



Patientsäkerhetsberättelse 2024

Psykiatri Halland

2024

2025-01-27

Innehållsförteckning

1	Grundläggande förutsättningar för säker vård.....	3
1.1	Engagerad ledning och tydlig styrning	3
1.2	En god säkerhetskultur.....	4
1.3	Adekvat kunskap och kompetens.....	5
1.4	Patienten som medskapare.....	7
2	Agera för säker vård.....	9
2.1	Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	9
2.2	Tillförlitliga och säkra system och processer.....	10
2.3	Säker vård här och nu	11
2.4	Stärka analys, lärande och utveckling.....	12
2.5	Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	15
3	Mål, strategier och utmaningar för kommande år	16

1 Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

1.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

1.1.1 Organisation och ansvar

Grunden i patientsäkerhetsarbetet är alla medarbetare i Psykiatri Halland, som har skyldighet att bidra till god patientsäkerhet, att uppmärksamma fel och brister samt att arbeta utifrån gällande rutiner och riktlinjer.

Det lokala patientsäkerhetsarbetet leds av verksamhetschefer i samråd med klinik-MLA, avdelningschefer och förvaltningens chefläkare, enligt beslutade rutiner och riktlinjer.

Strukturer och processer för att hantera avvikelser, klagomål och förbättringsförslag finns på verksamhetsnivå. Utsedda personer bearbetar och återför resultat, som redovisas kontinuerligt på APT och ledningsgruppsmöten. Internutredningar och händelseanalyser samordnas av utsedda personer.

En förvaltningsövergripande styrgrupp för patientsäkerhet och kvalitet, ledd av chefläkaren, inkluderar verksamhetschefer, medicinska verksamhetsutvecklare och klinik-MLA. Styrgruppen följer systematiskt upp internutredningar, händelseanalyser och patientsäkerhetsronder för att bland annat säkerställa implementering av förbättringsåtgärder.

Utöver styrgruppens möten hålls avstämningar två gånger per månad med klinik-MLA, chefläkare och medicinska verksamhetsutvecklare. Varje avdelning och mottagning har lokala mål baserade på verksamhetsplan, tidigare avvikelser och förbättringsarbeten, vilket ger ett riktat arbetssätt.

Psykiatri Halland har även en etablerad modell för patientsäkerhetsronder, baserat på ”Patient Safety Leadership Walk Rounds”. Alla verksamheter genomför patientsäkerhetsronder under året med uppföljning på APT och ett uppföljningsmöte efter sex månader.

1.1.2 Samverkan för att förebygga vårdskador

I Psykiatrin är samverkan och samarbete utifrån patientens behov en väsentlig del i både kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Samverkan sker både inom egen organisation och med andra vårdaktörer.

Till grund för samverkan finns beslutade överenskommelser, rutiner och riktlinjer som reglerar ansvarsfördelningen samt upprättade forum för samverkan. Samverkan och samarbete är en naturlig del i vården och sker kontinuerligt under året. Nedan är några exempel på samverkan som skett under året

Intern Samverkan:

- Regelbundna möten mellan avdelningarna inom heldygnsvården.
- Samverkan med vuxenpsykiatrisk öppenvård och Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP).
- Regelbunden samverkan mellan heldygnsvård och öppenvård.
- Samverkan mellan Bup och Ungas psykiska hälsa
- Dagliga pulsmöten och löpande förbättringsmöten för att förbättra patientsäkerhet

Extern Samverkan:

- Kontinuerliga möten med övriga vårdförvaltningar, kommuner, Polismyndigheten och Kriminalvården.
- Regelbunden samverkan mellan närsjukvården och den vuxenpsykiatriska öppenvården
- Dialog med angränsande regioner (Kronoberg, Västra Götaland, Skåne).
- Utarbetande av rutiner och riktlinjer för samarbete vid samvård eller överflyttning av patienter.
- Samverkan med kommunerna för patienter med skadligt bruk och beroende
- Förbättrad samverkan med HVB-hem i Halland

1.2 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Samtliga verksamheter inom Psykiatrin arbetar kontinuerligt med patientsäkerhetsarbete utifrån beslutade rutiner och riktlinjer. Avvikelse rapporteras i Platina och bearbetas enligt rutin. Psykiatrin fortsätter arbetet med att förbättra och förvalta ledningssystemet samt att fortlöpande uppdatera rutiner och riktlinjer

Förvaltningens patientsäkerhetsronder är en viktig komponent i arbetet med att upprätthålla och främja en god säkerhetskultur.

Patientsäkerhetsfrågor lyfts regelbundet i olika mötesforum och på APT och det finns väl fungerande strukturer för att diskutera patientsäkerhet och avvikelser, och vid behov eskalera dessa till förbättringsmöten för lösning.

Avvikelsehanteringen är väl fungerande i hela organisationen och hanteras så långt det är möjligt på lokal nivå, där problemen har uppstått. Säkerhetstänkandet är högt bland personalen och över tid har vi också kunnat se en tydlig förändring i attityd till att skriva avvikelser från att skriva avvikelse med fokus på att ”nägon” gjort fel till att i stället se till själva händelsen.

Införandet av Gröna korset inom heldygnsvården bedöms också främja en ytterligare förbättrad säkerhetskultur och blir ett naturligt sätt att synliggöra och diskutera patientsäkerhetsfrågor, och ett sätt att ytterligare höja medvetenheten kring patientsäkerhet.

I förvaltningen finns även en väl fungerande daglig eskaleringsstruktur där bland annat identifierade patientsäkerhetsrisker kan lyftas in. Därifrån kan utvecklingsarbeten initieras på flertalet olika sätt, inte minst genom regelbundna förbättringsmöten både lokalt och i ledningsgrupp - men också genom att specifikt aktivera olika nätverk i vården kring en identifierad risk. Som exempel finns ett etablerat psykosnätverk och beroendenätverk, där alla behandlare i mottagningarnas respektive team träffas en halv dag varje termin för att säkerställa likvärdig vård, samt identifiera patientsäkerhetsrisker och vid behov ta fram åtgärdsplaner. Patientsäkerhetsfrågorna blir på så sätt naturligt integrerade i verksamhetens struktur för förbättringsarbete.

I öppenvården har patientsäkerhet ett nära samband med flöden i vården, där utdragna flöden med för många samtidigt pågående eller köställda patientärenden kan innebära patientsäkerhetsrisker, till exempel risk för försämring under väntetid och/eller risk att ärenden ”tappas bort”. Inom öppenvården arbetas kontinuerligt med att lägga fokus på att utveckla flöden och processer samt att korta köer. Denna strategi bidrar också till att förstärka patientsäkerhetskulturen.

Även inom psykiatriförvaltningens heldygnsvård är säkerhetstänkandet högt hos personalen. Under året har man fortsatt utveckla arbetet kring Gröna korset genom såväl struktur samt utveckling av dialog och uppföljning av olika händelser. I den utvärdering som gjorts av arbetet med Gröna korset framgår att de avdelningar som arbetar med metoden samtliga uppger att de är nöjda med det resultat som på flera plan uppnås.

Inom den vuxenpsykiatriska heldygnsvården har man fortsatt att arbeta med att stärka kommunikationen mellan det medicinska ledet och omvårdnadsgruppen, t.ex. med närvaro av fler omvårdnadspersonal vid ronderna, vilket genomförts på några avdelningar och lett till ett förbättrat samarbete och en stärkt patientsäkerhetskultur.

Vidare har man inom heldygnsvården även arbetat med att involvera patienternas synpunkter i att förbättra säkerhetskulturen, arbeta mer proaktivt genom att dela ut patientenkäter och aktivt fråga efter patienters synpunkter i samband med patientråd.

Arbete har även pågått för att standardisera rapportstrukturen på samtliga psykiatriavdelningar i syfte att minska risken att information går förlorad.

Hållbart säkerhetsengagemang (HSE)

Under året har även en regional mätning av Hållbart säkerhetsengagemang genomförts, för att undersöka säkerhetskulturen i förvaltningarna. I mätningen har samtliga medarbetare som har vårdnära tjänst fått besvara ett antal frågor kopplat till säkerhetskultur. Mätningen visar på ett bra resultat för Psykiatrin, ungefär i nivå med övriga Regionen. Psykiatrins resultat är på samma nivå som 2023 års mätning. Resultatet indikerar att vi kan bli ännu bättre på att involvera patienter i patientsäkerhetsarbetet, genomföra förbättringar efter negativa händelser samt fortsätta utveckla samarbetet mellan verksamheter.

1.3 Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Att adekvat kunskap och kompetens finns säkerställs av förvaltningens ledningsstruktur och organisation, där respektive chef har ytterst ansvar för att säkerställa personalens kompetens och en säker vård, med stöd av MLA, chefläkare med flera.

Inom vuxenpsykiatrins heldygnsvård har varje avdelning även en medarbetare med uppdrag att vara patientsäkerhetsombud och i det uppdraget tillsammans med avdelningschef särskilt bevaka och arbeta

med frågor i ämnet, samt att medvetandegöra frågorna för all personal.

I förvaltningen erbjuds handledning löpande till alla kliniskt verksamma yrkesgrupper och internutbildningar organiseras kontinuerligt utifrån aktuella frågor.

Patientsäkerhetsarbete är en stående punkt på BUP Hallands internutbildning som främst riktar sig till nyanställda och genomförs vid fem tillfällen per år.

En viktig insats under året har även varit införandet av ett nytt schemaläggningssystem vilket underlättar i planering och nyttjande av kompetens samt förberedelse för det nya journalsystemet.

Under året har rutiner och riktlinjer i ledningssystemet kontinuerligt setts över och implementerats och ett flertal internutbildningar, studiecirkelar och föreläsningar arrangerats utifrån aktuella ämnen

Exempel på några insatser som genomförts under året för att ytterligare stärka kunskap och kompetens:

Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård

- Alla sjuksköterskor och läkare i heldygnsvården i Halmstad har fått repetitionsutbildning i Lifecare för att underlätta samverkan med kommunen
- Ett arbete för att förbättra och standardisera rapportstrukturen i heldygnsvården har gjorts
- Genomfört simuleringsövningar med hjälp av högskolan för att främja omhändertagande och teamarbete i akuta situationer.
- Utbildning kring avdelningsspecifika omvårdnadsinsatser kopplat till att personal förflyttas mer mellan avdelningar. Ätstörningsvård, BI, ångestskola/ångesthantering samt planerat för kunskapshöjning kring ADL-stöd.
- Läkargruppen har fått utbildning i ny BI-rutin (brukarstyrd inläggning)
- Workshops i venprovtagning och NEWS-kontroller genomförs regelbundet. Även fokus på akuta situationer samt förstärkta scenarion vid HLR-utbildning på kliniken.
- Inom heldygnsvården finns även utsedda självskyddsinstruktörer som regelbundet utbildar personal i att hantera olika situationer, vilket leder till förbättrad patientsäkerhet.
- Under året har verksamheten även arbetat med Psyk E-bas (utbildningsmaterial framtaget av Karolinska Institutet) som ett led i att höja kompetensen inom ett flertal områden.

Vuxenpsykiatrisk öppenvård

- Utbildning om ”dragande och tryckande system” i öppenvård har skett via en framtagen film. Syftet är att skapa ett helhetstänk kring hur vi använder och ansvarar för våra gemensamma resurser och ger rätt vård i rätt tid.

Barn- och ungdomspsykiatri

- Inom BUP har arbetet med Deplyftet vidareutvecklats (material för bedömning och psykopedagogisk behandling av depression). Deplyftet syftar till att alla barn och unga som söker till BUP kliniker screenas för depression och att vården vid depression följer riktlinjer.

1.4 Patienten som medskapare

En viktig komponent för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

I Psykiatrin finns fastställda rutiner för patient- och närståendemedverkan som grund för det kontinuerliga arbetet och medvetandet är högt i verksamheterna, där även en rad insatser pågår för att stärka arbetet.

Under året har det inom den vuxenpsykiatriska öppenvården upprättats aktivitetsplaner på samtliga mottagningar för hur närståendemedverkan ytterligare kan utvecklas under året och inom den vuxenpsykiatriska heldygnsvården har arbetet stärkts genom att tillsätta en ”närståendesamordnare” för att ytterligare förstärka arbetet i verksamheten. Inom Haldygnsvården har även två Peer Support anställts under året, vilket kommer bidra till att patienterna blir än mer delaktiga i vården.

Inom Bup är vårdnadshavare involverade från första kontakt genom BCFPI, Brief Child and Family Phone Interview, en strukturerad telefonintervju som genomförs i den initiala triageringen. Genom den uppföljning som sker ett år efter den första telefonintervjun får vården en tydlig återkoppling av hur vårdnadshavare har uppfattat vården och vad som eventuellt har brustit. Detta ger en mer systematiserad bild än den bild man får i den naturliga återkopplingen när man träffar vårdnadshavare och andra närstående i den direkta vården av patienten. Inom BUP:s heldygnsvård ingår utvärderingar av vård med patient och närstående regelbundet och vid utskrivning. Dessa synpunkter används ofta senare i förbättringsarbete på enheten. Inom BUP:s heldygnsvård ingår utvärderingar av vård med patient och närstående regelbundet och vid utskrivning. Dessa synpunkter används ofta senare i förbättringsarbete på enheten.

Psykiatrin Halland har sedan många år ett ”Brukarråd” som totalt innefattar ca 25 olika föreningar och som i brukarrådet representeras av NSPH Halland, Hallandsrådet och Brukarrådet Halland. Rådet träffas 2–3 gånger per termin med förvaltningschefen som sammankallande. I rådet avhandlas frågor som rör specialistpsykiatrin, bland annat innefattande mål- och inriktningsfrågor. Vid organisationsförändringar eller vid större förändringar i verksamheten strävar vi alltid efter att få med brukare i processen.

Under året har Verksamhetschefer och klinik-MLA haft ett flertal möten med patienter och närstående utifrån patientnämndsärenden och internutredningar.

Ytterligare några exempel på insatser som skett under året för att involvera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet:

Vuxenpsykiatrisk öppenvård

- På samtliga mottagningar pågår olika former av närståendemedverkan för närstående till patienter med bipolär sjukdom, ADHD och psykosjukdom. På VPM Varberg har det startats upp familjebandsutbildning till patienter som deltar/deltagit i DBT.
- I Kungsbacka pågår utveckling av arbetssätt för att nå fler barn, inte minst via stöd och information till deras föräldrar. Målet är att hitta fler och enklare vägar att nå barn som anhöriga. När modellen är utarbetad kommer den att förankras på övriga mottagningar för spridning.
- Under året har ett nytt arbetssätt för inhämtande av samtycke till sekretesslättnad implementerats på alla mottagningar. Processen sker nu digitalt via 1177 vilket underlättar och möjliggör kontakt och samverkan med närstående.

- På minnesmottagningen finns en väl etablerad närståendemedverkan i de allra flesta besök. Mottagningen erbjuder även närståendegrupper, då en patient är nydiagnostiserad med en demenssjukdom. Närstående erbjuds alltid kontakt med kurator för information kring ex insatser, ekonomi och juridik. Mottagningen samverkar med kommunernas anhörigstöd.

Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård

- Aktivt arbete för att erbjuda närståendesamtal med läkare och omvårdnadspersonal samt säkerställa kontakt med närstående vid in/ut – skrivning från vårdavdelning.
- Patientråd, patientenkäter och visitkort för kontakt efter vårdtiden är åtgärder som används vid vissa avdelningar.
- Fortsatt arbeta med implementering av Safewards inom heldygnsvården. *Safeward är en metod för att bland annat förebygga och hantera hot och våld i psykiatrisk heldygnsvård, och skapa en trygg och meningsfull heldygnsvård, med patienterna som medskapare*
- Rättspsykiatri har implementerat peer support som bland annat arbetar med Forum för inflytande, ett återkommande möte som ägs av peer support och patienter gemensamt. Peer support medverkar även vid APT, ronder, rapporter och som stöd för patienter. Syftet är att balansera och minska maktöverläge mellan personal och patienter och förbättra bemötande och etiskt förhållningssätt. Huvudsaklig vinst för patienterna är att de har fått en egnerfaren part som förstår och står på deras sida.
- Vid rättspsykiatri bjuds närstående in till avdelningen en gång i halvåret för föreläsningar av chef och olika yrkeskategorier. Det bjuds på fika och finns möjlighet att se avdelningen. Kontakt med närstående tas även mellan dessa tillfällen såsom medverkan vid behandlingskonferenser, hembesök med mera.
- Nyligen tillsattes en samordnare för att ytterligare utveckla arbetet med delaktighet och stöd till närstående på kliniken.

Barn- och ungdomspsykiatri

- Fortsatt utveckla användandet av ”Blå Appen” inom BUP för att göra patienter och anhöriga mer delaktiga i vården.

2 Agera för säker vård

2.1 Öka kunskap om inträffade vårdskador

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.

Viktiga delar i att öka kunskapen om inträffade vårdskador är förvaltningens process för avvikelshantering, patientsäkerhetsronder samt den dagliga eskaleringsstrukturen och återföring av resultat från dessa till verksamheten.

Händelser av typen vårdskada eller allvarlig vårdskada bedöms av verksamhetschef och klinik-MLA avseende hur den fortsatta handläggningen skall genomföras. I vissa ärenden görs en mindre utredning på lokal nivå med exempelvis MLA. I allvarligare fall utses en särskild utredare och en internutredning/händelseanalys genomförs.

Verksamhetschefer har löpande avstämningsmöten med berörda stödfunktioner och går igenom ärenden från patientnämnden, IVO och vårdgrannar. Där följs även ärenden som gått in till förvaltningsstaben för bedömning av chefläkare och de som skickats till IVO.

Resultat återförs till berörda ledningsgrupper kontinuerligt.

Under året har Psykiatrin anmält 2 ärenden enligt Lex Maria och haft ca 25 internutredningar under handläggning. Till stor del rör det sig om suicid och oklara dödsfall.

Identifierade områden i utredningarna har påvisat behov av tydligare dokumentation, behov av översyn av vissa arbetssätt, rutiner och information. Viktiga områden har varit tydlighet i rapportering och förtydligande kring ansvarsfördelning vid vårdens övergångar. Lärdomarna förmedlas kontinuerligt i verksamheterna.

Exempel på åtgärder och lärdomar under året:

Vuxenpsykiatrisk öppenvård

- Ett förbättringsarbete har genomförts gällande effektivisering och kvalitetssäkring av 1177-ärenden och implementering av ett förbättrat arbetssätt gällande triagering av patientärenden pågår, där en rutin har fastställts och implementeras. Rutinen innebär en tydlighet i prioritering och handläggning av ärenden som inkommer via 1177.
- Genom ÖV och HV:s regelbundna gemensamma förbättringsmöten och månadsmöten har verksamheten generellt fokus på övergångar mellan öppen- och heldygnsvård. I vår akutprocess har det tidigare funnits relativt stora problem i övergångarna, men genom vår systematiska uppföljning av processen har vi idag sällan några avvikelser. Och när de finns så kan vi omedelbart uppmärksamma och åtgärda dem.

Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård

- Vi har också under året löpande kunnat identifiera och åtgärda uppkomna brister i följsamhet till vårdriktlinjen för suicidprevention, exempel på åtgärder är att säkerställa att säkerhetsplaner genomförs och dokumenteras på ett enhetligt och strukturerat sätt, samt att vi i större utsträckning remitterar patienter till vår egen öppenvård.
- Förbättrat system för att systematiskt kunna följa upp för att förbättra uppföljningen av de

åtgärder som upprättats i handlingsplaner kopplade till internutredningar/Lex Maria-ärenden, både sorterade utifrån åtgärd och utifrån avvikelse

- Utvecklat arbete kring PVK:er, såväl dokumentation som följsamhet till rutiner för att minska risken för tromboflebiter.
- Vårdrutinen för deliriumbehandling är förtydligad, klar inom kort.
- Flera gemensamma möten med privata öppenvårdsmottagningar för att förbättra samverkan har ägt rum under året.

Barn- och ungdomspsykiatri

- Inom Bup har en plan för att centralisera gruppverksamheten tagits fram, vilket förväntas leda till ökad produktion, jämlik vård och därmed förbättrad patientsäkerhet
- Inom Bup har läkemedelsfortbildning skett för sjuksköterskor
- Inom Bup har utbildning och föreläsning kring LPT skett

2.2 Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejaktas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Verksamheterna har under året haft ett särskilt fokus på övergångar mellan öppen- och heldygnsvård och följt upp vår akutprocess kontinuerligt under året. Resultatet av detta har blivit att processen har fungerat betydligt bättre, medan det tidigare fanns större problem i övergångarna.

För att stärka det förvaltningsövergripande perspektivet på patientsäkerhetsarbetet, deltar chefläkare i den dagliga eskaleringsstrukturen, när heldygnsvård och öppenvård går igenom dagens situation.

En grundläggande del i patientsäkerhetsarbetet och dess system och processer är att upprätthålla följsamhet till beslutade rutiner och riktlinjer i ledningssystemet. Dessa ses över kontinuerligt och diskuteras både lokalt och på övergripande nivå. Att ha etablerade standarder för till exempel nybesök, dokumentation och suicidriskbedömning bidrar starkt till att säkerställa systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Under året har förvaltningen följt väntetider och köer noggrant, utifrån att det finns en koppling mellan flödeseffektivitet och patientsäkerhet.

Patientsäkerhetsronderna utgör ett viktigt instrument i förvaltningens egenkontroll. Uppföljning av dessa samt internutredningar och händelseanalyser sker dels i verksamheterna, dels i förvaltningens Styrgrupp för patientsäkerhet och kvalitet. Även patientnämndsärenden och avvikelser följs upp systematiskt.

Egenkontroll utförs också genom uppföljning av olika mätningar samt tillämpliga kvalitetsregister. Kvalitetskontroll av dokumentationen vid tvångsåtgärder enligt LPT/LRV sker regelbundet.

Egenkontroll sker även genom regelbundna kontroller av teknisk utrustning, provtagningsapparat, läkemedelshandling med mera utifrån de dokument som finns fastställda i ledningssystemet. Verksamheterna kontrollerar även regelbundet loggar hos medarbetarna, så att inga obehöriga

journalöppningar görs.

Verksamheterna deltar i synpunktsrundor och remissrundor gällande regionala vårdriktlinjer eller nya standardiserade vårdförlopp. När det sker uppdateringar i nationella riktlinjer säkerställer vi att eventuella lokala riktlinjer uppdateras i enlighet med ny kunskap. Förankring och implementering av förändrade/nya riktlinjer och vårdförlopp följer linjeorganisationen

Uppföljning med hjälp av statistik och data sker löpande för att uppmärksamma eventuella brister eller förbättringsbehov i våra vårdprocesser

Några exempel på åtgärder och insatser som gjorts under året:

Vuxenpsykiatrisk öppenvård

- Följsamhet till suicidpreventionsprocessen har vi under året arbetat med genom att följa upp implementeringen av vårdriktlinjen på respektive mottagning för att säkerställa att den är känd och följs. Avvikelse gällande suicidprevention i vårdkedjan har bearbetats gemensamt av HV och ÖV, åtgärder har vidtagits och processen har kontinuerligt förbättrats avseende vårdens övergångar mellan HV och ÖV.
- På grund av det höga inflödet av frågeställning NP-diagnos har vi under året haft ett pågående arbete med att optimera och utveckla ADHD-processen. Utifrån analys av relevant data och nuläge har en GAP-analys, samt en konsekvensanalys gjorts. Ett förslag på organisation, arbetsprocess och struktur för ADHD -processen har tagits fram och en arbetsgrupp kommer att jobba vidare med konkreta förbättringsförslag. Bland annat kommer den regionala riktlinjen att ses över, så att den utgör ett uppdaterat och mer detaljerat stöd för mottagningarna.
- Ett utvecklingsarbete har pågått beträffande att förbättra de vuxenpsykiatriska mottagningarnas flöden och arbetssätt för 1177, interna kommunikationsvägar, väntelistor, mm.

Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård

- Stort fokus på utskrivningsprocessen där många avvikelser uppstår. Åtgärder t.ex. genom repetitionsgenomgångar av Lifecare för både sköterskor och läkare.

Barn- och ungdomspsykiatri

- Bup har utvecklat arbetet med jourrapporter och teamkonferenser.

2.3 Säker vård här och nu

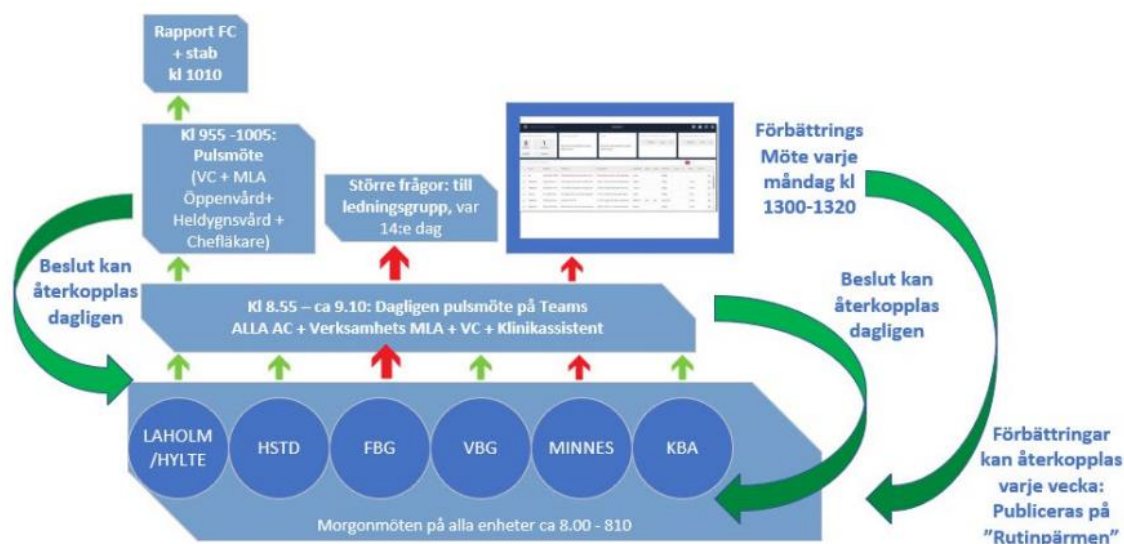
Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

2.3.1 Riskhantering

Vårdgivare ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. För varje sådan händelse ska vårdgivare uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar, och bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen.

Risicanalyser genomförs i den omfattning som är nödvändig av såväl patientsäkerhets- som arbetsmiljöskäl. Riskhanteringen är en central del i avvikelshanteringen, där avvikelser kategoriseras och riskbedöms. Riskanalyser sker vid samtliga betydande organisatoriska förändringar.

Inom förvaltningen finns även en fungerande struktur för att arbeta med förbättringsmetodik i enlighet med principen ständiga förbättringar; täta möten där också risker, inte bara inträffade negativa händelser, lyfts in och hanteras snabbt och kan eskaleras enligt en stegvis metodik.



En betydande del i riskanalyarbetet är även alla dagliga åtgärder, observationer och därmed riskbedömningar som medarbetare gör i sitt patientnära arbete. Risker identifieras även systematiskt genom de årliga patientsäkerhetsronderna.

Inom den vuxenpsykiatriska helydgnsvården är arbetet med Gröna korset och dialogen i personalgruppen en viktig del i riskhanteringen där målet är att nå en så pass hög medvetenhet att samtal kring risker förs kontinuerligt i personalgruppen, inte bara under planerade avstämningar även om dessa förstås är en viktig del av strukturen.

Alla avdelningar har medarbetare som vid sidan om avdelningscheferna bearbetar avvikelser och kan hjälpa till att höja medvetenheten.

Exempel på några generella risker som varit föremål för insatser under året är fortsatt:

- Risker kopplat till remisshantering
- Risker kopplat till 1177, webtidbok, VAS och IT-system
- Risker kopplat till kö och väntelistor
- Risker kopplat till kapacitetsbrist och bemanningsproblematik
- Risker kopplat till hyrpersonal, tillfällig personal, samt personal som växlar mellan avdelningar
- Risker kopplat till kraftigt utätagerande patienter
- Risker kopplat till vårdens övergångar

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 Avvikelser

Inom Psykiatrin Halland utförs avvikelsebearbetningen av ansvarig avdelningschef som kan delegera vissa delar av avvikelshantering till särskilt utsedd bearbetare. I medicinska delar remitteras avvikelser till medicinska befattningshavare, vanligen till medicinskt ledningsansvarig överläkare, MLA, som finns vid respektive avdelning/mottagning. Klinik-MLA och verksamhetschef värderar allvarigare/potentiellt allvarigare avvikelser och avgör i vilken mån avvikelser ska internutredas och slutligen överlämnas till chefläkare för beslut om eventuell anmälan enligt lex Maria.

Avvikelser sammanställs och redovisas regelbundet på APT eller andra forum, till exempel läkarmöte eller sjuksköterskemöte. Om mönster i avvikelser upptäcks tas initiativ till att göra förändringar inom det området. Lärdomarna sprids till berörda enheter.

Samtliga kliniska verksamheter rapporterar systematiskt och kontinuerligt avvikelser, vilket innebär att det finns en fungerande avvikelserapportering inom hela psykiatrin. Vi ser också att samtliga yrkesgrupper rapporterar avvikelser.

Inom samtliga verksamheter uppmuntras en skuld- och skamfri kultur och en avvikelsoch drivna verksamhet med fokus på systemet som helhet. Verksamheterna uppmuntrar att avvikelser skrivs, som ett medel för att kunna utveckla systemet. En förutsättning för god avvikelserapportering är fungerande återkoppling.

Avvikelser per kategori

Kategori	2023-01-01 - 2023-12-31	2024-01-01 - 2024-12-31
Administration	239	156
Arbetsmiljö	50	38
Brand	2	3
Ej kategoriserade	174	385
Fastighet/Drift	12	3
Informationssäkerhet	53	47
IT, tele och kommunikationsteknik	10	20
Medicinteknisk produkt/Hjälpmedel	5	2
Miljö	1	2
Patient	1028	769
Pedagogisk incident	2	10
Säkerhet	83	42
Transport	5	6
Vara/Tjänst	7	14
Övrigt	24	22
Total	1695	1519

Underkategori Patient:

Kategori	2023-01-01 - 2023-12-31	2024-01-01 - 2024-12-31
Administrativ hantering	57	30
Dokumentation och sekretess	50	36
Kommunikation	83	65
Patient	280	210
Tillgänglighet	4	1
Vård och behandling	484	383
Vårdansvar och organisation	63	25
Övrigt	7	19
Total	1028	769

2.4.2 Klagomål och synpunkter

Patientklagomål och synpunkter handläggs parallellt med övriga avvikelser inom ramen för det elektroniska avvikelshanteringssystemet Platina. Patienter och närstående kan klaga direkt till berörd avdelningschef, till patientnämnden eller via 1177. De inkomna klagomålen är av varierande karaktär. Dock är det några övergripande områden som är återkommande: Upplevd brist i bemötande, avsaknad av närståendemedverkan, upplevd brist i information och kommunikation samt klagomål om vad man uppfattar som felaktigheter i t ex journal, utredning eller medicinering. Klagomålen har generellt varierande karaktär och behöver till stor del värderas utifrån det enskilda ärendet.

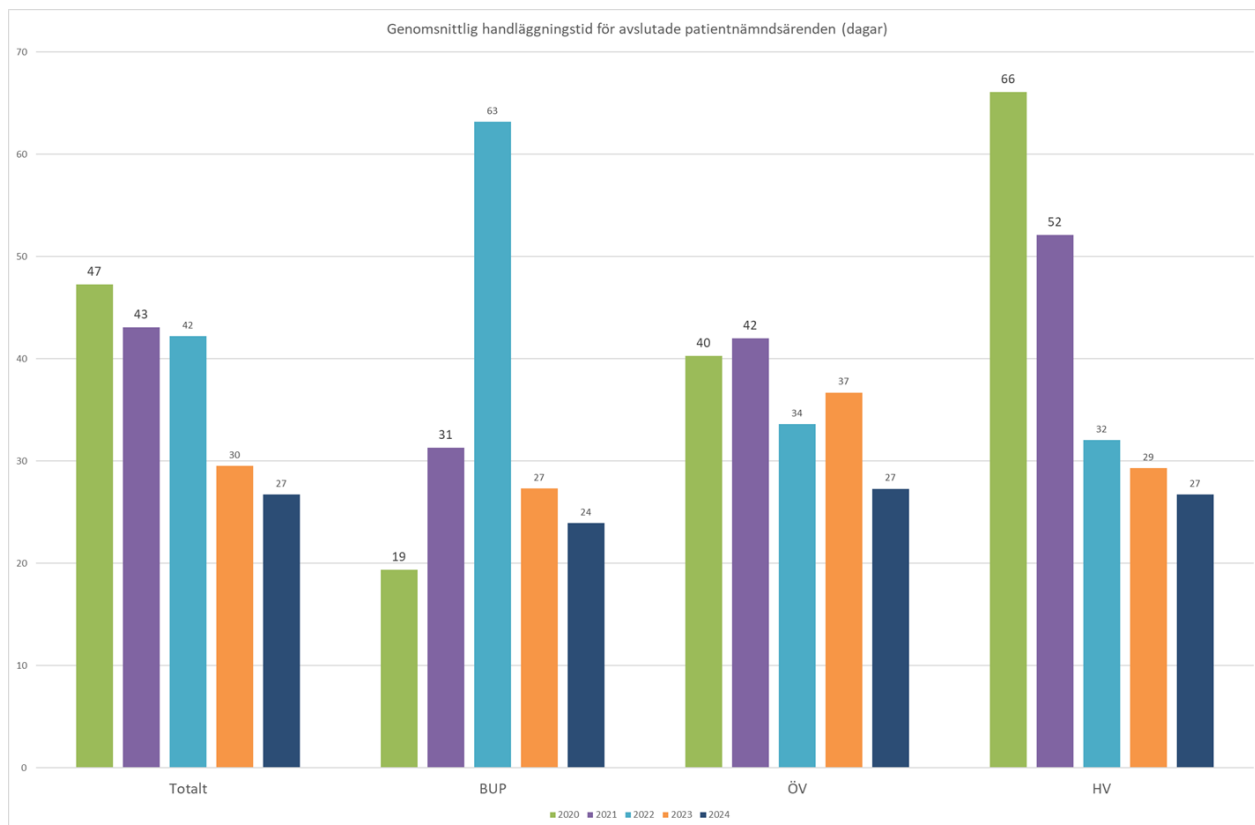
Samtliga verksamheter har fortsatt att arbeta med att förkorta handläggningstiden för patientnämndsärendena och kontinuerlig dialog har förts med patientnämndens handläggare under året både på övergripande och lokal nivå.

Några exempel på åtgärder som klagomålen 2024 har inneburit:

- Samtal med behandlare om bemötande
- Byte av vårdgivare
- Byte av mottagning
- Läkemedelsjustering
- Revidering/tillägg i patientens journal.

Under året har även ett klagomål kring följsamhet till rutiner vid skyddad identitet lett till översyn av rutiner och fokus på dessa frågor framåt.

Kontrollmoment	2023	2024
Patientnämndsärenden	100	115
Lex Maria	3	2
IVO Klagomål	7	6



Under året har svarstiderna för patientnämndsärenden fortsatt minska i alla verksamhetsområden, med ett genomsnitt på 27 dagar i hela förvaltningen (målet är 28 dagar).

2.5 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade omständigheter, d.v.s. resiliens beträffande patientsäkerhet.

En viktig förutsättning för att ha god resiliens är att ha ett kontinuerligt välfungerande systematiskt patientsäkerhetsarbete med stabila grundstrukturer, något förvaltningen successivt byggt upp över tid. Förvaltningen har även en välfungerande produktion och generellt en relativt god bemanning, vilket även detta bidrar till god resiliens.

Vidare säkerställer förvaltningens lednings- och eskaleringsstruktur ett snabbt, dagligt beslutsfattande och en god reaktionsförmåga inför oväntade händelser vilket leder till höjd riskmedvetenhet och förbättrad beredskap. I samband med pandemin drogs viktiga lärdomar kring flexibilitet och resiliens, något vi fortsatt arbeta vidare utifrån sedan dess.

Under året har riskmedvetenhet och beredskap varit en viktig del i samband med att vårdplatsutnyttjandet har behövt optimeras för att minska behov av bemanningspersonal.

3 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Inom förvaltningen är en utmaning för patientsäkerheten kommande år en fortsatt ökad patientvolym samt svårigheter i att attrahera och behålla viss kompetens. Detta innebär att vi behöver fortsätta optimera arbetssätt, flöden och nyttjandet av våra resurser.

Framöver kommer Psykiatrin fortsätta att vidareutveckla och stärka de befintliga strukturer som finns kring patientsäkerhetsarbetet samt implementera nya arbetssätt och rutiner på ett patientsäkert sätt, utifrån patientens behov. Förvaltningen kommer också arbeta vidare utifrån den regionala handlingsplanen för patientsäkerhet.

Förvaltningsgemensamma mål och utmaningar

- Införa det nya journalsystemet på ett patientsäkert sätt
- Fortsätta arbetet med att öka delaktigheten i vården för patienter och närstående.
- Fortsätta utveckla samverkan och samarbete inom egen organisation och med vårdgrannar.
- Fortsätta vidareutveckla systematiken i uppföljning av implementering av föreslagna förbättringsåtgärder i internutredningar/händelseanalyser samt vid patientsäkerhetsronder.
- Fortsätta att implementera digitala arbetssätt på ett patientsäkert sätt, t.ex. distansbesök, digitala skattningsskalor, osv.
- Fortsätta förbättra vårdprocesser utifrån nationell kunskapsstyrning.
- Fortsätta delta i det regionövergripande arbetet med patientsäkerhet.

Mål och utmaningar relevanta för Vuxenpsykiatrisk öppenvård

- Socialstyrelsen har ökade krav att psykiatrin ska erbjuda evidensbaserade psykologiska behandlingsmetoder vid flera psykiatriska tillstånd. Det är hög förekomst av olika psykologiska utrednings- och behandlingsmetoder inom vårdprocesserna
- Behovet av neuropsykiatriska utredningar inom verksamheten är större än någonsin. Det blir alltmer angeläget att psykologiska behandlings- och utredningsinsatser inom psykiatrin uppmärksammas, hanteras korrekt och fyller kvalitetssäkringskrav.
- För att säkerställa att vården är säker, effektiv och av hög kvalitet för våra patienter ska vi kommande år starta upp ett arbete med att se över våra mest prioriterade vårdprocesser med syfte och mål att identifiera förbättringsområden och uppnå bästa möjliga vård och patientsäkerhet för patienten och inte minst jämlik vård.

Mål och utmaningar relevanta för Barn- och ungdomspsykiatrin

- Förbättrad tillgänglighet och kortare väntetider genom att utöka gruppverksamhet
- Fortsatt stärka och utveckla ledarskapet inom Bup
- Fortsatt stort fokus på introduktion och internutbildning
- Utöka användandet av Blå Appen, med en mer intervallbaserad systematisk uppföljning av patienter

Mål och utmaningar relevanta för Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård

- Fortsatt fokus på förbättrad rapportstruktur enligt SBAR, samt Lifecare-rutiner.
- Förbättra struktur då omvårdnadspersonal och läkare alternerar mellan olika arbetsplatser.

- Tydliggöra rutiner för minderåriga som vårdas på Piva.
- Öka följsamhet till arbetsuppgifter och omvårdnadsdokumentation utifrån funktionsbeskrivningar.
- Fortsatt implementering av Safewards
- Förbättrad fallprevention avseende riskbedömningar och hjälpmedel
- Utbildning i missbruk/beroende samt CIWA/ COWS
- Fortsätta utveckla rutiner vid vård av patienter med skyddad identitet
- Fortsätta utveckla digital triagering tillsammans med ambulanssjukvården
- Implementering av ny vådrutin vid delirium
- Utveckla LRV-vården på avdelning 23
- Förstärkt fokus på vårdriktlinjen för Suicidprevention på hela kliniken under 2025 inkl ökad frekvens av upprättade säkerhetsplaner. Återuppta studiecirkelar i suicidprevention.
- Förbättrad och ökad samverkan med närstående.