



Utvecklingsplan för regiondriven hälso- och sjukvård i Örebro län (version 2025)

**Utvecklingsplan för regiondriven hälso- och sjukvård i
Örebro län (version 2025)**



Innehåll

1.	Inledning.....	4
2.	Målbild	5
3.	Huvudaktiviteter.....	7
3.1	Bättre planering.....	7
3.2	Skapa värde för patienten	8
3.3	Minimera onödig administration	8
3.4	Ett gemensamt journalsystem.....	9
3.5	Minimera kostnader för kvalitetsbrister.....	9
4.	Ändrade strukturer.....	10
4.1	Övergripande förändringar	10
4.2	Bättre beredskap.....	11
4.3	Karlskoga lasarett	12
4.4	Lindesbergs lasarett.....	12
4.5	Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ)	13
4.6	Vårdcentraler.....	13
4.7	Habilitering och hjälpmedel	14
4.8	Psykiatri	14
4.9	Forskning och utbildning	15

1. Inledning

Regionfullmäktige beslutade 2019 om en målbild för hälso- och sjukvården 2030. Den långsiktiga planeringen av vården i länet har sedan dess utgått från målbilden.

I Region Örebro läns verksamhetsplan för 2024 framgår att det krävs en samlad plan för hur Region Örebro län ska utveckla länets hälso- och sjukvård. En utvecklingsplan redovisades för hälso- och sjukvårdsnämnden hösten 2023. Planen fördjupas nu under 2025 genom detta dokument, och gäller för all vård som Region Örebro län bedriver i egen regi.

Målet för hälso- och sjukvården är att alla som bor i länet ska ha en god hälsa, och få vård på lika villkor. Den som har det största behovet ska få vård först. Region Örebro län har också ett särskilt uppdrag att erbjuda vård som är högspecialiserad och att i samarbete med Örebro universitet utbilda vårdprofessioner.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen står inför stora ekonomiska utmaningar de närmaste åren, som kräver kraftfulla förändringar. Förvaltningen har samtidigt inte möjlighet att rekrytera den personal som krävs för att bedriva vården med nuvarande arbetssätt. Problemen med kompetensförsörjning bidrar dessutom till att ytterligare förvärra den ekonomiska situationen, på grund av dyra personallösningar som inhyrda läkare och operationsteam.

Både utmaningarna kring ekonomi och kompetensförsörjning är gemensamma för vården i Örebro län och i övriga landet. Det gäller även flera andra utmaningar. Befolkningen behöver kunna få vård även vid höjd beredskap. Allt fler lever allt längre. Samtidigt minskar den andel av befolkningen som är i den ålder att de kan arbeta med den vård som befolkningen behöver. Medicinska framsteg ökar möjligheterna, men ekonomiska ramar och kompetensbrist begränsar dem.

För att Region Örebro läns hälso- och sjukvård ska klara sitt uppdrag i ekonomisk balans och med den kompetens som krävs för uppdraget, behövs tydliga prioriteringar och omfattande förändringar. Det gäller både arbetssätt och struktur. Den här utvecklingsplanen anger ramen för förändringarna, och ger på en övergripande nivå en inriktning för hur förändringarna ska gå till.

2. Målbild

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har inom den närmaste tioårsperioden genomfört en tydligare prioritering av vårdens resurser. Hälso- och sjukvården är jämlik och hållbar med beredskap för större oförutsedda händelser i en orolig omvärld.

Vårdcentraler är den självklara basen dit invånare vänder sig med frågor om hälsa, förebyggande insatser och sjukdom. Vårdcentralerna hjälper sina kroniska patienter dygnet runt, och med en god tillgänglighet dagtid förebyggs besök på sjukhusens akutmottagningar.

Tillsammans med länets kommuner tar hälso- och sjukvården ett gemensamt ansvar för en jämlik hälsa hos länets invånare. Samarbetet innebär också att personalens gemensamma kompetens används effektivt.

Vårdcentralerna är navet i samverkan runt patienter med behov av vård och stöd från flera vårdnivåer och olika huvudmän (region, kommun, myndighet). Vårdcentralerna samarbetar med psykiatri och med den specialiserade vården på och utanför sjukhusen. Samverkan sker med kommunal vård och omsorg, socialtjänsten, skolan och alla andra relevanta aktörer.

Vården ger patienten möjligheter att vara delaktig och ta ansvar för sin hälsa, både genom hälsofrämjande och förebyggande insatser och genom stöd till egenvård. Vården är personcentrerad, effektiv och ändamålsenlig, och utgår från patientens behov. Gemensamma arbetssätt underlättar för samarbete mellan huvudmän, vårdgivare, specialiteter och professioner.

Kontaktvägarna till vården är enkla och tydliga, för ökad tillgänglighet och minskat dubbelarbete. Enligt den nationella principen om digitalt först, arbetar hälso- och sjukvården för att utveckla fler digitala tjänster, som kopplas ihop sömlöst med fysiska tjänster. Invånarnas förväntningar på tillgänglighet och flexibilitet uppfylls med hjälp av tekniska eller mobila lösningar. För att trygga länsinvånarnas behov av vård som behöver finnas nära geografiskt finns täta samarbetsformer mellan regionalt drivna vårdcentraler. Det säkrar en bemanning som är anpassad till både befolkningsförändringar och utmaningar med kompetensförsörjning.

Sjukhusen i Karlskoga, Lindesberg och Örebro har ett väldefinierat basuppdrag, men har också egna inriktningar. Planerad vård är i största möjliga utsträckning separerad från akut vård, för att maximera kvaliteten och produktiviteten. Sjukhusens olika inriktningar gör att fler patienter både från vår egen region och andra regioner kan få högspecialiserad vård i länet. Patienterna kommer framför allt ifrån grannregionerna inom Sjukvårdsregion Mellansverige, men också från andra delar av landet.

Ett målmedvetet strategiskt arbete med prioriterade högspecialiserade vårdområden, i nära samarbete med Örebro universitet, säkrar positionen som en av landets sju

universitetssjukvårdsregioner. Nya utvecklingsområden inom forskning och utbildning har identifierats genom nationella och internationella samarbeten. Detta har skapat strukturella och ekonomiska förutsättningar för att kunna rekrytera och behålla spetskompetenser inom prioriterade områden och för att kunna investera i avancerad teknisk utrustning. Vården ska bedrivas efter bäst möjliga kunskap och ligga i framkant för att nyttiggöra de kunskaper som forskningen ger.

3. Huvudaktiviteter

För att målbildens hållbara och jämlika hälso- och sjukvård ska kunna förverkligas är flera huvudaktiviteter nödvändiga. Planeringen ska förbättras och allt arbete ska fokuseras på det som skapar värde för patienten. Varje patient ska få ett mer samlat omhändertagande, även när fler aktörer är delaktiga i vården.

3.1 Bättre planering

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen inför stegvis en metod för att fatta mer välgrundade beslut när vården ska planeras. Metoden kallas ”Faktabaserad ledning och styrning” och fokuserar på analys och förbättringar. Först analyseras befolkningens vårdbehov för att kunna beräkna vilken kapacitet vården behöver ha. Därefter beräknas vilka resurser när det gäller personal, material, system och lokaler som behövs för att utföra vården. Med hjälp av dessa fakta kan verksamheten prioritera och planera på ett tydligt och realistiskt sätt.

För prioritering av utvecklingsbehov när det gäller lokaler finns en separat fastighetsutvecklingsplan. Både lokalerna för sjukhus och vårdcentraler behöver hela tiden anpassas för aktuella och kommande behov. Psykiatrins lokaler inklusive den rättspsykiatriska verksamheten behöver dessutom förbättras för att säkerställa säkerheten för både patienter och personal.

Med hjälp av metoden kan uppföljningen av vården vara verksamhetsnära och fokusera fullt ut på de avvikelser som sker från de beslutade planerna, för att förbättra verksamheten så att inte avvikelserna upprepas. Det gör att vårdens olika verksamheter kan följas upp med minsta möjliga administration på alla nivåer.

Arbetsätt gör det också möjligt för förvaltningen att kunna ta fram enhetliga standarder, som är anpassade till verksamheternas olika behov. Sådana standarder, kring till exempel bemanning, ska sedan följas konsekvent inom jämförbara verksamheter. Omotiverad variation mellan verksamheter leder till ökade kostnader, och behöver därför undvikas.

För att möta nuvarande kompetensutmaningar krävs flera parallella insatser. Centralt är en god introduktion för att skapa trygghet för våra medarbetare i sina roller. Det är också viktigt att säkra attraktiva roller genom hela yrkeslivet och att den seniora kompetens som finns i verksamheten tas till vara. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen strävar så långt som det är möjligt efter att vara hyrpersonaloberoende genom att säkerställa bemanning under alla perioder. Det förbättrar kvalitet och kontinuitet i vården och minskar personalkostnader.

En annan del i att förbättra planeringen är det pågående bytet av schemalägnings-system. Det skapar möjligheter till automatisk schemaläggning, vilket sparar mycket

arbetstid. Den automatiska schemaläggningen görs alltid med hänsyn till önskemål och verksamhetskrav som har matats in i systemet.

3.2 Skapa värde för patienten

Hälso- och sjukvården ägnar sig i alltför stor utsträckning åt undersökningar och behandlingar där värdet för patienten kan och bör ifrågasättas. Om inte patientens önskemål tas med i planeringen av vård finns dessutom en risk att vård ges mot patientens vilja.

För att vårdens resurser ska räcka till det nödvändigaste, behöver verksamheterna anpassa sig till en ambitionsnivå som är tillräckligt bra, istället för att sikta på det bästa möjliga. Att erbjuda vård till en patient trots att den inte är nödvändig, försämrar vårdens möjlighet att ge nödvändig vård till en annan patient. Detta är en svår utmaning för alla som träffar patienter när det finns allt fler undersökningar, medicinska behandlingsmetoder och läkemedel.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen måste därför i betydligt större utsträckning än tidigare gradera sina möjliga insatser. Det som är nödvändigt ska självklart alltid utföras. Det som är angeläget ska utföras i den utsträckning det finns resurser. Det som enbart är önskvärt kommer endast kunna utföras först när resurser också finns för samtliga nödvändiga och angelägna insatser. All vård behöver utföras i den prioriteringsordning som rekommendationer och riktlinjer anvisar, men med kloka avvägningar om hur mycket vård som ska erbjudas den enskilda patienten. Dessa resonemang skärps vid resursbrist som orsakas av till exempel pandemier eller andra kriser och krig.

Som stöd i det prioriteringsarbete som behöver göras inom vården i Örebro län finns det arbete som i Sverige brukar benämnas Kloka kliniska val. Där samlas erfarenheter från systematiska prioriteringar inom andra regioner, men även från andra länder.

3.3 Minimera onödig administration

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen utför många administrativa uppgifter för att styra och följa upp de olika verksamheterna. Vissa uppgifter är reglerade i lag och förordning och måste därför utföras. Det finns dock stort utrymme för att kontinuerligt se över arbetssätten för att minimera administrativa uppgifter utifrån samma prioriteringsprincip som ska gälla inom vården av patienter: nödvändigt, angeläget och önskvärt (se 3.2). När så är rimligt ska de möjligheter användas som digitaliseringen erbjuder, till exempel att ta hjälp av AI och automation.

3.4 Ett gemensamt journalsystem

Under hösten 2024 infördes ett nytt vårdinformationsstöd, Cosmic, som bland annat används för att journalföra vården. Det nya vårdinformationsstödet innebär att hela länets hälso- och sjukvård har ett gemensamt huvudjournalsystem med samlad information och gemensam läkemedelslista. Det ger bättre överblick, ökad patient-säkerhet och minskad dubbeldokumentation. Utvecklingen av vårdinformations-systemet behöver fortsätta för att maximera dess positiva effekter.

Journalsystemet ger medarbetare ett effektivt verktyg i det dagliga arbetet. Det skapar bättre förutsättningar för att patienter och invånare ska få möjlighet att delta och bidra i planering, genomförande och uppföljning av vården. Det möjliggör också tillförlitlig, flexibla och lättillgängliga standardiserade data i realtid, och ger goda förutsättningar för innovation och utveckling.

3.5 Minimera kostnader för kvalitetsbrister

En stor andel av de patienter som behöver hjälp av vården, behöver stöd av flera olika professioner och verksamheter, och ibland även av olika huvudmän (region, kommun, myndighet). Vården behöver bidra till att lösa helheten för patienten i syfte att förbättra samverkan och undvika mellanrum och dubbelarbete i vårdkedjor och vårdförlopp. Vård av god kvalitet innebär med andra ord att både den enskilda professionen eller verksamheten ger god vård, men också att det är god kvalitet i informationsöverföringen mellan alla de som är inblandade i omhändertagandet av patienten. Kvalitetsbrister i vården försämrar dessutom patientsäkerheten och riskerar att medföra vårdskador. Vård av god kvalitet medför av dessa skäl att resursanvändningen minskar, och därmed bland annat kostnaderna för vården.

Den hälso- och sjukvård som ges i hemmet behöver utvecklas för att förbättra samarbetet med kommunal vård och omsorg. Målsättningen är att ingen patient som har kommunala insatser ska behöva åka till sjukhus om vården kan ges i hemmet. För att stärka omhändertagandet av multisjuka äldre och andra patienter med komplexa behov, behöver det finnas mobila lösningar och mellanvårdsformer som utformas i samverkan med länets kommuner. Då kan patienter som försämras i hemmet läggas in direkt på sjukhusavdelning, utan att behöva passera en akutmottagning. Det kan också vara till hjälp för patienter som behöver extra insatser när de skrivs ut från sjukhus. Även när det gäller patienter med beroendeproblematik behöver samarbetet med länets kommuner förbättras, utifrån samsjuklighetsdelegationens intentioner.

För att skapa trygghet och undvika onödiga sjukhusbesök och inläggningar behöver utfärdandet av individuella vårdplaner för de mest sjuka patienterna öka. Kontinuitet och samordning är i fokus när arbetet med att säkerställa fast läkarkontakt och fast vårdkontakt prioriteras.

4. Ändrade strukturer

En hållbar hälso- och sjukvård behöver hela tiden anpassas utifrån behov, efterfrågan och resurser. Den verksamhet som bedrivs ska ha goda möjligheter till långsiktig kompetensförsörjning, oavsett var i länet den finns.

För att öka flexibiliteten och samtidigt utforma en verksamhet som är anpassad för dagens och morgondagens krav, behöver flera strukturella förändringar genomföras så snart det är möjligt.

4.1 Övergripande förändringar

Hälso- och sjukvården behöver under de kommande åren hitta nya och bättre sätt att möta invånarnas behov. Mer vård ska därför flyttas närmare patienterna; från resurskrävande sjukhus till vårdcentraler eller hem till patienterna. Vård som patienten behöver ofta ska finnas närmare än den mer resurskrävande specialiserade vården som patienten kan behöva resa längre till.

För att detta ska vara möjligt måste det finnas fler läkare på vårdcentralerna. Målet är att det i genomsnitt ska finnas en läkare på 1100 listade patienter. För att nå dit behöver regionen utbilda fler läkare till specialister i allmänmedicin (distriktsläkare) och sedan motivera dem att stanna kvar.

En sådan förändring leder till att den kompetens som finns hos fast anställd personal räcker längre, utan att personal behöver hyras in. Det innebär också att lokaler används mer effektivt, vilket minskar behovet av nya lokaler. Det leder i sin tur till ett minskat behov av investeringar i ny utrustning, och med det följer ett minskat behov av underhåll. Ett konkret exempel är att de välfungerande operationslokaler som finns på lasaretten i Karlskoga och Lindesberg ska användas i större utsträckning än idag. Genom att flytta verksamhet från Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ) till dessa lokaler, kan USÖ istället ta emot patienter från andra regioner som ger Region Örebro län intäkter.

Ändringarna av sjukhusens uppdrag gör att storleken på stödresurser behöver dimensioneras om. Det gäller undersökningsverksamheter som laboratorier och röntgen, men också antalet operationslag och vårdplatser för intensivvård.

Möjligheten att transportera patienter som är i behov av vård under resan behöver bli bättre. Det nuvarande utbudet med nästan enbart ambulanser för akutsjukvård kommer att breddas, så att patienter med mindre vårdbehov kan transporteras både patientsäkert och kostnadseffektivt. Strukturförändringarna mellan sjukhusen kommer sannolikt inte leda till någon större ökning av hälso- och sjukvårdens transportbehov. I första hand är det mottagningar och planerade operationer som flyttas, och till de verksamheterna ansvarar patienterna i regel själva för resan.

Dagens ambitionsnivå med ett stort antal läkare i jour och beredskap är mycket personalkrävande och därmed kostnadsdrivande. Genom att samordna läkarbemanningen bättre i ett länsperspektiv och genom att så stor del av vården som möjligt utförs dagtid, kan antalet läkare i jour och beredskap minska. Detta förbättrar kompetensförsörjning, tillgänglighet, patientsäkerhet och arbetsmiljö.

De nya arbetssätt som vården behöver utveckla innebär också att teknik används för att avlasta personalen i större utsträckning än idag. Där det är möjligt utan att försämra vårdens kvalitet ska automation och robotisering utnyttjas för att personalen ska kunna använda sin tid till personligt omhändertagande av patienterna.

Koncentration av nationell, sjukvårdsregional och regional högspecialiserad vård ska samla personalstyrkor och optimera förutsättningar att öka volymer och utbud. Antalet planerade operationer ska fortsätta att öka i Karlskoga och Lindesberg. I övrigt kommer den högspecialiserade vården för både länsinvånare och utomlänspatienter framför allt att finnas på USÖ.

Samverkan inom Sjukvårdsregion Mellansverige behöver öka. Gemensam produktionsplanering ger bättre förutsättningar för en långsiktig och kostnadseffektiv samverkan runt planerad vård. Det bygger en mer hållbar sjukvårdsregional struktur med olika vårdnivåer, där Region Örebro län tillsammans med Region Uppsala tar ansvar för den mest högspecialiserade vården, och de andra fem regionerna i sjukvårdsregionen bidrar med kapacitet för övrig sjukvårdsregional vård.

4.2 Bättre beredskap

I en orolig värld med ett försämrat säkerhetsläge i Europa och stora politiska och ekonomiska utmaningar behöver sårbarheter i hälso- och sjukvårdssystemet identifieras och åtgärdas. För det krävs att tid och kraft läggs på kontinuitetsarbetet som är ett led i att stärka civil beredskap, optimerad försörjningsberedskap och ökad informationssäkerhet. Hälso- och sjukvården behöver också ha en hållbar infrastruktur, till exempel när det gäller lokaler.

Dessutom krävs resurser för övningsverksamhet och samverkan med andra samhällsaktörer. Personal som blir tillsvidareanställd ska krigsplaceras, på samma sätt som den nuvarande redan är det. Tidigare inriktning på minimal lagerhållning av ekonomiska skäl, är inte längre hållbar. Förändringen innebär ökade kostnader för att bygga upp lager med till exempel läkemedel och förbrukningsmaterial. Identifierade utmaningar när det gäller dieselförsörjning, pandemiberedskap och kontinuitet behöver åtgärdas.

4.3 Karlskoga lasarett

Som länsdelssjukhus kommer Karlskoga lasarett fortsätta ge vård som behöver finnas geografiskt nära patienterna. Strukturförändringarna innebär att vården på lasarettet samtidigt utökas inom vissa verksamheter, medan andra flyttar från sjukhuset.

Vården på lasarettet kommer i större utsträckning än idag att vara fokuserad på både akut och planerad vård av patienter som behöver medicinsk, kirurgisk, urologisk eller ortopedisk vård. Även planerad gynekologisk vård ska vara prioriterad på lasarettet. Det ger positiva följd effekter. Att exempelvis utöka den ortopediska verksamheten för vård vid höftfrakturer på Karlskoga lasarett kommer att ge förbättrad produktion, kvalitet och tillgänglighet. Det nya uppdraget för lasarettet ökar också möjligheterna till mer utbildning och forskning i Karlskoga. Samtidigt fortsätter arbetet för att återöppna förlossningsverksamheten enligt tidigare beslutad handlingsplan.

Som en del i den pågående utvecklingen behöver lasarettets lokaler förbättras. Vårdavdelningarna är i stort behov av modernisering. Ambulansverksamheten behöver få bättre lokaler, och säkra utryckningsvägar. Det ökade antalet operationer som strukturförändringarna innebär kommer att rymmas inom de lokaler som redan finns.

4.4 Lindesbergs lasarett

Lindesbergs lasarett föreslås ha huvudfokus på akut och planerad medicinsk vård och har inom dessa områden ett länsdelssjukhusuppdrag. Här ska också utföras planerad opererande verksamhet för både dagkirurgiska och vårdplatskrävande kirurgiska ingrepp.

Fler vårdplatser med medicinsk inriktning ska öppnas igen. Det gynnar medicinska patienter i hela länet, och ökar möjligheterna till att mer fokusera på utbildning och forskning i Lindesberg.

Den planerade operationsverksamheten inom ortopedi och kirurgi ska öka och det akuta kirurgiska patientflödet flyttas från Lindesberg till Karlskoga och USÖ. Det gör att operationsproduktionen kommer att bli större samtidigt som produktiviteten, kvaliteten och tillgängligheten förbättras.

Förändringarna av vilken verksamhet som finns på lasarettet gör att även lokalerna behöver ses över. Vårdavdelningarna är i stort behov av ombyggnad för att skapa moderna vårdplatser och enkelrum med flexibilitet mellan sluten- och öppenvård. Behov finns även för operations- och röntgenlokaler. Ambulansverksamheten behöver utökade och funktionella lokaler, och säkra utryckningsvägar. Utökningen av den medicinska vården som strukturförändringarna innebär, kommer att rymmas inom de lokaler som finns.

4.5 Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ)

USÖ ska fortsätta vara länsdelssjukhus för Örebro och södra länsdelen, för att ge den vård som behöver finnas geografiskt nära patienterna. Till sjukhuset ska dessutom komma patienter i ännu större utsträckning än idag för att få avancerad medicinsk och kirurgisk vård.

Högspecialiserade verksamheter får bättre förutsättningar att växa genom att koncentreras till USÖ. Volym och utbud ska också öka inom verksamheter som redan är koncentrerade till USÖ. Förmåga och kapacitet till avancerad traumavård ska vara en central drivkraft i utvecklingen inom dessa områden liksom för rygg-bäckenkirurgi och neurokirurgi. Neurointervention ska utvecklas till att omhänderta fler strokepatienter från hela sjukvårdsregionen. Det gäller även urologi med enheten för nationell högspecialiserad vård (NHV) för peniscancer.

För att ge plats för en sådan utökning kommer omfattande volymer av planerad vård flyttas ut från sjukhuset. Det gäller kirurgisk, ortopedisk, gynekologisk och urologisk vård, men även viss specialiserad medicinsk vård. Då kommer det finnas resurser till mer högspecialiserad vård på USÖ, både när det gäller personal och lokaler.

När det gäller lokaler på sjukhusområdet finns flera utvecklingsbehov i ett längre tidsperspektiv. Några exempel är att vårdavdelningarna behöver moderniseras, särskilt akutvårdsavdelningen. Flera högspecialiserade verksamheter, till exempel neonatologiverksamheten, behöver en mer samlad lokallösning. För att bättre integrera både forskning och utbildning i verksamheten, är ytterligare lokaler önskvärda.

De få verksamheter som fortfarande finns kvar i A-huset behöver få andra lokaler, så att huset kan rivas eftersom det inte klarar de krav som ställs på vårdens lokaler de kommande åren. Genom rivningen skapas viktig yta för fortsatt utveckling av sjukhusområdet.

4.6 Vårdcentraler

Omställningen till en nära vård sker i hela Region Örebro län, tillsammans med länets kommuner och andra viktiga aktörer. En viktig del av detta arbete görs i de verksamheter som finns geografiskt nära patienterna. Det ska finnas minst en vårdcentral i varje kommun, vilket skapar goda förutsättningar för lokal samverkan mellan den primärvård som utförs i regional, privat och kommunal regi samt med sjukhusverksamheterna.

Primärvården är basen i hälso- och sjukvården och en väl fungerande primärvård är en förutsättning för att klara hela sjukvårdsuppdraget. En väl fungerande primärvård bygger på kontinuitet. Denna kan i sin tur bygga på en person eller på ett team. Som en del i arbetet mot en nära vård och ökad kontinuitet inom primärvården fortsätter

arbetet med målet; en läkare per 1 100 listade invånare. För att säkerställa en långsiktig kompetensförsörjning gällande samtliga yrkeskategorier krävs ett kontinuerligt arbetsmiljöarbete. Fler utbildningsplatser ska också erbjudas för alla de yrkesgrupper som verkar på vårdcentralen.

Arbetssätt används som underlättar för både invånare och medarbetare inom hälso- och sjukvården. Det är ett måste för att klara av att erbjuda en god och jämlik vård även i framtiden. Att arbeta fram dessa arbetssätt är ett ständigt pågående arbete. En del av den vård som tidigare erbjöds på vårdcentralen ska erbjudas i hemmen, antingen genom mobila arbetssätt eller genom så kallad egenmonitorering där patienten själv kan ta en aktiv roll.

För att möta invånarnas behov på ett effektivt sätt behöver arbetssätt och samarbeten både mellan våra regiondrivna vårdcentraler och med samarbetspartners fortsätta att utvecklas. Ständiga förbättringar, Kloka kliniska val (se 3.2), och forskning ska vara är en naturlig del av verksamheten.

4.7 Rehabilitering och hjälpmedel

Habilitering och hjälpmedel ska fortsatt arbeta för att stärka sitt uppdrag som universitetssjukvårdsenhet. Viktig kompetens ska tryggas så att fler patienter från andra län kan få hjälp. Det gäller främst dysmeli- och armprotesenheten samt Audiologiska mottagningen där CI-operationer utförs, så att döva och gravt hörselskadade kan höra ljud och tal.

Behovet av medicinteknisk utrustning, från personliga hjälpmedel till välfärdsteknik som läkemedelsrobotar, kommer att öka under de närmaste åren. Inom det medicintekniska området kommer samarbetet mellan regionen och länets kommuner att öka. Effekterna av det främjar både kostnadseffektivitet och kvalitet, och bidrar till en mer jämlik vård och omsorg i länet. Ytterligare en effekt är ökad självständighet och livskvalitet för brukarna och att deras behov av vård- och omsorgsinsatser minskar. Även samarbetet med Örebro universitet ska utvecklas.

4.8 Psykiatri

För att ge ett nära omhändertagande av patienterna införs specialistpsykiatriska omvårdnadsteam i hela länet. Teamen arbetar mobilt och ger vård hemma hos patienten, men ger också vård och stöd via telefon. De är i första hand bemannade med sjuksköterskor och skötare, men här finns även läkare, arbetsterapeuter och kuratorer. De ska stödja och behandla både patienter som sökt vård akut, patienter som är på väg att skrivas ut från slutenvård, och patienter som har återkommande kontakter med psykiatri men som under en kortare period behöver ett särskilt stöd. Patienter med beroendesjukdom behöver samordnade insatser från bland annat både

region och kommun. Därför behöver samordnande team, ”case management team”, utvecklas med länets kommuner.

Den psykiatriska vården behöver bli mer geografiskt jämlik i länet, så att alla patienter erbjuds samma vård oavsett var de bor. Genom att genomföra alla neuro-psykiatriska utredningar centraliserat kommer patienterna att få en mer enhetlig bedömning. Genom att i större utsträckning följa det nationella vård- och insatsprogrammet om psykosvård ska patienterna få en mer jämlik vård. Fokus kommer också att vara en samordnad och tydlig vårdprocess för barn och unga med psykisk ohälsa, vilket kommer att ge en behovsstyrd vård där god tillgänglighet är prioriterat.

Psykiatrin påverkas även av utvecklingen av hur många som döms till vård eller fängelse. Särskilt gäller detta den rättspsykiatriska verksamheten som hela tiden behöver kunna dimensioneras utifrån hur många som döms till rättspsykiatrisk vård.

4.9 Forskning och utbildning

En långsiktigt hållbar utveckling av en universitetssjukvård av hög kvalitet kräver fortsatta strategiska satsningar och nära samverkan med Örebro universitet. Nya utvecklingsområden ska identifieras i syfte att ge bästa möjliga förutsättningar för invånarnas hälsa, vård och omsorg.

I närtid ses flera särskilda utvecklingsområden: Internationell spetsforskning, implementering av precisionsmedicin i ordinarie sjukvård, cancerforskning för att uppfylla ackreditering enligt den europeiska standarden CC/CCC samt artificiell intelligens enligt den nyligen antagna AI-strategin. Därutöver behöver innovationssamverkan med näringslivet avseende kliniska studier snabbt vidareutvecklas i enlighet med den nationella satsningen SweTrial. Tillgång till realtidsdata för uppföljning av patientinklusion i kliniska studier behöver utvecklas i vårdinformationssystem.

Nya krav på universitetssjukvårdens utbildningsuppdrag kommer att ställas av den sexåriga läkarutbildningen och utvecklade program inom medellånga akademiska vårdutbildningar, särskilt det nya sjuksköterskeprogrammet. Det är angeläget att arbeta för ökade samarbeten i syfte att utveckla högkvalitativ klinisk utbildning. Det gäller samarbeten inom Mellansvenska samverkanssjukvårdsregionen, nationellt via respektive vårdkompetensråd, och även internationellt via lärosätets nätverk. Goda förutsättningar för forskning och verksamhetsförlagd utbildning ska utgöra starka drivkrafter på den regionala, kommunala, nationella och internationella arenan och attrahera studenter, medarbetare, forskare, patienter och näringsliv till Örebroregionen.

Medverkan i nationella satsningar och samverkansfora inom forskning, innovation och livsvetenskaper är prioriterat då andelen externa medel för forskning och

innovation måste öka. Region Örebro län ska vara en självklar och stark samverkanspart i nationell och internationell utveckling av bättre och mer individanpassad vård och behandling, samt i att ge möjlighet till patienters deltagande i forskning och kliniska prövningar.