



Årsredovisning 2025

Psykiatri Halland
Helår 2025

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning.....	3
2	Målstyrning.....	5
2.1	En organisation med utvecklings- och motståndskraft.....	5
2.2	En tillgänglig och högkvalitativ hälso- och sjukvård	8
2.3	En digital kraftsamling för framtidens välfärd	13
3	Kvalitetsstyrning.....	14
3.1	Hälso- och sjukvård	14
3.2	Uppföljning av arbetsmiljöplanen	18
4	Medarbetare.....	20
4.1	Personalomsättning.....	21
4.2	Sjukfrånvaro	22
4.3	Inhyrd personal	23
5	Ekonomi.....	24
5.1	Årets budgetavvikelse	24
5.2	Investeringar	28

1 Sammanfattning

Psykiatri Halland har under året arbetat utifrån beslutad verksamhetsplan med fokus på vårdkvalitet, tillgänglighet, arbetsmiljö och en långsiktigt hållbar ekonomi.

Ett betydande arbete under perioden har varit införandet av det nya journalsystemet Cosmic, som sjösattes 29/3. Införandet av det nya systemet har bundit upp en stor mängd resurser, både före och efter införandet, varvid mycket annan utveckling har behövt prioriteras ned under perioden.

Som en följd av bytet till Cosmic har även möjligheten till uppföljning och analys av produktion och tillgänglighet varit kraftigt begränsad under året.

Ett stort arbete under året har även varit åtgärder för ekonomi i balans, med fokus bl. a på att minska kostnaderna för bemanning, vilket delvis uppnåtts men inte i tillräcklig omfattning. Trots det uppvisar förvaltningens samlade resultat ett underskott motsvarande ca – 13 mkr, relaterat då bl a till Cosmicinförandet, minskade intäkter och bemanningskostnader.

Trots ett, på många sätt, resurskrävande år med Cosmicinförandet har förvaltningen ändå lyckats upprätthålla kvaliteten och utvecklingsförmågan på många områden. Vi ser bl. a att den nationella AT-rankningen landar för Psykiatri Halland på en delad 2: a och 4:e plats av totalt 61 vårdinrättningar.

Vidare har BUP och UPH lyfts fram som ett föredöme i olika nationella sammanhang. Minnesmottagningen uppvisar resultat i nationell toppklass. Heldygnsvården har genom ett digitalt projekt ”direktkontakt psykakuten – ambulansen” fått stor uppmärksamhet.

Förvaltningen har också lanserat ett nytt begrepp ”informationsdrivens samverkan” som i samarbete med bl. a Högskolan Halmstad, brukarrådet NSPH och länsstyrelserna i VGR och Halland fortsätter att utvecklas.

Våra kommunikations- och samverkansinsatser utifrån det förebyggande perspektivet har aldrig varit så omfattande som under 2025.

Ekonomi

Förvaltningen har efter året 2025 en total budgetavvikelse på drygt -13 Mkr.

Hela avvikelsen finns under uppdrag ”allmän psykiatri” och ”vårdval psykiatri” (-17 Mkr). Inom uppdraget ”köpt LRV-vård” är avvikelsen positiv (+4 Mkr).

Till största del beror avvikelsen på bemanningspersonal och ökade personalkostnader. Införandet och hanteringen av Cosmic är en förklaring till de ökade personalkostnaderna samt att det genererat ökad administrativ hantering vilket även resulterat i minskade vårdvalsintäkter.

Personal

Personalomsättningen är 9,8 % och förvaltningens mål är 10%.

Sjukfrånvaron är 6,8% och förvaltningens mål är 7%

Kostnaden för inhyrd personal i relation till den totala personalkostnaden uppgår till ca 3,8%, jämfört med 5% år 2024.

Produktion och tillgänglighet

Öppenvårdsproduktionen är ungefär i nivå som tidigare perioder, med ett visst produktionstapp på grund av införandet av Cosmic, särskilt under april och maj.

Inom slutenvården är produktionen relativt stabil.

En av de viktigaste åtgärderna för god tillgänglighet är att säkerställa god produktion och god kompetensförsörjning, vilket förvaltningen lyckats med under året och vi ser, trots utmaningar med införandet av Cosmic, att tillgängligheten i realiteten är på ungefär samma nivå som 2024.

I de nationella mätningarna är Halland i nivå med, eller bättre än riket i flera mätningar.

2 Målstyrning

2.1 En organisation med utvecklings- och motståndskraft

2.1.1 Påbörja framtagandet av kontinuitetsplaner inom förvaltningens samhällskritiska verksamheter

Mål/indikator: Vid årets slut ska kontinuitetsplaner för de mest samhällskritiska verksamheterna vara upprättade och en plan för övriga verksamheter ska vara framtagen



Uppfylls delvis

Den samlade bedömningen är att uppdraget är delvist uppfyllt under året då kontinuitetsplanerna ännu inte är fullt implementerade, men arbete pågår och plan finns för arbetet.

Helårsredovisning:

Vi har uppdaterat och anpassat materialet för att ta fram kontinuitetsplaner, vi har också gjort en årsplan 2026 för framtagandet för verksamheterna. Till juni 2026 skall heldygnsvårdens kritiska verksamheter vara klara och vid årets slut 2026 ska kontinuitetsplaner för alla verksamheter vara upprättade.

- **BUP heldygnsvård:** Arbetet med kontinuitetsplanen är påbörjat men har pausats då vi omarbetat materialet under hösten. Evakueringsplanen är i stort sett klar, men behöver samordnas med heldygnsvården för vuxna.
- **Rättsspsykiatri:** Kontinuitetsarbetet har påbörjats och planeringen är att den skall vara klar i mars 2026.
- **Heldygnsvård vuxen:** Arbetet planeras att starta under våren -26 och vara klart 30 juni.
- **Evakueringsplaner** för heldygnsvård vuxen (Varberg–Halmstad): Dessa ska tas fram parallellt med kontinuitetsplanerna och samordnas med BUP:s evakueringsplan. Arbetet beräknas vara slutfört vid årsskiftet.
- **Psykiatrins Öppenvårdsmottagningar, Ätstörningsmottagningen och UPH** kommer att arbetas med under hösten 2026 (September-December)

2.1.2 Genomföra Kompetensförsörjningsinsatser med särskild inriktning mot Läkare inom förvaltningens öppenvård samt Sjuksköterskor inom förvaltningens heldygnsvård

Mål/indikator: Vid årets slut ska behovet av bemanningspersonal ha minskat jämfört med föregående år

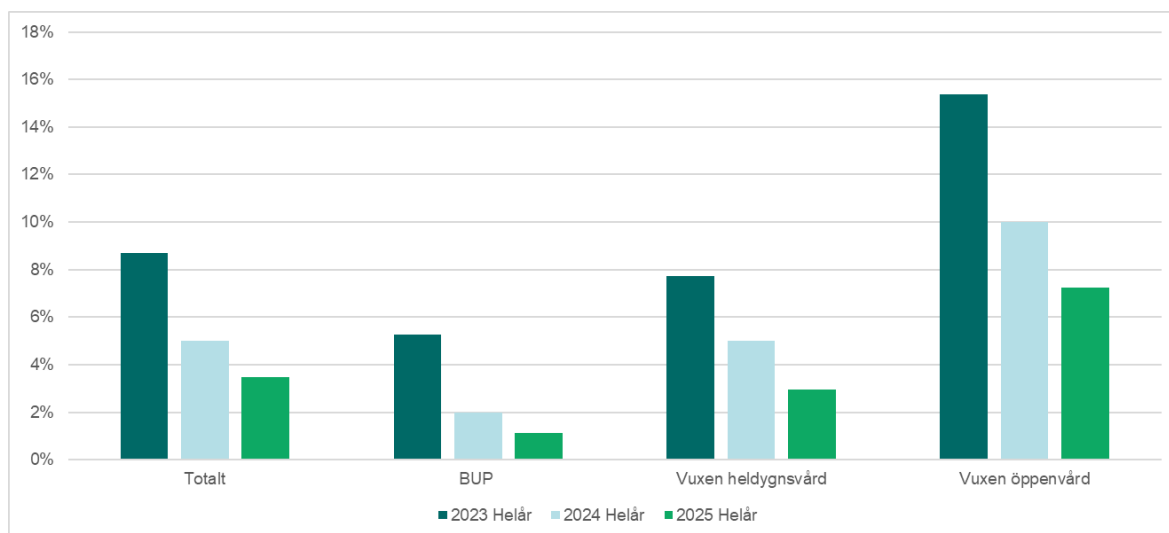


Uppfylls

Den samlade bedömningen är att målet har uppnåtts då kostnad för bemanningspersonal har minskat jämfört med föregående år.

Helårsredovisning:

Inom öppenvården ser vi en positiv utveckling där andelen egenanställda läkare ökar, samtidigt som behovet av inhyrd personal minskar jämfört med föregående år. En liknande trend märks även inom heldygnsvården, där användningen av bemanningssjuksköterskor minskar till förmån för egen personal. Inom Bup har under året all bemanningspersonal kunnat avslutas.



Bilden visar total kostnad för bemanningspersonal i relation till total personalkostnad per år.

2.1.3 Fortsätta utveckla kompetensförsörjningen, med särskilt fokus på att rekrytera, behålla och utveckla kompetens

Mål/indikator: Under året ska en kompetensförsörjningsplan vara framtagen



Uppfylls

Den samlade bedömningen är att målet har uppnåtts då en kompetensförsörjningsplan är framtagen och beslutad.

Helårsredovisning:

"Kompetensförsörjningsplan 2026 - 2030" för Psykiatrin är framtagen och kommer börja tillämpas kommande år.

2.1.4 Minska beställning av klimatpåverkande förbrukningsmaterial där alternativ finns, utifrån regionens framtagna handbok

Mål/indikator: Vid årets slut ska beställd kvantitet för de klimatpåverkande förbrukningsmaterialen, där alternativ finns, ha minskat jämfört med föregående år

◆ Uppfylls delvis

Den samlade bedömningen är att målet är delvis uppnått då beställd kvantitet inte har minskat, trots att kostnaden för beställt material har minskat.

Helårsredovisning:

Under året har kostnaden för material inom artikelgruppen "Engångsartiklar – papper och plast" minskat med cirka 8,5 % jämfört med samma period 2024. Samtidigt har den beställda kvantiteten ökat med ca 2,5 %,

2.1.5 Minska utsläpp från resor och transporter genom att följa regionens riktlinjer för möten och tjänsteresor

Mål/indikator: Vid årets slut ska utsläpp från resor och transporter ha minskat jämfört med föregående år

■ Uppfylls inte

Den samlade bedömningen är att målet inte har uppnåtts då vi inte ser en tydlig minskning av utsläpp från resor och transporter

Helårsredovisning:

Under året har koldioxidutsläpp från resor och transporter varit på samma nivå som 2024. (ca 46 700 kg CO₂). Däremot ser vi ett något ökat antal körda km (+4%). Att utsläppen trots detta är på samma nivå som 2024 förklaras av något minskat tankande av diesel. Den totala andelen miljöbränsle som tankas i bilarna är dock fortsatt på låg nivå i förvaltningen.

2.2 En tillgänglig och högkvalitativ hälso- och sjukvård

2.2.1 Påbörja formandet av "Psykiatrin Halland 2030" (Psykiatrins del i framtidens sjukhusstruktur i Halland) tillsammans med verksamheterna och den regionala programledningen för att långsiktigt säkerställa god och tillgänglig vård

Mål/Indikator: Under året ska arbetet intensifieras och vid årets slut ska en tydlig plan och organisation för arbetet mot Psykiatrin Halland 2030 finnas

 Uppfylls

Den samlade bedömningen är att målet har uppnåtts då det vid årets slut finns en etablerad intern organisation och arbetssätt för fortsatt arbete mot Psykiatrin Halland 2030.

Helårsredovisning:

Under 2025 intensifierades arbetet med initiativet **"Psykiatrin Halland 2030"**, som utgör psykiatrins bidrag till framtidens sjukhusstruktur i Halland. Syftet är att långsiktigt säkerställa en god, tillgänglig och hållbar vård. Vid årets slut hade Psykiatriförvaltningen etablerat en organisationsstruktur bestående av en styrgrupp och en projektgrupp, vilka arbetar i nära samverkan med den regionala Programledningen.

Arbetet under året har omfattat flera centrala aktiviteter:

- Avsiktsförklaring har under våren 2025 tagits fram och beslutats av nämnden
- Studiebesök hos andra regioner för att inhämta inspiration, erfarenheter, goda exempel samt effektiva arbetsmetoder har genomförts.
- Workshops tillsammans med Programledningen, under tredje och fjärde kvartalet, vilket resulterade i ett antal inriktningsbeslut för psykiatrins framtida samband, struktur och arbetssätt.
- Fördjupade analyser inom områden som måltidsförsörjning, logistikplanering, vårdkapacitet och volymer har också genomförts. Dessa analyser, tillsammans med inriktningsbesluten, har utgjort grunden för *förstudiedirektivet* – som kan ses som den första byggstenen, för projektets fortsatta utveckling under de kommande åren.

För att säkerställa en transparent och effektiv kommunikation har även en kommunikationsplan tagits fram. Den omfattar bland annat nyhetsbrev och en projektsida på intranätet, vilket ger medarbetarna möjlighet att kontinuerligt ta del av information om projektets framsteg.

2.2.2 Införa produktions- och kapacitetsplanering (PKP) inom den vuxenpsykiatriska öppenvården

Mål/indikator: Vid årets slut ska allt förberedande och kartläggande arbete vara genomfört med en tydlig plan för fortsatt implementering och uppföljning av arbetssättet

◆ Uppfylls delvis

Den samlade bedömningen är att målet är delvist uppfyllt, då allt förberedande och kartläggande arbete inte har kunnat genomföras under året.

Helårsredovisning:

Arbetet med att införa produktions- och kapacitetsplanering (PKP) har startat under perioden. En arbetsgrupp är på plats, projektplanen är framtagen och erfarenhetsutbyte har etablerats med andra regioner. En nuläges- och behovsanalys har genomförts och identifierat hinder, resurser och åtgärder för det fortsatta arbetet.

I november genomfördes en detaljerad kartläggning av psykologernas arbetsprocesser vid VPM-mottagningarna, med fokus på tidsanvändning, patientgrupper, administration och återkommande aktiviteter. Detta utgör grunden för en fördjupad fortsatt analys. Under februari–mars 2026 kommer även övriga yrkesgrupper att kartläggas.

På grund av resursåtgång kopplad till det nya journalsystemet kommer allt kartläggningsarbete inte kunna färdigställas under året, och målet bedöms därför kunna uppfyllas delvis.

2.2.3 Utveckla och implementera enhetliga vårdprocesser och jämlikt vårdinnehåll

Mål/indikator: Under året ska verksamheternas mest prioriterade vårdprocesser ses över med fokus på enhetliga arbetssätt

● Uppfylls

Den samlade bedömningen är att målet är uppfyllt, då ett aktivt arbete har skett för att utveckla och implementera enhetliga vårdprocesser och jämlikt vårdinnehåll

Helårsredovisning:

Under året har arbetet med att skapa mer enhetliga vårdprocesser och ett jämlikt vårdinnehåll inom vuxenpsykiatri drivits vidare enligt plan. Flera prioriterade processer har utvecklats och harmoniserats för att säkerställa ett mer likvärdigt arbetssätt mellan enheter och vårdnivåer.

Arbetet för likvärdig vård mellan psykosavdelningarna i Varberg och Halmstad pågår. Översyn av arbetssätt och vårdinnehåll har inletts, och läkare kommer att auskultera på varandras enheter för att stärka samsyn och samarbete.

Inom öppenvården har flera större utvecklingsarbeten genomförts. ADHD-processen befinner sig i slutfasen och ska ut på referensrunda. Målsättningen är att ett gemensamt processflöde ska implementeras under hösten 2025. Utredningsdelen utvecklas vidare enligt en nivåbaserad modell och kompletteras med en ny vårdriktlinje som beräknas vara färdig våren 2026. Beroendeprocessen är påbörjad med en tillsatt arbetsgrupp som driver arbetet vidare.

Remiss- och bedömningsprocessen (RoB) har fått ett gemensamt arbetssätt och tillhörande

rutiner som börjar tillämpas från den 20 januari, samtidigt som processflöde och vårdriktlinje publiceras. Arbetsgruppens uppdrag är därmed slutfört. Arbetet med psykos- och akutprocessen fortsätter genom en gemensam arbetsgrupp från både öppenvård och heldygnsvård. Fokus ligger på att skapa enhetliga rutiner för bland annat övergripande vårdplaner och säkerhetsplaner. Uppdraget beräknas färdigställas i mars 2026.

Arbetet med schizofreniprocessen har också utvecklats vidare. Med utgångspunkt i Region Hallands beslut att följa det personcentrerade och standardiserade vårdförloppet har en arbetsgrupp tillsatts för att ta fram en sammanhållen processbeskrivning. Den ska omfatta vårdinnehåll, samverkan mellan vårdnivåer, förslag på uppföljningsindikatorer och plan för implementering.

En ny lokal modell för kunskapsstyrning inom psykiatri har tagits fram för att säkerställa att verksamheten arbetar i linje med aktuell nationell kunskap. Processflöde och rollbeskrivningar har fastställts, och arbetet har nu gått in i implementeringsfasen. Verksamhetsutvecklare från öppenvård, heldygnsvård och BUP deltar i fortsatt utveckling och konkretisering.

2.2.4 Fortsätta utveckla det interna samarbetet mellan En väg in, Bup och Ungas psykiska hälsa (UPH) för att kunna erbjuda god tillgänglighet och god kvalitet

Mål/indikator: Under året ska barn och unga med psykisk ohälsa fortsatt erbjudas vård på rätt vårdnivå och i rätt tid efter behov och prioritering

 Uppfylls

Den samlade bedömningen är att målet har uppnåtts då det interna samarbetet har förbättrats ytterligare under året

Helårsredovisning:

Under året har arbete fortsatt för att stärka En väg in och första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa. Samarbetet mellan BUP och UPH har fortsatt att utvecklas under perioden. UPH ingår nu i samma ledningsgrupp som BUP, vilket ytterligare stärker samverkan och underlättar smidiga vårdövergångar.

Regelbundna kontakter mellan behandlingsansvariga på respektive mottagning sker löpande för att hantera eventuella byten av vårdnivå, på ett sömlöst sätt för patienten.

Det framtagna arbetssättet med veckovisa uppföljningsmöten mellan En väg in och tillgänglighetssamordnare i varje verksamhet har fortsatt utvecklas för att säkerställa effektivitet och korta väntetider.

En översyn av HÖK:en (handläggningsöverenskommelse) har påbörjats vilket ytterligare bidrar till omhändertagande på rätt vårdnivå.

Bemanning och kompetensförsörjning har varit god under året som en följd av ett aktivt arbete med ledarskap, arbetsmiljö och verksamhetsplanering, vilket har bidragit till ökad tillgänglighet och ökad vårdkapacitet.

Under året har även mycket information och dialog hållits med vårdgrannar/skolor m.fl. för att höja kunskap om verksamheten vid En väg in och Ungas psykiska hälsa, och för att förbättra samarbetet utifrån gemensamma behov. Ett förbättrat samarbete med vårdgrannar

bidrar till att stärka En väg in och första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa och leder till ökad vårdkapacitet då det ökar förutsättningarna för rätt vård på rätt nivå, i rätt tid.

2.2.4 Fortsätta utveckla utbud och innehåll avseende gruppverksamhet och psykoedukation inom barnpsykiatri

Mål/indikator: Öka antalet grupper och psykoedukation inom hela barnpsykiatri

 Uppfylls inte

Den samlade bedömningen är att målet inte kunnat uppfyllas under året då verksamheten inte har kunnat startas upp på grund av ekonomiska skäl.

Helårsredovisning:

En modell för att utveckla gruppverksamhet och psykoedukation har tagits fram. Lokal för verksamheten finns tillgänglig, och både schema och arbetssätt är färdigställda. En risk- och konsekvensanalys har också genomförts och verksamheten är redo att starta upp.

För att kunna starta upp verksamheten krävs dock beslut om riktade medel samt tilldelning av ekonomiska resurser. Arbetet har därför inte kunnat gå vidare under perioden, i avvaktan på beslut om finansiering.

2.2.5 Utveckla användandet av digitala behandlingsutbud för patienter inom den vuxenpsykiatriska öppenvården

Mål/indikator: Under året ska en inventering och utvärdering av befintliga digitala behandlingsutbud ha genomförts och användandet av digitala lösningar ska ha ökat jämfört med föregående år

 Uppfylls delvis

Den samlade bedömningen är att målet delvis uppfyllts då vi har påbörjat arbete, men ännu inte ser ett tydligt ökat användande

Helårsredovisning:

En arbetsgrupp har tillsatts med uppdrag att inventera det nuvarande digitala behandlingsutbudet och identifiera utvecklingsområden.

Syftet med arbetsgruppen är att kartlägga befintliga digitala lösningar samt ta fram förslag på framtida digitala behandlingsalternativ för patienter inom psykiatri.

Arbetet pågår fortsatt i arbetsgruppen. Olika förbättringsförslag för att stärka patientflöden och öka kvaliteten i omhändertagandet ses över, men inga utvecklingsförslag har ännu implementerats i verksamheten.

2.2.6 Säkerställa följsamhet till riktlinjer för suicidprevention

Mål/indikator: Under året ska en utvärdering av följsamhet till riktlinjen för suicidprevention ha genomförts och en plan för att åtgärda ev. brister ha tagits fram

◆ Uppfylls delvis

Den samlade bedömningen är att målet delvis är uppfyllt på helåret, då vi inte har haft tekniska möjligheter, utifrån Cosmicinförandet, att säkerställa följsamhet till riktlinjen. Då vi har haft ett aktivt suicidpreventionsarbete under året bedöms ändå riktlinjen vara väl etablerad.

Helårsredovisning:

Vår bedömning är att riktlinjen för suicidprevention är väl etablerad och att följsamheten generellt är god. Uppföljning av rutiner och samarbete sker löpande på mottagningarna. Avvikelse dokumenteras vid avsteg från riktlinjen och följs upp systematiskt. Det suicidpreventiva arbetet är en integrerad del av det övergripande patientsäkerhetsarbetet. Riktlinjen är en stående punkt på gemensamma förbättringsmöten mellan heldygnsvård och öppenvård, där avvikelser och förbättringsområden diskuteras.

Ett arbete pågår för att följa upp specifika markörer i journalen för berörd patientgrupp. På grund av byte av journalsystem är det för närvarande svårt att ta fram tillförlitlig statistik, men uppföljningen planeras att fortsätta kommande år. Inom heldygnsvården har även en anhörigsamordnare tillsatts, med uppdrag att stärka kontakten med anhöriga – en viktig del i riktlinjen för suicidprevention.

Målet bedöms vara delvis uppfyllt på helåret då vi bland annat på grund av införandet av Cosmic och avsaknad av tillförlitliga data inte har kunnat genomföra en fullständig uppföljning av indikatorerna i riktlinjen.

2.2.7 Bidra mer till samhällsutvecklingen genom att aktivt sprida kunskap om psykisk hälsa genom olika former av kommunikationsinsatser

Mål/indikator: Under året ska vi producera filmer, poddavsnitt, artiklar och föreläsningar

● Uppfylls

Den samlade bedömningen är att målet är uppfyllt då vi har producerat flera filmer, poddavsnitt, artiklar och arrangerat föreläsningar.

Helårsredovisning:

Konferensen "Förändringens tid – hur kan vi stödja barn och ungas psykiska hälsa?" arrangerades i samverkan med Länsstyrelsen Halland. I samband med detta har filmade intervjuer med medarbetare producerats och presenterats vid ett nationellt seminarium för SKR, med fokus på arbetet för barn och unga.

Nyhetsbrevet har fortsatt att publiceras regelbundet och når cirka 2 500 mottagare. Innehållet har bland annat inkluderat information om konferensen, ny satsning på informationsdriven samverkan och en större informationssatsning kring mottagningarna för Ungas psykiska hälsa. Under perioden har vi även fortsatt att producera innehåll till *Psykiatripodden* samt uppdaterat webbsidan regionhalland.se/psykiatrin med relevant material.

2.3 En digital kraftsamling för framtidens välfärd

2.3.1 Digital utveckling ska vara en bidragande del i genomförandet av de övriga aktiviteterna i verksamhetsplanen

Mål/indikator: Digital utveckling ska vara en naturlig del i arbetet för att förbättra vården



Uppfylls

Den samlade bedömningen är att målet är uppfyllt då digital utveckling varit en avgörande del i utvecklingen under året, inte minst utifrån införandet av Cosmic.

Helårsredovisning:

Under 2025 har Psykiatrin Halland fortsatt sitt långsiktiga och systematiska arbete med digitalisering. Årets fokus har i hög grad präglats av införandet av journalsystemet Cosmic, som inneburit ett omfattande förändringsarbete för verksamheten. Parallellt har även flera utvecklingsinitiativ drivits eller påbörjats, bland annat inom e-tjänster, AI-stöd och egenmonitorering. *För en mer heltäckande beskrivning hänvisas till årsredovisningens bilaga "Digitaliseringsboks slut 2025",*

2.3.2 Införa Cosmic i enlighet med regional plan

Mål/indikator: Under året ska grundfunktionalitet i Cosmic vara infört



Uppfylls delvis

Den samlade bedömningen är att målet är delvist uppfyllt. Detta då systemet och regional förvaltning inte levererat enligt förväntan, varvid ett stort fortsatt arbete krävs.

Helårsredovisning:

Cosmic infördes 29/3. Själva införandet gick över förväntan. Däremot upplevs inte systemet nå upp till förväntningarna, då brist på utvecklingsmöjligheter, otydliga processer och avsaknad av regional förvaltning har lett till en upplevd ökad arbetsbörda och försämrad kvalitet. Ett ytterligare problem är att vi saknar tillgång till analys- och uppföljningsrapporter från Cosmic/datalagret, vilket försvårar vårt arbete med uppföljning.

3 Kvalitetsstyrning

3.1 Hälso- och sjukvård

3.1.1 Tillgänglighet

I nämndens verksamhetsplan finns nedanstående indikatorer för att säkerställa god tillgänglighet samt helårsresultatet 2025.

En av de viktigaste åtgärderna för god tillgänglighet är att säkerställa god produktion och god kompetensförsörjning, vilket förvaltningen lyckats med under året och vi ser, trots utmaningar med införandet av Cosmic att tillgängligheten i realiteten är på ungefär samma nivå som 2024.

En betydande utmaning för tillgängligheten är det fortsatt ökade patientinflödet, både till vuxenpsykiatri och barnpsykiatri.

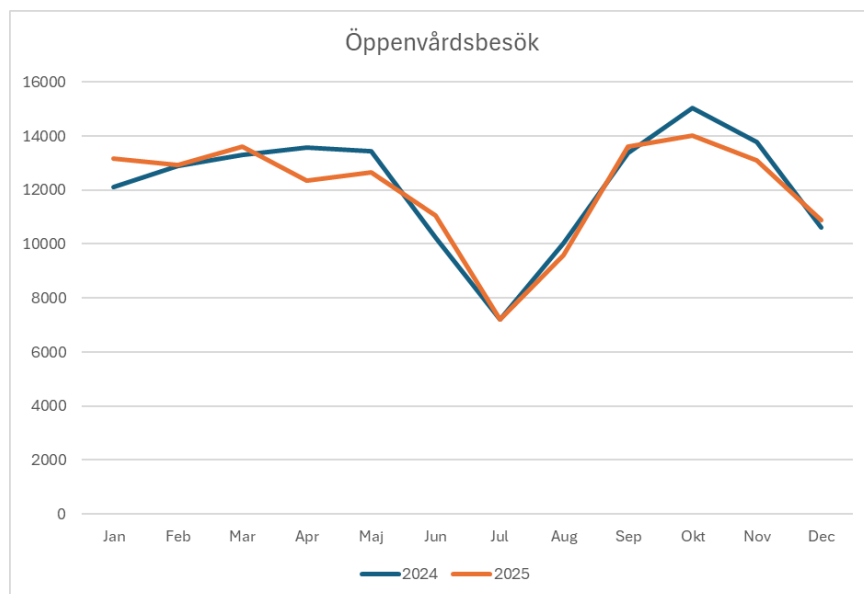
Tillgänglighetsrapportering och produktion har påverkats stort av införandet av Cosmic, både före och efter införandet. Utbildning och implementering av nya rutiner och arbetssätt har varit omfattande. Ett stort arbete har även skett för att få en fungerande myndighetsrapportering som en följd av det nya journalsystemet Cosmic, där uppgifter till SKR:s väntetidsdatabas är en del. Under perioden april - september var registreringsrutiner och möjlighet till uppföljning mycket bristfälliga i regionen. Vid analys och tolkning av resultatet behöver detta tas i beaktning. Resultatet för belåret redovisas så som data är rapporterad till SKR, trots vissa kända brister i datakvaliteten.

Tillgänglighet	Mål	Resultat helår 2025
Andelen genomförda nybesök inom 60 och 90 dagar – vuxna	60 dagar: >73% 90 dagar: 100%	60 dagar = 62%; 90 dagar = 88%
Återbesök, Genomförda inom måldatum	>80%	87 %
Medicinsk bedömning inom 3 dagar – Första linjen	>90%	Ingen data på grund av cosmicinförande
Andelen genomförda nybesök inom 30 dagar – barn	>75%	74 %
Andelen genomförda "start av utredning" inom 30 dagar – barn	>75%	76 %
Andelen genomförda "start av behandling" inom 30 dagar – barn	>75%	73 %

3.1.2 Produktion och kvalitet

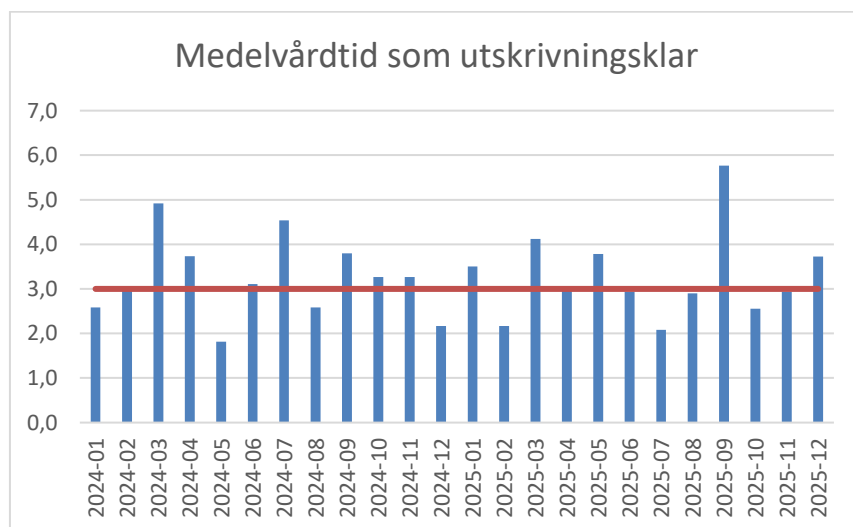
Obs - införandet av Cosmic har medfört svårigheter i jämförandet med historiska data på grund av nya arbetssätt, registreringsrutiner samt olika termer och begrepp i de olika journalsystemen. Under året har ett mycket stort arbete skett för att utveckla och bygga nya strukturer för uppföljning och analys i SUSSA, i Region Halland och även i Psykiatrin. Därav är analysen kraftigt påverkad i årets uppföljningsrapport

Antal öppenvårdskontakter per månad



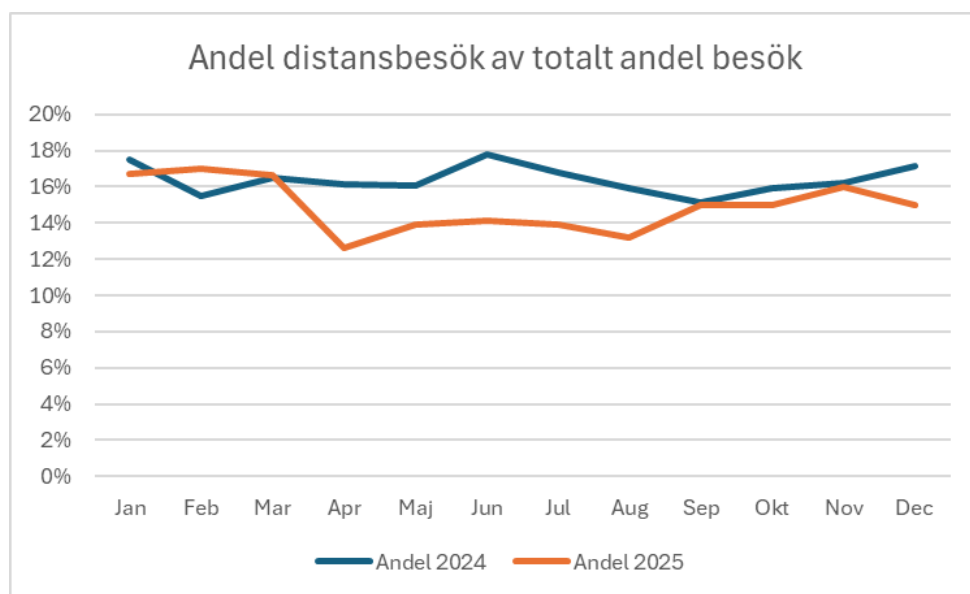
Under året har antal öppenvårdsbesök varit ca 1% färre än föregående år. Införandet av Cosmic medförde ett visst produktionsbortfall i april och maj, motsvarande cirka 8%. Under resten av året har öppenvårdsbesöken varit ungefär i nivå med föregående år, med sedvanliga säsongs- och helgvariationer.

Medelvårdtid som utskrivningsklar



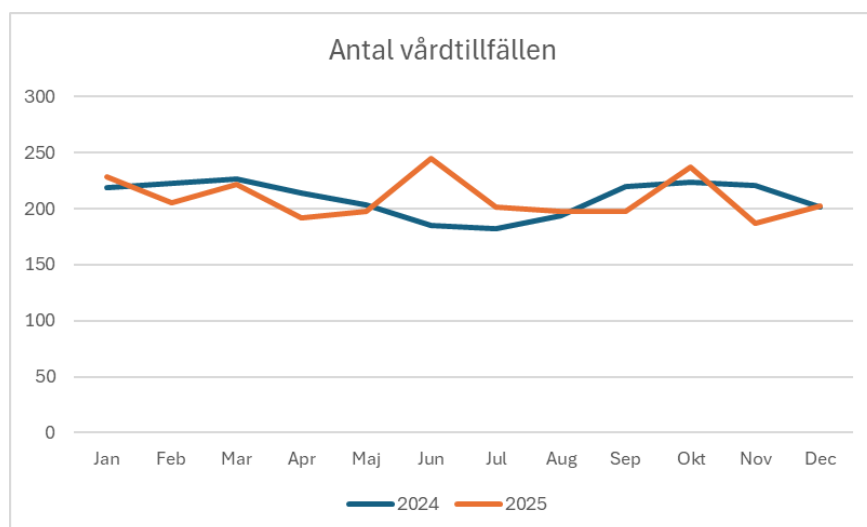
Sammanlagt under 2025 har medelvårdtiden som utskrivningsklar varit 3,4 dagar, jämfört med 3,2 dagar år 2024. Patienter som väntar på utskrivning till kommunala insatser i Varberg och Hylte klarar målet på 3 dagar, medan övriga kommuner haft en medelvårdtid som utskrivningsklar mellan 3,4 – 3,9 dagar.

Andel distansbesök av totalt antal besök



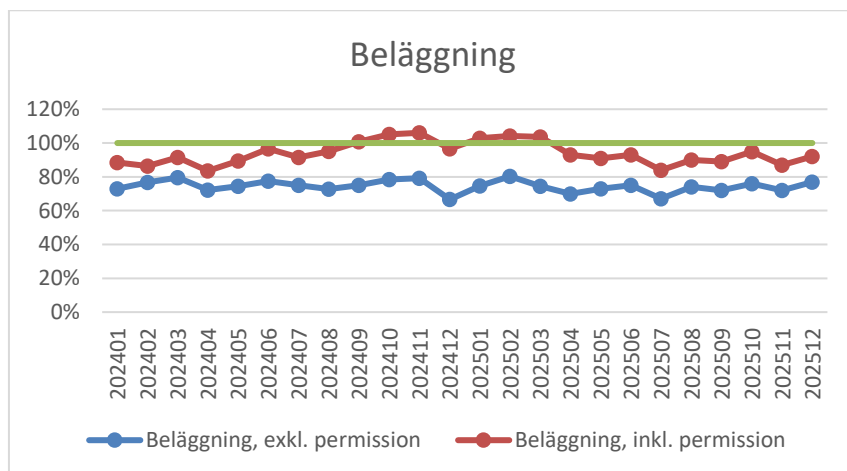
För perioden har ca 15% av besöken varit på distans, jämfört med 16% samma period 2024. En betydande del av detta är distansbesök via telefon.

Vårdtillfällen, slutenvård



Antal vårdtillfällen har under perioden varit på ungefär samma nivå som 2024, med en fortsatt stabil trend.

Beläggning, slutenvård



Beläggningsen, exkl. permission har under perioden varit mellan 70–80%, där beläggningsen i Halmstad varit något lägre än i Varberg. Beläggning på de rättspsykiatriska platserna är fortsatt mycket hög och flera rättspsykiatriska patienter har under året behövt vårdas på allmänpsykiatriska avdelningar. Under perioden har ett stort arbete skett kring anpassning och optimering av vårdplatsantalet skett för att minska kostnad för bemanningspersonal, utan att påverka patientsäkerhet och vårdkvalitet.

Antal lex Maria

Under perioden har en anmälan enligt lex Maria skett, jämfört med 2st samma period 2024.

Antal patientnämndsärenden och IVO klagomål

Under perioden har 143 patientnämndsärenden inkommit, jämfört med 115 ärenden samma period 2024. Patientnämndsärenden berör till stor del bemötande, avsaknad av närståendemedverkan, information/kommunikation samt upplevda fel i journal, utredning eller medicinering. Under 2025 har 6 enskilda klagomål inkommit från IVO. Lika många som 2024.

Antal avvikelser

Under perioden har 1461 avvikelser rapporterats, jämfört med 1347 avvikelser samma period 2024. Samtliga verksamheter har rapporterat avvikelser under året och avvikelserna följer samma trend, fördelning och innehåll som tidigare år.

Antal lyssningar på Psykiatripodden

Antal lyssningar på psykiatripodden har ökat med ca 17% jämfört med 2024, totalt under året har ca 13 700 lyssningar skett på podden.

3.2 Uppföljning av arbetsmiljöplanen

Förvaltningen arbetar aktivt med systematiskt arbetsmiljöarbete dvs undersöker, analysera, åtgärda och följer upp. Som en del av detta arbete följs arbetsskador och tillbud upp kontinuerlig, analys och arbete med medarbetarundersökning och årligt arbete med arbetsmiljöronder. Resultatet av undersökningar analyseras och redovisas i samverkansgrupperna och till nämnden.

Med särskild fokus

➤ *Arbeta med ett riskgruppsorienterat arbetssätt för att motverka korttidsfrånvaro genom att identifiera medarbetare som kräver särskilt stöd för att kunna vara närvarande och arbeta på arbetsplatsen.*

Förvaltningen har under året arbetat med rehabilitering av både kort- och långtidssjukfrånvaro. Avdelningscheferna har fått stöd i genomgång och åtgärder för varje enskilt fall. Rehabilitering syftar till medarbetares återgång i arbete och detta kan ta tid särskilt för de medarbetare som varit långtidssjuka. Viktigt är att uppmärksamma när medarbetare har många korttidsfrånvaro för att sätta in rätt åtgärder för att undvika långtidssjukfrånvaro.

➤ *Vidare analysera arbetet med att stärka den organisatoriska och sociala arbetsmiljön.*

Den organisatoriska och sociala arbetsmiljön följs kontinuerligt inom respektive verksamhet vilket lett till en rad riktade åtgärder på specifika enheter. Några särskilda kartläggningar av arbetsmiljö har gjorts av företagshälsovården och arbete med handlingsplaner pågår.

➤ *Öka kunskapen om rehabiliteringsprocessen.*

I samband med genomgång av rehabiliteringsärenden har kunskapen om processen ökat. Utöver detta finns digital utbildning om rehabiliteringsprocessen att tillgå i regionens kompetensportal.

➤ *Förädla processen vid tillbud och arbetsskador när det gäller återkoppling till medarbetare.*

I det systematiska arbetet ska chefer ge återkoppling till medarbetare vid anmält tillbud eller arbetsskada. Under året har avdelningschefer ibland med stöd av HR arbetat med återkoppling, som kan ske enskilt eller på APT.

➤ *Säkerställa att samtliga medarbetare på förvaltningen planerligt genomgår hot och våldutbildning.*

Under året har utbildning om hot- och våld för Psykiatriförvaltningen med egna instruktörer implementerats. Utbildningen består av en digital grundutbildning, en fysisk grundutbildning för alla medarbetare samt en repetitionsutbildning som genomförs avdelningsvis efter behov. Medarbetarna själva anmäler sig till utbildningen och närmaste chef ansvarar för att samtliga medarbetare har anmält sig och genomfört utbildningen.

➤ *Minska mörkertalet gällande rapporterade ärenden för kränkande särbehandling, hot och våld samt sexuella trakasserier.*

Förhållande mellan upplevd utsatthet i medarbetarenkäten är större än anmälda tillbud och arbetsskador för kränkande särbehandling, hot och våld samt trakasserier. Det innebär att medarbetare i större utsträckning känner sig utsatta men väljer att inte anmäla det. Det finns säker flera olika anledningar till detta men är svårt att ta reda på eftersom medarbetarenkäten

är anonym.

➤ *Öka förvaltningens gemensamma förmåga att behålla och utveckla medarbetare inom den egna organisationen samt att attrahera nya medarbetare.*

För att attrahera nya medarbetare arbetar förvaltningen aktivt med rekryteringskommunikation och gör riktade insatser för yrkeskategorier som är svårrekryterade och på internet finns nu Psykiatrins karriärsidor.

4 Medarbetare

Medarbetarundersökning 2025

I årets medarbetarundersökning (MBU) är förvaltningens samlade HME (Hållbart medarbetarengagemang) resultat 74, vilket är lägre än föregående års mätning (77). Förvaltningens analys visar att ledarskap och styrning är ett genomgående utvecklingsområde. Trender visar att yngre medarbetare (20–29 år) har lägst engagemang (HME), medan äldre har högst. Chefer upplever styrning som mer välfungerande än medarbetare.

Förvaltningens resultat angående arbetsmiljön (OSA) är 64 vilket är lägre än föregående år (68). Det är framför allt upplevelsen att inte ha tillräckligt med tid att utföra arbetsuppgifter och möjlighet till återhämnning som är lägre.

När det gäller utsatthet är hot och våld ett återkommande problem i patientnära miljöer, vilket gör att verksamheterna behöver prioritera systematiskt säkerhetsarbete. Kollegial utsatthet är lägre men behöver förebyggas genom insatser som stärker kultur, värderingar och öppen dialog.

Dock ser vi att den nationella AT-rankningen visar på att Psykiatri Halland landar på en delad 2:a och 4:e plats av totalt 61 vårdinrättningar.

Arbetsmiljöronder

Samtliga verksamheter inom förvaltningen har genomfört egenkontrollen kopplat till arbetsmiljö under 2025. I egenkontrollen har totalt 172 risker identifierats och klassificerats enligt Region Hallands rutin. Av de identifierade riskerna är 118 klassificerade som låga, försumbar risk och 54 klassificerade som medel, viss risk. Samtliga risker, med undantag för två, har kopplade åtgärder där arbete pågår.

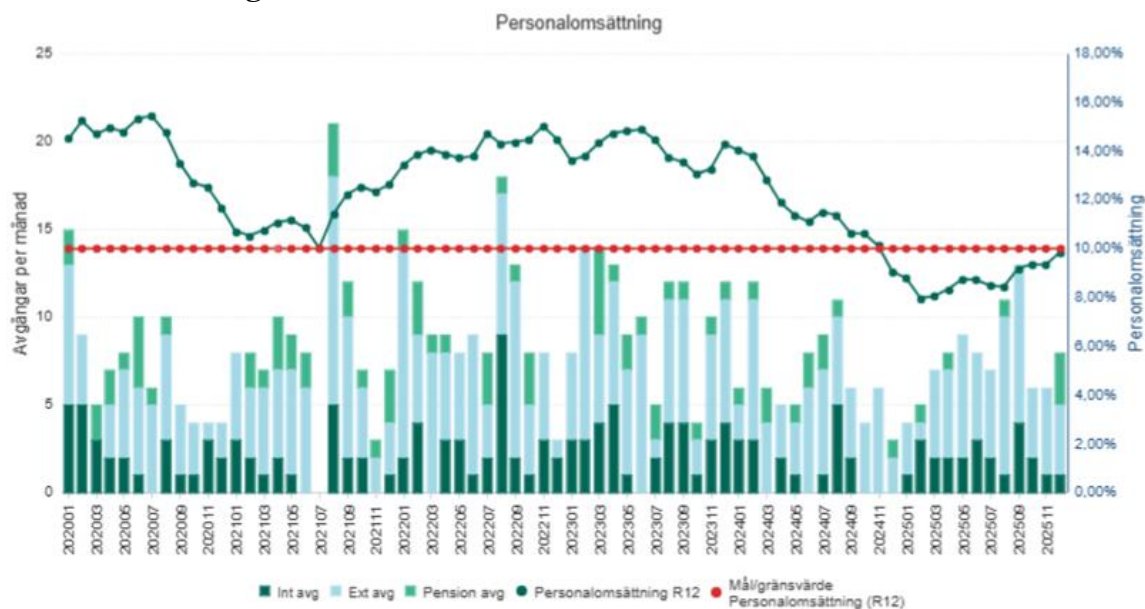
Tillbud och arbetsskador

Under 2025 har medarbetarna anmält 348 tillbud och 76 arbetsskador (jämfört med 213 tillbud och 43 arbetsskador 2024). De flesta tillbuden är inom vuxenpsykiatri och handlar om våld och hot och psykisk överbelastning. När det gäller arbetsskador har 68 inte föranlett någon sjukskrivning, 8 medarbetare har haft en kortare sjukskrivning (mindre än 14 dagar) och 1 medarbetare har en längre sjukskrivning. Arbetsskadorna avser skada av annan person, att man stött emot någon och fallolyckor.

4.1 Personalomsättning

Indikator	Utfall (R12)	Målvärde
● Personalomsättning	9,8 %	10 %

Personalomsättning



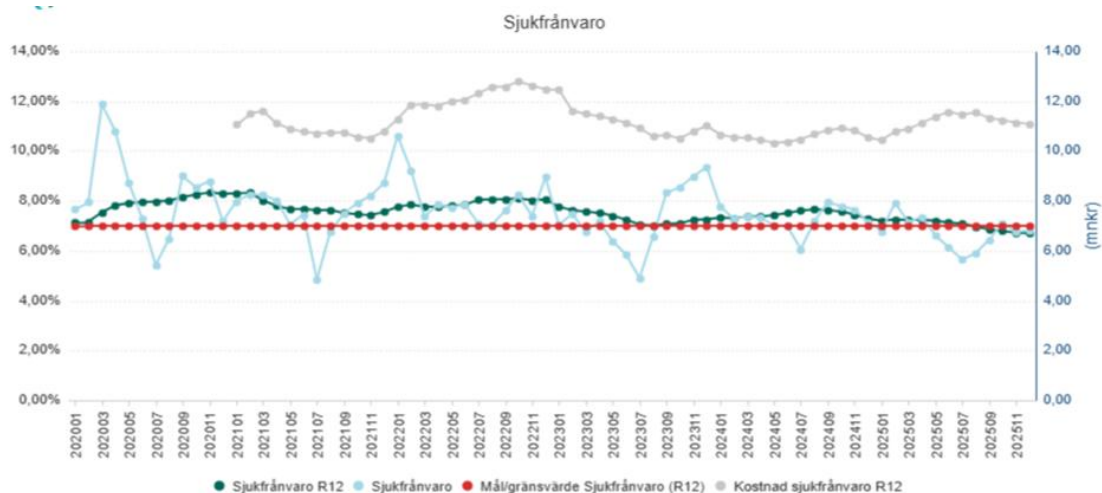
Omsättning	202412	202512	Diff
Intern	1,90%	2,57%	0,67%
Extern	5,93%	6,64%	0,71%
Pension	1,23%	0,64%	-0,59%
Total	9,06%	9,85%	0,79%

Personalomsättningen ligger strax under 10%. Stora variationer förekommer mellan verksamheter och orter. Den externa personalomsättningen har ökat från särskilt låga nivåer samma period 2024 till 6,64%. Förvaltningen ser fortsatta utmaningar gällande framför allt läkare inom Vuxenpsykiatrins Öppenvård samt sjuksköterskor inom Vuxenpsykiatrins heldygnsverksamhet.

4.2 Sjukfrånvaro

Indikator	Utfall (R12)	Målvärde
 Sjukfrånvaro	6,7 %	7 %

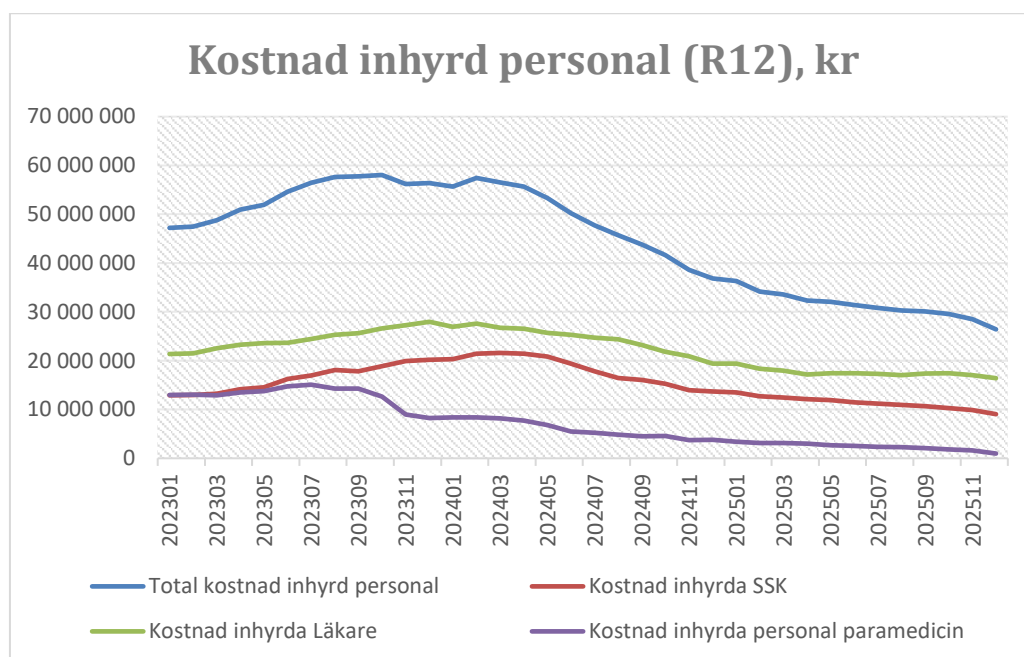
Sjukfrånvaro



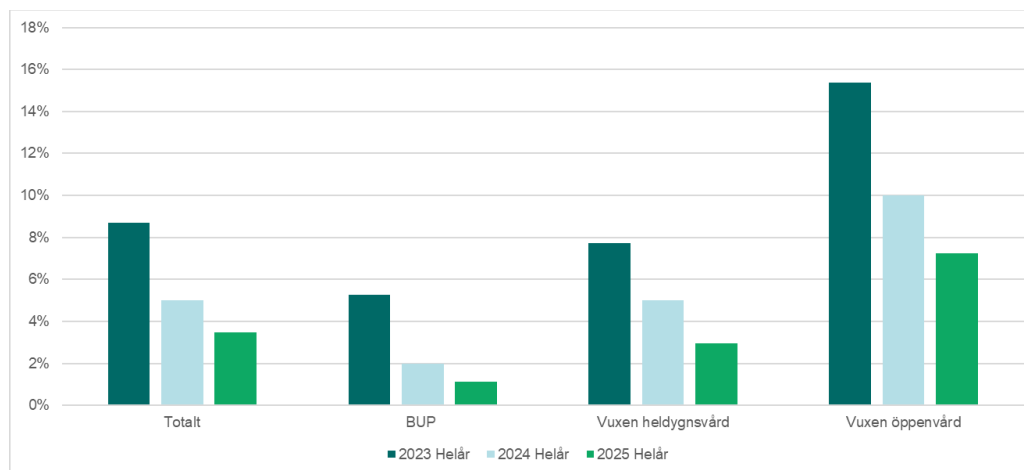
	202412	202512	Diff
Sjuk dag 01-14	3,06%	2,93%	-0,13%
Sjuk dag 15-90	1,49%	1,04%	-0,45%
Sjuk dag 91-	2,74%	2,72%	-0,02%
Total	7,29%	6,70%	-0,59%

Sjukfrånvaron ligger strax under målvärdet på 7%. De grupperna med högst sjukfrånvaro är skötare, sjuksköterskor, kuratorer och psykologer. Förvaltningen ser särskilt positivt på det faktum att korttidsfrånvaron minskat under året i linje med förhållningssättet riskorienterat arbetssätt.

4.3 Inhyrd personal



Nyttjandet av inhyrd personal visar en fortsatt minskande trend, vilket är i enlighet med beslutad åtgärdsplan och Region Hallands inriktning. Kostnaderna har minskat med ca -28% jämfört med föregående år. Sett mellan åren har kostnaden minskat med ca -10 Mnkr.



Bilden visar total kostnad för bemanningspersonal i relation till total personalkostnad per år.

Kostnaden för inhyrd personal i relation till den totala personalkostnaden uppgår till **ca 3,8% jämfört med ca 5% år 2024.**

Behov av bemanningsläkare har under året primärt funnits inom vuxenpsykiatriska öppenvården men även inom Bup, och behovet av bemanningssköterskor finns primärt inom den vuxenpsykiatriska heldygnsvården. Förvaltningen arbetar aktivt för att minska kostnad för bemanning, i enlighet med Region Hallands inriktning och mål.

5 Ekonomi

5.1 Årets budgetavvikelse

Indikator	Resultat	Årsbudget	Budgetavvikelse
Akkumulerad budgetavvikelse	-926 204 tkr	-912 724 tkr	-13 480 tkr

Förvaltningen redovisar en negativ budgetavvikelse med -13,4 Mnkr för året. Avvikelsen fördelar sig mellan uppdragen:

- Uppdraget allmän psykiatri och vårdval psykiatri redovisar en negativ avvikelse med -17,4 Mnkr.
- Uppdrag köpt LRV-vård har en positiv avvikelse med +4,0 Mnkr.

Årets budgetavvikelse är något sämre än prognostiserat (-10 Mnkr). Främst beror det på lägre vårdvalsintäkter under årets sista månader, samt att personalkostnader inte minskat i önskad takt. Dock ser vi en stagnation i personalkostnaderna vilket ger oss goda förutsättningar inför nästkommande år. Årets kostnader har även präglats av insatser kopplat till vårt nya journalsystem Cosmic. Under månaderna vid införandet ökade personalkostnader, främst gällande övertid.

Uppföljning per uppdrag:

Allmän psykiatri och vårdval

2025 redovisar uppdraget en negativ budgetavvikelse med -17,4 Mnkr.

Verksamhet	Utfall 2024	Utfall 2025	Budget 2025	Avvikelse 2025	% förändring 2024 - 2025
Bup inkl Åtstörningsvård och UPH	-235	-257	-251	-6	10%
Vuxenpsykiatrisk öppenvård	-173	-195	-182	-13	12%
Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård inkl egen rättspsykiatri	-365	-385	-385	0	5%
Lednings- och verksamhetsstöd	-28	-34	-36	2	19%
Total	-801	-871	-854	-17	9%

(belopp i Mnkr)

Bup inkl. Åtstörningsvård och Ungas psykiska hälsa Halland (UPH) redovisar ett underskott på -6,4 Mnkr vilket till största delen utgörs av avvikelse inom personalkostnader och bemanningskostnader. Avvikelsen är kopplad till tillgänglighetssatsningar för att möta det fortsatt ökade inflödet av patienter.

Den vuxenpsykiatriska verksamheten redovisar en negativ avvikelse med -13,2 Mnkr, där den vuxenpsykiatriska öppenvården bär hela den negativa avvikelsen. Medan den vuxenpsykiatriska heldygnsvården, i vilken rättspsykiatri i egen regi ingår, ligger i balans med budget.

Till stor del beror avvikelser inom öppenvården på behovet av bemanningspersonal. Därtill har insatser vid införandet av Cosmic genererat merkostnader av personalkostnader samt ökad administrativ hantering av kodning. Vilket i sin tur resulterat i minskade intäkter för vårdvalsepisoder jämfört med föregående år. Se utveckling av vårdvalsintäkterna nedan.

År	Utfall (Mnkr)
2020	44
2021	48
2022	50
2023	49
2024	58
2025	54

Heldygnsvårdens utfall är resultatet av minskat behov av bemanningssjuksköterskor och framgångsrik rekrytering av egen personal. Verksamheten har periodvis haft färre antal vårdplatser, vilket i sin tur genererat ett ökat tryck och ökade övertidskostnader jämfört med föregående år. Inom rättspsykiatri i egen regi har patientantalet ökat vilket medfört ökade personalkostnader.

Uppdrag köpt LRV-vård

Köpt LRV-vård redovisar en avvikelse med +4,0 Mnkr.

Verksamhet	Utfall 2024	Utfall 2025	Budget 2025	Avvikelse 2025	% förändring 2024 - 2025
Köpt LRV	-61	-55	-59	4	-10%

(belopp i Mnkr)

Inför 2025 förstärktes budget med 17,3 Mnkr. Samtidigt har verksamheten hämtat hem fler patienter som vårdas i egen regi. Detta gör att den köpta vården minskat med 6 Mnkr jämfört med föregående år. Rättspsykiatri har under året genomfört ett gott arbete med att hitta lösningar på hemmaplan, vilket medfört ett positivt resultat

5.1.1 Resultaträkning

Kontogrupp	Utfall 2024	Utfall 2025	Budget 2025	Avvikelse 2025	% förändring 2024 - 2025
Intäkter	96	88	76	12	-9%
Personal	-698	-763	-766	3	9%
Bemanning	-37	-26	0	-26	-28%
Köpt vård	-61	-55	-59	4	-10%
Övrigt	-163	-170	-164	-6	4%
Total	-863	-926	-913	-13	7%

Under året har vi haft lägre intäkter än föregående år vilket till viss del beror minskade vårdvalsintäkter, samt lägre ersättning kopplat till införandet av Cosmic. Patientintäkterna ligger dock på likvärdig nivå som förra året. Personalkostnaderna har ökat då förvaltningen har lyckats bemanna upp vakanta tjänster. Samtidigt har inhyrd bemanningspersonal inte minskat i motsvarande takt, dock en minskning mot föregående år. Köpt vård innefattar den köpta rättspsykiatri, där vi har haft färre patienter under året vilket lett till lägre kostnader. Bland övriga kostnader ingår bland annat läkemedel, labb, lokalkostnader och IT-tjänster. Ökningen mot föregående år ligger i linje med indexökning. Dock följer denna typ av kostnader relationen till ökning av personal samt ökat patientflöde.

5.1.2 Kostnadsutveckling

Ack utfall förra året	Ack utfall i år	Skilln. mot förra året	Ack budget årets	Diff. mot budget	Kostn. utv. mot föreg. år	Budg. kostn. utv.	Skilln. mot budget
-787 316 tkr	-840 024 tkr	-52 708 tkr	-816 905 tkr	-23 119 tkr	6,7 %	3,8 %	-2,9 %

Förvaltningens kostnadsutveckling var under året 6 procent. Den budgeterade kostnadsutvecklingen var 3 procent. Förklaringen till ökningen utöver budget består till viss del av insatser vid införandet av Cosmic inom hela förvaltningen, men främst inom Digitaliseringsavdelningen. Men beror även på kostnader för bemanningspersonal och egen personal.

5.1.3 Intäktsutveckling

Ack utfall förra året	Ack utfall i år	Skilln. mot förra året	Ack budget årets	Diff. mot budget	Intäktsutv. mot föreg. år	Budg. intäktsutv.	Skilln. mot budget
32 752 tkr	31 053 tkr	-1 699 tkr	26 563 tkr	4 490 tkr	-5,2 %	-18,9 %	13,7 %

Förvaltningens intäkter är 5 procent lägre än föregående år. Den budgeterade intäktsutvecklingen var dock beräknad till ca 19 procent lägre, det vill säga att trots en negativ utveckling av intäkter blev den högre än budgeterat. Det beror till viss del på ersättning av införandet av Cosmic, utlåning av tjänster samt vårdvalsintäkter som förklarar nivån.

5.1.4 Resultathantering

Förvaltningens negativa budgetutfall för 2025, uppgående till –13,4 mnkr, bedöms i huvudsak vara ett resultat av tillfälliga och extraordinära förhållanden snarare än av strukturella ekonomiska obalanser. En betydande del av avvikelsen kan hänföras till införandet av journalsystemet Cosmic, vilket under året medförde ökade personalkostnader, samt minskade vårdvalsintäkter. Dessa kostnadsdrivande faktorer bedöms inte kvarstå i samma omfattning under kommande år.

Vidare kan konstateras att de påbörjade åtgärderna börjar få genomslag och skapar mer hållbara förutsättningar inför 2026. Inom heldygnsvården har rekrytering av egen personal minskat behovet av bemanningssjuksköterskor, vilket har bidragit till en mer balanserad kostnadsutveckling. Avvikelsen inom vuxenpsykiatrisk öppenvård är framför allt kopplad till nödvändiga förstärkningar av bemanningen för att hantera ett fortsatt högt inflöde av patienter och säkerställa tillgänglighet och vårdkvalitet, trots detta har kostnad för bemanningspersonal kunnat minskas.

Därutöver fortsätter förvaltningen att arbeta i enlighet med beslutad åtgärdsplan. Genomförandet av åtgärdsplanens insatser bedöms sammantaget ge förutsättningar för att nå budget i balans under 2026.

Sammantaget innebär ovanstående att det redovisade underskottet sannolikt inte helt speglar förvaltningens ekonomiska läge utifrån ett normaltillstånd, utan i stor utsträckning är hänförligt till engångseffekter och övergångskostnader. Mot denna bakgrund bedömer förvaltningen att underskottet inte bör föras vidare till 2026, då detta riskerar att motverka den stabilisering som redan påbörjats och begränsa möjligheterna att upprätthålla en ändamålsenlig verksamhet kommande år.

5.1.5 Åtgärder för ekonomi i balans

Förvaltningen fortsätter att arbeta aktivt och systematiskt utifrån den beslutade åtgärdsplanen (DN PS250035) för att säkerställa en ekonomi i balans 2026. Åtgärdsplanen omfattar ett brett spektrum av både kostnadsreducerande och intäktsökande åtgärder inom samtliga verksamhetsområden. Den sammanlagda ekonomiska effekten bedöms motsvara cirka 20 mnkr och genomförandet följs noga för att säkerställa patientsäkerhet och bibehållen vårdkvalitet. Nedan följer en sammanfattning av åtgärdsplanens innehåll:

Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård (inkl. rättspsykiatri i egen regi)

- Reducering av vårdplatser (under begränsade perioder) för att minska kostnader för hyrpersonal, vikarier och egen personal.
- Kontinuerlig schemaöversyn samt restriktivitet vid beviljad övertid.

Vuxenpsykiatrisk öppenvård

- Ökade vårdvalsintäkter genom rättning av felaktiga registreringar.
- Ökade vårdvalsintäkter genom högre produktion.
- Avveckling av hyrläkare och hyrpsykologer.

- Restriktivitet vid beviljande av utbildningar.
- Avveckling av övertalighetsanställningar.
- Pausad drift av rTMS-verksamhet tills vidare.

Barn- och ungdomspsykiatri (inkl. UPH och ätstörningsvården)

- Avslut av hyrläkare vid årsskiftet 2025/2026.
- Mycket restriktiv återbesättning av tjänster.
- Ej ersätta läkarvakans på ätstörningsmottagningen med bemanningspersonal.

Trots ett konsekvent genomförande av samtliga ovanstående åtgärder bedöms förvaltningens förutsättning, utifrån samhällsutvecklingen, att nå en budget i balans under 2026 som osäker, varför ytterligare åtgärder kan bli aktuella. Åtgärdsplanen följs upp löpande, och risker avseende tillgänglighet, arbetsmiljö och patientsäkerhet hanteras inom ramen för uppföljningsstrukturen.

5.2 Investeringar

5.2.1 Investeringsbudgetavvikelse

Utfall	Årsbudget	Budgetavvikelse
5 000 tkr	5 000 tkr	0 tkr

Årets planerade investeringar har kunnat genomföras enligt plan. Investeringsbudgeten låg på 5 Mnkr. Av dessa har 2,5 Mnkr gått till byggnation och inredning av Monarkhuset i Varberg och 2,0 Mnkr gått till utbyte av larm i olika verksamheter. Återstående 0,5 Mnkr har försett heldygnsvården med sängar samt inköp av möbler och annan inredning i våra olika verksamheter inom förvaltningen.

Investering	Utfall 2025
Monarkhuset Bup	2,5
Larm och säkerhet	2,0
Sängar heldygnsvård	0,2
Möbler till verksamhet	0,3
Total	5,0