



# **Patientsäkerhetsberä ttelse 2025**

Psykiatri Halland  
2025

Inskickad: 2026-01-13

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Grundläggande förutsättningar för säker vård.....</b>	<b>3</b>
1.1	Engagerad ledning och tydlig styrning .....	3
1.2	En god säkerhetskultur .....	5
1.3	Adekvat kunskap och kompetens.....	6
1.4	Patienten som medskapare.....	7
<b>2</b>	<b>Agera för säker vård.....</b>	<b>8</b>
2.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	8
2.2	Tillförlitliga och säkra system och processer.....	9
2.3	Säker vård här och nu .....	10
2.4	Stärka analys, lärande och utveckling.....	10
2.5	Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	12
<b>3</b>	<b>Mål, strategier och utmaningar för kommande år .....</b>	<b>14</b>

# 1 Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål, strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador. För att nå den nationella visionen *"God och säker vård – överallt och alltid"* och målet att ingen patient ska drabbas av vårdskada, fokuserar Psykiatri Halland på de fyra grundförutsättningar som identifierats i den nationella handlingsplanen: engagerad ledning och tydlig styrning, god säkerhetskultur, adekvat kunskap och kompetens samt patienten som medskapare.

## 1.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

En säker vård förutsätter att ledningen är engagerad och tar ansvar för att styra verksamheten på ett tydligt sätt. Det görs genom rutiner, riktlinjer och strukturer som klargör prioriteringar, ansvarsfördelning och resursanvändning.

### 1.1.1 Organisation och ansvar

Varje medarbetare i Psykiatri Halland bidrar till god patientsäkerhet genom att följa gällande rutiner och riktlinjer, uppmärksamma fel och brister samt rapportera avvikelser och bidra till förbättringar.

Det lokala arbetet leds av verksamhetschefer tillsammans med medicinskt ledningsansvariga läkare (MLA) och avdelningschefer i samråd med chefläkare. På varje verksamhetsnivå finns rutiner och processer för hur avvikelser, klagomål och förbättringsförslag ska hanteras. Utsedda funktioner bearbetar ärenden och återför information löpande vid APT och i ledningsgrupper. Händelseanalyser och internutredningar samordnas av personer med särskilt ansvar för detta.

### Styrgrupp och samordning

I Psykiatri Halland finns en förvaltningsövergripande styrgrupp för patientsäkerhet och kvalitet, ledd av chefläkaren. I gruppen ingår verksamhetschefer, medicinska verksamhetsutvecklare, klinik-MLA och verksamhetscontroller. Gruppen följer regelbundet upp utredningar, händelseanalyser och patientsäkerhetsronder för att säkerställa att beslutade åtgärder genomförs och följs upp.

Därutöver hålls avstämningar två gånger i månaden mellan klinik-MLA, chefläkare och medicinska verksamhetsutvecklare för att samordna arbetet med patientsäkerhet.

Varje enhet arbetar kontinuerligt utifrån sina lokala mål och inriktningar, som utgår från verksamhetsplaner, tidigare avvikelser och pågående förbättringsarbeten.

Inom vuxenpsykiatriens heldygnsvård har varje avdelning patientsäkerhetsombud som, tillsammans med avdelningschef, driver frågor och medvetandegör arbetet i personalgruppen.

## **Patientsäkerhetsronder**

Psykiatri Halland genomför årligen patientsäkerhetsronder enligt modellen *Patient Safety Leadership Walk Rounds*. Resultat återkopplas vid APT och beslutade åtgärder följs upp efter sex månader.

### **1.1.2 Samverkan för att förebygga vårdskador**

Samverkan utifrån patientens behov är en integrerad och viktig del i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och sker både inom den egna organisationen och med externa vårdaktörer. Samverkan styrs av gemensamma överenskommelser, rutiner och riktlinjer som tydliggör roller och ansvar.

Nedan är några exempel på samverkan som skett under året:

#### **Vuxenpsykiatrisk öppenvård**

- Samverkan mellan heldygnsvård och öppenvård har förstärkts genom förbättringsmöten och regelbundna dialogmöten mellan läkargrupperna.
- Samarbetet med närsjukvården fortsätter i etablerade strukturer. Patientsäkerhetsfrågor är centrala i dessa möten.
- Samverkan med kommunerna har fokuserat särskilt på patienter med beroendeproblematik. Lokala SSGV-grupper finns i alla kommuner och följer upp avvikelser, tvister och samordningsbehov.
- Intern samverkan mellan lokala MLA har stärkts, och en gemensam MLA-utbildning för HV + ÖV startade hösten 2025.

#### **Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård**

- Patientsäkerhetsronder, Gröna korset och månatliga sammanställningar är centrala delar i förbättringsarbetet.
- En kultur som uppmuntrar öppenhet och icke skuldbeläggande dialog har fortsatt att vidareutvecklas
- Kommunikation vid ronder och överrapportering har förbättrats.
- Utbildningar inom NEWS/ProAct och praktiska moment via KTC har genomförts.
- Standardiserade metoder som SBAR och lathundar har implementerats ytterligare.
- Närståendesamverkan har omfattat nya ombud och uppdaterade rutiner.

#### **Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)**

- Överenskommelsen med vuxenpsykiatri har reviderats.
- Samverkan med HVB-hem har renodlats.
- Föreläsningar har hållits för lokala samverkansgrupper och Elevhälsan.
- Beroendeteamet har byggt upp ett tätare samarbete med socialtjänsten.
- Tillsammans med Länsstyrelsen arrangerades en konferens för skolpersonal.

## 1.2 En god säkerhetskultur

Säker vård förutsätter en stark säkerhetskultur. Samtliga verksamheter arbetar kontinuerligt med patientsäkerhetsfrågor enligt beslutade rutiner och riktlinjer.

Avvikelser rapporteras i Platina och hanteras enligt fastställd process. Avvikelsehantering sker i möjligaste mån nära verksamheten där händelsen inträffat. Över tid har attityden till avvikelser förskjutits från att fokusera på individfel till att analysera händelser och system.

Ledningssystemet förbättras och förvaltas fortlöpande, inklusive uppdatering av rutiner och riktlinjer.

Patientsäkerhetsronderna utgör en viktig komponent för att upprätthålla och stärka säkerhetskulturen. Patientsäkerhetsfrågor behandlas regelbundet i mötesforum och vid APT, med fungerande strukturer för att diskutera och vid behov eskalera frågor till förbättringsmöten.

Införandet av Gröna korset inom heldygnsvården har ytterligare stärkt säkerhetskulturen genom att skapa en daglig, synlig och strukturerad dialog om risker och förbättringar. En daglig eskaleringsstruktur gör det möjligt att snabbt lyfta identifierade risker och initiera utvecklingsarbeten lokalt, i ledningsgrupp eller via specifika nätverk.

Inom öppenvården (bup och vuxenpsykiatri) kopplas säkerhetskulturen nära till effektivitet i vårdflödena. Långa väntetider eller för många parallella ärenden kan innebära risker. Att jobba med flöden, köer och processer är därför en direkt del av patientsäkerhetsarbetet.

Ytterligare åtgärder för att stärka säkerhetskulturen har under året varit att stärka kommunikation mellan det medicinska ledningsansvaret och omvårdnadspersonal, bl.a. genom utökat deltagande vid ronder; Patienters synpunkter involveras mer systematiskt genom enkäter och patientråd; Rapportstrukturen standardiseras på samtliga avdelningar för att undvika informationsförluster.

### Hållbart säkerhetsengagemang (HSE)

Under året har en regional HSE-mätning genomförts där all vårdnära personal besvarat frågor kopplat till säkerhetskultur. Resultaten för Psykiatri Halland visar en liten försämring jämfört med 2024, liksom ett något lägre resultat än regionens snitt. Mätningen visar att det generellt finns fortsatt behov av utveckling inom områdena nedan, även om variationen mellan enheter kan vara stor:

- Patientinvolvering
- Implementering av förbättringsåtgärder efter negativa händelser
- Samarbete mellan verksamheter

### **1.3 Adekvat kunskap och kompetens**

En säker vård kräver tillräcklig bemanning, adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra arbetet. Förvaltningens ledningsstruktur säkerställer kompetensförsörjningen där respektive chef har det yttersta ansvaret med stöd av MLA, chefläkare och andra stödfunktioner.

#### **Kompetensutveckling och handledning**

Alla kliniska yrkesgrupper erbjuds handledning och återkommande internutbildningar. Ett nytt schemaläggningssystem har fortsatt implementerats för att underlätta planering och effektivt användande av kompetens. Även införandet av journalsystemet cosmic har bidragit till kompetensutveckling och översyn av arbetssätt under året.

Rutiner och riktlinjer i ledningssystemet har uppdaterats, och flera internutbildningar, studiecirklar och föreläsningar har genomförts.

#### **Exempel på insatser under året**

##### **Barn- och ungdomspsykiatri (Bup)**

- Föreläsning av Beroendeteamets läkare
- Deplyft-utbildning har genomförts
- Regelbundna Bakjournsmöten har hållits
- Förstärkt introduktion för nya medarbetare
- Genomgång och uppdatering av delegationer för psykiatriska bedömningar
- Årshjul för internutbildningar är framtaget

##### **Vuxenpsykiatrisk öppenvård**

- Regelbunden handledning
- Lokal MLA med ansvar för patientsäkerhetsdialog
- Verksamhetschef och klinik-MLA deltar i styrgrupp på förvaltningsnivå
- Årliga patientsäkerhetsronder med halvårsuppföljning
- Start av gemensam MLA-utbildning (HV + ÖV)

##### **Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård**

- NEWS och ProAct-utbildningar tillsammans med MIG-team och anestesi
- Praktisk träning via KTC (t.ex. KAD-sättning, EKG, förflyttningsteknik)
- Fortlöpande Safewards-utbildning
- Genomgång av SBAR och dokumentation i Cosmic
- Daglig träning och lärande via Gröna korset
- Utbildningar i närståendesamverkan

## 1.4 Patienten som medskapare

När patienter och närstående är delaktiga blir vården både säkrare och mer effektiv. Delaktigheten ökar när patienter är välinformerade och vården planeras i samråd. Psykiatri Halland arbetar enligt fastställda rutiner för patient- och närståendemedverkan och genomför riktade insatser för att stärka detta.

Exempel på arbete för att göra patienten till medskapare under året:

### Vuxenpsykiatrisk öppenvård

Inom vuxenpsykiatrisk öppenvård har alla mottagningar en aktivitetsplan för att stärka närståendesamverkan, bland annat har det skett;

- utbildningar inom bipolär sjukdom, ADHD och psykos
- familjebandsutbildning kopplad till DBT
- insatser för barn som anhöriga
- närståendestöd vid Minnesmottagningen

### Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård

- Tillsatt en närståendesamordnare
- Peer Support
- Nya närståendeombud
- Uppdaterade rutiner och informationsmaterial
- Safewards-insatser (t.ex. utskrivningshälsningar)
- Öppen dialog om Gröna korset och avvikelser vid APT
- Förbättrade möjligheter till digitala SIP-möten

### Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

- Vårdnadshavare involveras redan från första kontakten genom BCFPI-intervju.
- Efter ett år görs en systematisk uppföljning som ger värdefull återkoppling om vårdens kvalitet.
- I BUP:s heldygnsvård genomförs regelbundna utvärderingar tillsammans med patient och närstående, även vid utskrivning.

### Brukarråd och dialog med föreningar

Psykiatri Halland har ett etablerat Brukarråd med cirka 25 föreningar, samlade via NSPH Halland och Hallandsrådet. Rådet träffas 2–3 gånger per termin och leds av förvaltningschefen.

Vid större förändringar i organisationen strävar förvaltningen efter att alltid involvera brukarföreningar.

## 2 Agera för säker vård

### 2.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

För att kunna förebygga vårdskador behöver vi förstå vad som faktiskt händer när något går fel. Kunskapen om vårdskador stärks genom identifiering, utredning och mätning av skador och konsekvenser för patienterna. Förvaltningens avvikelseprocess, patientsäkerhetsronder, daglig eskalering och systematisk återföring av resultat är centrala verktyg i detta.

Händelser bedöms av verksamhetschef och klinik-MLA. Mindre ärenden utreds lokalt; vid allvarliga händelser utses särskild utredare och internutredning/händelseanalys genomförs.

Verksamhetscheferna har löpande avstämningar med stödfunktioner och går igenom ärenden från patientnämnd, IVO och vårdgrannar samt följer ärenden hos förvaltningsstaben och de som skickats till IVO. Resultat återförs kontinuerligt till ledningsgrupper.

Under året har en Lex Maria-anmälan gjorts och ett 20-tal internutredningar hanterats, främst suicid och oklara dödsfall. Lärdomar rör bl.a. behov av tydligare dokumentation, översyn av arbetssätt och rutiner samt bättre samordning vid vårdens övergångar.

#### **Exempel på åtgärder och lärdomar under året, utifrån identifierade risker och vårdskador**

##### **Vuxenpsykiatrisk öppenvård**

- Fokus på övergångar mellan öppen och heldygnsvård
- Förbättrad följsamhet till suicidpreventionsriktlinjen
- Förbättrad triagering av 1177-ärenden (pågående implementering)
- Planering av större utvecklingsarbete kring TeleQ och 1177 efter Cosmic-införandet

##### **Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)**

- Infört journalmall i Cosmic
- Tillsatt samordnande sjuksköterska
- Samarbete med Barnkliniken vid somatiskt komplexa patienter
- Rutiner för interna gränsdragningar
- Fördjupad genomgång av sekretessrutiner

##### **Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård**

- Dagliga Gröna korset-avstämningar och månadsuppföljningar
- Systematiska Lex Maria-uppföljningar via Planner
- Fallriskbedömningar (65+)
- Uppdaterade deliriumrutiner
- Förbättrad PVK-hantering
- Införande av Trygghetsrundan
- Reviderad SBAR och lathundar i Cosmic
- Förstärkt samverkan med privata mottagningar



## **2.2 Tillförlitliga och säkra system och processer**

Systematiskt patientsäkerhetsarbete integreras i verksamhetsutvecklingen för att kombinera reaktiva och proaktiva perspektiv och minska oönskade variationer. Under året har särskilt fokus lagts på övergångar mellan öppen- och heldygnsvård, vilket förbättrat akutprocessen.

Chefläkare har nära dialog med verksamheterna för ett sammanhållet perspektiv. Följsamhet till ledningssystemets rutiner och riktlinjer säkerställs och uppdateras fortlöpande.

Standarder för bl.a. nybesök, dokumentation och suicidriskbedömning används för enhetliga arbetssätt. Väntetider och köer följs kontinuerligt utifrån kopplingen mellan flöden och patientsäkerhet. Patientsäkerhetsronder, internutredningar, händelseanalyser, patientnämndsärenden och avvikelser utgör basen för egenkontrollen.

Uppföljning sker även via mätningar och relevanta kvalitetsregister, inklusive dokumentationskontroll vid tvångsåtgärder enligt LPT/LRV. Regelbundna kontroller av teknisk utrustning, provtagningsapparat och läkemedelshantering genomförs enligt ledningssystemets dokument. Journalöppningsloggar följs för att motverka obehörig åtkomst.

Verksamheterna deltar i synpunkts- och remissrunder för regionala vårdriktlinjer och standardiserade vårdförlopp; lokala riktlinjer uppdateras i enlighet med nationella förändringar.

### **Exempel på uppföljning och kvalitetssäkring under året:**

#### **Vuxenpsykiatrisk öppenvård**

- Löpande uppföljning av väntetider
- Implementering av uppdaterade riktlinjer
- Genomgång av suicidrelaterade avvikelser i samarbete med heldygnsvården
- NÖHRA-arbete kring beroendeprocessen
- Arbetsgrupp för att öka användningen av vårdplaner i Cosmic
- Optimering av ADHD-processen (ny vårdriktlinje i slutfas)

#### **Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)**

- Avvikelser och patientnämndsärenden tas i ledningsgrupper
- Bakjourensmöten, teamkonferenser och jourrapporter ger snabb återkoppling

#### **Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård**

- Prioriterad utskrivningsprocess med utbildning i Lifecare
- Dagliga och månatliga uppföljningar via Gröna korset
- Reviderad SBAR-struktur
- Planner för uppföljning av åtgärder
- Förbättrad PVK-hantering
- Fortsatta Safewards-insatser

## 2.3 Säker vård här och nu

### 2.3.1 Riskhantering

Riskhantering bedrivs kontinuerligt av både patientsäkerhets- och arbetsmiljöska. Avvikelse kategoriseras och riskbedöms, och riskanalyser genomförs vid betydande organisatoriska förändringar. Förvaltningen arbetar enligt principen ständiga förbättringar med täta möten där risker kan lyftas och eskaleras snabbt. I heldygnsvården är Gröna korset och den kontinuerliga dialogen i personalgruppen centrala verktyg. Samtliga avdelningar har medarbetare som stödjer avvikelshantering och ökar medvetenheten.

**Några generella riskområden under året:** remisshantering;

1177/webbtidbok/VAS/IT-system; köer och väntelistor; kapacitets- och bemanningsbrister; hyr- och roterande personal; kraftigt utåtagerande patienter; vårdens övergångar.

**Som en följd av identifierade risker har bland annat följande åtgärder initierats under året:**

- Skärpt efterlevnad av sekretessrutiner och riktade utbildningsinsatser för att säkerställa korrekt informationshantering i patientnära arbetssituationer.
- Förstärkt kompetensutveckling inom somatisk vård för att säkerställa trygg och likvärdig vård även vid personalrotation.
- Utökad riskbedömning av nutrition och undernäring på samtliga avdelningar, med fokus på ökad följsamhet.
- Förstärkt arbete kring fallrisker genom mer systematiska bedömningar och åtgärder.
- Minskade risker kopplade till personal- och läkarrotation genom förbättrad struktur, gemensamma arbetssätt och ökad kontinuitet.
- Utvecklat arbete för att öka följsamheten till rutiner inom Lifecare, dokumentation, läkemedelskommunikation och GAPT.
- Åtgärder för att hantera brister i intern och extern samverkan.
- Insatser för att skapa ett jämnare mindset i personalgruppen samt riktade kunskapshöjande aktiviteter.

## 2.4 Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.

### 2.4.1 Avvikelse

Avvikelse bearbetas av avdelningschef, med möjlighet att delegera delar till utsedd bearbetare. Medicinska avvikelser remitteras till medicinska befattningshavare, oftast lokal MLA. Klinik-MLA och verksamhetschef värderar allvarigare avvikelser, beslutar om internutredning och lämnar efter genomförd internutredning ärendet till chefläkare för eventuell Lex Maria-anmälan. Avvikelse sammanställs och redovisas regelbundet vid APT och i andra

forum. Mönster i avvikelser föranleder riktade förändringsinsatser och lärdomar sprids till berörda enheter.

Samtliga kliniska verksamheter rapporterar avvikelser systematiskt och kontinuerligt. En skuld- och skamfri kultur uppmuntras, med fokus på systemförbättring. Återkoppling prioriteras för att upprätthålla en god rapporteringskultur.

Enhet	2024-01-01 - 2024-12-31	2025-01-01 - 2025-12-31
Bup och Ätstörningsvården	357	387
Lednings- och verksamhetsstöd	9	2
Rättsspsykiatri	87	80
Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård	560	630
Vuxenpsykiatrisk öppenvård	334	362
<b>Total</b>	<b>1347</b>	<b>1461</b>

Kategori	2024-01-01 - 2024-12-31	2025-01-01 - 2025-12-31
Administration	197	245
Arbetsmiljö	44	48
Brand	6	10
Ej kategoriserade	147	352
Fastighet/Drift	5	5
Fordon		1
Informationssäkerhet	50	27
IT, tele och kommunikationsteknik	23	13
Medicinteknisk produkt/Hjälpmedel	2	13
Miljö	2	5
Övrigt	36	27
Patient	966	838
Pedagogisk incident	10	4
Säkerhet	58	37
Transport	6	5
Vara/Tjänst	14	9
<b>Total</b>	<b>1566</b>	<b>1639</b>

Kategori	2024-01-01 - 2024-12-31	2025-01-01 - 2025-12-31
Administrativ hantering	37	56
Dokumentation och sekretess	44	42
Ekonomi		1
Kommunikation	72	56
Övrigt	24	28
Patient	300	199
Resultat		6
Tillgänglighet	1	7
Vård och behandling	460	420

Vårdansvar och organisation	28	23
<b>Total</b>	<b>966</b>	<b>838</b>

## 2.4.2 Klagomål och synpunkter

Patientklagomål och synpunkter hanteras i Platina, parallellt med avvikelser. Klagomål kan lämnas till avdelningschef, till patientnämnden eller via 1177. Vanliga områden är bemötande, närståendemedverkan, information/kommunikation samt upplevda fel i journal, utredning eller medicinering.

**Exempel på åtgärder som följd av patientnämndsärenden:** samtal med behandlare om bemötande; byte av vårdgivare eller mottagning; läkemedelsjustering; revidering/tillägg i journal.

Under året har klagomål rörande skyddad identitet även föranlett översyn och förstärkt fokus på rutinerna i hela förvaltningen.

Kontrollmoment	2024	2025
Patientnämndsärenden	115	143
Lex Maria	2	1
IVO Klagomål	6	6

Gällande svarstider för patientnämndsärenden är Region Hallands ambition att 80% av ärendena ska ha fått ett svar inom fyra veckor. För Psykiatrins del har ca 73% av alla årets ärenden besvarats inom fyra veckor.

## 2.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Vården behöver upprätthålla funktionalitet vid förändrade förhållanden, vilket ställer krav på resiliens. En robust patientsäkerhetsstruktur, god produktion och stabil bemanning bidrar till god beredskap. Lednings- och eskaleringsstrukturen möjliggör snabbt, dagligt beslutsfattande och god reaktionsförmåga vid oväntade händelser. Bland annat lärdomar från pandemin har kommit till nytta i det fortsatta patientsäkerhetsarbetet. Under året har optimering av vårdplatsutnyttjandet varit centralt för att minska behovet av bemanningspersonal. Ett arbete för att ta fram uppdaterade kontinuitetsplaner för samhällsviktiga verksamheter har även pågått under året.

**Ytterligare några exempel på arbete som pågått under året på området:**

**Vuxenpsykiatrisk öppenvård:** Regelbunden dialog med säkerhetspartners för att utveckla beredskapen.

**Barn- och ungdomspsykiatri (Bup):** Återkommande hot- och våldsutbildningar på alla enheter.

**Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård:** Ökade krav på riskmedvetenhet i samband med personalrotation mellan avdelningar; GAPT-rutin används kontinuerligt; Trygghetsrundan används för att motverka införsel av droger och otillåtna föremål; Safewards-metoder som lugnande stöd och positiv rapportering minskar konflikter; Gröna korset används för daglig riskidentifiering med månadsvisa åtgärdsuppföljningar. Förstärkt introduktion och återkommande påminnelser om rutiner ges vid personalrotation.

### 3 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

**Vuxenpsykiatrisk öppenvård:** Fortsatt genomlysning och utveckling av prioriterade vårdprocesser (ADHD, psykos, beroende) för patientsäker och jämlik vård. Införandet av produktions- och kapacitetsplanering (PKP) fortsätter för att stärka planering, styrning och förutsägbarhet.

**Barn- och ungdomspsykiatri (Bup):** Fortsatt arbete med introduktioner och internutbildning; vidare utveckling av Beroendeteam; central monitorering av neuroleptikainsättningar och fortsatt monitorering av SSRI-insättningar.

**Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård:** Fokus på stärkt säkerhetskultur genom ökad följsamhet till Gröna korset och Safewards; förbättrad kommunikation vid ronder och överrapportering via SBAR; kontinuerlig kompetenshöjning med utbildningar och praktisk träning via KTC. Ett årshjul införs för träning och systematisk uppföljning av åtgärder i Planner. Följsamhet till funktions- och dokumentationsbeskrivningar ska öka. Särskilda utmaningar är personalomsättning, rotation mellan avdelningar, tekniska hinder vid digitala möten samt kontinuitet i utvecklingsarbete vid avdelningsstängningar. Prioriterade områden inkluderar förbättrad rapportstruktur (SBAR, Lifecare), fallprevention (riskbedömningar, hjälpmedel), utbildning inom missbruk/beroende och CIWA/COWS vid behov, rutiner för skyddad identitet och minderåriga på PIVA samt fortsatt utveckling av LRV-vården på avd. 23.

För LRV (rättpsykiatrisk vård) prioriteras utveckling av *Drogsnack* som integrerad del i vårdprocessen med regelbundna uppföljningar; förstärkt stöd vid visitationer i samarbete med narkotikahundar; fördjupad återfallsprevention via strukturerade insatser av kurator och psykolog; nya metoder för hantering av tobaksinnehav för att motverka insmuggling. Syftet är en tryggare miljö och bästa möjliga stöd i rehabiliteringen. Suicidpreventionen förstärks med fler säkerhetsplaner, studiecirkelar och ökad samverkan med närstående.

#### **Förvaltningsgemensamma mål och utmaningar:**

- Öka patienters och närståendes delaktighet i vården.
- Utveckla samverkan internt och med vårdgrannar.
- Fortsatt vidareutveckla uppföljningen av implementering av åtgärder från internutredningar/händelseanalyser och patientsäkerhetsronder.
- Fortsätta implementera digitala arbetssätt patientsäkert (distansbesök, digitala skattningsskalor m.m.).
- Förbättra vårdprocesser i enlighet med nationell kunskapsstyrning.
- Delta aktivt i regionövergripande patientsäkerhetsarbete i enlighet med regional handlingsplan för patientsäkerhet.