

Patientsäkerhetsberättelse 2024

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel



”When safety is first, you last.”

Ansvarig för innehållet:
Martin Hultén, chefläkare

2025-02-09

Innehållsförteckning

Inledning.....	4
PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §	5
Sammanfattning	6
Grundläggande förutsättningar för säker vård	9
Engagerad ledning och tydlig styrning	9
Övergripande mål och strategier	9
Organisation och ansvar	11
Samverkan för att förebygga vårdskador	14
Informationssäkerhet	17
Strålskydd	19
En god säkerhetskultur	19
Etikråd	20
Adekvat kunskap och kompetens	21
Läkemedel	21
Psykologisk utredning och behandling	21
Patientsäkerhetsombudsutbildningen	21
Suicidprevention.....	22
SPiSS – suicidprevention i svensk sjukvård	22
Patienten som medskapare	23
Patienters och närståendes delaktighet 2024	23
Händelse- och riskanalyser	25
Agera för säker vård	26
Öka kunskap om inträffade vårdskador	26
Avvikelsehantering	26
Läkemedel	27
VRI, trycksår	27
Händelseanalyser	28
Tillförlitliga och säkra system och processer	28

Standardiserade vårdprocesser (SVP)	28
Läkemedel	29
Säker vård här och nu	29
Läkemedel	29
Psykologisk behandling och utredning	30
Suicidprevention.....	31
Överbeläggningar.....	31
Riskhantering.....	32
Stärka analys, lärande och utveckling.....	32
Avvikelse	32
Lex Maria	34
Markörbaserad journalgranskning	36
Antistigma och suicidprevention.....	37
Tvångsvård	37
Vårdplatsanalys vuxenpsykiatri	38
Tillgång till akut psykiatrisk vård dygnet runt	39
Klagomål och synpunkter.....	39
Öka riskmedvetenhet och beredskap	40
Läkemedel.....	41
Risk- och händelseanalyser	41
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	43
Strategier	43
Särskilda utmaningar under kommande år	44
Bilaga. Egenkontroll	46

Inledning

Inledningsvis vill jag tacka alla medarbetare i vår förvaltning för ert mycket värdefulla arbete!

Verksamheternas respektive patientsäkerhetsberättelser vittnar om ett engagerat, framåt drivande och handlingskraftigt arbete inom patientsäkerhet.

Under nästa år kommer patientsäkerheten att utmanas i den omfattande och komplexa driftstarten av ny vårdplattform med tillhörande nytt journalföringssystem.

Nya systemet SDV/Millennium innebär i förlängningen dock en stärkt patientsäkerhet och betydligt högre grad av informationssäkerhet.

“Förändring är aldrig smärtsam, det är bara motstånd mot förändring som är det” (Buddha, filosof)

Martin Hultén, Chefläkare Psykiatri, habilitering och hjälpmedel

“Safety is not an intellectual exercise to keep us in work. It is a matter of life and death. It is the sum of our contributions to safety management that determines whether the people we work with live or die.” (Sir Brian Appleton, Technical Adviser to the Enquiry on Piper Alpha Accident)



PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Socialstyrelsen; ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Sammanfattning

Under 2024 har stort fokus legat på SDV (Skånes digitala vårdssystem), Skånes nya vårdplattform. Inte minst genom förberedelser för och anpassning i system och standardisering på ett personcentrerat vis av arbetssätt, så att driftstarten av nya journalsystemet Millennium ska kunna ske på ett patientsäkert och effektivt sätt.

Andra fokus och huvuduppgifter för patientsäkerhetsorganisationen har handlat om säker bemanning relaterat till hyrstoppet (sjuksköterskor) och omställningen till nya arbetstidslagen samt säkra lösningar för vård på distans.

För att ta ytterligare några exempel från året som gått så har säkerhetsmeddelanden inom verksamhetsområde hjälpmedel tagit form för att i samarbete med leverantör och vården i stort fånga upp och motverka potentiella vårdskador.

Vidare har patientsäkerhetsutbildningen med teoridelen utgående från Socialstyrelsens "Säker vård" och workshopdel för patientsäkerhetsombud nu använts som basutbildning i patientsäkerhet ute i verksamheterna. Implementeringen av standardiserade vårdförlopp följer planen och under året har de standardiserade vårdförloppen inom vuxenpsykiatri uppdaterats enligt plan. Inom Bup har två nya standardiserade vårdprocesser utvecklats och arbetet med att implementera och följa upp dessa har fortgått.

Nya HLR-strukturen har fortsatt arbetats in i förvaltningen och utbildning genomförs nu regelbundet enligt plan.

Den årliga tvångsvårdsuppföljningen genomfördes enligt plan och visade på fortsatt lägre nivåer av tvångsvård och även för antal tvångsåtgärder där särskilt antalet fastspänningar ligger kvar på den mycket låga nivån 270 per år att jämföra med mer än dubbelt så många för några år sedan.

Antal vårdnära suicid är i skrivande stund 39 för 2024 jämfört med 38 för 2023.

Antalet registrerade avvikelser ligger kvar på en hög nivå 2024 vilket är helt i linje med gällande målsättning för ett aktivt patientsäkerhetsarbete, på samma sätt som noggranna internutredningar resulterat i 16 Lex Maria anmälningar med tillhörande förbättrande och förebyggande arbete.

Risk- och händelseanalyser görs regelbundet och med stor noggrannhet i komplexa, inte sällan övergripande, ärenden och frågor.

Markörbaserad journalgranskning visar på fortsatt låg nivå av skador i den psykiatriska vården och närmare granskning ska presenteras i början av 2025.

Under året har också det tredje (NHV könsdysfori) av de totalt tre tilldelade områdena inom nationell högspecialiserad vård startats upp efter noggranna förberedelser av vårdinnehåll, vårdform, forskning och utvärdering.

Samtidigt ska resultaten ovan dessutom värderas och balanseras mot bakgrunden att vi inom stora delar av vår verksamhet, särskilt heldygnsvården, fortsatt befinner oss i en situation med svår kompetensbrist, framför allt sjuksköterskebrist, vilket inneburit fortsatt stängda vårdplatser i delar av Skåne och kvarstående begränsade öppettider på en av våra akutmottagningar.

Vårdplatsbristen leder till överbeläggningar och höjd tröskel för inläggning i de verksamheter som stängt vårdplatser, samt ett ökat behov av patienttransporter mellan verksamheter som vid adekvat antal vårdplatser hade kunnat undvikas och som inte är optimalt för våra patienter och nu fortsatt belastar även polis- och ambulansverksamheten.

Flerårigt ökat söktryck inom Bup utgör en fortsatt svår utmaning som verksamheten möter genom bland annat ett hårt arbete och ökat utbud av utvecklade digitala insatser och välutvecklade standardiserade vårdprocesser för att bibehålla god och patientsäker tillgänglighet.

En annan utmaning vi behöver adressera i ökad omfattning är den omfattande samsjuklighet som finns i vår målgrupp ledande till en markant överdödlighet i framför allt hjärt-kärlsjukdom. Samverkansprojekt med somatiken pågår.

Kommande år ska vi fortsätta att prioritera, stärka och stimulera en med verksamheten fullt ut integrerad patientsäkerhetsorganisation med det tydliga målet att eliminera vårdskador. En särskild utmaning blir då att balansera klokt mellan patientsäkerhetsarbete och primärt patientarbete i en tid med högt arbetstryck på våra medarbetare. Samtidigt kommer införandet av Skånes nya journalsystem och vårdplattform SDV att ta tid och energi i anspråk. Ledning och stab behöver därför tillse att minimera administrativ börda och nya projekt i verksamheten.

Vår strategiska målsättning är oförändrat ett systematiskt, analytiskt och kunskapsorienterat patientsäkerhetsarbete med samtidig och särskild beredskap för framtida behov ledande till säker, kvalitativ och riskmedveten vård, som har kunskap och dynamik, tillräcklig för att klara framtidens utmaningar.

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.

“Safety doesn´t happen by accident.”

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.



Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet i syfte att säkra verksamhetens kvalitet.

Delmål

- God tillgänglighet: nationella vårdgarantin ska uppfyllas och fastställda vårdplatser ska hållas öppna.
- Noll undvikbara vårdnära suicid.
- Minskat behov av tvångsåtgärder i psykiatrisk tvångsvård.
- Vårdplan ska finnas för alla patienter.
- Säkra övergångar mellan heldygnsvård och öppenvård.
- Ökat brukar- och närståendeinflytande.
- Etisk medvetenhet och etiskt förhållningssätt hos alla medarbetare.
- Följsamhet till lagar, förordningar, föreskrifter, riktlinjer och rutiner.
- Följsamhet till basala hygien- och klädregler.
- Säker läkemedelshantering.
- Evidensbaserad vård och behandling för alla patienter.
- Gott professionellt bemötande och god omvårdnad.

Strategier

- Upprätthålla struktur och utbildningsinsatser i patientsäkerhetsorganisationen för ett regelbundet och prioriterat, systematiskt patientsäkerhetsarbete.
- Stärka användningen av Gröna korset.
- Suicidpreventiva återbesök inom 7 dagar till alla patienter efter utskrivning från heldygnsvård.
- Standardiserade vårdprocesser. Vårdprocesserna kommer att förvaltas av FoUU-enheten enligt särskild modell för uppföljning av processerna.
- Bevakning av all avvikelshantering och stärka verksamheternas orsaksutredningar samt i verksamhetsdialog säkerställa beslutade förbättringsåtgärder.
- Följa och utveckla ny struktur för arbetet med risk- och händelseanalyser.
- Arbete i nätverk med samtliga chefsöverläkare och medicinska rådgivare.
- Följa handlingsplanen för minskat behov av tvångsvård och tvångsåtgärder.
- Utbildningsinsatser för suicidprevention, SPiSS.
- Markörbaserad journalgranskning (MJG) enligt gängse modell och förvaltningens mål med utveckling av uppföljning och lärande utifrån vad MJG-resultaten visar.
- Vidmakthålla och utveckla nya etikrådet och etikarbetet med ombud på samtliga enheter.
- Följa och utveckla uppdaterat program för prehospital psykiatri.
- Följa regionala rutinen för läkemedelshantering, uppdatera läkemedelsplan och stödja verksamheterna att följa målen.
- Arbete i inflytanderåd på flera nivåer. Fortsatt arbete med peer support.
- Stödja patientforumarbetet och medverka till fortsatta brukarrevisioner och användning av Återhämtningssguiden.
- Vidmakthålla och utveckla arbetet med brukarstyrda inläggningar.
- Stimulera och utveckla behandlingsarbetet med Flexible Assertive Community Treatment (FACT).
- Säkerställande av IVO-beslut, internutrednings- och händelseanalysförslag i verksamhetsdialog.
- Utveckla omvårdnadsrådet i förvaltningsstaben sammankallat av chefsjuksköterskan. Representanter från verksamheterna ingår.

Läkemedel

Ökad säkerhet i läkemedelsanvändningen är ett av de övergripande målen i förvaltningen. I läkemedelsplanen finns olika delmål samt föreslagna strategier att arbeta med för ökad läkemedelssäkerhet. Kvalitet och säkerhet i läkemedelsprocesserna säkerställs genom ett systematiskt arbete med att följa upp och utveckla förvaltningens och verksamheternas rutiner. Ändamålsenliga rutiner och samsyn om hur olika arbetsuppgifter kan utföras som rör läkemedel bidrar till en god läkemedelssäkerhet.

Rapportering och hantering av läkemedelsavvikelser eller biverkningar ska ske för ökad säkerhet i läkemedelsanvändningen.

Helhetssyn och regelbunden uppföljning ska göras vid ordination/förskrivning av läkemedel för att säkerställa att läkemedelsbehandlingen är individanpassad. Då krävs att patient liksom vårdgivare har kunskap om vilka läkemedel patienten använder och hur. Det är också viktigt att förebygga felaktig läkemedelsanvändning och läkemedelsrelaterade problem.

Således behövs fortsatt arbete för att sprida metoden för läkemedelsavstämning samt arbete för att upprätthålla kontinuitet med läkemedelsgenomgångar.

Centrala läkemedelsstrategier är systematiskt arbete med rutin för ordination och hantering av läkemedel inom verksamheten och systematiskt arbete med läkemedelsgenomgångar, där läkemedelsavstämning ingår.

Organisation och ansvar

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Beskriv kort roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer. Här kan stödfunktioner som till exempel chefläkare, Strama, smittskydd, vårdhygien, patientsäkerhet- och kvalitetsenhet, kliniskt träningscenter och patientnämnden ingå.

Förvaltningschefen är ytterst ansvarig för patientsäkerheten och att patientsäkerhetsarbetet bedrivs systematiskt i enlighet med patientsäkerhetslagen. Ansvaret för att driva patientsäkerhetsarbetet är till stora delar överlämnat till **förvaltningens chefläkare** (underställd förvaltningschefen) och enheten för patientsäkerhet.

Inom denna enhet finns ett för förvaltningen centralt **patientsäkerhetsråd** bestående av chefläkare, enhetschef, chefläkarens administratör, psykoterapiansvarig psykolog, fyra medicinska rådgivare, chefsjuksköterska samt verksamhetsutvecklare och chefapotekare.

Chefläkaren är anmälningsansvarig enligt Lex Maria och sitter i förvaltningsledningsgruppen där agendan har stående punkt för patientsäkerhetsfrågor. Chefläkaren har även i förvaltningsledningens verksamhetsdialog med respektive verksamhet särskild patientsäkerhetsgenomgång flera gånger per år. Chefläkaren samarbetar regelbundet med regionens övriga chefläkare.

På verksamhetsnivå har **verksamhetschefen** det övergripande ansvaret för patientsäkerheten.

Verksamheternas chefsöverläkare deltar i ledningsarbetet och har ansvar för att driva patientsäkerhetsfrågor samt har det yttersta lagstadgade ansvaret för den psykiatriska tvångsvården inom sitt definierade verksamhetsområde.

I verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård finns dessutom utsett en **säkerhetsansvarig** som samarbetar med chefsöverläkare och verksamhetschef i säkerhetsfrågor. I förvaltningsstaben finns även en **säkerhetsstrateg** med övergripande ansvar för att samordna och driva säkerhetsfrågor.

I förvaltningen finns en övergripande **enhet för patientsäkerhet** som samlar de frågor som rör patientsäkerhet och kvalitetsutveckling. **Enhetschef för patientsäkerhet** sitter med i förvaltningsledningsgrupp och är sammankallande för patientsäkerhetsrådet, som analyserar och bereder frågor till ledningsgrupp och verksamhetsdialoger.

I **förvaltningens patientsäkerhetsorganisation** ska finnas ombud på varje enhet, särskilda patientsäkerhetssamordnare i varje verksamhetsområde samt ett särskilt patientsäkerhetsråd i förvaltningsledningen. Tydliga uppdrag har utformats för ombud och samordnare.

Regelbundna möten hålls på varje nivå för genomgång av aktuellt säkerhetsläge där man tittar på exempelvis aktuella avvikelser, risk- och händelseanalyser, IVO-beslut, patientsäkerhetsronder och punktprevalensmätningar.

Chefsjuksköterskan har övergripande ansvar för vårdhygien och omvårdnadsfrågor samt **sammankallar patientsäkerhetsorganisationens samordnare**.

Vid samordnarmötena på förvaltningsnivå deltar även chefläkaren samt verksamhetsutvecklare med särskilt samordningsansvar för förvaltningens risk- och händelseanalyser.

Chefläkaren och förvaltningens medicinska rådgivare har regelbundna träffar med verksamheternas chefsöverläkare och chefläkaren sammankallar till dessa "chölmöten". I detta nätverk diskuteras huvudsakligen patientsäkerhetsfrågor, tvångsvårdsfrågor, riktlinjer och planering av insatser för att främja patientsäkerheten på ett enhetligt sätt inom förvaltningen.

En gång per år ägnas chölmötet åt särskild uppföljning av tvångsvården. Samtidigt uppdateras handlingsplanerna för minskat behov av tvångsvård och tvångsåtgärder.

Årligen sammankallar chefläkaren slutenvårdens verksamhetschefer och chefsöverläkare samt delar av förvaltningsstaben för ett samordnande vårdplatsmöte där vårdplatssamarbetet ses över och justeras vid behov.

Chefläkaren deltar vidare regelbundet i det regionala chefläkarmötet där samtliga specialiteter representeras samt är ledamot i regional taktisk styrgrupp, regional styrgrupp för journaldokumentation, advisory board för Practicum, regional styrgrupp Gröna korset, etikrådet och är HLR-ansvarig läkare samt deltar i förvaltningschefens uppföljningsdialog med regiondirektören.

Chefläkaren sammankallar även nationellt nätverk av psykiatrichefläkare som arbetar med patientsäkerhetsfrågor övergripande och är medlem av beredningsgruppen i nätverket för Sveriges chefläkare, alla specialiteter.

Psykologisk utredning och behandling

Psykoterapiansvarig psykolog (PAP) finns på förvaltningsnivå. Lokala psykoterapiansvariga psykologer på verksamhetsnivå har i olika omfattning, och i samarbete med andra psykologer, exempelvis olika specialistpsykologer runt om i förvaltningen och andra professioner, deltagit i arbetet med att ta fram, revidera och implementera standardiserade

vårdprocesser för bedömning och behandling inom området psykologisk utredning och behandling.

Psykologer finns representerade i både regionala och nationella arbetsgrupper för psykisk hälsa.

Tillsammans bedöms det främja utvecklingen av ett evidensbaserat arbetssätt inom detta område. Lokal arbetsgrupp (LAG) för psykologisk behandling (bildades under 2022) finns med representation för hela Region Skånes hälso- och sjukvård och är en del av den större kunskapsstyrningsorganisationen.

Läkemedel

På förvaltningsnivå träffas **läkemedelsgruppen** (apotekare, chefapotekare, chefsjuksköterska, chefekonom och förvaltningens läkemedelsansvarige läkare) flera gånger per år. Arbetet för gruppen följer framtaget årshjul och till exempel genomförs varje halvår strukturerade dialogmöten med läkemedelsansvariga läkare inom varje verksamhetsområde, för att följa upp och diskutera bland annat en säker läkemedelsanvändning.

Tillsammans med nätverket av läkare med ledningsuppdrag läkemedelshantering och lokala läkemedelsansvariga läkare, har gruppen en målsättning att kvalitet och säkerhet ska vara styrande för att optimera läkemedelsanvändningen inom förvaltningen.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Beskriv hur och inom vilka processer och områden som samverkan identifierats och äger rum för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada, till exempel vårdens övergångar med överenskommelser mellan olika vårdenheter, medicintekniska enheter, mellan primärvård och sjukhus samt mellan region och kommun.

Prehospital psykiatri

Ett prehospitalt psykiatriskt vårdprogram lanserades redan 2011 i samarbete med Region Skånes prehospitala enhet (RSPE). Sedan september 2024 finns detta i en genomgripande reviderad form som version 8. Delar om lagar och juridik har samlats i ett uppdaterat dokument, Juridik för prehospital personal.

Psykiatrin i Skåne har ett omfattande samarbete med polis, räddningstjänst, ambulanssjukvård och regionens hembesöksbilar med målet att i det prehospitla arbetet bättre bemöta och behandla personer med psykisk ohälsa, minska behovet av tvångsinsatser och reducera risken för skador i vården. Under hösten 2024 övergick hembesöksbilarna till att driva i regionens egen regi efter att från början ha varit en upphandlad tjänst.

I regionens arbetsgrupp Prehospital psykiatri, ingår de olika aktörerna och de psykiatriska verksamhetsområdena i regionen finns representerade. Gruppen har regelbundna möten och i ett särskilt forum diskuteras och hanteras avvikelser aktörerna emellan med målet att minska risken för upprepning. Ambulansöverläkare utsedd av ambulanssjukvården är sammankallande i arbetsgruppen.

I syfte att förbättra den prehospitla vården för personer med psykiatrisk problematik samt bidra till att öka kompetensen inom fältet, har prehospital akut psykiatri, också kallad psykiatriambulansen, etablerats. Den påbörjades i projektform i Malmö under 2019 med kringliggande kommuner, och utökades hösten 2020 till att även omfatta Lund med kringkommuner. Från 2022 är verksamheten utgående från Malmö permanentad.

För att erbjuda en likvärdig vård och med utgångspunkt i genomförd utvärdering och önskemål från patientföreträdare och sjukvården, startades motsvarande verksamhet i nordvästra och nordöstra Skåne i slutet av 2022. Även dessa är nu permanentade.

Psykiatriambulanserna är bemannad med en specialistsjuksköterska från psykiatri och en från ambulanssjukvård. Beläggningsgraden har successivt ökat, driftstiden är från mitten av eftermiddagen till strax efter midnatt året om sju dagar i veckan i sydvästra och nordvästra Skåne, måndag till fredag i nordöstra Skåne. Arbete pågår för att tillförsäkra likvärdig tillgång till psykiatriambulansen i hela Skåne och om möjligt utökad driftstid.

Alla ordinarie ambulanser har kvar sin viktiga roll i den prehospitla psykiatrin och fortbildning för ambulanssjuksköterskor i prehospital psykiatri genomförs kontinuerligt.

LVM-klienter

Samverkan med Statens institutionsstyrelse (SiS), Skånes kommuner, polisen och Kriminalvårdens nationella transportenhet (NTE) har funnits i mer än 10 år med utgångspunkt i ett gemensamt framtaget underlag för

praktisk samverkan. Samverkansgruppen träffas tre gånger om året och hanterar bland annat avvikelser. Målet är en patient- och rättssäker hantering av patienter som kommer till sjukvården med stöd av lagen om vård av missbrukare (LVM).

Samverkan med primärvården

Samverkan mellan primärvården och den vuxenpsykiatriska specialistsjukvården regleras genom handlägningsöverenskommelsen som revideras vartannat år. En uppdaterad version håller på att tas fram för införande under början av 2025. Målet med överenskommelsen är att för en god patientsäkerhet ha en så tydlig ansvarsfördelning som möjligt för bedömning och behandling av psykisk ohälsa och sjukdom.

Samverkan mellan region och kommun

Förvaltningen deltar i regionens samverkan med Skånes kommuner på övergripande nivå men också specifikt för område psykisk hälsa i SSP (skånegemensam samverkan psykiatri) samt flera av dess arbetsutskott. Psykiatri, habilitering och hjälpmedel, primärvård, Skånes kommuner samt patient- och närståendeorganisationer ingår i arbetet. Här kan särskilt nämnas utskottet för suicidprevention där gemensamma insatser planeras och följs upp, utifrån en läns-gemensam handlingsplan för att minska suicid, som tagits fram som komplement till regional strategi.

Suicidprevention

Förvaltningen samordnar det regionala arbetet ur ett folkhälsoperspektiv och utifrån en beslutad regional strategi.

Tidigare handlingsplanen för suicidprevention i Skåne ersattes 2023 med nya regionala strategin för suicidprevention för åren 2023–2028. Strategin, beslutad i regionstyrelsen, är framtagen av regional samordnare för suicidprevention och utgår ifrån identifierade utvecklingsbehov hos myndigheter och organisationer inom ramen för Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens regeringsuppdrag att utforma förslag till ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Psykisk hälsa definieras i detta arbete som en del av folkhälsan. Det underliggande nationella förslaget har ett brett anslag och omfattar många samhällsaktörer.

Den tidigare nollvisionen är omformulerad och uttrycks i stället ”färre liv förlorade i suicid”. En tydligare koppling mellan psykisk hälsa och

suicidprevention har gjorts och en förflyttning mot område folkhälsa har skett.

Region Skånes strategi för suicidprevention vilar mot det nationella förslaget varför ordet nollvision är ersatt även här. Region Skånes suicidpreventiva strategi för 2023–2028 skapar kontinuitet i genomförandet av den tidigare handlingsplanen och möjliggör ett permanent, systematiskt och långsiktigt suicidpreventivt arbete i Skåne. Samverkansparter har varit hälso- och sjukvård, myndigheter, kommuner, föreningar, universitet och religiösa samfund. En utmaning för det preventiva arbetet i Skånesamhället totalt är att suicidfrekvensen i regionen tyvärr ökar enligt den senaste statistiken från NASP (Nationellt centrum för suicidforskning och prevention). Inom förvaltningen är vårdnära suicid oförändrat och undvikbara suicid anmälda enligt Lex Maria är fortsatt på en mycket låg nivå (4 stycken).

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Beskriv hur ni arbetat med informationssäkerhet.

Uppföljningar av större betydelse

Under året har uppföljning och förtydligande avseende hantering av skyddade personuppgifter vid journalföring genomförts. Arbetet med att säkerställa genomförandet av loggkontroller i enlighet med patientdatalagens syfte har även under år 2024 prioriterats.

Genomförda riskanalyser

Förvaltningens samordnare har under året genomfört/medverkat vid följande riskanalyser, konsekvensbedömningar och informationssäkerhetsklassificeringar:

- Blåappen
- BokaTolk
- chatbot
- cochleaimplantat
- Comprima skanning
- folkhälsoenkät barn och unga
- formulärhanterare
- historiska journaldata – 1177

- klagomålstjänst
- lösenordshantering användarkonton
- Raindance
- Sesam 2
- upphandling av utbildning
- ärendehanteringssystem (IT-stöd för samordning inom vårdgarantin).

Vidtagna förbättringsåtgärder

Förvaltningen har tydliga krav på lag- och regelefterlevnad avseende bland annat dataskyddsförordningen och patientdatalagen som starkt inverkar på informationssäkerhetsarbetet.

Allt fler verksamhetsområden säkerställer att digital information hanteras och förvaras på ett säkert sätt, detsamma gäller för den analoga informationen. Sammantaget har kunskapen och medvetenheten ökat inom området informationssäkerhet avseende informationshantering och det riskanalytiska arbetet som tillkommer när en ny funktion, ändrat användningssätt eller en ny digital tjänst ska drifvas, implementeras eller upphandlas.

I slutet av år 2022 infördes nya rutiner avseende hantering av personuppgiftsincidenter. Rutinerna innebär att IDA-organisationens huvudkontaktpersoner ansvarar för utredning och initial riskbedömning av personuppgiftsincidenter. Syftet med införandet var att säkerställa resurstillgång, kunskapsspridning och samtidigt öka förvaltningens möjlighet att identifiera och hantera personuppgiftsincidenter. De nya rutinerna har påtagligt lett till större förståelse, ökad kunskap och snabbare hantering.

Uppföljning av Region Skånes obligatoriska utbildning Säker informationshantering har under året genomförts vid två tillfällen och utbildningen kräver fortsatt mer uppmärksamhet för att öka deltagandet och förståelsen men framför allt för att höja kunskapsnivån. Utbildningens innehåll har justerats och kortats ned för att inte överlappa andra utbildningsområden, så som exempelvis utbildningen Cybersäkerhet.

Under år 2023 genomfördes utbildningen av 456 anställda. Under den senaste tolv månaders perioden är siffran 1 454, vilket motsvarar 31,4 procent av förvaltningens personal.

Granskning – journalföring

För perioden 2024-01-01–2024-09-30 har 88 procent av förvaltningens verksamheter månadsvis rapporterat in utförda stickprovskontroller. Inrapporteringen består av 1 315 genomförda loggkontroller. Av dessa är 52 riktade kontroller av olika slag och 42 av dem riktade kontroller av forcerade spärrar/nödöppning som överlämnats till verksamhetschef.

Förvaltningen har totalt anmält 4 incidenter till Integritetsskyddsmyndigheten, varav 1 av anmälningarna avser dataintrång.

Förteckning över informationssäkerhetssamordnare

Aktuell förteckning över förvaltningarnas informationssäkerhetssamordnare finns under rubriken Organisation och kontaktpersoner på följande adress:

[Informationssäkerhet – Region Skånes intranät \(skane.se\)](https://www.skane.se/intranet/informationssakerhet)

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Ge en kort sammanfattning av strålskyddsbokslutet eller hänvisa till bokslutet i länk eller bilaga.

Ej aktuellt.

En god säkerhetskultur

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

“Safety is not a gadget but a state of mind.”

Eleanor Everet

Patientsäkerhetskulturen är ett högprioriterat område i patientsäkerhetsorganisationens arbetsmetodik och viktigt fokusområde och inlärningsmoment i vår patientsäkerhetsutbildning.

Säkerhetskulturtrappan används i alla verksamheter som en utgångspunkt för diskussion och fördjupad förståelse. Uppföljningar har visat att förvaltningens medarbetare upplever att vi har högt i tak och att det är gott klimat för att framföra synpunkter och kritik i det löpande arbetet.



Gröna korset är ett verktyg som underlättar det dagliga säkerhetsarbetet och bidrar till en starkare och medveten patientsäkerhetskultur. Med en god organisatorisk grund fungerar Gröna korset som en katalysator för ett mer levande, synligt och delaktigt patientsäkerhetsarbete. Verksamheten kan då upprätthålla en god beredskap i en föränderlig värld genom att ständigt hantera nya risker. Under året har förvaltningen fortsatt övergången till digitala Gröna korset. Digitaliseringen medför bättre tillgänglighet, sammanställande hantering och överblick.

Etikråd

Förvaltningen har som mål att erbjuda alla patienter individuellt anpassad och etiskt genomtänkt vård. Även närstående, medarbetare och andra berörda ska känna att de behandlas på ett moraliskt acceptabelt sätt och upplysas om hur de går till väga för att förmedla sina synpunkter på hur verksamheten lyckas med sin målsättning.

Centralt för etikarbetet är att på olika vis bidra till fördjupade diskussioner av etiska frågor, från de mest omdebatterade till de mer vardagliga och kanske också mer frekventa. I de frågor som kan anses extra viktiga och/eller som personal uppfattar som särskilt svåra ska goda exempel på förhållningssätt presenteras. Etikarbetet begränsar sig därmed inte bara till att handla om ytterligheter utan syftar till att uppmärksamma alla frågor och problem i verksamheten som kan betecknas som i grunden etiska. Arbetet kan vara reaktivt, men bör i första hand försöka identifiera potentiella svårigheter och etiska problem innan de uppstår i verksamheten.

Etikarbetet går hand i hand med en god patientsäkerhetskultur.

Etikrådet har under året som gått bland annat tagit fram en rekommendation till förvaltningsledningen och politiska nämnden rörande den kontroversiella behandlingsmetoden konduktiv pedagogik som saknar evidens.

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.

“Never stop investing...never stop learning.”

Captain Sully



Läkemedel

Medlemmar i läkemedelsgruppen håller regelbundet utbildning och fortbildning om läkemedel inom förvaltningen. En del av utbildningen omfattar moment eller delar i läkemedelshanteringen för att öka medarbetarnas kunskap om säker läkemedelshantering. Vidare har ett riktat uppdrag givits till klinisk farmaceut för att möta efterfrågan på utbildningar inom läkemedelsområdet. Obligatoriska utbildningar, för berörda medarbetare, i läkemedelssäkerhet respektive läkemedelsmodulen i journalsystemet ska genomföras vid introduktionen.

Psykologisk utredning och behandling

I samarbete med FoUU genomfördes en omfattande utbildningsinsats våren 2024 i att utbilda läkare och psykologer i diagnostik av personlighetssyndrom. Utbildningen är tänkt att fortsätta ges framöver, närmast hösten 2025.

FoUU har även arrangerat en specialistkurs för psykologer i bred bedömning/diagnostik för andra diagnoser.

Tidigare genomförd inventering av psykologtest i förvaltningen har resulterat i ökad förekomst av digitala test inklusive förenklade rutiner för beställning och support tänkt att underlätta och förenkla automatisk resultattolkning och analys.

Patientsäkerhetsombudsutbildningen

Patientsäkerhetsombudsutbildningen

Baserad på Socialstyrelsens utbildning Säker vård har förvaltningen skapat en manual för utbildning som riktar sig främst till nya patientsäkerhetsombud och enhetschefer men som även lämpar sig för stegvis genomgång med alla medarbetare. Utbildningen är upplagd som

individuell teoretisk del online om säker vård och följs därefter av en gemensam workshop med centralt framtagen föreläsning och med utvalda diskussionsfrågor kopplat till filmsekvenserna från Socialstyrelsens utbildning.

Suicidprevention

Förvaltningen samordnar det regionala arbetet med suicidprevention enligt den nya regionala strategin (beslutad i regionstyrelsen under året) och en inom folkhälsoarbete välkänd treskalig modell för universell, selektiv och indicerad prevention har använts i syfte att underlätta för aktörer att identifiera suicidpreventiva insatser som överensstämmer med respektive verksamhet. Det finns därutöver ett tillägg som avser chefer och medarbetare.

Varierande aktiviteter har genomförts på de olika nivåerna och bland annat bestått av föreläsningar, utbildningar, seminarier och framtagande av en samlad webbsida. Stöd för att medvetandegöra och stärka psykisk hälsa hos riskgrupper har getts. Samverkanspartner har varit hälso- och sjukvård, myndigheter, kommuner, föreningar, universitet och religiösa samfund.

SPiSS – suicidprevention i svensk sjukvård

SPiSS är en utbildningssatsning inom suicidprevention, anpassad för vårdpersonal men även relevant för andra verksamheter utanför sjukvården, såsom socialtjänst, hemtjänst, skola, polis, kriminalvård, trossamfund med flera. SPiSS består av två delar – webbaserade kurser om suicidologi och risk- och skyddsfaktorer och reflekterande samtal om ämnet som främst riktar sig till medarbetare inom psykiatri.

De webbaserade kurserna har nått långt utanför Region Skåne och länets gränser. SPiSS-kursen som nu utvecklas med stigma som fokus, blir en bas och utgångspunkt för kunskap och medvetenhet om även stigma/självstigma som kan spridas i hela Sverige.

SPiSS ingår i förvaltningens patientsäkerhetsarbete och är en obligatorisk webb- och samtalsbaserad ut- och fortbildning för samtliga medarbetare. Att förebygga och förhindra suicid är en högt prioriterad fråga i våra verksamheter och SPiSS kan utgöra en basal grund för kunskap och för att öka medvetenheten för frågor inom det suicidpreventiva arbetet.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning 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.



PSL 2010:659 3 kap. 4 §

Beskriv struktur och aktiviteter för hur patienter, brukare och närstående erbjuds möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

“Where no counsel is, the people fall: but in the multitude of counselors there is safety.”

Proverbs 11:14 (King James Version)

Patienters och närståendes delaktighet 2024

Förvaltning Psykiatri, habilitering och hjälpmedel har en omfattande samverkan med patienter och närstående. Ökad delaktighet och inflytande för patienterna har stor betydelse för patientsäkerhetsarbetet.

Inflytandestrateg samordnar arbetet på förvaltningsnivå. På verksamhetsnivå finns inflytandesamordnare och på enhetsnivå inom psykiatri finns inflytandeombud.

Arbetet med patienter och närståendes möjlighet till inflytande och delaktighet på alla nivåer i förvaltningen (även nämnd) har fortsatt under 2024.

Inflytanderåden som är ett regelbundet återkommande samarbete mellan verksamheten och patient- och närståendeföreningar har efter önskemål från representanter till större delen hållits som hybridmöten för att öka representanternas möjlighet att delta i dessa

Totalt finns det nio inflytanderåd i förvaltningen, sju råd för psykiatri och två råd för habiliteringen. Vid inflytanderåden medverkar bland annat chefsläkare, överläkare, förvaltningschef, verksamhetschefer och verksamhetsutvecklare.

Under året har de verksamhetsnära expertråden på enheter både inom habiliteringen och syn-, hörsel och dövverksamheten fortsatt att utvecklas. Råden möjliggör ett samarbete mellan en specifik enhet och de patienter som har behov av stöd från denna. Även inom ungdomsmottagningens verksamhet finns ett inkluderingsarbete i verksamhetsutvecklande syfte.

Samarbetsavtal mellan nämnden för förvaltningen och Funktionsrätt Skåne har årligen tecknats sedan 2022. Samarbetet ska möjliggöra ett mer strukturerat och konstruktivt samarbete vars syfte är att förbättra levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning i Skåne.

Samarbetet har fungerat väl och ett ökat samarbete med regionens förvaltningar har skett under 2024. Ett nytt avtal inför 2025 blev klart innan årets slut.

Förvaltningen har ett fortsatt samarbete med NSPH (Nationell samverkan för psykisk hälsa). Paraplyorganisationen utför inom ramen för en IOP (idéburet offentligt partnerskap) kvalitetsutvecklande arbete i verksamheten utifrån sin unika roll. Avtalet sträcker sig till och med 2025 vilket ger förutsättningar som möjliggör ett mer stabilt och långsiktigt arbete.

Samarbetsavtalen innefattar patientforum, peer support, Återhämtningsguiden samt brukarstyrda brukarrevisioner. Flera av aktiviteterna följs av rapporter som möjliggör underlag för vidare intern kvalitetsutveckling.

Antalet peer supportrar (medarbetare med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och återhämtning) har utökats även detta år. Totalt finns det runt 100 peer supportrar anställda i landet och 40 av dessa finns anställda inom förvaltningen. I slutet av året tog Region Skåne ett initiativ om att utveckla en kompetensstege för yrkesrollen och arbetet med denna kommer att ske under 2025.

Kunskapscentrum för yrkesrollen peer support har fortsatt att utvecklas. Arbete med att ta fram ett nytt informationsmaterial till enhetschefer har påbörjats för att ytterligare öka patienternas tillgång till denna form av stöd.

Patient- och närståendeperspektivet har under året fortsatt att vara representerat av föreningarna i olika arbetsgrupper i förvaltningens utvecklings- och förbättringsarbete.

Ett gott exempel på delaktighet är brukarstyrda inläggningar som syftar till att åstadkomma en ökad autonomi för personen som söker vård och innebär att patienter får möjlighet att själva bestämma att bli inlagda under kortare perioder.

Metoden är tänkt att vara en krishanteringsstrategi som kompletterar behandlingen i öppenvården, där målet är att förebygga försämring av patientens sjukdomstillstånd och att förhindra suicid genom att erbjuda hjälp tidigare i vårdförloppet

Under året har processen för att stärka förvaltningens arbete med personcentrerad vård fortsatt.

Vid patienters behov av insatser från olika huvudmän i sin återhämtning upprättas en samordnad individuell plan (SIP). Patienten bestämmer vilka aktörer och personer som ska ingå i det möte som syftar till planens upprättande.

I samband med utredning av vårdskador ombeds patient och närstående att delta.

Representanter för patient- och närståendeföreningarna är aktiva i etikarbetet, samt i olika arbetsgrupper.

Under året har även patient- och närståenderepresentanter medverkat i riskanalysarbete.

Patient- och närståendeföreningar genomförde 2022 en enkätundersökning av bemötande på förvaltningens akutmottagningar.

Föreningsrepresentanter har under 2023 träffat personal och chefer på akutmottagningarna för att presentera och föra dialog kring resultatet samt vilken stöttning de kan erbjuda i ett utvecklingsarbete framöver.

Upplevelsen av ett gott bemötande är av stor betydelse för eventuell vidare kontakt med specialistpsykiatri.

Händelse- och riskanalyser

I genomförandet av både händelse- och riskanalyser erbjuds patient och/eller närstående att delta. I alla verksamhetsområden består analysteamerna av medarbetare med olika yrkesbakgrund och perspektiv utifrån de förutsättningar som finns inom det specifika verksamhetsområdet.

Agera för säker vård

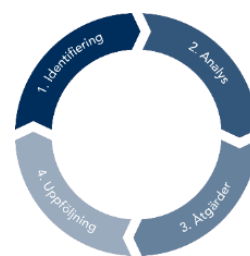
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Under rubriken Agera för säker vård kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:



Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

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.



“An incident is just the tip of the iceberg, a sign of a much larger problem below the surface.”

Don Brown

Avvikelsehantering

Händelser och skador utreds och sammanställs kontinuerligt genom avvikelssystemet och alla avvikelser dubbelbevakas via förvaltningsledningens löpande AvIC-kontroll och uppföljning av pågående orsaksutredningar och internutredningar.

Under året 2024 rapporterades 4 724 avvikelser i AvIC (4 923 år 2023) varav 3 259 var patientrelaterade (3 250 år 2023).

Allvarligare händelser utreds enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Händelseanalys görs när ytterligare fördjupning förväntas ge ökat lärande och förbättringar.

Under 2024 internutreddes 34 allvarliga händelser att jämföra med att 29 allvarliga händelser internutreddes 2023.

Vid regelbundna möten med patientsäkerhetssamordnare lyfts avvikelser som uppmärksammas utifrån tendenser, mönster och allvarlighetsgrad. Berörd verksamhet kopplas in i tidigt skede för prioriterad hantering. Under 2024 har vi fortsatt arbetet med att fokusera på läkemedelsavvikelser med ökat stöd från försörjningsfarmaceuter och klinisk apotekare. Avvikelser kring tvångsvård har genererat fördjupade dialoger och utbildningsinsatser både inom vår egen förvaltning men även med förvaltningar som bedriver somatisk vård i regionen.

Läkemedel

Antalet läkemedelslistor som bedömts vara korrekta i förvaltningen är ungefär i nivå med de större regionala mätningar som gjorts, det vill säga hos var fjärde patient. Detta belyser en stor utvecklingspotential. När och hur en läkemedelsavstämning (LMA), en metod för att säkerställa adekvat läkemedelslista, ska göras har fortsatt att spridas inom förvaltningen. En Qlikview-applikation har tagits fram som kan visa antalet utförda LMA på en avdelning. Vidare görs alltid en läkemedelsavstämning för att kartlägga aktuell läkemedelslista i samband med en tvärprofessionell läkemedelsgenomgång. Att läkemedelslistan inte stämmer kan till exempel orsaka förlängda vårdtider.

VRI, trycksår

Under 2024 valde förvaltningen att inte vara med i PPM VRI då vi under 2022 hade 0 procent VRI. Dialog med vårdhygien är kontinuerlig både på förvaltningsnivå och verksamhetsnivå. Trycksår följs kontinuerligt via AvIC och har förekommit vid tre tillfällen. Samtliga berörde trycksår som uppkommit innan patient började vårdas hos oss.

Händelseanalyser

11 händelseanalyser har genomförts och startats. Det noteras fortsatt utveckling mot att ärenden är mer komplexa, kräver längre tid och har berört exempelvis inträffade suicid, läkemedelsavvikelser och BGFS. Något färre analyser jämfört med 2023 då 13 analyser genomfördes. En möjlig slutsats av detta är att det görs fler noggranna internutredningar inom förvaltningens verksamhetsområden och händelseanalys begärs endast där det kan finnas exempelvis ett behov av att bredda och fördjupa utredningen. Som tidigare år har vissa händelseanalyser genomförts tillsammans med privat vårdgivare eller somatisk vård.

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 bejagas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



“Prepare and prevent, don’t repair and repent.”

Standardiserade vårdprocesser (SVP)

Målet med standardiserade vårdprocesser är personcentrerad och likvärdig vård, ökad tillgänglighet, förbättrad kvalitet och patientsäkerhet, större patientnöjdhet och bättre arbetsmiljö.

SVP innebär en tydlig struktur för vilka utrednings- och/eller behandlingsinsatser som ska erbjudas olika patientgrupper och i vilken ordning. Implementeringsarbete och uppföljning med mätning av följsamhet till processerna genomförs inom alla verksamhetsområden och är viktiga framgångsfaktorer.

Processerna revideras enligt plan inom Bup varje år och inom vuxenpsykiatri och rättspsykiatri vartannat år.

Revidering av de vuxenpsykiatriska processerna slutfördes under 2024. För varje process finns det två ansvariga: en för det medicinska och en för det psykologiska kunskapsområdet.

Läkemedel

Läkemedelsavvikelser följs kontinuerligt med målet att identifiera och hantera systemfel. Helhetssyn och regelbunden uppföljning är viktig för att säkerhetsställa att läkemedelsbehandlingen är individanpassad.

Läkemedelsavvikelser diskuteras på Läkemedelsgruppens dialogmöten med respektive verksamhetsområde.

Läkemedelsgenomgångar är ett arbetssätt för att analysera, följa upp och ompröva en individs läkemedelsbehandling. Under 2024 har apotekare gjort tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar tillsammans med ett fyrtiotal olika enheter och andelen vårdenheter som gjort tio eller fler läkemedelsgenomgångar har ökat med 2 enheter. Ett systematiskt arbete med tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar, där det finns möjlighet till hög kontinuitet på vårdenheten, ger goda förutsättningar för ökad kvalitet och säkerhet i läkemedelsanvändningen. Apotekare som en del i teamet är också ett effektivt sätt att förbättra andra yrkeskategoriers arbete med, och kunskap om, läkemedel. 2024 har ytterligare en klinikapotekare anställts inom förvaltningen men för att arbeta systematiskt med god kontinuitet finns ett fortsatt behov av att anställa fler klinikapotekare.

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.

“Safety brings first aid to the uninjured.”

F.S. Hughes



Läkemedel

På hemvisten Nätverket för läkemedelsansvariga publiceras regelbundet uppdateringar relevanta för verksamheterna gällande läkemedel. Både information om specifika läkemedel och förvaltningsövergripande information om processer och rutiner.

Psykologisk behandling och utredning

En omfattande revidering gjordes under våren och hösten 2024 av samtliga tidigare framtagna standardiserade vårdprocesser (SVP), där psykologisk behandling utgör en viktig del, för vuxenpsykiatrins olika utrednings- och behandlingsinsatser. SVP för vuxenpsykiatri revideras vartannat år. Bup har motsvarande SVP som revideras mer kontinuerligt. Tanken med praktiserande av SVP är ett mer evidensbaserat arbetssätt med det förlängda syftet att uppnå säkrare, effektivare och mer tillgänglig vård. Fler verksamhetsområden har börjat arbeta med framtagande av SVP, bland annat habiliteringen.

Tillgänglighet

Enheten för patientsäkerhet har via arbetsgruppen för tillgänglighet varit involverad i ett successivt införande av öppen tidbok i verksamheterna genom att tids-slotar har blivit bokningsbara i syfte att produktionsplanera bättre så att behandlarna har ca 50 % sin arbetstid planerad/säkerställd för direkt patientarbete. Det är tänkt att leda till ökad tillgänglighet för patienterna. Bl.a. blir det lättare för en medicinsk sekreterare att snabbare kalla en ny patient till ett återbud som en annan patient lämnat. Det kan även vara avlastande för behandlarna att få hjälp med att boka både nybesök och återbesök på ett mer systematiskt sätt.

IKBT

Arbetet med internet-KBT (IKBT) har fortsatt i både Bup, vuxenpsykiatri och ungdomsmottagningarna (UM). Bup:s områdesövergripande digitala mottagning har fortsatt etablera sig. Verksamhetsområde vuxenpsykiatri Helsingborg har en motsvarighet och fler vuxenpsykiatriska verksamhetsområden överväger liknande lösningar. Det kan ha logistiska och kunskapsmässiga vinster att samla ett antal behandlare som blir specialiserade på digital behandling. Internetbehandlingar automatöversöks från journal till svenska internetbehandlingsregistret (SibeR) vilket möjliggör både kvalitetssäkring och forskning. En ökad andel behandlingar har noterats i SibeR under 2024 tack vare en allt bättre journalföring rent allmänt för vuxenpsykiatri och Bup och en ökad produktion av IKBT inom Bup.

Digitalt möte används fortsatt vilket möjliggör säkra videosamtal, SIP-möten, psykologisk behandling med mera, även i kombination med IKBT. Detta kan tänkas öka tillgängligheten för patienterna i hela förvaltningen.

Inom UM finns god erfarenhet av ökad tillgänglighet med det sedan några år implementerade digitala patientverktyget UM online.

Implementering av digitaliserade skattningar av mående och funktion har fortsatt i förvaltningen. Det är tjänsterna Blåappen och 1177 formulärhantering som möjliggör utvärdering och anpassning av behandlingarna utefter patienternas respons på skattningar, tänkt att leda till både säkrare, effektivare och mer personcentrerad vård.

Suicidprevention

Inom förvaltningen finns en särskild handlingsplan för suicidprevention och en styrgrupp för detsamma. Uppföljning och revidering av handlingsplanen har varit pågående arbete under 2024.

Förutom det systematiska patientsäkerhetsarbetet och SPiSS finns nu även ASSIP, Attempted Suicide Short Intervention Program, som följs i RCT-studie som avslutas år 2027.

ASSIP kan kort beskrivas som en metod att följa upp individer som gjort ett suicidförsök och överlevt. Metoden utgår från individens egen livsberättelse.

Utvecklingsarbetet inom ASSIP innebär bland annat att programmet har utökats med frågor om stigma och självstigma som är föremål för både kvantitativa och kvalitativa analyser. ASSIP-mottagningar finns nu i fyra av våra psykiatriska verksamhetsområden och utbildning av nya ASSIP-terapeuter pågår. Syftet med denna aktivitet är att skaffa erfarenhet av ASSIP som en suicidpreventiv metod och på sikt kunna erbjuda ASSIP till samtliga vuxna invånare i Skåne som har försökt ta sitt liv, under förutsättning att metoden visar sig vara effektiv.

Överbeläggningar

Överbeläggningar är i perioder lokalt på alldeles för hög nivå kopplat till ytterligare ökad vårdplatsbrist men fortsatt på en hanterbar nivå tack vare en mycket välutvecklad regional vårdplatskoordination i Psykiatri Skåne enligt särskild gemensam riktlinje som följs upp med statistik på regelbundet och årligt dialogmöte mellan heldygnsvårdens verksamhetschefer.

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

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.

Riskanalyser

2024 genomfördes och startades 3 riskanalyser som berörde exempelvis 1177 och arbetssätt enligt obruten läkemedelskedja, även kallad CLMA (Closed Loop Medication Administration). Det är en minskning i förhållande till 2023 då 7 riskanalyser genomfördes.

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.



“Safety has to be everyone’s responsibility... everyone needs to know that they are empowered to speak up if there’s an issue.”

Captain Scott Kelly

Avvikelse

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Beskriv hur verksamheten arbetar för att personalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har eller hade kunnat medföra en vårdskada. Beskriv om samlade analyser av avvikelser utförts samt några viktiga lärdomar som har spridits. Beskriv gärna i en tabell med antal och typ av avvikelser samt exempel på genomförda förbättringar som haft effekt.

Avvikelse relaterade till patientsäkerhet rapporteras via avvikelssystemet AvIC. Varje medarbetare har en skyldighet att rapportera avvikelser när denne upptäcker vårdskador eller risk för vårdskador. För att öka

medvetenheten kring risker arbetar enheterna med Gröna Korset som stöd. Utbildningsinsatser avseende patientsäkerhetslagen genomförs i alla verksamhetsområden, framför allt via patientsäkerhetsorganisationens återkommande utbildningsprogram och mötesstruktur.

I avvikelssystemet är enhetschef i de allra flesta fall ärendeansvarig för att genomföra orsaksutredning.

Samtliga patientavvikelser granskas av chefsjuksköterskan och cirka 10 procent går vidare till granskning av chefläkare utifrån allvarlighetsgrad och mönster. Under 2024 rapporterades det totalt i förvaltningen 4 724 avvikelser i AvIC (4 923 år 2023) varav 3 259 var patientrelaterade (3 250 år 2023).

Mest förekommande händelseklassificering avseende patientavvikelser var informationsöverföring mellan vårdaktörer. Ett kontinuerligt arbete med att utveckla avvikelseprocessen pågår, med avsikt att korta ledder i hantering och ge tidigare återkoppling till berörda. Under 2024 har arbetet med att avsluta avvikelser snabbare intensifierats delvis på grund av planering för nytt avvikelssystem som planeras att införas 2025.

Vid misstanke om allvarlig vårdskada eller risk för sådan görs internutredning och vid behov även en händelseanalys som rapporteras till chefläkare för ställningstagande till Lex Maria.

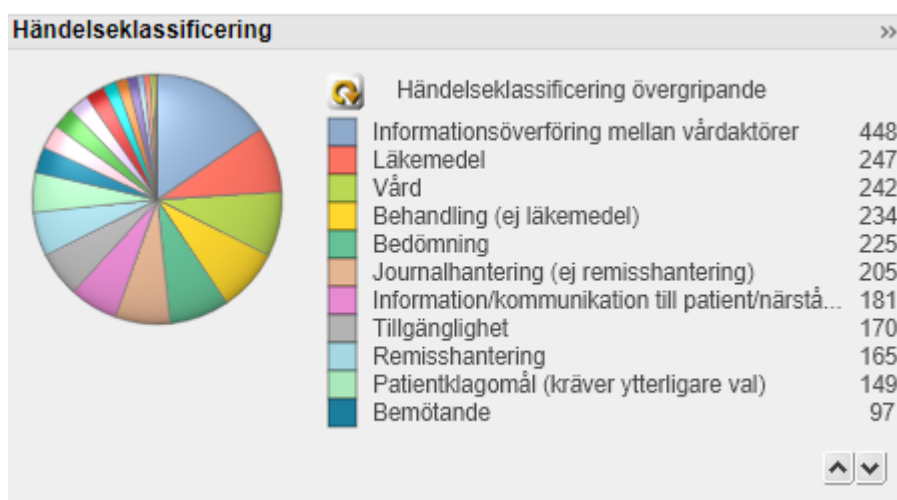


Diagram 1. Antal händelseklassificeringar 2024

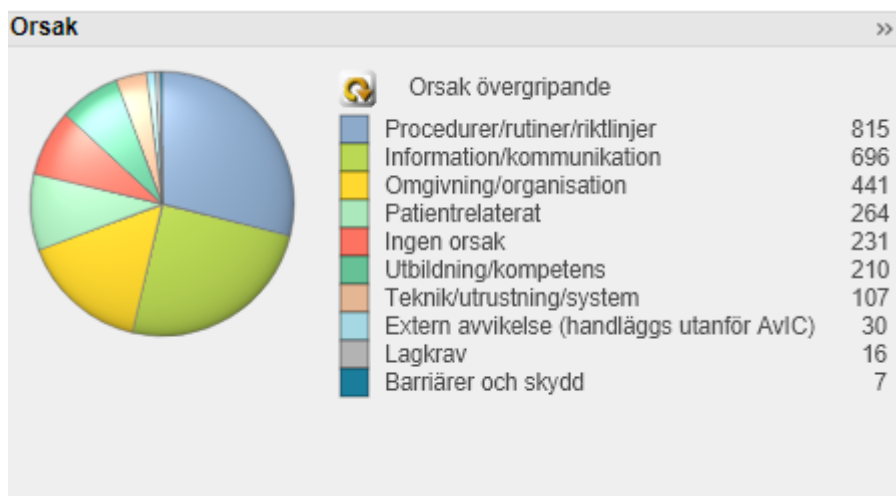


Diagram 2. Antal orsaker 2024

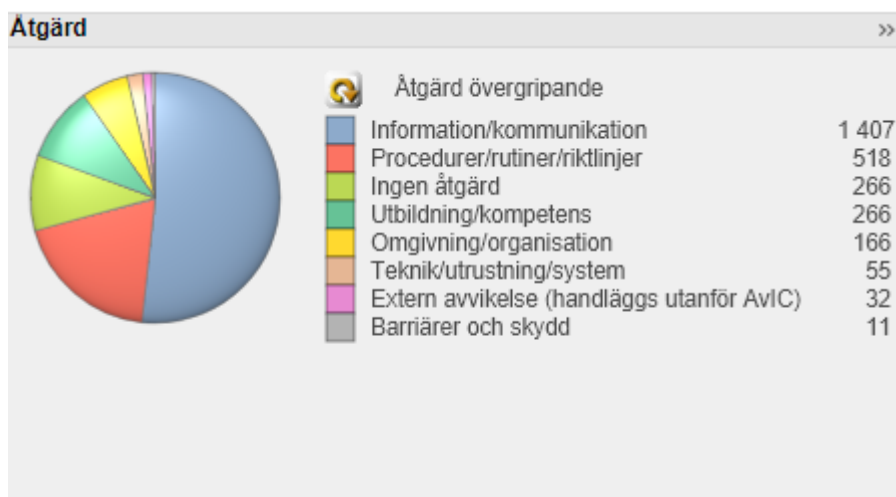


Diagram 3. Antal åtgärder 2024

Lex Maria

Från 2024-01-01 till och med 2024-12-31 har förvaltningen anmält totalt 16 Lex Maria varav 10 med händelsedatum 2023. Lex Maria berörde bland annat suicid, suicidförsök, somatiskt dödsfall, BSGF (barnmisshandel genom förfalskning av symtom) och andra allvarliga händelser.

Jämförelsevis genomfördes 7 Lex Maria under 2023, 12 Lex Maria under 2022 och 8 Lex Maria under 2021.

Antalet internutredda vårdnära suicid med händelsedatum 2024 som inte anmälts enligt Lex Maria uppgår till 29 (2023: 20, 2022: 21 och 2021: 39). Totala antalet utredda vårdnära suicid uppgår till 34.

En eftersläpning föreligger dock eftersom det gällande rapporterat vårdnära misstänkta och konstaterade suicid pågår 5 internutredningar över årsskiftet.

Tabell 1. Lex Maria-anmälda LM gällande suicid (sorterat på händelsedatum) till och med 2024-12 31

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
VO Malmö/Trelleborg	3	1		1	1		4		1
VO Lund	1	1				3		1	3
VO Kristianstad		1	2		3	1	2		
VO Helsingborg	1	3	1		2	2	1	1	1
VO BUP						0			
VO RPK				1					
VO Habiliteringen									
VO Syn- hörsel- och dövverksamhet									
Ungdoms-mottagningarna									
Totalt	5	6	3	2	6	6	7	2	5

Tabell 2. Internutredda vårdnära suicid (ej anmälda, sorterade på händelsedatum)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
VO Malmö/Trelleborg	12	7	13	18	6	9	8	9	14
VO Lund	5	5	4	7	7	12	6	10	5
VO Kristianstad	7	10	9	9	8	14	6	5	3
VO Helsingborg	8	6	7	6	3	2	5	2	4
VO BUP	0	2		1	2	2	3	2	2
VO RPK	0			3				1	1
VO Habiliteringen				1					
VO Syn- hörsel- och dövverksamhet									
Ungdoms-mottagningarna									
Totalt	32	30	33	45	26	39	28	29	29

Tabell 3. Internutredda ej vårdnära suicid (ej anmälda)

	2021	2022	2023	2024
VO Malmö/Trelleborg	0		1	
VO Lund	0			
VO Kristianstad	1			1
VO Helsingborg	0		1	
VO BUP				
VO RPK				
VO Habiliteringen				
VO Syn- hörsel- och dövverksamhet				
Totalt	1		2	1

Tabell 4. Internutredda allvarliga händelser (ej anmälda)

	2021	2022	2023	2024
VO Malmö/Trelleborg	0	4	3	1
VO Lund	1	1	1	
VO Kristianstad	0		1	
VO Helsingborg	0	4	2	2
VO BUP				
VO RPK				
VO Habiliteringen				
VO Syn- hörsel- och dövverksamhet				
Totalt	1	9	7	3

Markörbaserad journalgranskning

Markörbaserad journalgranskning har sedan 2015 gjorts inom vuxen- och rättspsykiatri och SKR har tillhandahållit utbildning och nationell databas.

Till och med 31 december 2023, granskades det inom vuxen- och rättspsykiatri 1 754 slumpmässigt utvalda journaler. En sammanställning av vuxen- och rättspsykiatriens genomförda granskningar mellan 2019–2023 kommer redovisas under tidigt 2025. Preliminärt resultat visar på att andelen vårdskador i förhållande till identifierade skador, är låg och majoritet av identifierade skador återfinns inom skadeområde ”avsiktlig självdestruktiv handling” för vuxenpsykiatri och ”läkemedelsrelaterad skada” inom rättspsykiatri.

Våren 2024 avvecklades SKR:s ansvar för hantering av MJG och databasen för inrapportering av 2024 års genomförda granskningar stängdes den 19 april 2024. Förvaltningens inrapporterade data har med stöd av Region Skånes enhet DARC laddats ner och finns tillgänglig genom dem. På grund av den nationella förändringen, görs MJG inte längre inom förvaltningen men kan fortsatt användas av respektive verksamhetsområde vid behov.

Socialstyrelsen har tagit över metodiken, dess utbildningsmaterial och kommer på sikt att tillhandahålla material och utbildning. Gällande databas har det ännu inte tagits något beslut om möjlig lösning. Det nationella arbetet pågår, där förvaltningen även har representant i arbetsgruppen. MJG inom Bup görs som tidigare med stöd av Socialstyrelsen, men granskningar rapporteras i nuläget inte till en databas. Socialstyrelsens pågående arbete och utveckling av MJG följs kontinuerligt.

Antistigma och suicidprevention

Förvaltningen har axlat ett regionalt utvecklingsarbete, stigma kopplat till psykisk hälsa och suicid, som är ett regeringsuppdrag för Folkhälsomyndigheten i samverkan med vår och tre andra regioner i Sverige och som pågått i projektform 2022–2024 under ledning av särskild samordnare. Vi vidareutvecklar här konceptet SPiSS genom att tillskapa en ny webbaserad kurs med stigma/antistigma i fokus liksom vidareutveckling av samtalsdelen med både fördjupning av frågeställningar och en struktur som kan användas av andra verksamheter, till exempel i kommun eller primärvård. Vidare är projektet nära kopplat till ASSIP-metodiken/RCT-studien genom stigmafokus i utbildning av ASSIP-terapeuter och kvantitativa och kvalitativa analyser av självstigma hos individer som försökt ta sitt liv.

Tvångsvård

Förvaltningens handlingsplan för att minska behovet av tvångsvård och tvångsåtgärder har reviderats och gäller 2024–2028. Varje verksamhetsområde analyserar årligen användandet av tvång och tvångsåtgärder inom verksamhetsområdet och tar fram en egen handlingsplan för att minska behovet.

Antal patienter vårdade med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård har legat relativt konstant sedan 2013.

Bland tvångsåtgärderna är fastspänning viktigast att följa då detta är en starkt integritetskränkande åtgärd som kan följas upp över tid på ett tillförlitligt sätt. Antalet fastspänningar har med viss variation sannolikt beroende på enstaka särskild vårdkrävande patienter, minskat stegvis till cirka 250 om året med liten ökning 2024 till 270 jämfört med kring 350 årligen föregående åren.

Den tydliga minskningen av antalet fastspänningar senaste åren är positiv och analyseras närmare i verksamhetsområdenas planer.

Platsläget i heldygnsvården och brist på medarbetare med rätt kompetens påverkar sannolikt antalet tvångsåtgärder.

Vårdplatsanalys vuxenpsykiatri

Antalet vårdplatser i psykiatri i Sverige har minskat med 90 procent de senaste 50 åren. I region Skåne har antalet vårdplatser i vuxenpsykiatri minskat med cirka 30 procent de senaste 10 åren och 2023 var antalet platser 12 procent färre än snittet i riket och betydligt färre än Region Stockholm.

Stoppet för användande av sjuksköterskor från bemanningsföretag som genomfördes fullt ut i början av 2024 är på sikt positivt för patientsäkerheten, men har särskilt under sommaren 2024 lett till att antalet platser ytterligare reducerades på grund av brist på sjuksköterskor. Under hösten har läget förbättrats något med en liten ökning av vårdplatserna.

Inom alla verksamhetsområden har det sedan länge arbetats för att ta fram och implementera vårdformer som minskar behovet av heldygnsvård men ändå kan erbjuda god och säker vård för patienterna i specialistpsykiatri.

I dagsläget har vuxenpsykiatri i Skåne för få vårdplatser i relation till antal sökande med behov av inläggning. Bristen på vårdplatser påverkar vårdkvalitet, patientsäkerhet, vårdmiljö och arbetsmiljö negativt. Målsättningen är att genom utökat användande av evidensbaserade alternativ till heldygnsvård reducera riskerna så mycket som möjligt.

För att underlätta optimalt utnyttjande av vårdplatser finns det inom förvaltningen en välutvecklad regional vårdplatskoordination och en särskild gemensam riktlinje som följs upp med statistik regelbundet och årligt dialogmöte mellan heldygnsvårdens verksamhetschefer.

Tillgång till akut psykiatrisk vård dygnet runt

Under 2024 har förvaltningen arbetat med att enligt ett politiskt uppdrag ta fram ett förslag till hur tillgänglighet till akut psykiatrisk vård dygnet runt i hela Skåne kan tillförsäkras med befintliga resurser som psykiatriambulanser och psykiatriska akutmottagningar. Förslaget överlämnades i december till PHHN-nämnden som ska stämma av med NORV-nämnden och HSN inför beslut sannolikt i februari 2025.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Klagomålshantering

Förvaltningens verksamheter tillhandahåller information om patienters och anhörigas möjlighet att lämna synpunkter och klagomål. Denna information finns anslagen på enheterna och på enheternas hemsidor.

Patienter uppmuntras att i första hand vända sig till sin läkare/behandlare eller enhetschef/verksamhetschef. Om en patient eller anhörig inte känner sig hörd eller inte vill prata med verksamheten rekommenderar vi kontakt med patientnämnden och IVO.

Därtill finns sjukvårdens gemensamma klagomålsingång på webben som då diarieförs av regionen och som når verksamheterna via chefläkarfunktionen. 425 ärenden har hanterats under året. Verksamheterna hanterar sedan dessa ärenden i AvIC-systemet.

Klagomålen utreds inom respektive verksamhet. För varje enskilt klagomål görs en bedömning av hur klagomålet ska hanteras, beroende på allvarlighetsgrad. Verksamhetschefen bedömer om ärendet föranleder en djupare analys, som internutredning eller händelseanalys. En klagomålsutredning kan vara komplex och ha en hög allvarlighetsgrad, vilket föranleder kontakt med chefläkare för ställningstagande till anmälan enligt Lex Maria.

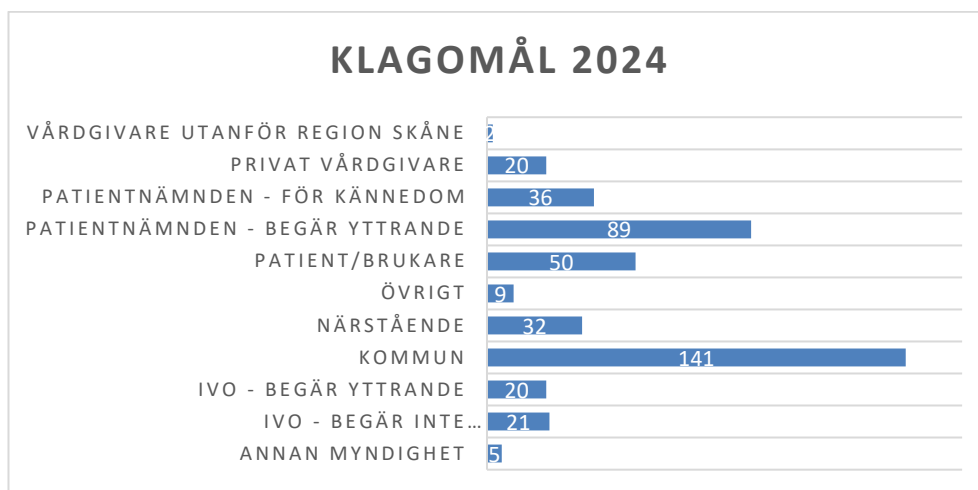


Diagram 4. Antal klagomål 2024

Klagomål och synpunkter ska enligt rutin alltid registreras i avvikelssystemet oberoende av om de kommer direkt till verksamheten eller via patientnämnd och/eller IVO. Allvarigare patientnämndsärenden går till chefläkaren för kännedom och bedömning/uppföljning.

Ärenden registrerade i avvikelssystemet sammanställs på verksamhetsnivå, men även chefsjuksköterska och chefläkare följer parallellt avvikelserna med särskild avstämning och uppföljning av allvarigare ärenden.

Patientnämnden rapporterar sina ärenden månatligen till verksamheterna och till chefläkaren i allvarigare ärenden och data finns samlat på Qlickview.

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 förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



“Do not think because an accident hasn’t happened to you that it can’t happen.”

Safety saying, circa early 1900s

Läkemedel

I Region Skåne finns sedan ett antal år försörjningsfarmaceuter som tillför farmaceutisk kompetens inom framför allt läkemedelshanteringsområdet. För att kunna möta kommande beslutade förändringar, både vad gäller omställningen av beslutad läkemedelsförsörjning som börjar gälla i september 2025 och kravet på farmaceutisk kompetens i samband med införandet av SDV så har denna roll under året fortsatt att introduceras inom psykiatrin. Försörjningsfarmaceuter finns nu anställda inom alla verksamhetsområden. Farmaceuterna bidrar till ett ökat fokus på kvalitet och säkerhet i hanteringen av läkemedel.

Risk- och händelseanalyser

Under 2023 påbörjades ett utvecklingsarbete med att förkorta ledtid mellan inträffad händelse och genomförd händelseanalys. Detta har till viss del genomförts och har varit möjlig främst på grund av fåtal analysledare som har specifik arbetsuppgift att åta sig uppdrag på analys när det efterfrågats.

Rutin för handläggning av händelseanalys har justerats för att ha en hög följsamhet till uppdaterad metodik. Rutinen har lagts som bilaga till riktlinje för handläggning av internutredning och Lex Maria.

Under 2023 bildades ett regionalt nätverk bestående av patientsäkerhetshandläggare inom Region Skånes olika sjukvårdsförvaltningar. Syftet var att utforma ett gemensamt arbetssätt och utbyta erfarenheter. Nätverket lades på paus relaterat till organisationsförändringar men kommer återupptas under våren 2025.

Fortsatt fokus framgent kommer vara att öka antal riskanalyser i förhållande till genomförda händelseanalyser. På längre sikt är målsättningen att förenklade riskanalyser ska genomföras av medarbetare på förvaltningens enheter i det dagliga patientsäkerhetsarbetet.

Under 2025 kommer det att utvecklas ett nationellt arbete kring utredning av suicid. Det behöver följas och förvaltningens handläggning av händelseanalyser kan behöva anpassas efter det.

Patientsäkerhetsutbildningen för ombud lägger stor vikt vid beredskap och riskmedvetenhet som en avgörande del i det dagliga arbetet. I detta är särskilt kunskap om våra prioriterade områden en viktig kugge eftersom dessa representerar de delar där flest avvikelser uppstår.

Prioriterade områden utifrån analyserat avvikelsemönster och patientsäkerhetsperspektivet är:

- psykiatrisk tvångsvård – övriga legala frågor
- suicidprevention/suicidriskhandläggning
- kommunikation – dokumentation och samverkan
- läkemedelshantering
- samsjuklighet psykiatri/somatisk sjukdom
- tillgänglighet till utredning och behandling.

Vårdplanering och inte minst individuella **krisplaner** finns i riktlinjer och rutiner. Användningen följs upp regelbundet i verksamhetsdialog. Särskilt uppgjord krisplan bidrar till ökad riskmedvetenhet och skapar samtidigt god beredskap för adekvat aktion vid förändringar i status och behandlingsbehov hos både patient och personal.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

“Safety is not an intellectual exercise to keep us in work. It is a matter of life and death. It is the sum of our contributions to safety management that determines whether the people we work with live or die.”

Sir Brian Appleton, Technical Adviser to the Enquiry on Piper Alpha Accident

Förvaltning Psykiatri, habilitering och hjälpmedel ska fortsätta att prioritera, stärka och stimulera en med verksamheten fullt integrerad patientsäkerhetsorganisation med det tydliga målet att eliminera vårdskador.

Vår övergripande strategiska målsättning är ett systematiskt, analytiskt och kunskapsorienterat patientsäkerhetsarbete med samtidig och särskild beredskap för framtida behov ledande till säker, kvalitativ och riskmedveten vård som har kunskap och dynamik, tillräcklig för att klara framtidens utmaningar.

Strategier

- Vidareutveckla arbetsmetodik och struktur i förvaltningens enhet för patientsäkerhet, och effektivt koppla det till verksamheten och vårdgrannar.
- Proaktivt patientsäkerhetsarbete genom patientsäkerhetsorganisationens kanaler och nätverk. Exempelvis genom tidig och regelbunden rapportering av observerade systemfel och mönsterbrott samt kommunicera ut vidtagna säkerhetsåtgärder brett i verksamheten.
- Upprätthålla systemen för egenkontroll, lärande dialog och säkerställande uppföljning. Viktigt att ta tillvara och sprida goda exempel.
- Risk- och händelseanalysarbete enligt omarbetad plan och struktur där stor vikt kommer att ligga på att korta ledtider och återkoppling samt uppföljning av resultat. Fortsatt fokus på att öka antalet riskanalyser.
- Vidareutveckla och driva användningen av Gröna korset, särskilt den nya digitala versionen jämte pulstavla.

- Vårdplaner eller habiliteringsplaner för alla patienter i såväl öppen- som heldygnsvård.
- Implementera och följa upp standardiserade vårdprocesser enligt beslutad plan.
- Förvaltningen ska arbeta enligt aktuell lagstiftning och riksdagens beslutade prioriteringsprinciper. Vård och behandling ges enligt nationellt och regionalt beslutad prioritering i riktlinjer, vårdprogram och standardiserade vårdprocesser.
- Fokus på framtagna prioriterade patientsäkerhetsområden.
- Förbättra avvikelshantering för att korta ledtider och skapa underlag och förutsättningar för säkrare analyser och åtgärdsplaner.
- Patienters och närståendes inflytande och delaktighet ska på ett tydligt sätt omfatta patientsäkerhetsarbetet både på individnivå och i övergripande strukturer.
- Utbildning av all personal i strukturerad suicidriskbedömning och prevention, SPiSS fortsätter.
- Fånga upp våld i nära relationer för både barn och vuxna.
- Satsningen på brukarstyrda inläggningar ska fortsätta för bättre förebyggande och behandling av personer med självskada samt utveckla möjlighet för andra diagnosgrupper att använda BI.
- Arbetet för minskat behov av tvångsvård och tvångsåtgärder ska fortsätta. Uppdaterad handlingsplan följs.
- Förvaltningsplan med mål för läkemedel, exempelvis att läkemedelsgenomgångar följs.
- Verksamhetsanpassade mål för rationella val av läkemedel och uppföljning av dessa till exempel, alprazolam och alkoholläkemedel.
- Utveckla patientsäkerhetsronderna.
- Brukarstyrd brukarrevision enligt avtal.
- Förbättra och kompensera vårdplatsbrist genom specialinriktade avdelningar, mellanvård och utökad prehospital psykiatri samt genom fortsatt skåneövergripande vårdplatssamarbete och i detta prioritera att öppna upp och öppethålla fastställda vårdplatser.

Särskilda utmaningar under kommande år

- Hantering av en fortsatt svår **kompetensbrist/vårdplatsbrist** i heldygnsvården. Sekundärt begränsad tillgänglighet i öppenvård.

- Säkerställa fortsatt men anpassat patientsäkerhetsarbete i en pressad sjukvård.
- Från redan högt söktryck på Bup ses fortsatt stigande trend.
- Säker omställning till en alltmer digitaliserad vård och **SDV**.
- Korrigering av vårdplatsbrist för optimalt driven heldygnsvård.
- Patientsäker balans mellan nödvändiga utvecklingsprojekt och god tillgänglighet och arbetsro.
- Vidareutveckling av effektiv och regelbunden säkerställande uppföljning i dialog med verksamheten.
- Sammanhållen vård för patienter med autismspektrumtillstånd.
- Vidareutveckla och implementera standardiserade vårdprocesser.

Bilaga. Egenkontroll

Strategi	Målnivå	Åtgärd	Resultat	Analys	
<p>Antalet undvikbara vårdnära suicid ska minska (Lex Maria-anmälda)</p>	<p>Särskild patientsäkerhetsorganisation.</p> <p>Noggrann uppföljning, återkoppling.</p> <p>Utbildning i suicidprevention.</p> <p>Lärande och säkerställande.</p>	<p>Ska minska jämfört med tidigare år.</p>	<p>Patientsäkerhetsutbildade ombud och samordnare.</p> <p>SPiSS¹ till alla medarbetare.</p> <p>Åtgärdsförslag från internutredningar och händelseanalyser prioriteras, genomförs och följs upp.</p>	<p>2023/2024 9→5</p>	<p>Andelen undvikbara suicid enligt kriterierna för Lex Maria-anmälan har minskat till två under 2024.</p> <p>Antalet vårdnära suicid totalt sett väsentligen oförändrat.</p>
<p>Minskat behov av tvångsvård och tvångsåtgärder</p>	<p>Implementering av värdegrund.</p> <p>Patientinflytande och delaktighet.</p> <p>Lågaffektivt bemötande.</p> <p>Vård enligt aktuellt kunskapsläge, riktlinjer och vårdprocesser.</p> <p>Medarbetare med rätt kompetens.</p> <p>Vårdplanering.</p>	<p>Lägre än riket.</p>	<p>Utbildning.</p> <p>Stärka personalens förmåga att hantera trängda situationer.</p> <p>Lokala handlingsplaner utifrån analyserad statistik.</p> <p>Bevakning/analys i verksamhetsdialog.</p> <p>Uppföljnings-samtal efter tvångsåtgärd enligt riktlinje.</p>	<p>Under mätperioden april 2023 till mars 2024 ökade tvångsåtgärderna (i första hand tvångsmedicinering, avskiljning och sondning) med cirka 25 %. Fastspänning ökade med 8 %. 2024 ligger förvaltningen 12 % över målnivån.</p>	<p>Verksamhets-specifika handlingsplaner för att minska behovet av tvång har under de senaste åren lett till färre tvångsåtgärder. Den aktuella ökningen av fastspänning beror sannolikt på ett fåtal patienters sjukdomstillstånd.</p> <p>Trots personal- och vårdplats-brist består den långsiktiga trenden att tvångsåtgärder minskar.</p>
<p>Uppföljande samtal efter tvångsåtgärd</p>	<p>Implementering av värdegrund.</p> <p>Patient-delaktighet.</p> <p>Utbildning och uppföljning vid verksamhetsdialog</p>	<p>Över 75 % av utskrivna patienter.</p>	<p>Se strategi.</p> <p>Noggrann registrering med feedback på enhetsnivå.</p>	<p>Under 2024 har samtal genomförts för 72 % av utskrivna patienter där tvångsåtgärd har förekommit.</p>	<p>En viktig egenkontroll då uppföljande samtal kan minska det framtida behovet av tvångsåtgärder.</p> <p>Ökning med 4 % jämfört med 2023 men målnivån är inte fullt uppnådd.</p>

¹ Suicidprevention i svensk sjukvård, utbildning

Strategi	Målnivå	Åtgärd	Resultat	Analys	
Följsamhet till regler för arbetskläder och hygien vid patientnära arbete (BHK)²	Information och utbildning via Vårdhygien. Täta uppföljningar. Hygienronder har genomförts var 18:e månad. Delta i nationella och regionala PPM ³ BHK. Genomföra lokala PPM i egen regi. Chefsjuk-sköterska samordnar mätningen.	Klädregler: 100 % Hygien: 90 %	Verksamheterna bjuder själva in representanter från Vårdhygien för föreläsning, utbildning med mera. Hygienronder företas var 18:e månad då representanter från Vårdhygien deltar tillsammans med enhetschef. Kontinuerligt uppmärksamma vårdhygien vid möten med patientsäkerhets-samordnare.	Ej följts på förvaltningen.	Enheten för vårdhygien upplever ett ökat intresse för att förbättra vårdhygien, vid besök på enheter. Chefläkare och chefsjuk-sköterska har en kontinuerlig dialog kring förbättringsområden. Under 2024 har det ej genomförts någon regional eller förvaltningsövergripande uppföljning. Hygienronder har genomförts tillsammans med vårdhygien på flertalet enheter.
Förebygga och bemöta hot och våld i vården	Utbildning i TERMA. Gäller hela förvaltningen	Alla medarbetare ska ha genomgått TERMA-utbildning och repetera årligen.	God tillgänglighet till TERMA-utbildning. Samordning från förvaltningsnivå.	Utbildningar har erbjudits regelbundet och till viss del digitaliserats.	Utbildningarna är en viktig del av patientsäkerhetsarbetet och fördjupar förståelsen i mötet med patienten
Förskrivningen av litium ska öka	Målet följs vid verksamhetsuppföljning och i dialogmöte med LAL.	Ökad förskrivning till riksnittet, 6 000 DDD ⁴ /10 000 invånare/år	Utbildning, information och uppföljning.	Fortsatt ökning jämfört med 2022 och vi har nu uppnått 90 % av målnivån.	Målnivån nu nära men ytterligare utveckling behövs för att nå målnivån. Det finns evidens för att litium bör användas som förstahandsmedel som återfalls-förebyggande behandling av bipolär sjukdom typ 1.
Förskrivning av Alprazolam ska minska	Målet följs vid verksamhetsuppföljning och i dialogmöte med LAL.	Minskad förskrivning till 1 600 DDD/10 000 invånare/år.	Utbildning, information och uppföljning.	Alla verksamhetsområden uppnår målet. En tydlig minskning har skett.	Mycket bra resultat. Strävar efter att bibehålla dessa låga nivåer och mot ytterligare minskning.
Förskrivning av läkemedel mot återfall i alkoholberoende ska öka	Målet följs vid verksamhetsuppföljning och i dialogmöte med LAL.	Ökad förskrivning till över 2 000 DDD/10 000 invånare/år.	Utbildning, information och uppföljning.	Trots en målsättning om att öka användningen av läkemedel vid alkoholberoende minskar volymen. Ett verksamhetsområde når upp till målet.	Bra att ett verksamhetsområde ligger kvar på önskad målnivå. Volymen behöver dock öka brett i förvaltningen. Samverkan bör göras med verksamhetsområdet som förbättrat förskrivningen.

² Basala hygienrutiner och klädregler

³ Punktprevalensmätning

⁴ Definierad dygnsdos