidens vård

De flesta sjukhusbyggnaderna i Västmanland uppfördes under 1960- och 1970-talet. Många har nått sin tekniska livslängd och behöver ersättas eller genomgå omfattande renoveringar. I Sala invigdes en ny sjukhusbyggnad i november 2022. I Västerås pågår byggandet av Västmanlands nya akutsjukhus. Investeringarna som krävs uppgår till många miljarder, vilket ökar hyreskostnaderna kraftigt framöver. Region Västmanland måste maximera nyttan av gjorda investeringar och noggrant överväga vilka ytterligare som krävs. Det är viktigt att anpassa framtida fastighetsinvesteringar efter det ekonomiska utrymmet som finns och en helhetsbild av verksamhetens behov. Annars riskerar icke nödvändiga investeringar att gå ut över den vård som kan ges.

## 2.5 Underlag till förslag

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen presenterade under hösten 2023 ett material om hälso- och sjukvårdens utveckling fram till 2029 utifrån olika perspektiv. Materialet har bearbetats i flera olika forum i syfte att ta fram en tydlig, välgrundad och genomarbetad färdplan och målsättning.

Verksamhetschefer, enhetschefer, medarbetare, invånare och regionens politiker i form av majoritet och opposition har i flertalet dialoger och workshops haft möjlighet att lämna synpunkter. Dialog har även förts med kommunala företrädare, såväl tjänstepersoner som politiker. Allt i syfte att ta fram ett bra beslutsunderlag för en färdplan för utvecklingen som behöver ske de närmsta åren.

Parallellt genomfördes även fem utredningar som berörde olika aspekter av materialet om hälso- och sjukvården 2029:

- Akut omhändertagande på primärvårdsnivå
- Elektiva högflödesverksamheter för operationer och diagnostik
- Förändrad utbudstruktur akutsjukvård
- Närsjukvårdsplatser i norra länsdelen
- Utvecklat akutkoncept

Syftet med utredningarna var att bredda faktaunderlaget inför utarbetande av förslag. Resultaten av utredningarna kan visa för- respektive nackdelar med olika delar. Förvaltningsledningen har gjort en övergripande bedömning på helheten.

Det förslag som presenteras i denna rapport är i enlighet med tidigare beslutade målbilder, som till exempel kommuner och regionens gemensamma målbild för



Nära Vård<sup>2</sup>, målbild för Västmanlands akutsjukhus<sup>3</sup>, regionens måldokument Framtidens hälso- & sjukvård 2030 (2017)<sup>4</sup> och Digital Målbild (2022)<sup>5</sup> men även omvärldsbevakning, extern utredning om långsiktig budget i balans<sup>6</sup>, samt interna utredningar om 5/50 (de 5 procent av patientprocesserna som kräver hälften av resurserna)<sup>7</sup>.

Under inledningen av rapporten beskrivs varför förändringen av hälso- och sjukvården är nödvändig och vad förändringen i stora drag behöver innehålla. Nedan följer en beskrivning av hur förändringen kommer att se ut enligt hälso- och förvaltningens förslag. Förändringen bygger på ändrade arbetssätt och strukturförändringar som möjliggör för vården att möta invånarnas behov i framtiden, samtidigt som det frigör resurser och minskar investeringsbehovet.

## 3 Konkretisering av hälso- och sjukvården 2029

### 3.1 Grundläggande förutsättningar som uppnås med Hälso- och sjukvården 2029

Den konkretiserade målbilden för hälso- och sjukvården 2029 syftar till att uppnå ett antal grundläggande förutsättningar:

- Förflyttningen mot Nära vård avspeglar sig i hela hälso- och sjukvårdssystemet, även i den specialiserade vården som har mer mobila och digitaliserade arbetssätt. Strukturella förändringar i utbud och verksamhet har möjliggjort stora satsningar på den nära vården och primärvården.
- En stärkt primärvård är navet i systemet och erbjuder kontinuitet och samordning av vårdbehov. Primärvården har dessutom fått ett större uppdrag och tillgänglighet för akut omhändertagande. Uppströmsarbete med större fokus på tidiga insatser har möjliggjorts genom att flytta resurser från specialistvård till närsjukvård och primärvård. På så vis undviks försämringar av sjukdomstillstånd som kräver mer avancerad och kostsam vård.
- Stora steg har skett i utvecklingen genom digitalisering. Den digitala vägen är förstahandsvalet för invånarna i kontakten med vården.

<sup>2</sup> Gemensam målbild Framtidens hälso- och sjukvård genom omställning till Nära vård, Sara Fredin och Cecilia von Alten, 2023

<sup>3</sup> [Målbild 2030 - Västmanlands sjukhus](#)

<sup>4</sup> [Framtidens hälso- och sjukvård 2030](#)

<sup>5</sup> Målbild för digitala tjänster, Helseplan, 2022

<sup>6</sup> Utredning av långsiktig budget i balans för hälso- och sjukvården, Sirona, 2022

<sup>7</sup> Uppdrag 5.50 - en kartläggning av gruppen 5% patienter som regionen tillhandahåller 50% av resurserna, Sara Fredin, 2023

Distansmonitorering är en naturlig del för invånarna att vara aktiva i behandling och uppföljning av sin sjukdom och möjliggör också det digitala/virtuella sjukhuset.

- Ett personcentrerat förhållningsätt genomsyrar hela hälso- och sjukvårdssystemet, vården sker i överenskommelse med patienten och utgår från dennes behov och förutsättningar. Invånarnas möjlighet till egenvård, delaktighet och medskapande har stärkts både genom digitaliseringens möjligheter och genom förändrade arbetsätt.
- Den specialiserade närsjukvården, med nära samarbete över specialitetsgränser - psykiatri, primärvård, tandvård och kommunal vård - utgår från de fyra sjukhusnoderna i Fagersta, Sala, Köping och Västerås. Dessa utgör också basen för den mobila vården, som närsjukvårdsteam. Primärvård, närsjukvård, kommuner och ambulansvården samarbetar i det grundläggande akuta omhändertagandet, där direktinläggningar är möjligt dygnet runt. I Köping finns ett modernt, upprustat närsjukhus med en närakut<sup>8</sup>.
- Kompetensen hos ambulanspersonalen används, med uppbackning av läkarstöd, som ett viktigt tillskott i den nära vården. Vid uttryckning kan man likna det vid att akutmottagningen kommer hem till vardagsrummet, och om tillståndet kräver åker ambulansen direkt till rätt vårdnivå – vårdcentral, närsjukhus, akutmottagning eller direkt till vårdavdelning. Det specialiserade akuta omhändertagandet sker i Västerås.
- Det nya sjukhuset i Västerås står också klart och erbjuder den specialiserade vården moderna lokaler och förutsättningar för effektiva flöden. Specialiserad vård som sker sällan är koncentrerad hit, medan vanligt förekommande vård sker nära invånarna - i primärvården, i närsjukvården via mobilitet och på närsjukhusen. Genom denna strategi kan Region Västmanland upprätthålla kompetens, kvalitet och tillgänglighet i en alltmer specialiserad vård – samtidigt som den stora ökningen av komplex generalistvård möts i närsjukvård och primärvård.
- Genom ett nära samarbete med kommunerna finns möjligheter att utveckla sömlösa helhetslösningar för dem vi är till för.
- En god kompetensutveckling där medarbetarna utvecklas under hela yrkeslivet och är med och utvecklar verksamheten.
- En stark och hög-kvalitativ verksamhetsförlagd utbildning i gott samarbete med högskolor och universitet.
- Omfattande klinisk forskning som attraherar medarbetare och utvecklar vården.

---

<sup>8</sup> Se sid 18 för beskrivning av närakut

- Samverkan med universitet och näringsliv främjar utveckling och regional tillväxt.
- Region Västmanland arbetar tillsammans med andra regioner för att öka tillgängligheten i den specialiserade vården och kunna erbjuda kostnadseffektiv vård. I vissa vårdområden, där Region Västmanland är stark, byggs kapacitet som möjliggör ett långsiktigt samarbete där vi säljer vård till andra regioner.

### 3.2 Vården ur invånarnas perspektiv 2029

En undersökning gjordes bland invånare i Västmanland, både med intervjuer och via digital enkät, under hösten 2023. Mätningen efterfrågade vad invånare i Västmanland förväntar sig av vården i framtiden. Kärnan i invånarnas förväntningar sammanfattas nedan:

- Enkla kontaktvägar, kortare köer och tydlig lotsning till rätt vårdnivå – både vid akut och icke akut vård.
- Vårdcentralen hjälper mig med det mesta, både digitalt och fysiskt, och erbjuder kontinuitet.
- När jag har stort vårdbehov har jag nära kontakt med mitt vårdteam, som koordinerar all min vård.
- Vårdcentral, kommun och specialistvård samverkar bra i mina ärenden.
- Egenmonitorering av mina kroniska sjukdomar gör att jag kan få vård hemma.
- Även andra digitala lösningar som förenklar för mig och effektiviserar vården är viktigt.
- Vård jag behöver ofta, sker nära där jag bor.
- Vård jag behöver sällan, kan ske på sjukhus längre bort.
- Personcentrerad vård med bra bemötande, medbestämmande och ömsesidig tillit är viktigt.
- Om jag inte vill eller kan använda digitala verktyg, så får jag samma service via telefon eller fysiskt besök – den personliga kontakten måste finnas för mig om jag behöver.

### 3.3 Vårdens struktur och utbud 2029

#### 3.3.1 Sammanfattning utbudsstruktur

I Tabell 1 ges en översiktlig beskrivning av utbud och struktur i hälso- och sjukvården i Västmanland 2029. Tabellen är inte heltäckande med alla verksamheter, utan är avsedd att ge en övergripande bild. Exempelvis är den kommunala primärvården inte beskriven.

Tabell 1. Utbudsstruktur för hälso- och sjukvården i Region Västmanland 2029

HEMMET	PRIMÄRVÅRD HÄLSOFRÄMJANDE	NÄRSJUKHUS	VÄSTMANLANDS SJUKHUS NÄRSJUKHUS
<p><b>Vård hemma</b></p> <p>Invånare och patienter är aktiva medskapare till sin hälso- och sjukvård. Du kan göra mer själv för att främja din hälsa. Vid sjukdom har du koll och styr din uppföljning och behandling med hjälp av digitala verktyg och handledning från vården.</p> <p>Stärkta möjligheter till egenvård</p> <p>Egenmonitorering</p> <p>Mobila insatser, t ex mobila team och Närvårdsteam</p> <p>Sjukhus hemma kan ersätta vissa vårdtillfällen på sjukhus</p> <p>Ambulansen är som akutmottagningen som vid akut behov kan komma hem</p>	<p><b>Vårdcentraler</b></p> <p>Vanligt förekommande vård, hög tillgänglighet, kontinuitet</p> <p>Fast läkarkontakt med målsättning 1100 listade/läkare</p> <p>Hälsufrämjande och förebyggande</p> <p>Samordning och samplanering med kommun</p> <p>Satsning första linjens psykiska ohälsa för vuxna</p> <p>Utökad tillgänglighet akuta tider dagtid och genom tilläggsuppdrag kvällstid</p> <p>Akutuppdrag i samverkan med ambulans</p> <p><b>Annan primärvård</b></p> <p>Ungdomsmottagningar, Barn- och ungas psykiska ohälsa, Hälsocenter, 1177-rådgivning, mm.</p>	<p><b>Sala, Fagersta och Köping</b></p> <p>Den specialiserade närsjukvården, med nära samarbete över specialitetsgränser - psykiatri, primärvård, tandvård och kommunal vård</p> <p>Det finns vårdavdelningar, mottagningsverksamhet och dagvård</p> <p>Utgör basen för den mobila vården</p> <p>Primärvård, närsjukvård, kommuner och ambulansvården samarbetar i det grundläggande akuta omhändertagandet, där direktinläggningar är möjligt dygnet runt.</p> <p>I Köping finns en närakut för vårdnivå motsvarande närsjukhus</p> <p>Närsjukhusen kan ha olika profileringar som erbjuder utredning/vård för invånare från hela länet, ibland också från andra län.</p>	<p><b>Västerås</b></p> <p>Närsjukvård med nära samarbete över specialitetsgränser - psykiatri, primärvård, tandvård och kommunal vård</p> <p>Länets samlade specialistvård som servar hela länet med den mest specialiserade vården, både öppenvård, slutenvård och operationer.</p> <p>Exempelvis cancervård, mottagningsverksamhet, dagvård, diagnostik, laboratorier, barn- och kvinnosjukvård.</p> <p>Specialiserat akut omhändertagande för hela länet</p> <p>Katastrofmedicinsk beredskap.</p> <p>Jourcentral akut primärvårdsnivå kväll/helg med justerade öppettider och arbetssätt</p>

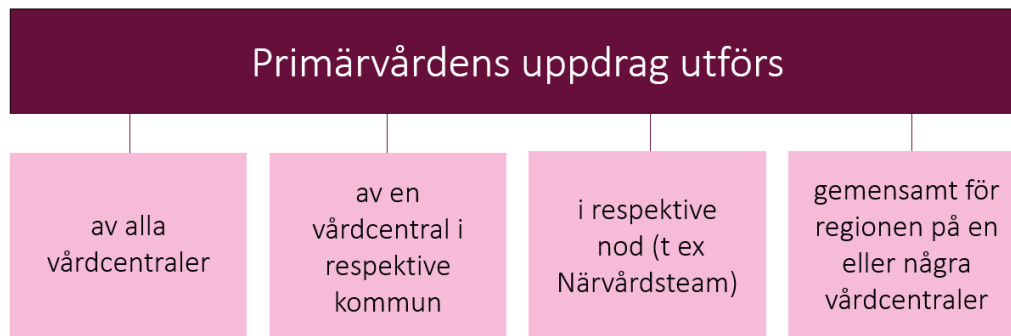
Nedanstående text ger närmare beskrivning av vårdnivåer och föreslagna förändringar i vårdbud.

#### 3.3.2 Primärvård utgör grunden i hälso- och sjukvårdssystemet

Primärvården utgör grunden i hälso- och sjukvårdssystemet och ska med kontinuitet och helhetsansvar sammanlänka hälso- och sjukvården för invånarna. Det finns både kommunal och regional primärvård. I den regionala primärvården finns både vårdval vårdcentral och anslagsfinansierad verksamhet, som till exempel Hälsocenter, Ungdomsmottagningar, mottagningar för barn och unga med psykisk ohälsa, 1177, jourcentral och närvårdsteam. Vårdcentralerna har en central, koordinerande roll för de flesta patienterna.

Nära vård-förflyttningarna fortsätter och alltmer vård flyttas från sjukhus och den specialiserade vården till primärvården. Därmed kommer primärvården att utgöra en större andel av den totala vården. I takt med att primärvårdens uppdrag ökar, kommer det, för att uppnå jämlik vård, inte vara möjligt att hantera all vård på varje vårdcentral. Det kan bero på att antalet patienter är för få, av kompetens- eller effektivitetsskäl, eller på att vården behöver koordineras över ett större geografiskt område. Därför finns en strukturering av uppdrag på primärvårdsnivå (Tabell 2).

Tabell 2. En schematisk beskrivning av att primärvården har ett differentierat utbud, där grunduppdraget utförs av alla, men att olika tilläggsupdrag kan fördelas till ett mindre antal vårdcentraler.



### Vårdcentral

Vårdcentralerna har rustats för att i högre grad hantera helheten för patienterna, både för kroniska och akuta åkommor:

- Genom att vårdcentralen är *lättillgänglig* för invånarna att kontakta digitalt eller via telefon ökar individens trygghet. Det minskar de upplevda behoven av exempelvis akutbesök på sjukhuset. En automatiserad triagering kan hjälpa till att hantera exempelvis receptförnyelse, egenvård eller snabb bedömning och hjälp när det behövs. Det gör det lättare att möta invånarnas behov och se till att vårdinsatser prioriteras till dem som behöver dem mest. Tillit och upparbetade processer mellan primärvård och slutenvård bidrar till effektivare flöden, för både patient och verksamhet.
- Genom att utveckla och paketera olika verktyg för att *stärka patienternas möjlighet till egenvård* skapas såväl ökade möjligheter till personcentrerad vård där individens resurser tas tillvara och frigör tid från vårdens medarbetare. När medarbetarna upplever förutsättningar för rätt prioriteringar minskar den etiska stressen och upplevelsen av en mer meningsfull vardag ökar.
- Region Västmanland har för avsikt att nå målet om i genomsnitt *1100 listade per läkare i primärvården*. Genom att varje *fast läkarkontakt* har möjlighet att ansvara för färre antal listade skapas förutsättning för en ökad kontinuitet och tillgänglighet för de patientgrupper som behöver detta. Helhetsbilden av patienten stärks liksom relationen mellan vårdgivare och vårdtagare. Det minskar vårdkonsumtionen samtidigt som möjligheterna ökar att arbeta hälsofrämjande och att upptäcka och behandla sjukdomar eller hälsoproblem i ett tidigt skede. Genom att stärka de många andra yrkesprofessionerna inom primärvården underlättas teamarbete och effektivare insatser runt patienten. Samtidigt förbättras arbetsmiljön och förutsättningarna för en god kompetensförsörjning ökar.
- Genom att vårdcentralens uppdrag och resurser för *samordning kring patienten* stärks kan den totala vårdkonsumtionen minska och patienten bli tryggare i att behov koordineras och utgår från individens egna förmågor

och förutsättningar. Behovet av gränsdragning och ”bollande” av patienter mellan olika delar i systemet minskar successivt.

- Det *gemensamma ansvaret för primärvård mellan kommuner och vårdcentraler* tydliggörs. Då kan resurserna i form av både kompetens och personal användas mer effektivt. Vårdcentralernas medicinska stöd till kommunernas hälso- och sjukvård och dess medarbetare förstärks, samtidigt som kommunernas förebyggande och rehabiliterande uppdrag lyfts fram. Tillsammans blir verksamheterna mer ändamålsenlig och effektiv.
- Genom att vårdcentralerna rustas med kompetens och verktyg för att hantera *första linjens psykiska ohälsa för vuxna* kan många fler patienter få ett relevant och effektivt omhändertagande. Genom tydliga stegvisa insatser får patienten tillgång till rätt insatser så fort som möjligt. Från egenvård och tips på stödinsatser i samhället, digitala program och samtalsbehandling till en välutvecklad samverkan mellan primärvården och psykiatrin i de fall där det behövs.
- Tydligare uppdrag samt resurser och kompetens för att arbeta *hälsofrämjande och förebyggande* i alla åldersgrupper, gör att invånarnas behov av vård på sikt kan minska, trots en åldrande befolkning.
- Genom att utökat ansvar för proaktivt och koordinerande arbete med de *5 procent mest vårdkrävande* patienterna och systematiskt arbete med andra vårdgivare och aktörer i samhället kan befintliga resurser räcka längre.

#### *Akut omhändertagande på primärvårdsnivå*

Som basen i sjukvårdssystemet behöver mer akut omhändertagande utföras på primärvårdsnivå. Akutuppdraget utökas till vårdcentralerna med tillgängliga akuttider hela dagen, enkla kontaktvägar med direkt svar fram till klockan 17 samt samverkansvårdcentral om egna kapacitetsproblem och möjlighet för 1177 att boka in tider på vårdcentral. För att underlätta att prioritera patienter till rätt vårdnivå införs digital triage och chatt. Även vid jourmottagningen i Västerås ändras öppettiderna till klockan 17–22 och kommer främst tillhandahålla tidsbokade besök som huvudsakligt flöde. Samverkan mellan ambulans och primärvård tydliggörs. Det innebär bland annat att ambulansen ska kunna konsultera och lämna av patienter på vårdcentral.

Dessa förändringar förväntas minska kostnaderna med ca 7 miljoner kronor, vilket föreslås finansiera tilläggsuppdrag för kvällsöppen mottagning till läkare och distriktssköterska. Det gäller främst på vårdcentral i länsdelar som utnyttjar vård i närliggande regioner och/eller vårdcentraler med annan strategisk lokalisering där kvällsöppet skulle kunna minska inflöde till sjukhusets akutmottagning.

### **3.3.3 Fyra noder som bas för närsjukvården**

Vid sidan av vårdcentralerna utgör fyra noder med verksamhet knuten till sjukhusen bas för vårdens utbud. År 2029 finns det i Västmanland tre närsjukhus, i Sala, Fagersta och Köping och ett sjukhus i Västerås med både närsjukvård och

akutsjukvård. Alla sjukhus har närsjukvård med vanligt förekommande vård från primärvård, tandvård och specialiserad vård samlad. Primärvård, närsjukvård, kommuner och ambulansvården samarbetar i det grundläggande akuta omhändertagandet, medan det specialiserade akuta omhändertagandet sker i Västerås. Noderna utgör också basen för den mobila verksamheten. Det finns möjligheter för närsjukhusen att i övrigt ha olika profil.

Förutsättningar för nära vård skapas genom samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Helhetslösningar söks för att lösa så mycket av invånarnas/patienternas behov så nära som möjligt, vilket är både ekonomiskt och kvalitetsmässigt det bästa. Region Västmanland strävar därför efter gemensamma lösningar tillsammans med kommunerna, till exempel genom samlokalisering, gemensam bemanning eller gemensamt drivna verksamheter.

### 3.3.4 Närsjukvård

När det genomförs förflyttningar mot nära vård så passar inte all vård in i den traditionella beskrivningen av vårdnivåer som sjukhus-specialistvård och vårdcentraler. Närsjukvård inkluderar därför delar av både primärvård och specialiserad vård. En del vård som principiellt är primärvård går inte att avgränsa till listade på en vårdcentral. Det kan bero på att antalet patienter är för få eller att vården behöver koordineras över ett större område. Exempel på sådan primärvård är Närvårdsteam<sup>9</sup>.

Närsjukvård kan också vara aktuellt för specialiserad verksamhet, till exempel genom mobila insatser i hemmet. Sådan verksamhet kan vara vårdplatser för barn, eller distansmonitorering och mobila team för svårt sjuka patienter med kronisk sjukdom. Avancerad Hemsjukvård (AH) innehåller såväl specialiserad palliativ vård som mobil närsjukvård. En del slutenvård av komplexa sjukdomar behöver en bredare ansats där specialistkunskap inte är tillräckligt, utan snarare generalistkunskap och samarbete mellan olika specialiteter är viktigt. Ofta behöver också insatser från olika aktörer i samhället samordnas.

Närsjukvårdsavdelningar finns på Närsjukhusen, men ska också finnas på sjukhuset i Västerås. Närsjukhusen samlar den vanligt förekommande vården oavsett organisatorisk tillhörighet. Samlokalisering av kommunal vård, regional primärvård och specialiserad vård underlättar samarbete över organisatoriska gränser. På Närsjukhusen finns både öppenvård, slutenvård och gärna kommunal sjukvård.

Det finns också resurser för vanligt förekommande diagnostik, konsultation och behandling. Regionen strävar efter samlokalisering med kommunerna och att bedriva vissa verksamheter tillsammans. Ett exempel kan vara att region och kommun samverkar kring nattorganisationen eller kring viss slutenvård. Närsjukvårdsavdelningen och kommunens korttidsavdelning kan ligga i anslutning

---

<sup>9</sup> Mobila team med läkare och sjuksköterska och ibland andra kompetenser som kan undersöka och ge viss behandling i hemmet. Det sker i samverkan med kommunal hemsjukvård. Det finns fyra Närvårdsteam i Västmanland och de riktar sig till vuxna med omfattande medicinskt behov som annars behöver mycket sjukhusvård.

till varandra. Många patienter flyttar då till korttidsavdelningen innan de åker hem. Samarbetet mellan kommun och region underlättas eftersom verksamheterna finns nära. Verksamheterna kan lättare dela kunskaper med varandra och övergången blir smidigare för patienterna när de inte kommer till en ny miljö.

### 3.3.5 Närsjukhus

Förutsättningar för nära vård skapas genom samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Helhetslösningar söks för att lösa så mycket av invånarnas/patienternas behov så nära som möjligt, vilket är både ekonomiskt och kvalitetsmässigt det bästa. Viss specialiserad verksamhet, som en del dagsjukvård och digitala vårdrumsbesök kan flyttas från Västerås till närsjukhusen. Närsjukhus finns i Köping, Sala och Fagersta och samlar den vanligt förekommande vården oavsett organisatorisk tillhörighet. Samlokalisering av kommunal vård, regional primärvård och specialiserad vård underlättar samarbete över organisatoriska gränser. Närsjukvård kan innehålla både öppenvård, närsjukvårdsavdelning och kommunal sjukvård. Närsjukvården finns också på sjukhuset i Västerås.

#### *Närsjukhuset i Fagersta*

På Närsjukhuset i Fagersta finns närsjukvård med både öppenvård, slutenvård och önskvärt även samarbete med kommunal sjukvård. Med befintlig bemanning optimeras antal vårdplatser (ej personalutökning). Inledningsvis 9–10 vårdplatser (ena flygeln) men en renovering av båda flyglarna möjliggör antingen framtida utökning av vårdplatser eller samarbete med kommunerna. Primärvårdsjour och ambulans med läkarstöd ansvarar nätter och helger. Närsjukhuset ansvarar också för grundläggande akutuppdrag tillsammans med vårdcentral och ambulans.

På Närsjukhuset i Fagersta finns idag en låg nyttjandegrad av laboratorium och röntgenverksamheterna. För att säkerställa fortsatt service inom dessa områden integreras laboratorie- och röntgenverksamheter i övrig verksamhet, utan att vara separata enheter.

#### Ekonomiska effekter av verksamhetsförändring

Integrering av laboratorium och röntgen frigör 2–4 mkr/år (miljoner kronor per år).

#### Investeringar

Planerad renovering av båda flyglarna genomförs, trots att det är oklart vilken verksamhet som ska in i den ena (begränsad marginalkostnad).

#### Kostnadskalkyl

Hyreskostnaderna kommer att öka på grund av nödvändiga renoveringar med 2 mkr/år. Beräknas balanseras med personalförändringar inom lab/röntgen och dess verksamhetsintegrering.

#### Huvudsakliga argument för förslaget

Det har hittills inte varit möjligt att finna former tillsammans med kommunerna för att hitta gemensamma lösningar för kommunal och regional slutenvård i området. Den föreslagna förändringen möjliggör fortsatt slutenvård i norra delen av länet,



samt grundläggande laboratorie- och röntgenservice, vilket bedöms viktigt som grund för vidareutveckling av den nära vården.

#### *Närsjukhuset i Sala*

På Närsjukhuset i Sala bedrivs närsjukvård med både öppenvård, slutenvård och eventuellt kommunal sjukvård, enligt samma princip som i Fagersta. Antal vårdplatser optimeras utifrån dagens bemanning. Primärvårdsjour och ambulans med läkarstöd ansvarar nätter och helger. Närsjukhuset ansvarar också för grundläggande akutuppdrag tillsammans med vårdcentral och ambulans.

Inom laboratorie- och röntgenverksamheterna finns en relativt hög användningsgrad, vilket motiverar att fortsätta driva som separata enheter (inte verksamhetsintegrering som i Fagersta).

Operationer: Det finns tillräcklig kapacitet för hela länets behov av operationer i de nya sjukhusbyggnaderna på Västmanlands sjukhus i Västerås. De investeringar inom operation som redan är gjorda i Sala kan möjliggöra fortsatt högflöde elektiv operationsverksamhet med övernattningsmöjligheter (EPOS) genom försäljning till andra regioner.

Rättspsykiatri: Även för denna verksamhet motiverar försäljning av vård till andra regioner den investering som görs i nya lokaler då intäkterna täcker kostnader för investering/hyra.

Högflöde diagnostik: det finns för litet underlag för att motivera investering i CT för högflödesverksamhet.

#### Ekonomiska effekter av verksamhetsförändring

Det föreslås ingen övergripande verksamhetsförändring som ger ekonomisk effekt.

#### Investeringar

Investeringar i nya sjukhusbyggnader är redan gjorda av regionen, eller beslutade avseende Rättspsykiatri. Privat hyresvärd har gjort investeringar för operationsalar, där regionen har hyreskontrakt.

#### Kostnadskalkyl

Verksamheten fortsätter bedrivas utifrån dagens kostnadsnivå. Försäljning av vård inom Rättspsykiatri och operationer har stor ekonomisk potential.

#### Huvudsakliga argument för förslaget

Med de genomförda och planerade investeringarna finns god grund både för att vidareutveckla den nära vården och samtidigt kunna utgöra en aktiv aktör inom det sjukvårdsregionala samarbetet för bättre tillgänglighet, vilket också har en stor positiv ekonomisk potential.

#### *Närsjukhuset i Köping*

Ett modernt sjukhus med renoverade och delvis nya lokaler ger stora möjlighet att möta invånarnas framtida behov på effektivt och ändamålsenligt sätt. På Närsjukhuset i Köping finns både specialiserad öppenvård, slutenvård och gärna ett samarbete med kommunal sjukvård.

Vanligt förekommande vård från olika specialiteter, psykiatri, primärvård, tandvård och möjligen även kommun finns samlad på en plats, vilket möjliggör en god samverkan för patienter med komplexa sjukdomar. Det finns vårdavdelningar, en omfattande mottagningsverksamhet och dagvård, samt dialys och skopiverksamhet som idag. På mottagningar kan det ske enklare ingrepp som inte kräver utrustade operationssalar.

Primärvård, närsjukvård och ambulansvården samarbetar i det grundläggande akuta omhändertagandet. Det finns en Närakut med ett medicinskt mottagande motsvarande den vårdnivå som finns på sjukhuset. Det specialiserade akuta flödet går till Västerås. Direktinläggningar är möjligt dygnet runt.

Närsjukhuset är bas för mobil verksamhet, närsjukvårdsteam, digital vård och distansmonitorering.

Viktiga profilområden kan stärkas. Med starka profilområden kan sjukhuset i Köping serva hela länets befolkning. Det finns möjlighet att flytta vård från Västerås till Köping, för invånarna i området, exempelvis dagvård. På Närsjukhuset i Köping finns även en omfattande diagnostisk verksamhet med bland annat datortomografi och magnetkamera. Effektiva flöden och hög kvalitet möjliggör att patienter från hela länet, men även andra län, kan undersökas här.

#### Näarakut

En näarakut etableras i Köping för akut omhändertagande på närsjukvårdsnivå, dag och kväll alla dagar i veckan.

Det finns ingen allmängiltig definition av Näarakut. Gemensamt för de regioner som använder konceptet är att en näarakut inte tar sådana tillstånd som förväntas behöva akutsjukhusets resurser. Näarakuter är inte heller öppna nattetid. I Stockholm finns en variant av näarakut som tar emot akuta tillstånd inom både opererande och medicinska specialiteter. Något sådant kan inte bli aktuellt i Köping eftersom kirurgi- och ortopedikompetensen inte finns tillgänglig. Oavsett omfattning är det viktigt att en näarakut i Köping anpassas efter Västmanlands förutsättningar och behov. De medicinska gränsdragningarna om vilka symtom och tillstånd som ska behandlas i Köping respektive i Västerås ska skapas av professionen.

Huruvida primärvårdens akuta omhändertagande jourtid, som idag sker på jourmottagning belägen på sjukhuset, ska vara en separat enhet eller om verksamheten ska integreras i Näarakuten kan avgöras senare.

#### Ekonomiska effekter av verksamhetsförändring

Beräkningar baserade på att hela det akuta flödet flyttar ger 21 mkr lägre driftskostnader per år. Denna verksamhetsförändring möjliggör och förutsätter utökning av ambulansverksamheten och dess prehospitala uppdrag, till en kostnad av 17 mkr/år. Nettobesparingen blir ca 4 miljoner kronor per år, men nettot kan variera beroende på hur Näarakut definieras och vilka patientgrupper som ingår.

Då beredskap för röntgen tas bort nattetid frigörs medarbetare/resurser för verksamhet dagtid, och en produktion med värde av 4 mkr/år netto.

### Investeringar

Med föreslagna verksamhetsförändringar inom ramen för målbilden för 2029 blir byggnadsinvesteringsbeloppet för ny- och ombyggnation för sjukhuset i Köping 1400 – 1800 mkr. Denna summa ryms i nuvarande investeringsplan.

Det finns tillräcklig kapacitet för hela länets behov av operationer i de nya sjukhusbyggnaderna på Västmanlands sjukhus i Västerås. Därav görs bedömningen att det vore en felaktig och icke nödvändig investering med nya operationslokaler i Köping. När hela det specialiserade akutflödet styrs till Västerås minskar också behovet av investeringar i relaterade lokaler i Köping. Totalt minskar, med de föreslagna förändringarna, investeringbehovet med mellan 831 mkr och 1216 mkr (för en vårdavdelning/HIA 176 mkr, akutverksamhet 175 mkr, operationsverksamhet 480 mkr, övrigt 0–385 mkr beroende på verksamhet) jämfört med om det ska investeras i lokaler för samma verksamhet som bedrivs idag, vilket skulle kosta 2600 mkr. Det motsvarar en utebliven hyresökning på 63–88 miljoner kronor per år.

### Kostnadskalkyl

De direkt verksamhetsrelaterade förändringarna motsvarar en besparing på netto 8 mkr/år. Dessutom undviks kostnadsökningar (ökad hyra) på 63–88 mkr/år.

### Huvudsakliga argument för förslaget

Det har redan beslutats stora investeringar i nya byggnader (NAV, Nytt Akutsjukhus Västerås) på Västmanlands sjukhus i Västerås. Det vore inte ekonomiskt försvarbart att dubblera vissa investeringar då det kommer att finnas kapacitet för både länets samlade specialiserade akutflöde och operationer (se under Västmanlands sjukhus Västerås, s22).

Enligt 2015 års lokalförsörjningsplan, kommer ny- och ombyggnationer för att i framtiden driva samma verksamhet i Köping som idag, kosta 2 600 miljoner kronor i rena byggnadsinvesteringar, indexerat till 2027–2029 års kostnader. Det finns i den långsiktiga investeringsplanen avsatt 1 800 mkr till investeringar på sjukhuset i Köping, varav MT-utrustning 200 mkr. Dagens verksamhet ryms alltså inte i investeringsplanen då det saknas en miljard kronor.

Verksamhetsmässigt finns välfungerande verksamheter i Köping inom dessa områden, och det finns ur det perspektivet ingen anledning att stänga dem. Koncentration av specialiserad sällanvård till en plats är dock inget ovanligt, utan är en vedertagen metod för att på lång sikt säkra effektivitet och kompetens.

Det har lyfts farhågor kring om förändringarna i akutverksamheten riskerar att leda till sämre medicinsk kvalitet och service i Köping och närliggande kommuner. Bedömningen är att så inte är fallet. Redan idag passerar en stor del av akutflödet förbi Köping, till exempel inom kirurgi och ortopedi, men också för medicinska tillstånd som kan förväntas behöva akutsjukhusets resurser i form av diagnostik, övervakning och behandling. Det innebär att exempelvis medvetlösa personer och personer med hjärtinfarkt som kan behandlas genom att hjärtats kärl öppnas upp redan idag åker direkt till närmsta akutsjukhus.

Kompetensmässigt finns idag god kompetens inom akut internmedicin, även under jourtid, men det saknas kringkompetenser i form av narkosläkare eller andra specialiteter. Narkossjuksköterskor och röntgenpersonal har beredskap och kan under jourtid inte förväntas att omedelbart finnas till hands vid eventuellt urakut tillstånd.

Ambulansorganisationen är idag inte enbart en transportorganisation, utan snarare att likna vid att akutmottagningen kommer hem till patienten. Ambulanspersonal med hög kompetens gör den initiala diagnostiken och behandlingen, och säkerställer därefter att transport går till den del av sjukvårdssystemet där tillståndet bäst tas omhand.

Att inte ha specialiserat akut omhändertagande i Köping och att transportera patienter som kan förväntas behöva akutsjukhusets resurser direkt till ett akutsjukhus är således inte en kvalitetsförsämring för invånarna i västra delen av länet, utan ett sätt att säkerställa att patienten får rätt vård direkt. De patienter som har internmedicinska tillstånd som bäst behandlas på ett närsjukhus ska naturligtvis fortsätta tas omhand i Köping, via en Närakut och vårdavdelningar.

#### *Närsjukhuset i Västerås*

På sjukhuset i Västerås ska det också bedrivas närsjukvård med både öppenvård, slutenvård och eventuellt kommunal sjukvård, enligt samma princip som på närsjukhusen. Vanligt förekommande vård från olika specialiteter, psykiatri, primärvård, tandvård och möjligen även kommun finns samlad på en plats, vilket möjliggör en god samverkan för komplexa sjuka patienter.

För vidare resonemang kring Västmanlands sjukhus i Västerås, vänligen se under specialiserad vård på sidan 22.

### **3.3.6 Digital vård**

Digitalisering är verksamhetsutveckling med stöd av digitala lösningar. Vägen in till vården är i huvudsak digital. Genom chatt, tydliga översikter och gemensamma planer blir det tydligare och tryggare för invånaren och effektivare för vården. Den digitala vården sträcker sig över alla vårdnivåer och kopplar till rätt instans direkt.

Digitaliseringen inom hälso- och sjukvården i Västmanland utgår från tre huvudområden:

1. *möta och kommunicera med våra invånare/patienter på ett modernt, flexibelt och effektivt sätt*
2. *samordna och öka värdeskapande arbete samtidigt som tidskrävande administration minskar*
3. *skapa förutsättningar för att informationsbaserat leda och styra verksamhet*

I den konkretiserade målbilden för 2029 har följande verksamhetsutveckling/digitalisering åstadkommit:

- Ett digitalt grundutbud med digitala möjligheter erbjuds av alla verksamheter i regionen. Patienter ska uppleva kontinuitet och det ska vara lätt att göra rätt i kontakten med vården. Utgångspunkten är digitalt i första hand och fysiskt när det behövs. Som en del av grundutbudet ingår webbtidbok där patienter lätt ska kunna se bokade besökstider och där det är möjligt att boka av eller boka om besöket. Flera av aktiviteterna är delar i den nationellt fastställda målbilden, att arbeta för mer personcentrerad vård och med dokumenterad överenskommelse<sup>10</sup>.
- Egenmonitorering gör att patienterna själva kan följa sin sjukdom, vilket även möjliggör för dem att få större kunskap om och ta större ansvar för sin sjukdom. Egenmonitorering gör det också möjligt att samla data som underlag för beslut om vidare behandling i kontakt med sin vårdgivare. Distansmonitorering är när en patients medicinska tillstånd kan följas av vården i realtid dygnet runt utanför sjukhus eller vårdinrättning. Distansmonitorering blir på så sätt en del av det virtuella sjukhuset (se nedan).
- Egentriagering och chatt innebär att införa ett sammanhängande verktyg i regionen för automatiserad triagering i primärvården och på 1177 Sjukvårdsrådgivningen. Målet är snabbare hantering av patientens hälsoproblem och svar på frågor om vård, samt effektivisera telefonrådgivningen på mottagningarna och 1177 Sjukvårdsrådgivningen. Hela hälso- och sjukvårdssystemet, inklusive den specialiserade vården ska inkluderas.
- Digitala vårdmöten kan ses som en del av grundutbudet och innebär att ställa om de kontakter som lämpar sig till virtuella möten. Detta kommer att frigöra utrymme för de patienter och situationer som kräver fysisk kontakt samtidigt som det tillgodoser efterfrågan om enklare, snabbare och mer flexibel kontakt.
- Det virtuella sjukhuset (Sjukhuset hemma). Vissa medicinska tillstånd kan kräva upprepade kontroller och tät uppföljning även om patienten mår tillräckligt bra för att vara hemma. Detta kan ske genom distansmonitorering, kontinuerlig eller intermittent. Sådan övervakning sker idag av praktiska skäl på sjukhus, alternativt att patienten skrivs hem med tät uppföljning med återbesök. Det finns dock goda erfarenheter från olika delar av världen av att flytta sjukhusvård eller uppföljning av instabil sjukdom till hemmet, med stöd av distansmonitorering. Den virtuellt baserade vården ska vara nära knuten till mobil vård för att vid behov göra hembesök eller nyttja möjligheten till direktinläggning, om det skulle behövas. Det virtuella sjukhuset/distansmonitorering samlas organisatoriskt till en enhet för hela länet. Se även Sjukhuset hemma, s 24.

---

<sup>10</sup> [Dokumenterad överenskommelse | SKR](#)

### 3.3.7 Egenvård

Egenvård är en viktig del av all vård. Information och stöd för att invånaren själv ska kunna hantera enklare åkommor ska vara lättillgängligt. Patienter med kroniska sjukdomar ska få råd, stöd och vägledning för att själva följa och behandla sin sjukdom, i den mån de förmår och vill detta.

### 3.3.8 Hälsoutbud

Råd och stöd för egenvård för att främja och bibehålla hälsa och förebygga ohälsa är lättillgängligt, både digitalt och fysiskt. Region Västmanland bygger vidare på existerande struktur med Hälsocenter för att stärka hälsoutbudet i länet.

### 3.3.9 Akutvård

Även akut vård har en digital ingång, såvida det inte är urakut då 112 ska användas. Det är i större omfattning möjligt att få bedömning i hemmet av ambulans eller läkare från vårdcentral. Primärvård, närsjukvård, kommuner och ambulansvården samarbetar i det grundläggande akuta omhändertagandet. Fysiska utbudspunkter för akut vård är vårdcentraler dagtid, kvällstid vårdcentraler med utökat uppdrag eller jourcentralen i Västerås och Närakuten i Köping. Länets fullskaliga akutmottagning och akutsjukhus finns i Västerås. Patienter som behöver slutenvård läggs in direkt där tillståndet behandlas bäst, antingen på något av Närsjukhusen eller på sjukhuset i Västerås.

### 3.3.10 Specialiserad vård

Specialistsjukvården, med dess olika specialiteter, fortsätter att ligga i framkant i kvalitet och följer utvecklingen i utredning, behandling och åtgärder. Även om den specialiserade vården är koncentrerad till Västerås finns omfattande poliklinisk verksamhet också på närsjukhusen. Genom samarbete i sjukvårdsregionen med arbetsfördelning är vi beredda att utöka vår kapacitet för att i större utsträckning behandla vissa patienter från andra regioner.

En del patienter/grupper som tidigare följts i specialiserad vård kan framöver följas upp i primärvården. Specialistsjukvården kan på bättre sätt stödja primärvården att handlägga fler tillstånd. Ändrade arbetssätt i riktning mot nära vård möjliggör att följa fler patienter polikliniskt eller i hemmet med mobil verksamhet. De nya arbetssätten frigör kapacitet som gör det möjligt att utvecklas i takt med medicinska och tekniska framsteg, trots ekonomiskt svåra tider.

#### *Västmanlands sjukhus Västerås*

De nya byggnaderna (NAV) på Västmanlands sjukhus i Västerås kommer att vara klara för inflyttning under 2029. Det kommer att vara mycket mer än ett akutsjukhus, och kommer att driva den samlade specialiserade vården i länet. Västmanlands sjukhus Västerås serverar hela länet med den mest specialiserade vården, både öppen- och slutenvård. Det nya sjukhuset har kapacitet för hela länets behov av operationer och det specialiserade akuta omhändertagandet i Västmanland. Det finns en specialistakut med fokus på de mest specialiserade tillstånden och jourverksamhet i flertal specialiteter, samt en katastrofmedicinsk beredskap. I Västerås finns även en jourcentral för det akuta omhändertagandet på

primärvårdsnivå på kvällar och helger (Se särskild text under akut omhändertagande på primärvårdsnivå s14).

Nära-vårdsatsningar kommer att ha minskat behovet av vårdplatser på sjukhus, där antalet vårdplatser beräknas kunna minskas motsvarande 1–2 vårdavdelningar jämfört med 2023. De frigjorda resurserna förstärker den nära vården, vilket i sin tur minskar behovet av specialiserad vård och slutenvård.

#### Ekonomiska effekter av verksamhetsförändring

En vårdplats kostar cirka 2,1 mkr/år i drift. Om kringkostnader/overhead och fastighetskostnader medräknas blir kostnader enligt SKR ca 3 mkr/år<sup>11</sup>. Då merparten av vårdplatserna finns i Västerås kommer även den största neddragningen att ske där.

#### Investeringar

Det görs omfattande investeringar på nya sjukhusbyggnader (NAV) i Västerås, motsvarande 6,8 miljarder kronor. En del av beslutade investeringar skapar kapacitet som också täcker verksamhet som idag bedrivs i Köping, som operationer och specialiserat akutflöde. För mer utförlig beskrivning av investeringar i NAV hänvisas till särskilt beslutsunderlag.

#### Kostnadskalkyl

Reducering av 50 vårdplatser beräknas spara 106 mkr. Verksamhet/aktiviteter för att minska behovet av vårdplatser på motsvarande nivå genom verksamhet i primärvård och nära vård beräknas kosta 40 miljoner kronor. Därav blir nettobesparingen 66 mkr/år.

#### Huvudsakliga argument för förslaget

Det har redan beslutats stora investeringar i sjukhusbyggnader i Västerås, vilka kommer att leda till kraftiga hyreshöjningar. Det är därför viktigt att genomföra effektiviseringar i verksamheterna som flyttar in i de nya byggnaderna, för att kunna få en rimlig kostnadsnivå och finansiera vården. Det är ur ekonomisk synvinkel mycket viktigt att inte dubblera investeringar för samma verksamheter och därigenom få lokaler som inte används fullt ut. Sådana förgävesinvesteringar går inte att försvara i dagens ekonomiska läge.

Kommer operationssalarna på NAV att räcka? Idag finns 17 operationssalar i Västerås plus 1 på förlossningen och 2 interventionssalar, samt 5 i Köping. Salarna nyttjas dock inte fullt ut, utan det finns stor potential i att förbättra nyttjandegraden. I praktiken nyttjades 14½ sal i Västerås, enligt förstudien till NAV.

I NAV kommer det att byggas 20+1 operationssal samt 4 interventionssalar där det kan genomföras en del ingrepp som idag sker på operation (exempelvis insättande av pacemaker). Baserat endast på beräkningar av 20 operationssalar så har de kapacitet som räcker till alla operationer i länet vid 85 procent nyttjandegrad för planerade operationer. Även en ökning av behoven med 10 procent klaras av. Med

<sup>11</sup> Beräknat utifrån KPP och HSFs interna kostnader för somatisk slutenvård kopplat till [Fakta om vårdplatser \(skr.se\)](#)

rimliga effektiviseringar utifrån dagens läge räcker kapaciteten även om behoven ökar 20 procent.

Totalt beräknas det vara möjligt att minska ca 50 vårdplatser i Västmanland, vilket stöds av Socialstyrelsens beräkningar<sup>12</sup>. Detta görs möjligt genom nära-vårdaktiviteter som genom insatser tidigare i kedjan av händelser förebygger behov av slutenvård, eller genom aktiviteter som kortar vårdtiderna genom att exempelvis slutföra vårdepisoden i hemmet. Ett nära samarbete mellan sjukhusvård, primärvård och kommuner kommer att vara avgörande för att lyckas. Redan idag brukar det finnas 20–30 utskrivningsklara patienter på sjukhus som väntar på kommunal vård och omsorg, vilket visar en del av potentialen vid lyckat samarbete. Att minska behovet av vårdplatser ger inte bara ekonomiska effekter. Det är ofta svårt att bemanna vårdavdelningar med sjuksköterskor. Vårdinsatser utanför sjukhus är mer resurseffektiva i de fall patienterna inte behöver insatser nattetid. Genom aktiviteter dagtid på sjukhus eller i patienternas hem minskar således också behovet av personal.

### **3.3.11 Sjukhuset hemma**

En patients medicinska tillstånd kan följas i realtid dygnet runt med hjälp av distansmonitorering. En sådan funktion samlas organisatoriskt till en enhet för hela länet med koppling till mobil verksamhet vilket möjliggör parallella insatser i hemmet.

Finansiering av sjukhuset hemma sker genom förflyttningar av resurser från specialiserad vård, där resurser för mottagningsverksamhet och dagvård kan minska genom distansmonitorering.

## **3.4 Kompetensförsörjning och utbildning**

Omställningen till Nära vård genomförs i grunden för att klara av de demografiska utmaningarna med allt fler äldre och relativt färre i yrkesför ålder. Genom satsningarna på nära vård sätts insatserna in där de får störst värde och genom att koncentrera sällanvården kan hög kvalitet vidmakthållas och medarbetarna räcka till och bemanna. På det sättet räcker resurserna längre och har större förutsättningar att klara framtidens ändrade och ökade behov<sup>13</sup>.

Det går inte att förutse om de enskilda förändringarna på kort sikt leder till bättre eller sämre läge för kompetensförsörjningen lokalt, eftersom det på kort sikt finns faktorer som kan leda i båda riktningarna. Förändringar i sig brukar leda både till att några som inte tycker om förändringen slutar och att några lockas av den.

Sjukhuset i Köping är den verksamhet som berörs av störst förändringar. Det finns idag stora utmaningar inom kompetensförsörjningen, särskilt för sjuksköterskor till vårdavdelningar. Nya arbetssätt med möjligheter till kombinationstjänster inom nära vård kan förbättra det läget. Det är viktigt att ta till vara medarbetarnas kompetens och erfarenheter och erbjuda möjligheter till vidare

---

<sup>12</sup> [Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se/riktvarden-for-belaggningsgrad-och-vardplatser)

<sup>13</sup> [Omställning till Nära vård | SKR](#)



kompetensutveckling. Inom diagnostik förväntas rekryteringsmöjligheterna att avsevärt förbättras genom att beredskapstjänstgöring inte ingår, utan enbart tjänstgöring dagtid.

Det är viktigt att medarbetarna i Köping involveras och engageras i verksamhetsutveckling och utformning av nya lokaler. Det är känt att det är positivt för kompetensförsörjningen. Detta gäller också de verksamheter som flyttar. Eftersom operationsenheten i Köping kommer att flytta in i nya sjukhuset i Västerås ska medarbetarna i Köping involveras i att skapa de nya flödena och arbetsätten där.

Det kommer att finnas en omfattande verksamhet i Köping som ämnar sig väl för verksamhetsförlagd utbildning, just i områden som växer och där behovet ökar i framtiden.

Utbildningstjänster för läkare (AT och ST) kommer att kunna fortsätta med internmedicinska placeringar som nu med vissa justeringar. Det mest akuta omhändertagandet finns inte idag, och framöver blir det mindre av det specialiserade akutflödet vilket kan påverka viss del av utbildningen som kan genomföras i Köping.

### 3.5 Hur kan förändringen påverka det kommunala perspektivet?

Idag utförs drygt en fjärdedel av all hälso- och sjukvård i Sverige av kommunerna<sup>14</sup>. Möjligheten för patienten att vårdas i hemmet innebär ökade möjligheter att bibehålla funktioner, vilket i sin tur i längden minskar vård- och omsorgsbehov både från kommuner och region.

Ökad tillgänglighet med tydliga kontaktvägar – även digitala, för stöd av exempelvis läkare eller ambulans bidrar till bättre möjligheter för kommunens medarbetare att ge ett korrekt omhändertagande med kontinuitet i patientens hem. Detta skapar trygghet och gynnar såväl invånare som kommunens verksamhet.

Gemensam plan för primärvården innebär ett förtydligande av det gemensamma ansvaret och arbetet för vårdnivån när allt fler sjuka med komplexa sjukdomstillstånd vårdas i hemmet. Den gemensamma planen ska utifrån ett personcentrerat arbetssätt möjliggöra ett samarbete och samordnad planering för bästa resursnyttjande.

I hemmet kan patienter vårdas med andra behandlingar, teknisk apparatur samt digitala verktyg, än vad som normalt finns i verksamheten. Den gemensamma planen för primärvården medverkar även till att samverka och samarbeta kring kompetensförsörjning och kompetensutveckling.

---

<sup>14</sup> [Primärvård - en vårdnivå | SKR](#)

### 3.6 Barnrättsperspektivet

En översyn av barnrättsperspektivet har gjorts avseende utredningarna *"Förändrad utbudsstruktur akutsjukvård"* och *"Akut omhändertagande på primärvårdsnivå"*. Det är främst förändringen som handlar om omhändertagande på primärvårdsnivå som i stor utsträckning kan komma att röra barn direkt. Vid en generell översyn av barnrättsperspektivet i ovan nämnda delar ses i nuläget inga negativa konsekvenser för barn utifrån de förändringar som föreslås. Under fortsatt planering och inför eventuella förändringar måste, för att fullt ut uppfylla Barnkonventionen, prövningar av barnets bästa ingå där även barns synpunkter tas tillvara<sup>15</sup>.

### 3.7 Beredskap – robusthet och förmåga att klara påfrestningar

Hälso- och sjukvården ska ha förmåga att motstå påfrestningar och fortsätta ge vård åt invånarna även när verksamheten på en plats inte kan fortsätta i normal omfattning. Det kan vara allt från smittor till vatten- och elförsörjning, extremväder eller sabotage, men också bemannings- eller arbetsmiljöproblem som påverkar verksamheten på en plats.

Det har utretts huruvida fördelning av viss verksamhet, så som operationer eller diagnostik till flera utbudspunkter skulle kunna öka denna anpassningsförmåga. Bedömningen är att så inte är fallet, eftersom de alternativa utbudspunkterna ändå inte kommer att kunna användas i kris. Det är redan så att Köping endast har förmåga att ta enkla patienter vid större skadehändelse.

Den konkretisering av målbild för hälso- och sjukvården i Region Västmanland 2029 som presenteras i denna rapport bedöms varken förbättra eller försämra regionens förmåga att motstå påverkan eller klara av kriser.

Arbetet för att genom robusthet och anpassningsförmåga ha bättre förutsättningar att klara av yttre påverkan behöver fortsätta på andra sätt, som genom samverkan med angränsande regioner.

Förändringar i klimat kan orsaka förändringar i sjukdomspanorama, till exempel genom insektsburna sjukdomar, men också mer extremväder både i form av stora regnmängder och långvarig hetta. Detta kan i sin tur få följder för sjukvårdens förmåga. I detta område är ett samarbete med Länsstyrelsen initierat.

### 3.8 Strukturella förändringar och ekonomi

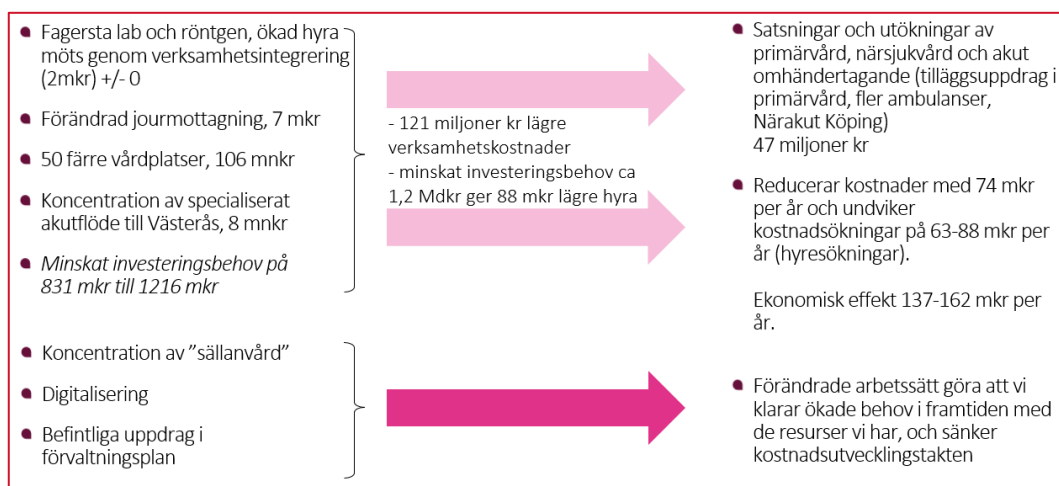
Det beräknas att föreslagna strukturella förändringar sammanlagt kan frigöra omkring 121 miljoner kronor på årsbasis. Därav föreslås 47 miljoner kronor att användas för satsningar i och utökning av primärvård och närsjukvård. Nettot blir en besparing på 74 mkr/år. Dessutom undviks hyreshöjningar på 63–88 mkr/år genom att investeringsbehovet minskar med 831 mkr till 1216 mkr. De ekonomiska effekterna beskrivs översiktligt i Tabell 3.

<sup>15</sup> Enkel prövning av barns bästa, HSF, 2024

Besparingar beskrivs i 2023 års kostnadsnivå, medan fastighetsinvesteringarna är indexerade över tid fram till 2029. Investeringarna påverkar den ekonomiska balansen och lånebehov fram till 2029, medan det mesta av effekten på utebliven hyra kommer 2028 och 2029.

Förändringar i jourmottagningens verksamhet kan genomföras innevarande år, medan besparingarna avseende vårdplatser beräknas kunna ske gradvis med lika delar under en femårsperiod. Koncentration av det specialiserade akutflödet kan inte med säkerhet räknas med att ha genomförts fullt ut förrän 2029, men är också avhängigt av hur verksamheten på en Närakut i Köping definieras.

Tabell 3. Översiktlig beskrivning av ekonomiska effekter av föreslagna verksamhetsförändringar.



Personcentrerade förhållningssätt och förändrade arbetssätt, som koncentration av sällanvård, elektiva högflödesverksamheter, digitalisering och andra befintliga uppdrag i förvaltningsplanen kommer också att frigöra resurser. Detta sker främst genom att hälso- och sjukvården klarar ökade behov i framtiden med befintliga resurser och sänker kostnadsutvecklingstakten. Effekthemtagning och nyttorealiserings specificeras i respektive projekt- eller uppdragsdirektiv.

### 3.9 Riskanalyser

Region Västmanland kommer inte att klara av att ge invånarna den hälso- och sjukvård de behöver i framtiden med dagens arbetssätt och struktur. Dels på grund av att kompetens/medarbetare inte kommer räcka till, dels på grund av den kraftiga kostnadsutvecklingen som det inte kommer att finnas ekonomiska möjligheter att lösa. De förändringar som beskrivs i målbilden för 2029 vilar på en grund av vetenskap och beprövad erfarenhet, och kan på så sätt skapa förutsättningar för att bättre klara av de utmaningarna hälso- och sjukvården står inför. Det är dock viktigt att det genomförs riskbedömningar för att identifiera risker och farhågor så att

dessa kan förebyggas med riktade aktiviteter. Initialt sker en riskbedömning på strategisk nivå, och efterhand som förändringarna genomförs kommer riskbedömningar att genomföras på verksamhetsnivå.