



Driftnämnden Psykiatri

Plats och tid	Folkets Hus, Varberg, klockan 09:30-15:00
Ledamöter	Lars Gustafsson (KD) (ordförande) Dick Andersson (M) (vice ordförande) Helen Ung Le (S) (2:e vice ordförande) Per Yngve Bengtsson (S) Åsa Nilsson (SD) Tea Barkman (M) Kenneth Camitz (M) Emelie Lindqvist (S) Jenny Håkansson (C)
Ersättare	Mathilda Lilja Christiansson (M) Conny Carlsson (S) Anders Malmström (L) Niclas Olsson (SD)
Övriga	Goran Delic (förvaltningschef), Ove Larsson (ekonomishef), Stefan Lemon (verksamhetschef), Charlotta Jarl (verksamhetschef), Jeannette Sehlberg (verksamhetschef), Evelina Myrbäck (kommunikationschef), Thomas Wejstam (chefläkare), Anders Lindblad (kansli- och utvecklingschef), Ulrika Åkesson (digitaliseringschef)
Paragrafer	§57
Utses att justera	Helén Ung Le
Justeringens plats och tid	

Underskrifter

Sekreterare

.....
Ove Grahn

Ordförande

.....
Lars Gustafsson

Justerare

.....
Helén Ung Le

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande



Driftnämnden Psykiatri

Anslag/Bevis

Organ

Sammanträdesdatum

Paragrafer

Justeringsdatum

Datum för anslagets uppsättande

Datum för anslagets nedtagande

Protokollets förvaringsplats

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.

Driftnämnden Psykiatri

2025-09-24

Psykiatrin Halland, förvaltningsledning och stab

Underskrift

.....

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande

Driftnämnden Psykiatri**§57****Uppföljningsrapport 2**

DN PS250035

Beslut

Driftnämnden beslutar att

- Fastställa uppföljningsrapport 2, med undantag för kapitel "5.2.2. Åtgärdsplan"
- Återremittera kapitel "5.2.2. Åtgärdsplan" till förvaltningen för ytterligare beredning, med motivering att risk- och konsekvenser samt ekonomisk effekt behöver förtydligas

Yrkande 1

Lars Gustafsson (KD) yrkar på att uppföljningsrapportens kapitel "5.2.2. Åtgärdsplan" hanteras som en separat del och att första beslutspunkten därför bara berör uppföljningsrapport 2, utan delen om åtgärdsplan.

Beslutsgång

Ordföranden ställer proposition på yrkandet att kapitel 5.2.2 hanteras separat. Efter acklamation finner ordföranden att nämnden beslutar enligt yrkandet.

Yrkande 2

Lars Gustafsson (KD) yrkar bifall till att fastställa uppföljningsrapport 2, med undantag för kapitel "5.2.2 Åtgärdsplan"

Beslutsgång

Ordföranden ställer proposition på godkännande av uppföljningsrapport 2, med undantag för kapitel "5.2.2 Åtgärdsplan". Efter acklamation finner ordföranden att nämnden beslutar enligt yrkandet.

Yrkande 3

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande

Driftnämnden Psykiatri

Kenneth Camitz (M) yrkar återremiss av uppföljningsrapportens kapitel "5.2.2 åtgärdsplan" för att tydligare belysa risker och konsekvenser samt att ytterligare se över den bedömda ekonomiska effekten

Yrkande 4

Helén Ung Le (S) yrkar avslag på uppföljningsrapportens kapitel "5.2.2. Åtgärdsplan" till förmån för eget förslag; "Att driftnämnden för psykiatrien äskar 20,4 mkr för verksamhetsåret 2025 och 2026 hos Regionstyrelsen"

Beslutsgång

Ordförande frågar om ärendet kring uppföljningsrapportens kapitel "5.2.2 Åtgärdsplan" ska avgöras idag eller återremitteras till förvaltningen.

Nämnden beslutar att återremittera ärendet, med motiveringen att "tydligare belysa risker och konsekvenser samt att ytterligare se över den bedömda ekonomiska effekten"

Förslag till beslut

Arbetsutskottet föreslår att Driftnämnden beslutar att fastställa Uppföljningsrapport 2, inkl. åtgärder för ekonomi i balans och översända detta till Regionstyrelsen

Beslutsunderlag

- Uppföljningsrapport 2 Psykiatrien Halland

Paragrafen är justerad

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande



Uppföljningsrapport 2

januari - augusti

Psykiatri Halland
Augusti 2025

1 Sammanfattning

Psykiatri Halland har under perioden 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 sattes 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 är även möjligheten till uppföljning av produktion och tillgänglighet kraftigt begränsad. Vi kan också se att intäkterna inom vårdvalet initialt minskat.

Ett stort arbete under perioden har även varit åtgärder för ekonomi i balans, med fokus på minskade kostnader för bemanning. Perioden påverkas även av fördröjningseffekter mellan att vi har lyckats anställa personal och att vi har kunnat avsluta bemanningspersonal, varvid personalkostnader ökat snabbare än takten för minskning av bemanningspersonal.

Glädjande nog har förbättrade processer medfört lägre kostnader avseende köpt LRV-vård.

Ekonomi

Förvaltningen har efter årets åtta månader en ackumulerad budgetavvikelse på -8 Mnkr.

Prognosen för helåret är -10 Mnkr. Hela av den förväntade avvikelsen finns under uppdraget Allmänpsykiatri* och Vårdval (-15 Mnkr) Inom uppdraget "köpt LRV-vård" är prognosen på +5 Mnkr. Vad gäller vårdvalsintäkterna så råder det stor osäkerhet kring prognosen framåt.

**All psykiatri, exkl. köpt Rättspsykiatri*

Personal

Personalomsättningen är 8,5 % och förvaltningens mål är 10%.

Sjukfrånvaron är 6,9% och förvaltningens mål är 7%

Kostnaden för inhyrd personal i relation till den totala personalkostnaden uppgår till ca 4%, jämfört med 6% vid samma period 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.

Som en följd av införandet av Cosmic finns ännu inget fungerande sätt att följa upp tillgängligheten på grund av nya arbetssätt, nya registreringsrutiner och vissa tekniska problem, vilket är bekymmersamt.

2 Målstyrning

2.1 En organisation med utvecklings- och motståndskraft

2.1.1.1 Påbörja framtagandet av kontinuitetsplaner inom förvaltningens samhällskritiska verksamheter

● Uppfylls

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

Statusuppdatering:

- **BUP heldygnsvård:** Arbetet med kontinuitetsplanen är påbörjat och beräknas vara färdigt under hösten. Evakueringsplanen är i stort sett klar, men behöver samordnas med heldygnsvården för vuxna.
- **Rättsspsykiatri:** Planeringen är att arbetet med kontinuitetsplanen inleds i september och färdigställs under hösten.
- **Heldygnsvård vuxen:** Arbetet planeras att starta under hösten och vara klart till årsskiftet.
- **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.

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

● Uppfylls

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

Statusuppdatering:

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.

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

● Uppfylls

Mål/indikator: Under året ska en kompetensförsörjningsplan vara framtagen

Statusuppdatering:

Arbetet med att ta fram en kompetensförsörjningsplan för psykiatrin pågår och förväntas vara färdigt i tid för att kunna tillämpas under nästa år.

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

◆ Uppfylls delvis

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

Statusuppdatering:

Under perioden har kostnaden för material inom artikelgruppen "Engångsartiklar – papper och plast" minskat med cirka 10 % jämfört med samma period 2024.

Samtidigt har den beställda kvantiteten ökat med 5 %, vilket indikerar att billigare alternativ kan ha valts, men att den totala användningen fortfarande ökar.

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

● Uppfylls

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

Under perioden har utsläpp från resor och transporter minskat med ca 1% jämfört med samma period 2024.

2.2 En tillgänglig och högkvalitativ hälso- och sjukvård

2.2.1.1 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

● Uppfylls

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

Statusuppdatering:

Förvaltningen arbetar aktivt med förberedelser inför *Psykiatrin Halland 2030*. Under våren och efter sommaren har workshops genomförts tillsammans med ledningen, med fokus på framtida samband mellan verksamheterna i de nya fastigheterna. Workshops kring framtida arbetsplatser har också hållits i samverkan med programledningen.

Det fördjupade arbetet fortsätter utifrån insikter från dessa workshops. Under hösten planeras studiebesök hos andra regioner för att hämta inspiration, erfarenheter och goda exempel.

Förvaltningen deltar även i flera regiongemensamma arbetsgrupper, bland annat inom områden som måltidsförsörjning, logistikplanering samt vårdkapacitet och volymer.

En kommunikationsplan har tagits fram, och en informationssida har publicerats på intranätet. Dessutom skickades ett nyhetsbrev ut före sommaren för att informera om det pågående arbetet.

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

◆ Uppfylls delvis

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

Statusuppdatering:

Under perioden har införandearbetet påbörjats. En arbetsgrupp har tillsatts och har arbetat fram en projektplan för arbetet. Omvärldsbevakning har genomförts, och kontakt har etablerats med Region Dalarna och Region Örebro för erfarenhetsutbyte och lärande

En analys har genomförts under perioden i syfte att skapa tydlighet och riktning i processen – från nuläge till önskat framtida läge. Analysen har identifierat hinder, resurser och konkreta åtgärder för att driva arbetet framåt.

Allt kartläggande arbete kommer inte kunna genomföras under året varvid målet bedöms delvis kunna uppfyllas på helåret. En orsak till detta är att arbetet med det nya journalsystemet bundit upp resurser.

2.2.1.3 Utveckla och implementera enhetliga vårdprocesser och jämlikt vårdinnehåll

● Uppfylls

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

Statusuppdatering:

Heldygnsvård – Vuxenpsykiatri

Arbete pågår för att säkerställa likvärdig vård mellan avdelningar med liknande uppdrag. Inledningsvis har fokus legat på psykosavdelningarna i Varberg och Halmstad. Översyn av vårdinnehåll och arbetssätt pågår. Under hösten kommer bland annat läkare att auskultera på varandras enheter för att stärka samarbetet mellan klinikerna.

Öppenvård – Vuxenpsykiatri

Flera initiativ har startats för att utveckla enhetliga vårdprocesser:

ADHD-processen:

Hösten 2024 togs ett underlag fram för att optimera omhändertagandet av patienter med ADHD. En arbetsgrupp har under året arbetat med att ta fram ett gemensamt, evidensbaserat processflöde för samtliga VPM-mottagningar. Målet är att en gemensam rutin ska vara framtagen och implementeringsklar under hösten 2025. Processen är nu i slutfas och ska ut på referensrunda.

Beroendeprocessen:

En arbetsgrupp har tillsatts och arbetet med att utveckla processen är påbörjat och pågående.

Remiss- och bedömningsprocessen (RoB):

En arbetsgrupp arbetar med att ta fram en gemensam rutin för remiss- och bedömningsförfarandet inom öppenvården. Syftet är att skapa en mer jämlik och effektiv vård. Ett första förslag är klart och ska ut på referensrunda inför implementering under hösten 2025.

Psykos- och akutprocessen:

En gemensam översyn planeras mellan öppenvård och heldygnsvård. Vårdutvecklare från båda verksamheterna har fått i uppdrag att kartlägga akutprocessen. Under hösten kommer verksamhetscheferna att, baserat på kartläggningen, besluta om fortsatt arbete.

Kunskapsstyrning

Ett förslag till ny modell för lokal kunskapsstyrning inom Psykiatri Halland har tagits fram. Målsättningen är att modellen ska vara beslutsklar före sommaren. Syftet är att säkerställa att verksamheten förhåller sig till aktuell nationell kunskap.

- Ett förslag på processflöde och rollbeskrivningar har tagits fram av verksamhetsutvecklare från heldygnsvård, öppenvård och BUP, och fastställdes i PLG i juni 2025.

- Arbetet fortsätter nu med att omsätta modellen i praktiken.
- En kunskapsfördjupning har genomförts med ledningsgruppen kring implementering av förändrade arbetssätt.

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

 Uppfylls

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

Statusuppdatering:

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. Under perioden har inga avvikelser rapporterats som tyder på brister i detta flöde.

Samarbetet fortsätter i olika former, bland annat genom regelbundna möten. Under hösten planeras en utvärdering av arbetssättet för att säkerställa fortsatt kvalitet och utveckling.

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

 Uppfylls ej

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

Statusuppdatering:

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.

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.

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

◆ Uppfylls delvis

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

Statusuppdatering:

En arbetsgrupp har tillsatts med uppdrag att inventera det nuvarande digitala behandlingsutbudet och identifiera utvecklingsområden. Uppstartsdatum är planerat och arbetet fortsätter under hösten.

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

Målet bedöms delvis kunna uppfyllas på helåret då vi inte ser en tydlig ökning av användandet av digitala lösningar.

2.2.1.7 Säkerställa följsamhet till riktlinjer för suicidprevention

◆ Uppfylls delvis

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

Statusuppdatering:

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. Avvikelser 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. Heldygnsvården har planerat att intensifiera detta arbete under hösten, då förhoppningen är att tekniska förutsättningar förbättras.

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 tillförlitlig data inte har kunnat genomföra en fullständig uppföljning av indikatorerna i riktlinjen.

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

● Uppfylls

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

Statusuppdatering:

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 och det fortsatta utvecklingsarbetet.

Under perioden har vi även fortsatt att producera innehåll till *Psykiatripodden* samt uppdaterat webbsidan regionhalland.se/psykiatri med relevant material.

2.3 En digital kraftsamling för framtidens välfärd

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

● Uppfylls

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

Under perioden har nästan all prioriterad digital utveckling varit fokuserad på att införa Cosmic och olika frågor relaterat till detta.

2.3.1.2 Införa Cosmic i enlighet med regional plan

◆ Uppfylls delvis

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

Själva införandet gick över förväntan. Däremot lever systemet inte 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

Obs - ingen tillförlitlig data finns för perioden mars - augusti som en följd av införandet av det nya journalsystemet Cosmic. Datan som redovisas i det här avsnittet avser därmed bara jan - feb.

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

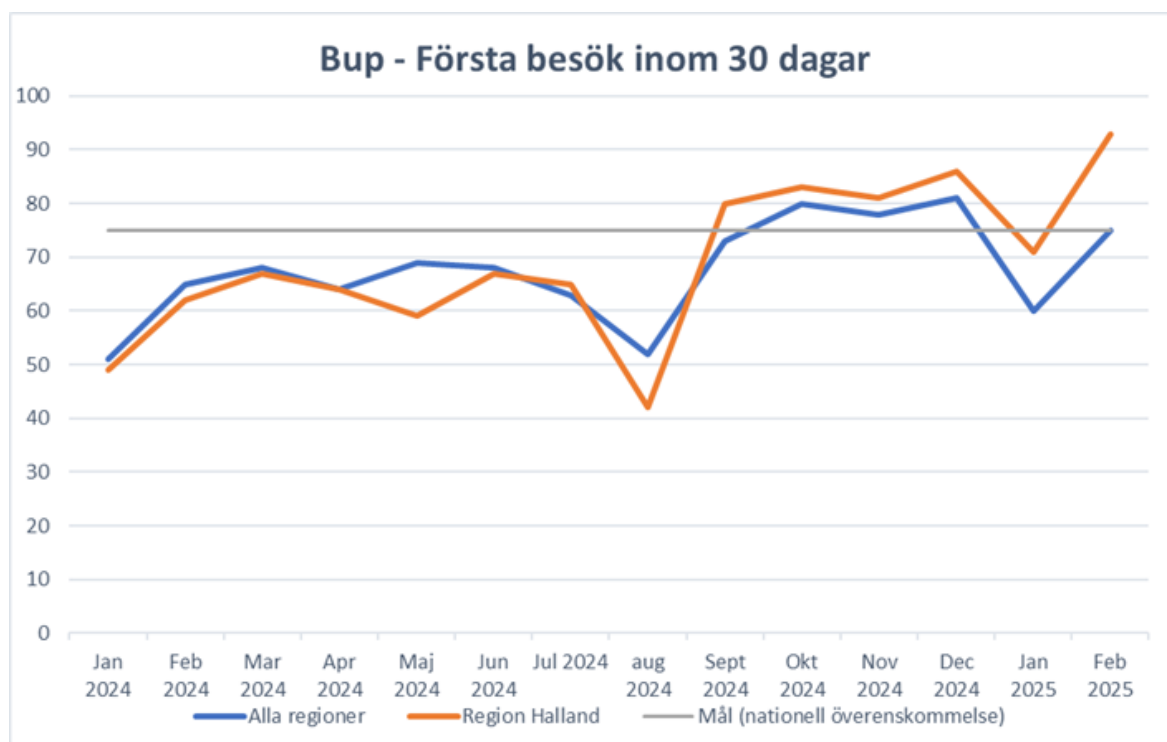
Under perioden har aktivt arbete skett för att bibehålla god tillgänglighet, samtidigt som stort fokus har varit på att införa det nya journalsystemet och att få de nya arbetssätten att fungera. En utmaning sett till tillgänglighetsmätning har varit flera nya rutiner för registrering samt avsaknad av fungerande uppföljningsdata.

Resultatet i de nationella mätningarna i januari och februari, sett till den genomförda vården är generellt sett i nivå med eller bättre än riket - både inom Bup och Vuxenpsykiatri, med undantag från nybesök inom 60 dagar inom Vuxenpsykiatri.

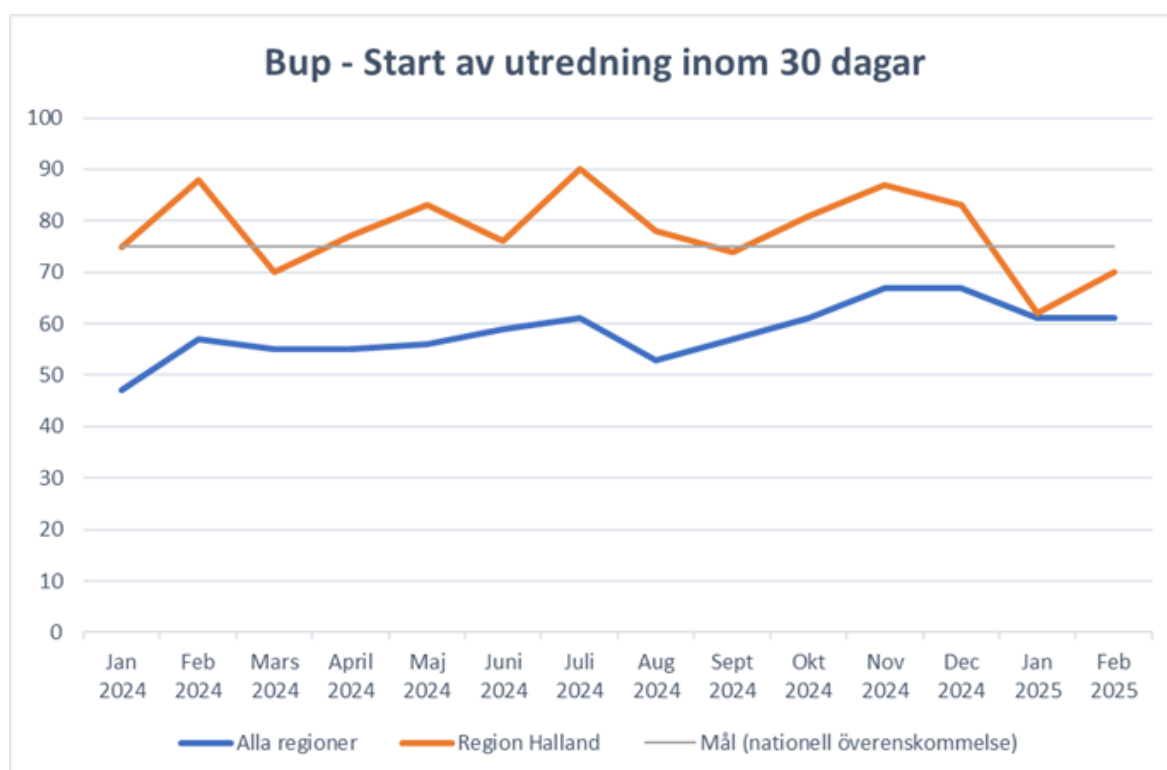
Tabellen nedan visar vilka indikatorer som ska följas upp på området, utifrån verksamhetsplan 2025

Tillgänglighet	Mål/Förväntad nivå	Frekvens
Andelen genomförda nybesök inom 60 och 90 dagar – vuxna	60 dagar: >73% 90 dagar: 100%	Månadsvis
Återbesök, Genomförda inom måldatum	>80%	Månadsvis
Medicinsk bedömning inom 3 dagar – Första linjen	>90%	Månadsvis
Andelen genomförda nybesök inom 30 dagar – barn	>75%	Månadsvis
Andelen genomförda "start av utredning" inom 30 dagar – barn	>75%	Månadsvis
Andelen genomförda behandlingar inom 30 dagar – barn	>75%	Månadsvis

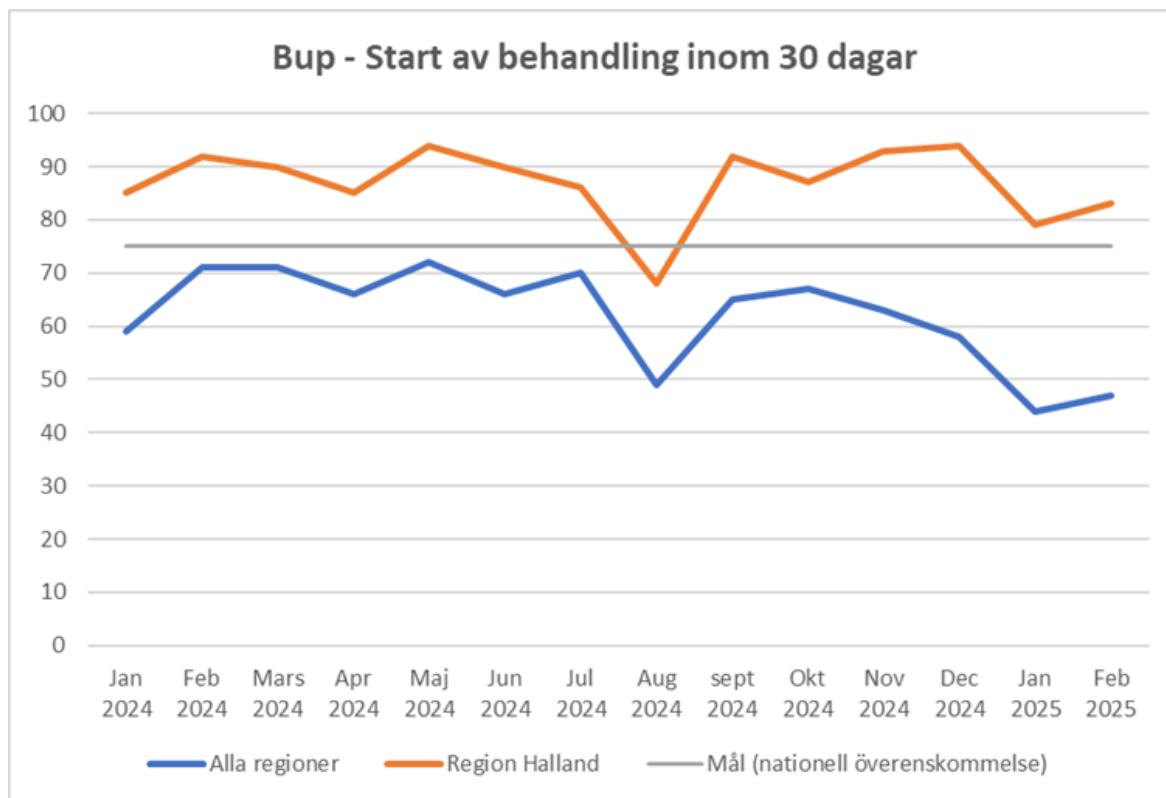
Andel genomförda "start av utredning" inom 30 dagar, Bup



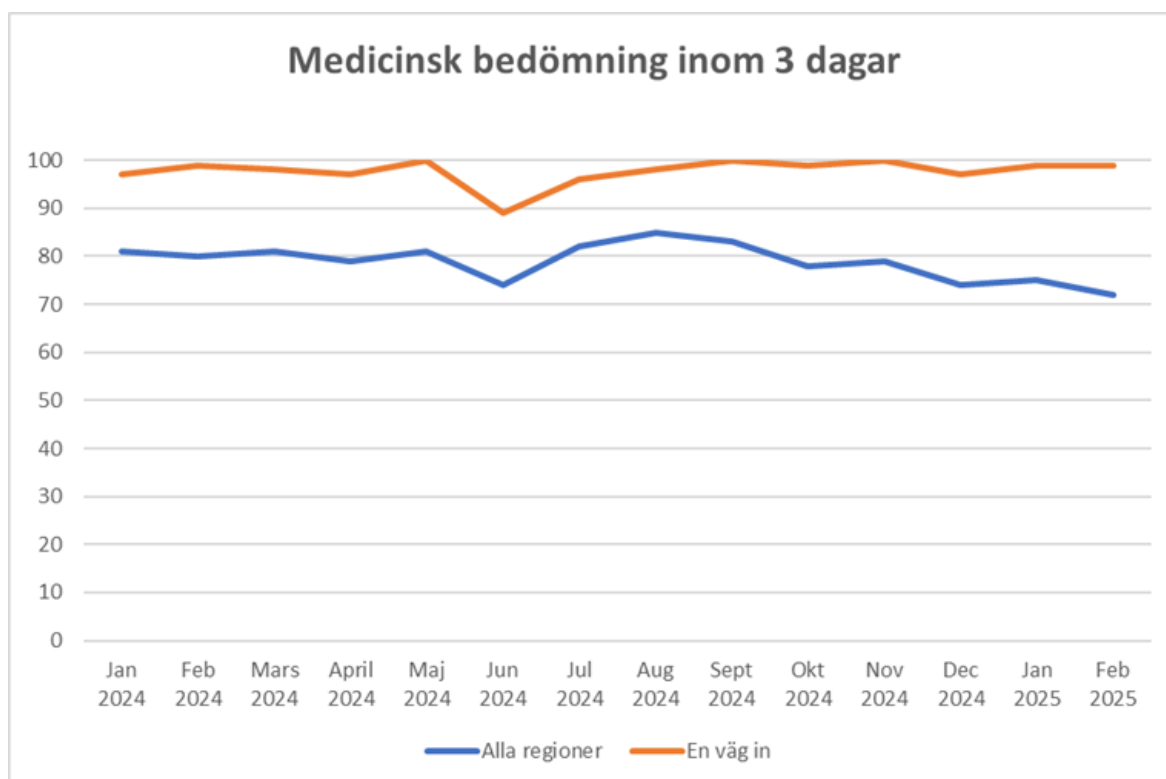
Andel genomförda "start av utredning" inom 30 dagar, Bup



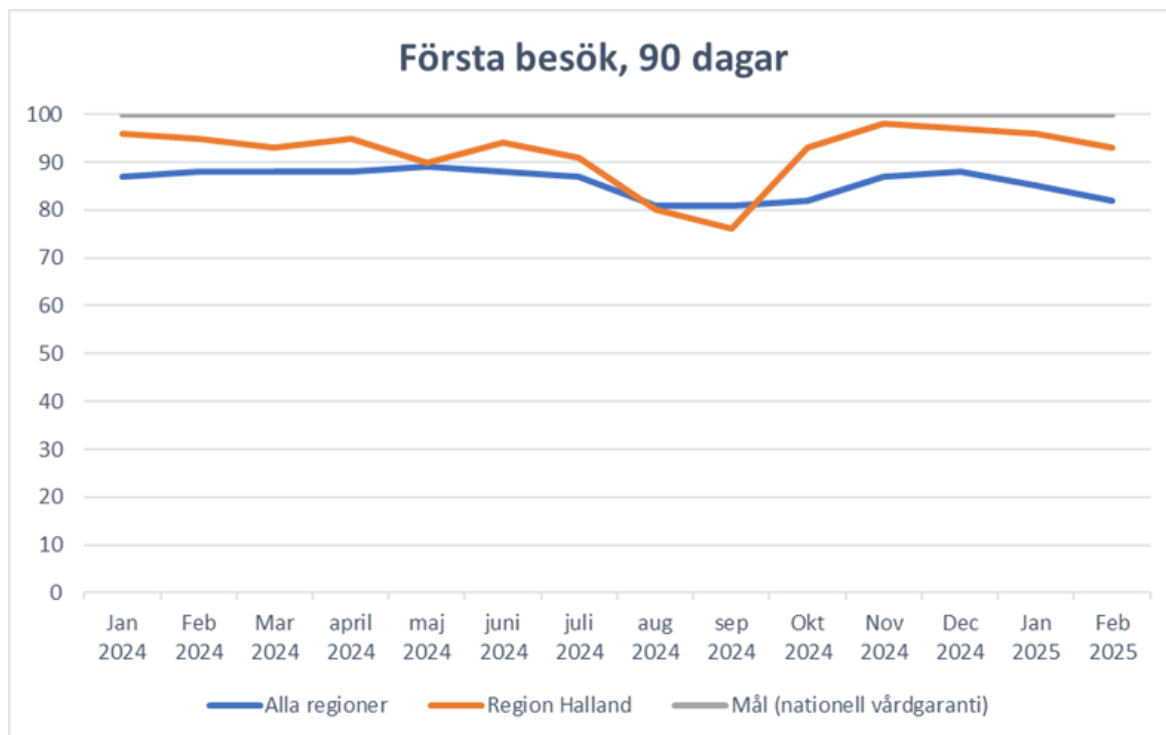
Andel genomförda "start av behandling" inom 30 dagar, Bup



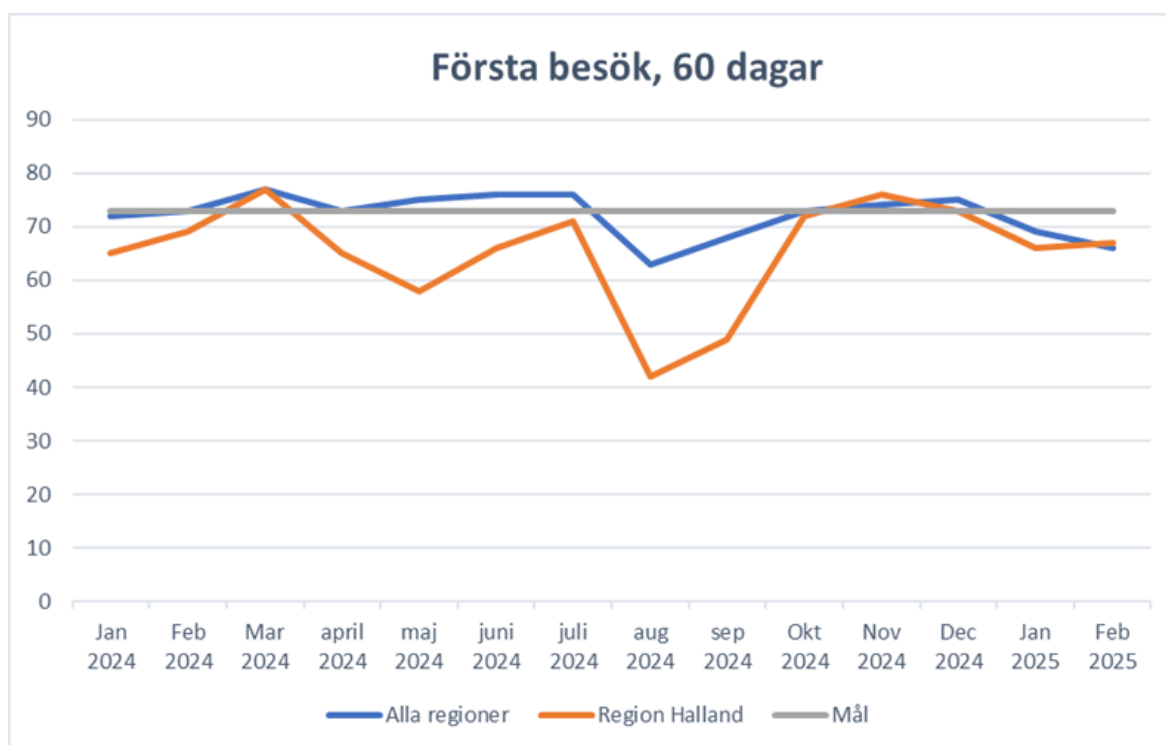
Medicinsk bedömning inom tre dagar, Första linjen



Andel genomförda första besök inom 90 dagar, Vuxen



Andel genomförda första besök inom 60 dagar, Vuxen



3.1.2 Produktion och k

3.1.3 valitet

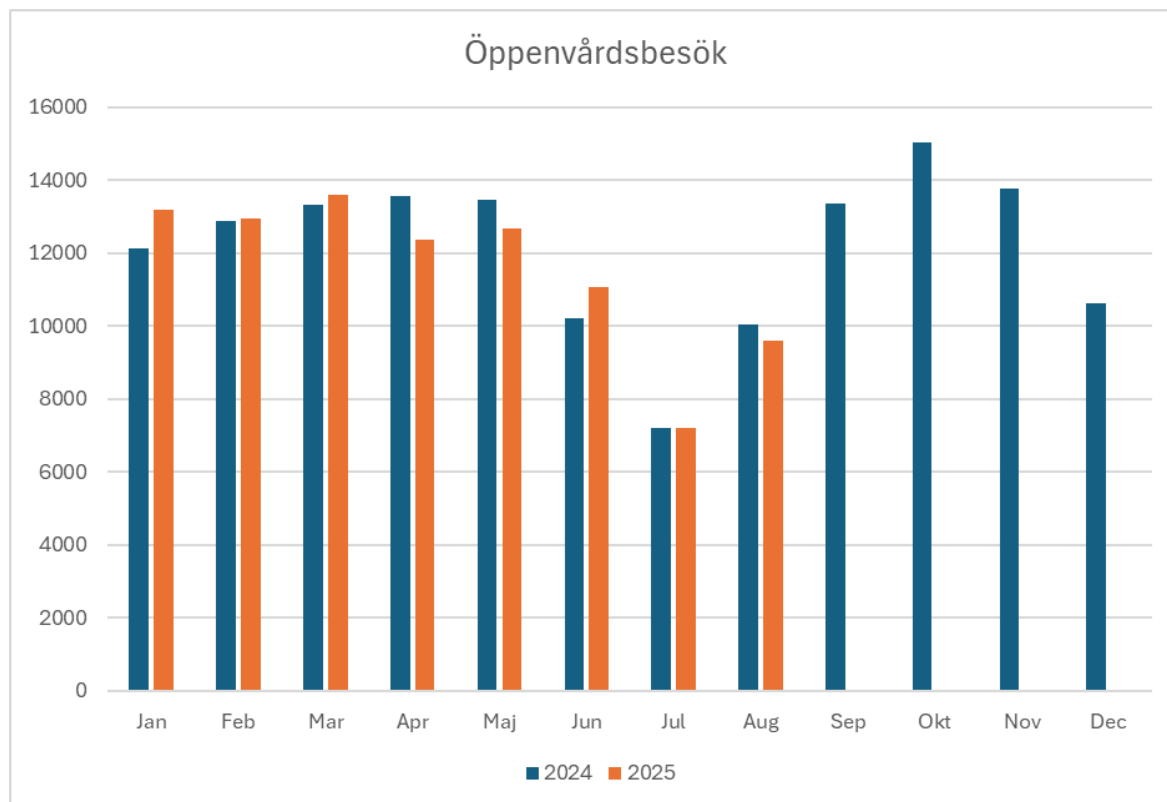
Obs - införandet av Cosmic kan medföra vissa svårigheter i jämförandet med historisk data på grund av nya arbetssätt, registreringsrutiner samt olika termer och begrepp i de olika journalsystemen

I nämndens verksamhetsplan 2025 ska indikatorerna i tabellen nedan följas upp för att ge en bild av produktion och kvalitet.

Produktion och kvalitet	Mål/Förväntad nivå
Öppenvårdsbesök	Ökat jämfört med 2024
Medelvårdtid som utskrivningsklar	< 3 dagar
Andel distansbesök av totalt antal besök	Ökat jämfört med 2024
Andel bokningsaktivitet via 1177*	Ökat jämfört med 2024
Andel om/avbokningar av totalt antal bokningsaktiviteter*	Minskat jämfört med 2024
Andel uteblivande av totalt antal planerade besök*	Minskat jämfört med 2024
Resultat BCFPI (Behandlingsresultat Bup)*	Ökat jämfört med 2024
Antal klick på websida**	Ökat jämfört med 2024
Antal lyssningar på Psykiatripodden	Ökat jämfört med 2024
<i>Indikatorerna nedan följs och analyseras utan något målvärde, som en del i att säkerställa fungerande produktion</i>	
Vårdtillfällen slutenvård	
Beläggning slutenvård	
Antal lex Maria	
Inkommande remisser*	
Antal patientnämndsärenden	
Antal avvikelser	
Antal tvångsåtgärder*	

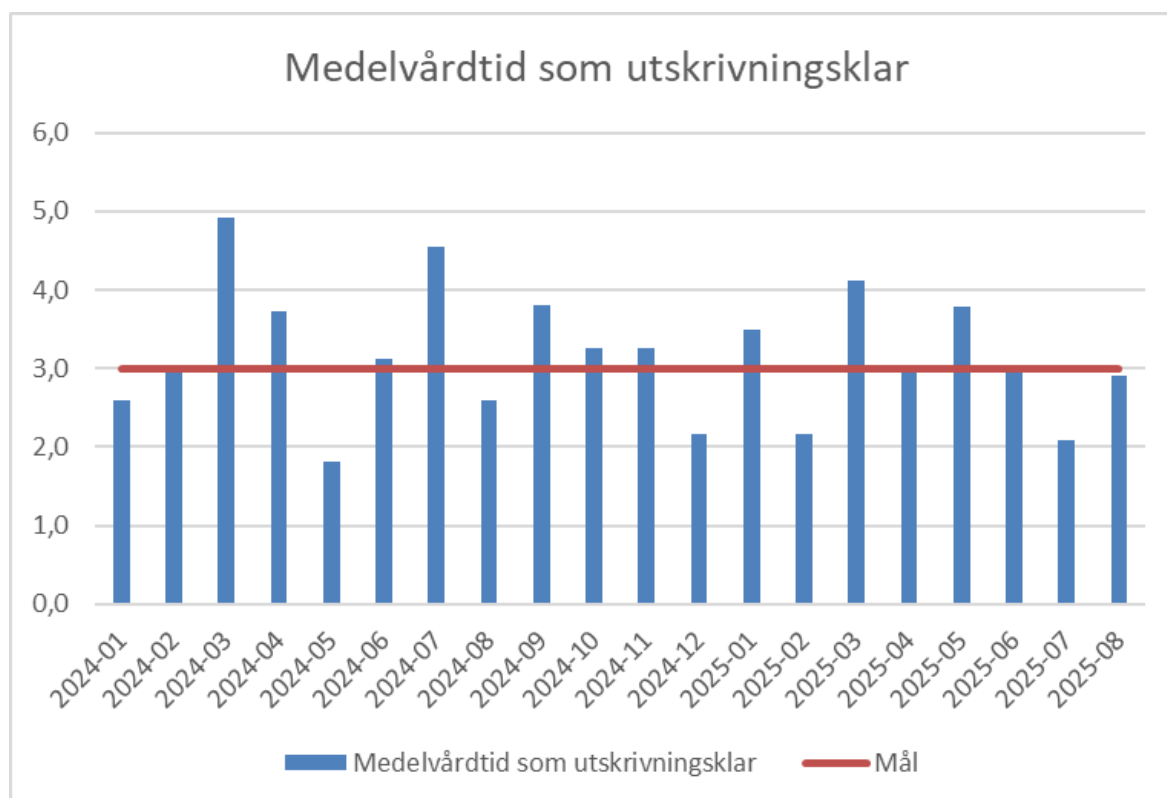
**Ingen tillförlitlig data som en följd av nytt journalsystem. **Ingen data pga tekniska problem*

Öppenvårdsbesök



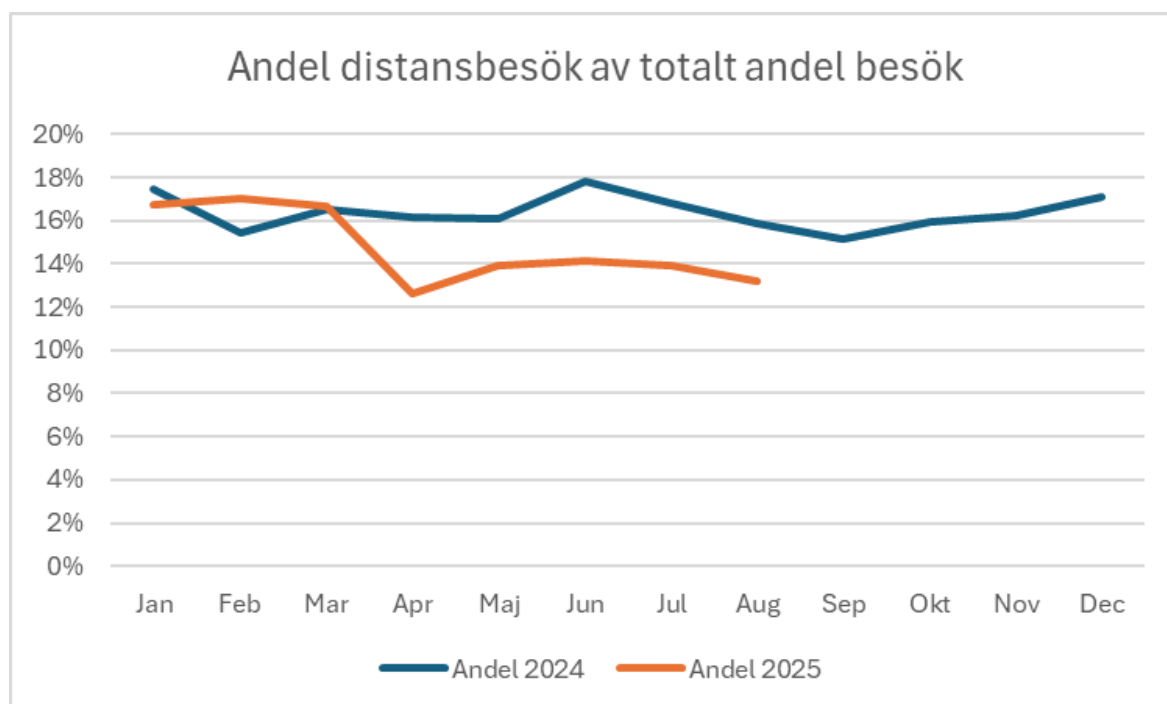
Antal öppenvårdsbesök är för perioden ungefär på samma nivå som 2024, trots att införandet av Cosmic medförde ett visst produktionsbortfall (ca 8% i april och maj).

Medelvårdtid som utskrivningsklar



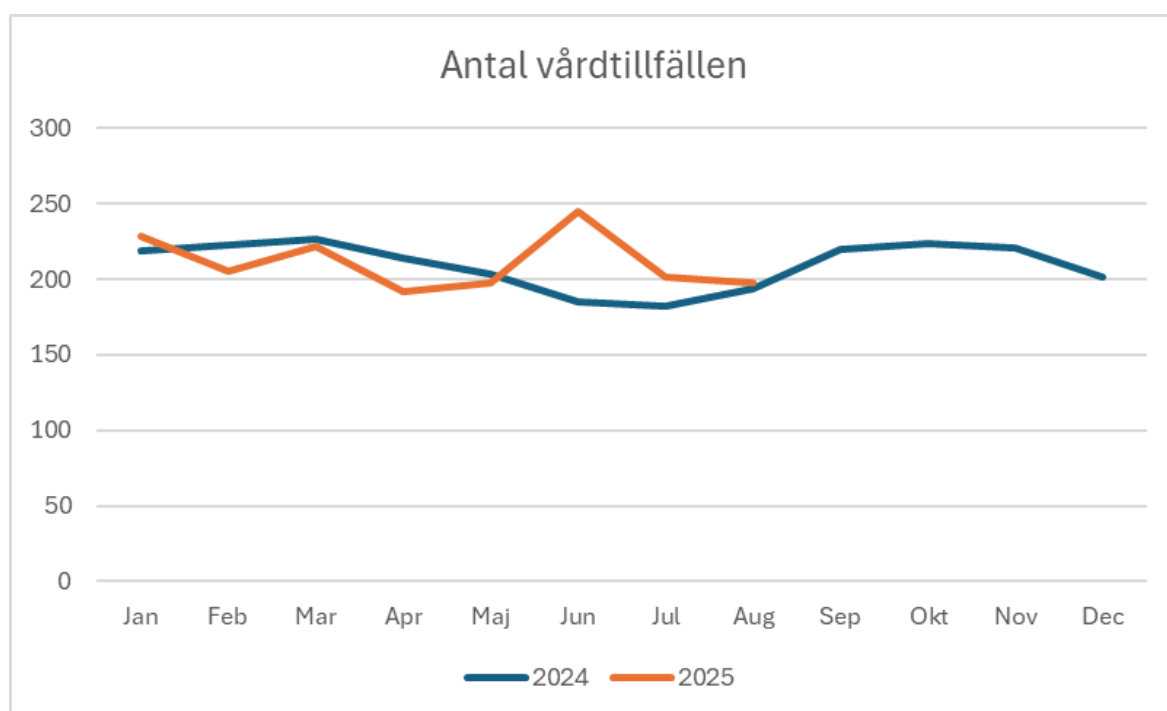
För hela perioden har medelvårdtiden som utskrivningsklar varit 3,2 dagar, jämfört med 3,3 dagar samma period 2024. Patienter som väntar på utskrivning till kommunala insatser i Varberg, Falkenberg, Hylte och Halmstad klarar målet på 3 dagar, medan Kungsbacka och Laholm ligger något över målet.

Andel distansbesök av totalt antal besök



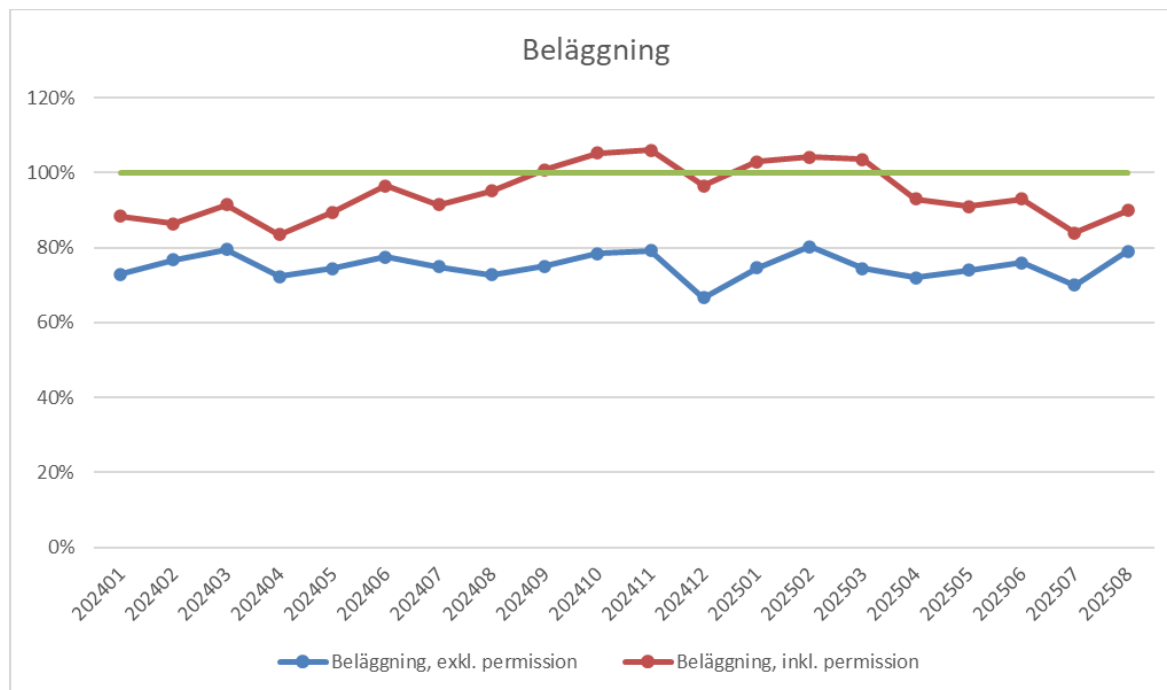
För perioden har ca 15% av besöken varit på distans, jämfört med 16,5% samma period 2024.

Vårdtillfällen, slutenvård



Antal vårdtillfällen har under perioden varit ca 2,5% fler än samma period 2024, men håller en fortsatt stabil trend.

Beläggning, slutenvård



Beläggningen, exkl. permission har under perioden varit mellan 70-80%, där beläggningen i Halmstad varit något lägre än i Varberg. Beläggning på de rättspsykiatriska platserna är fortsatt 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

Under perioden har 86 patientnämndsärenden inkommit, jämfört med 64 ärenden samma period 2024.

Antal avvikelser

Under perioden har 900 avvikelser rapporterats, jämfört med 816 avvikelser samma period 2024.

Antal lyssningar på Psykiatripodden

Antal lyssningar på psykiatripodden har ökat med ca 6% jämfört med 2024, totalt under perioden har 8000 lyssningar skett på podden.

3.2 Uppföljning av arbetsmiljöplanen

Förvaltningen arbetar aktivt med systematiskt arbetsmiljöarbete dvs undersöker, analysera, åtgärddar och följer upp. Som en del av detta arbete följs arbetsskador och tillbud upp kontinuerlig, analys görs och redovisas i samverkansgrupperna och till nämnden. Utbildning i våld och hot, digital och fysisk, finns att tillgå för förvaltningens medarbetare. Utbildningen genomförs utefter verksamheternas behov.

Verksamheterna följer månadsvis upp både den korta och den långa sjukfrånvaron. Arbete med rehabilitering pågår kontinuerligt, följs upp och relevanta åtgärder vidtas.

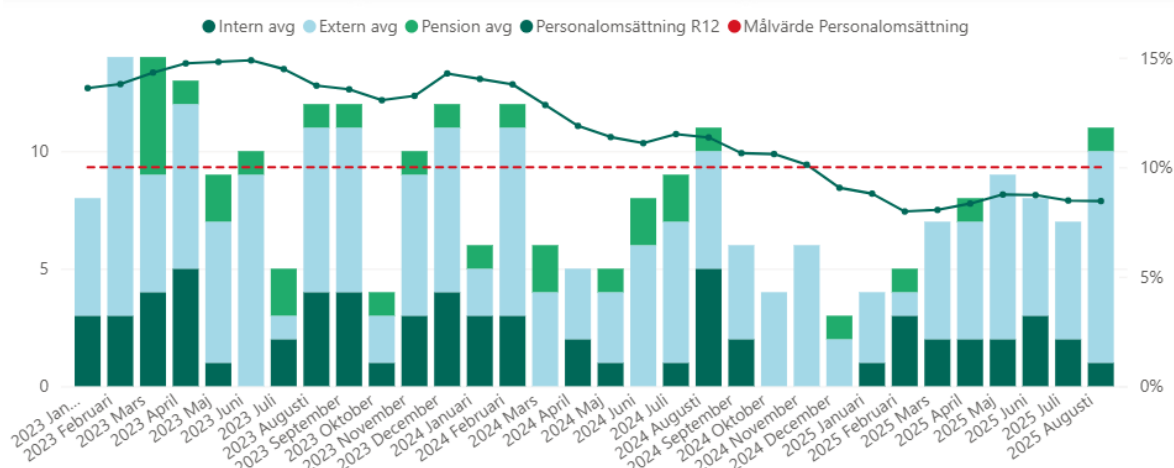
För att attrahera nya medarbetare arbetar förvaltningen aktivt med rekryteringskommunikation och gör riktade insatser för yrkeskategorier som är svårrekryterade.

4 Medarbetare

4.1 Personalomsättning

Indikator	Utfall (R12)	Målvärde
Personalomsättning	8,5%	10 %

Personalomsättning



Förvaltningen har arbetat aktivt för att minska personalomsättningen och resultatet visar en kraftig minskning jämfört med föregående år. Nivån är nu 8,5% vilket är betydligt lägre än förvaltnings målvärde på 10%. Stora variationer förekommer mellan verksamheter och orter. Den externa personalomsättningen har minskat till ca 6%.

Personalomsättning per verksamhetsområde (R12):

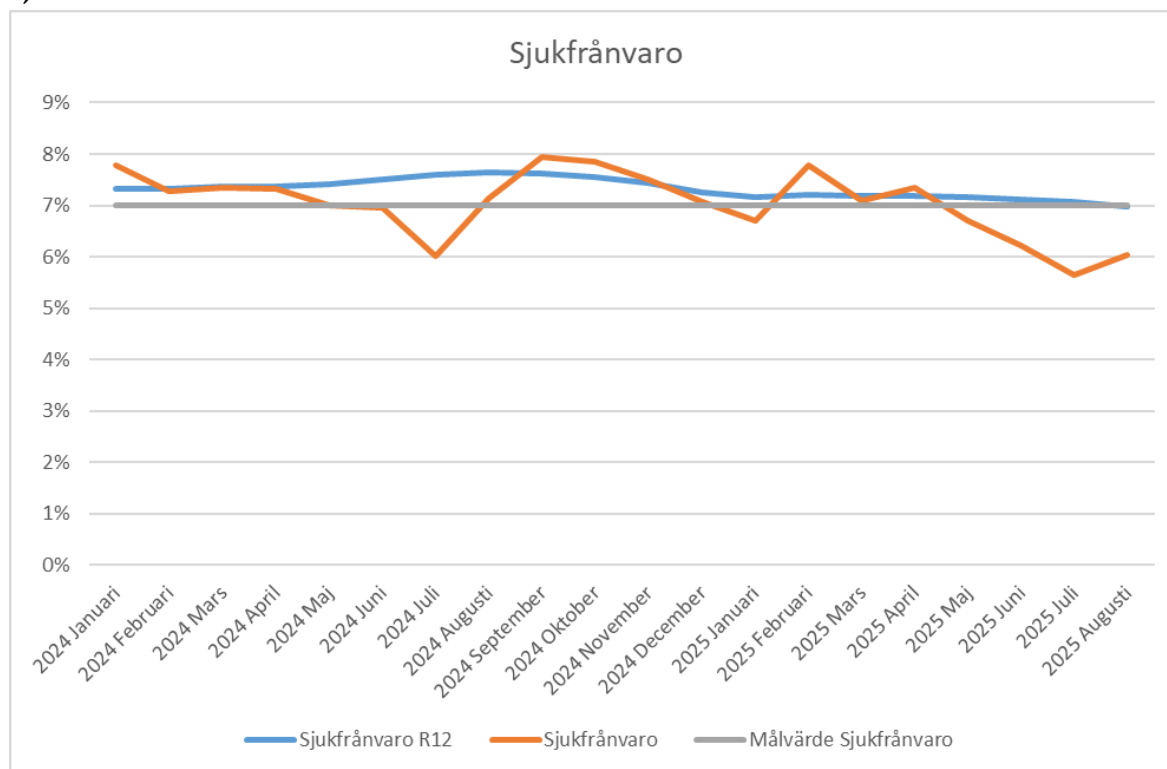
Barn- och ungdomspsykiatri	10,5%
Vuxenpsykiatrisk öppenvård	9%
Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård	6,9%

Förvaltningen ser fortsatta kompetensförsörjningsutmaningar gällande framför allt läkare inom den vuxenpsykiatriska öppenvården och sjuksköterskor inom den vuxenpsykiatriska heldygnsverksamheten.

4.2 Sjukfrånvaro

Indikator	Utfall (R12)	Målvärde
Sjukfrånvaro	6,9%	7 %

Sjukfrånvaro



Den totala sjukfrånvaron för perioden är ca 6,9% och har under perioden uppehållit sig strax under förvaltningens målvärde på 7%.

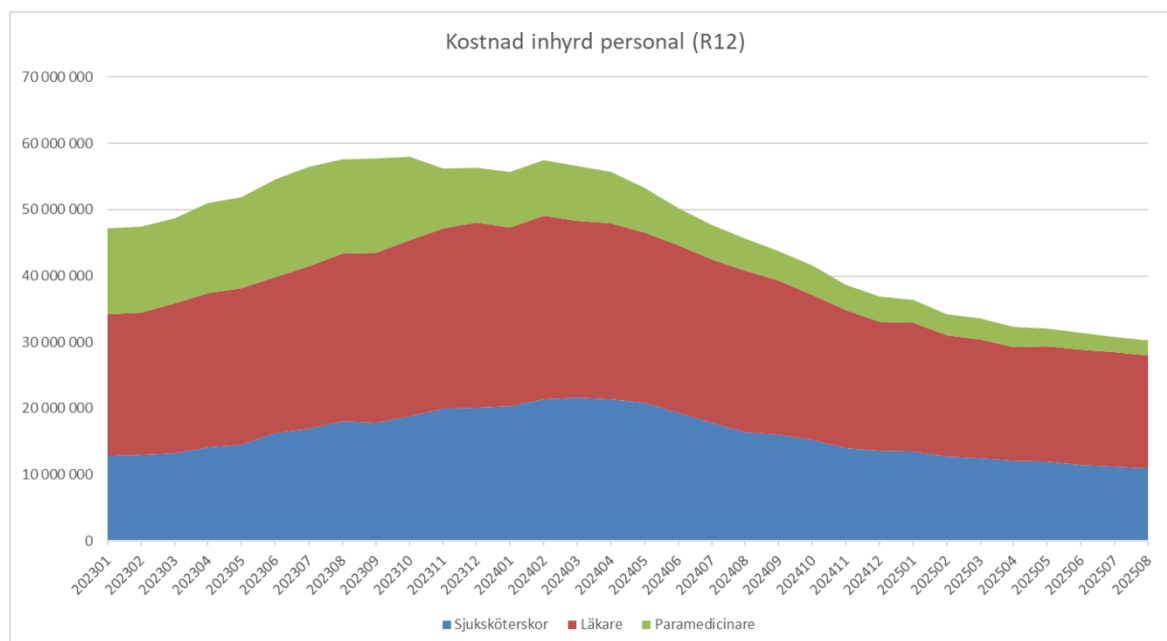
Sjukfrånvaro per verksamhetsområde (R12):

Barn- och ungdomspsykiatri	6,2%
Vuxenpsykiatrisk öppenvård	7,6%
Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård	7,5%

Grupperna med högst sjukfrånvaro är skötare 8,8% och sjuksköterskor 7,8%.

Positivt är att korttidsfrånvaron på förvaltningen visar på en nedåtgående trend, - 0,4%, jämfört med samma period föregående år.

4.3 Inhyrd personal



Nyttjandet av inhyrd personal visar en nedåtgående trend, i enlighet med tidigare beslutad åtgärdsplan.

Kostnaden för inhyrd personal uppgår till ca 4% av totala personalbudget jämfört med 6 % under samma tidpunkt föregående år.

Förvaltning arbetar nu med vidare åtgärdsplaner för att ytterligare minska nyttjandet av inhyrd personal, i linje med Region Hallands inriktning och mål avseende 2% av den totala personalkostnaden.

5 Ekonomi

5.1 Ackumulerad budgetavvikelse

Indikator	Ack resultat	Ack budget	Ack avvikelse
Ackumulerad budgetavvikelse	-605 102 tkr	-597 084 tkr	-8 018 tkr

Förvaltningen redovisar en negativ budgetavvikelse med -8 Mnkr efter åtta månader.

- Positiv avvikelse med 4 mnkr redovisas under **uppdrag köpt LRV-vård**.
- **Uppdragen Psykiatri och Vårdval psykiatri** redovisar en negativ avvikelse med -12 Mnkr.

Större delen av den negativa avvikelsen finns under bemanningspersonal. Avvikelsen har uppkommit för kompetensbrist, främst för sjuksköterskor inom slutna vårderna och läkare i mottagningsverksamhet.

5.1.1 Resultaträkning

Kontogrupp	Ack utf 2024	Ack utf 2025	Ack bu 2025	Avvikelse	Prognos, helår
Intäkter	62	58	49	9	9
Personal	-446	-495	-498	2	5
Bemanning	-26	-20	0	-20	-27
Köpt vård	-43	-36	-39	4	5
Övrigt	-107	-112	-109	-3	-3
Nettokostnad	-560	-605	-597	-8	-10

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
-621 620 tkr	-662 884 tkr	-41 264 tkr	-646 203 tkr	-16 681 tkr	6,6 %	4 %	-2,7 %

Förvaltningens kostnadsutveckling var under perioden 7 procent. Den budgeterade kostnadsutvecklingen var 4 procent. Förklaringen till ökningen utöver budget består till största 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
22 189 tkr	19 475 tkr	-2 714 tkr	19 960 tkr	-485 tkr	-12,2 %	-10 %	-2,2 %

Förvaltningens intäkter, exklusive vårdvalsintäkter, är drygt 10% högre än förväntad nivå, det är främst ersättning för sålda tjänster och ersättning för Cosmic-införandet som förklarar nivån.

5.2 Prognos budgetavvikelse (att notera: ej prognosavvikelse)

Indikator	Årsprognos	Årsbudget	Avvikelse
Prognos budgetavvikelse	-922 724 tkr	-912 724 tkr	-10 000 tkr

Efter åtta månader visar förvaltningens samlade bedömning av årsprognosen en negativ avvikelse på -10 miljoner kronor.

Den förväntade negativa avvikelsen återfinns helt inom uppdraget *Allmän psykiatri (dvs all psykiatri utom köpt LRV-vård) och vårdval*, där prognosen pekar på -15 miljoner kronor. De största negativa avvikelserna redovisas inom:

- **Vuxenpsykiatrisk öppenvård:** -14 miljoner kronor
- **BUP (inklusive ätstörningsvård och insatser för ungas psykiska hälsa):** -3 miljoner kronor

Avvikelserna beror främst på kombinationen av nyanställda och redan tillträdde gentemot bemanningspersonal som ej ännu kunnat avslutas inom öppenvården. För BUP är kostnaderna kopplade både till smärre brist på specialistkompetens och till satsningar för att förbättra tillgängligheten.

Inom uppdraget *Köpt LRV-vård* är årsprognosen däremot positiv, med en avvikelse på +5 miljoner kronor, vilket påverkar årsprognosen på helheten.

Avvikelse per område exkl köpt LRV-vård.

Område	Årsprognos
Lednings- och verksamhetsstöd (LOVS)	1
Bup Halland, inkl, Ungas psykiska hälsa (UPH) och Ätstörningsvården	-3
Vuxenpsykiatrisk öppenvård	-14
Vuxenpsykiatrisk heldygnsvård	1
Totalt	-15

Med köpt LRV-vård blir den samlade årsprognosen -10 Mnkr.

5.2.1 Prognosförändring sedan föregående rapport

Vid uppföljningsrapport 1 lämnades en årsprognos på -2 Mnkr.

Prognosen för uppdraget *Köpt LRV-vård* har förbättrats med 1,0 miljon kronor.

Samtidigt har prognosen för uppdraget *Allmän psykiatri och vårdval* försämrats med 13 miljoner kronor jämfört med uppföljningsrapport 1. Den största delen av försämringen återfinns inom vuxenpsykiatrisk öppenvård, där:

- **Vårdvalsintäkterna** beräknas bli 4 miljoner kronor lägre (beräknat utfall UR1 56 mkr prognos ur2 52 mkr)
- **Personalkostnaderna** har ökat med 8 miljoner kronor jämfört med prognosen i UR1 (beräknat utfall UR1 199 mkr , prognos 207 mkr)

Dessutom redovisar BUP en ökning av personalkostnader med 0,5 miljoner kronor, vilket främst beror på kostnader av engångskaraktär.

5.2.2 Åtgärdsplan

Redovisas i eget ärende (DN PS250035)

5.3 Investeringar

5.3.1 Prognos investeringsbudgetavvikelse

Årsprognos	Årsbudget	Budgetavvikelse
5 000 tkr	5 000 tkr	0 tkr

Prognos Investeringsbudgetavvikelse

Förvaltningen förväntas ha en budget i balans.

Joki Malin RK STAB

Från: Grahn Ove PSH
Skickat: den 7 oktober 2025 07:38
Till: REGION HALLAND officiell e-post
Ämne: till regionstyrelsen
Bifogade filer: §57 Uppföljningsrapport 2 Psykiatrin Halland.pdf

Översänder beslutad UR2 från Psykiatrin Halland.

Ove Grahn

Verksamhetscontroller
Förvaltningsledning och stab Psykiatrin Halland

Telefon: 070-827 35 11

Mobil: 070-827 35 11

E-post: Ove.Grahn@regionhalland.se

Besöksadress: Träslövsvägen,, 43281 Varberg
www.regionhalland.se