

Patientsäkerhetsberättelse 2023

Psykiatri, habilitering och hjälpmedel



”When safety is first, you last.”

Ansvarig för innehållet:
Martin Hultén, chefläkare

2024-01-26

Innehållsförteckning

Inledning	4
PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §	5
Sammanfattning	6
Grundläggande förutsättningar för säker vård	8
Engagerad ledning och tydlig styrning	8
Övergripande mål och strategier	8
Organisation och ansvar	10
Samverkan för att förebygga vårdskador	13
Informationssäkerhet.....	15
Strålskydd.....	17
En god säkerhetskultur	17
Etikråd	18
Adekvat kunskap och kompetens.....	19
Läkemedel	19
Psykologisk utredning och behandling	19
Patientsäkerhetsombudsutbildningen.....	20
Suicidprevention	20
SPiSS: Suicidprevention i svensk sjukvård	20
Patienten som medskapare	21
Patienters och närståendes delaktighet 2023.....	21
Händelse och riskanalyser.....	23
Agera för säker vård.....	24
Öka kunskap om inträffade vårdskador	24
Avvikelsehantering	24
Läkemedel.....	25
VRI, trycksår.....	25
Händelseanalyser	26
Tillförlitliga och säkra system och processer.....	26
Standardiserade vårdprocesser (SVP).....	26
Läkemedel.....	27

Säker vård här och nu.....	27
Läkemedel.....	27
Psykologisk behandling och utredning	27
Suicidprevention	28
Överbeläggningar.....	29
Riskhantering	29
Stärka analys, lärande och utveckling.....	30
Avvikelser	30
Lex Maria.....	32
Markörbaserad journalgranskning	34
Antistigma och suicidprevention	35
Tvångsvård.....	35
Vårdplatsanalys vuxenpsykiatri	35
Klagomål och synpunkter	36
Öka riskmedvetenhet och beredskap.....	38
Läkemedel.....	38
Risk- och händelseanalyser	38
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	40
Strategier	40
Särskilda utmaningar under kommande år.....	41
Bilaga. Egenkontroll	43

Inledning

Inledningsvis vill jag tacka alla medarbetare i vår förvaltning för ert mycket betydelsefulla arbete.

Verksamheternas respektive patientsäkerhetsberättelser vittnar om ännu ett år av stark utveckling och handlingskraft inom patientsäkerhetsområdet.

Under våren kommer vi på verksamhetsdialogerna att närmare återkoppla på era resultat, framsteg, utmaningar och utvecklingsområden.

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 2023 har en fortsatt återhämtning efter pandemin skett i verksamheterna och patientsäkerhetsarbetet har snabbt hämtat upp bra arbetstakt vilket märks på årets goda resultat här i 2023 års patientsäkerhetsberättelse. Parallellt pågår ett upptrappat och prioriterat arbete med SDV-förberedelser som givetvis engagerat många inom patientsäkerhetsorganisationen.

För att ta bara några exempel från året som gått så har nya handlingsplanen för ökad patientsäkerhet uppdaterats på förvaltningsnivå under hösten och kommer framöver att justera verksamheternas planer under 2024. Nya patientsäkerhetsutbildningen med teoridelen utgående från Socialstyrelsens ”Säker vård” och workshopdel för patientsäkerhetsombud används nu som basutbildning i patientsäkerhet i verksamheterna. Implementering av standardiserade vårdförlopp följer planen. Nya HLR-strukturen har arbetats in i förvaltningen och utbildning genomförs enligt plan.

Den årliga tvångsvårdsuppföljningen genomfördes enligt plan och visade på ytterligare lägre nivåer för antal tvångsåtgärder där särskilt antalet fastspänningar nu minskat med hela 28 procent.

Förra årets rekordlåga siffror gällande vårdnära suicid bibehålles på ett lågt antal och ser i nuläget ut att ha minskat ytterligare. Vårdrelaterade infektioner och trycksår ligger som tidigare på en absolut minimal nivå.

Antalet registrerade avvikelser har fortsatt ökat även 2023 vilket är helt i linje med gällande målsättning för ett aktivt patientsäkerhetsarbete.

Risk och händelseanalyser görs regelbundet i stor omfattning (20 i år)

Markörbaserad journalgranskning visar på fortsatt minskning av skador i den psykiatriska vården.

Samtidigt ska resultaten ovan dessutom värderas och balanseras mot bakgrunden att vi inom stora delar av vår verksamhet, särskilt heldygnsvården, nu befinner oss i en situation med svår kompetensbrist, en sjuksköterskebrist, vilket kombinerat med anpassning och omställning inför planerat hyrstopp fortsatt att leda till ytterligare stängning av vårdplatser i den vuxenpsykiatriska heldygnsvården och kvarstående begränsade öppettider på en av våra akutmottagningar.

Vårdplatsbristen leder till överbeläggningar och höjd tröskel för inläggning samt ett ökat behov av patienttransporter mellan verksamheter som vid adekvat antal vårdplatser hade kunnat undvikas och som nu belastar även polis och ambulansverksamheten sekundärt. I detta avseende finns en försämrad patientsäkerhet och vårdkvalité.

Flerårigt ökat söktryck inom BUP utgör en fortsatt svår utmaning som verksamheten möter genom bland annat ett 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. Det finns alltså tydligt områden med stor potential för ytterligare stärkt patientsäkerhet.

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 enligt nationell plan 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 Återhämtningsguiden.
- 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/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 och kvalitetsutveckling.

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 vårdplatssammanträde 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/SVP 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 som 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 i 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). Version 7 gäller sedan januari 2021, denna har reviderats och uppdaterats under 2023, den nya versionen kommer att publiceras i början av 2024.

Psykiatrin i Skåne har ett omfattande samarbete med polis, räddningstjänst, ambulanssjukvård och den nya leverantören för hembesöksbilar, iDoc, med målet att i det prehospitala arbetet bättre bemöta och behandla personer med psykisk ohälsa, minska behovet av tvångsinsatser och reducera risken för skador i vården. 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.

I syfte att förbättra den prehospitala 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 permanentad.

För att erbjuda en likvärdig vård och med utgångspunkt i genomförd utvärdering och önskemål från patientföreträdare och sjukvården startades motsvarande i Nordvästra och Nordöstra Skåne i slutet av 2022, även dessa psykiatriambulanser är nu permanentade.

Enheterna är bemannade 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.

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

LVM-klienter

Samverkan med Statens institutionsstyrelse (SiS), Skånes kommuner, polisen och Kriminalvårdens nationella transportenhet (NTE) som har funnits senaste decenniet fortsätter 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

I början av 2023 publicerades 4e versionen av handläggningsöverenskommelsen mellan primärvården och vuxenpsykiatrin. Målet med denna är att 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. PHH, primärvård, Skånes kommuner samt patient- och närståendeorganisationer ingår i arbetet. Här kan särskilt nämnas utskottet för suicidprevention där gemensamma insatser planeras och följs upp, och där man under 2023 tagit fram en läns-gemensam handlingsplan för att minska suicid, som komplement till regional strategi.

Suicidprevention

Förvaltningen samordnar det regionala arbetet ur ett folkhälsoperspektiv och beslut är taget under året av en regional strategi som inkluderar hela länet.

Tidigare handlingsplanen för suicidprevention i Skåne ersattes i år med en ny regional strategi 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).

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 instruktioner och genomförande av loggkontroll genomförts.

Genomförda riskanalyser

Förvaltningens nya samordnare har under perioden augusti - december genomfört/medverkat vid följande riskanalyser:

- Articulate 360

- BokaTolk
- Blåappen
- Chatbot
- PMO
- OpenFIT, version 2.0 Feedback informed Therapy
- Windows Hello for Business

Vidtagna förbättringsåtgärder

Informationssäkerhetsarbetet i förvaltningen sker i samverkan med dataskyddsarbetet och har därför gemensam organisation bestående av Dataskydds- och informationssäkerhetssamordnaren (förvaltningens kontaktpunkt) med ett nätverk av utsedda huvudkontaktpersoner från samtliga verksamhetsområden för att nå ut i verksamheterna. Förvaltningens dataskydds- och informationssäkerhetsorganisation går under namnet IDA-organisationen, vilket står för informationssäkerhet, dataskydd och arkivorganisation.

Genom ett strukturerat och systematiskt arbetssätt där gemensamma strategiska mål får fokus, är målsättningen att dessa frågor ska bli en integrerad del av förbättringsarbetet. Förvaltningen har tydliga krav på lag- och regelefterlevnad avseende bland annat dataskyddsförordningen och patientdatalagen.

Vid varje ny funktion, förändring och digital tjänst som ska drifvas och implementeras görs ett noga arbete med informationsklassning, risk- och konsekvensanalys samt vid behov fördjupad konsekvensbedömning, (DPIA). Behovsprocessen som ligger till grund för ovan nämnda aktiviteter har under året bidragit till förbättrade förutsättningar vid genomförandet samt effektivare hantering. Förvaltningens informationssäkerhets- och dataskyddssamordnare stöttar verksamheten i det förebyggande arbetet såväl som i de aktiviteter som genomförs inom de aktuella IT-projekten.

Uppföljning av den regionala obligatoriska digitala utbildningen ”Säker informationshantering” har genomförts vid ett tillfälle under året och det har konstaterats att utbildningen kräver mer uppmärksamhet för att öka deltagandet, kunskapsnivån och förståelsen. Utbildningen innehåller hantering av information utifrån ett arkiv-, dataskydds- och informationssäkerhetsperspektiv. Dataskydds- och informationssäkerhetssamordnare har genomfört utbildningsinsatser för huvudkontaktpersoner i förvaltningens IDA-organisation.

Granskning – journalföring

50 procent av verksamheterna har månadsvis rapporterat in utförda stickprovskontroller under året. Inrapporteringen består av 550 genomförda loggkontroller, varav 27 av dem är ”riktade kontroller av forcerade spärrar/nödöppning” som överlämnats till verksamhetschef.

Förvaltningen har totalt anmält 2 incidenter till Integritetsskyddsmyndigheten.

För att säkerställa resurstillgång, kunskapsspridning och samtidigt öka förvaltningens möjlighet att identifiera och hantera personuppgiftsincidenter och avvikelser infördes nya rutiner år 2022. De nya rutinerna innebär att IDA-organisationens huvudkontaktpersoner ansvarar för den initiala utredningen och riskbedömningen vid personuppgiftsincidenter. Resultatet av denna rutinförändring har lett till en markant större förståelse och ökad kunskap hos huvudkontaktpersonerna, enhetschefer, utrednings- och ärendansvariga.

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. I det senaste har en ny riktlinje avseende prioriteringar i vården passerat etikrådets granskning och den utgör nu ett övergripande riktlinjedokument för prioritering i förvaltningen så att vi säkerställer arbete enligt aktuell lagstiftning och riksdagens beslutade prioriteringsprinciper.

Etikarbetet går hand i hand med en god patientsäkerhetskultur.

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

Varje halvår håller medlemmar i Läkemedelsgruppen 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 läkemedel. Obligatoriska utbildningar, för berörda medarbetare, i läkemedelssäkerhet respektive läkemedelsmodulen i journalsystemet ska göras vid introduktionen.

Psykologisk utredning och behandling

I samarbete med FoUU har en större utbildningssatsning planerats för våren 2024 som handlar om att utbilda läkare och psykologer i diagnostik av personlighetssyndrom. Vidare fortsätter FoUU arrangera utbildningar i specifika behandlingsmetoder så som traumafokuserad behandling för vuxna. Implementering av särskilda psykologiska behandlingsmetoder utifrån kunskapsstyrningen och standardiserade vårdprocesser (SVP) såsom internetbehandling samt intensiv behandling för vuxna med tvångssyndrom pågår fortsatt. Uppföljningar av följsamhet till SVP görs också kontinuerligt genom att följa registrerade åtgärder, t.ex. förväntad produktion av KBT.

En större inventering av befintliga psykologtest i förvaltningen har gjorts med målet att säkerställa tillgång till ett likartat testutbud inom förvaltningens olika verksamheter och att alla dessa test ska vila på evidens och uppfylla säkra tekniska lösningar, framför allt sekretessmässigt. Ett ytterligare mål är att göra dessa test beställningsbara i Ritz (beställningssystemet). Ett av målen är att öka användningen av digitala test. Dessa åtgärder bedöms sammantaget kunna leda till säkrare och mer kvalitativa testningar samt en högre tillgänglighet till utredningar.

Patientsäkerhetsombudsutbildningen

Baserad på Socialstyrelsens utbildning Säker vård har förvaltningen skapat en ny 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 med "Säker vård" och följs därefter av en gemensam workshop med centralt framtagna föreläsningar 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 och konferens till suicidpreventiva dagen har genomförts. Samverkansparter 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 av 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 2023

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 psykiatrin finns inflytandeombud.

Arbetet med patienter och närståendes möjlighet till inflytande och delaktighet på alla nivåer i förvaltningen (även nämnd) har fortsatt under 2023.

Inflytanderåden som är ett regelbundet återkommande samarbete mellan verksamheten och patient- och närståendeföreningar har efter önskemål från representanter till större delen hållits som hybridmöten efter pandemin.

Denna form av möte har ökat antal deltagare men av flera olika anledningar har deltagarnas aktivitet i mötena blivit mer passiv. Framöver kommer hybrida inflytanderåd begränsas.

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 senare delen av året har flera verksamhetsnära expertråd startat upp på enheter både inom habiliteringen och syn-, hörsel och dövverksamheten. Råden möjliggör ett samarbete mellan en specifik enhet och de patienter som har behov av stöd från denna.

Ett samarbetsavtal upprättades för 2022 med Funktionsrätt Skåne. 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 nytt avtal inför 2024 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, Peersupport, Återhämtningsguiden samt brukarstyrda brukarrevisioner. Flera av aktiviteterna följs av rapporter som möjliggör underlag för vidare intern kvalitetsutveckling.

Återhämtningsguiden för heldygnsvård har under året översatts till både engelska och arabiska vilket möjliggör för fler att ta del och använda sig av materialet.

Antalet peer supportrar (medarbetare med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och återhämtning) har utökats även detta år. Under året har ett kunskapscentrum för yrkesrollen Peersupport inrättats i förvaltningen, vilket ytterligare kan öka patienternas tillgång till denna form av stöd.

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

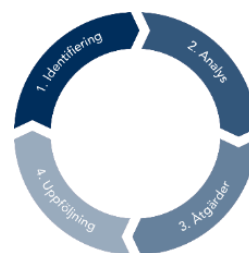
SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

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 2023 rapporterades det totalt i förvaltningen 5330 avvikelser i AvIC (4 298 år 2022) varav 3783 var patientrelaterade (2 435 år 2022).

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

Under 2023 internutreddes 29 allvarliga händelser att jämföra med att 40 allvarliga händelser internutreddes 2022.

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 2023 har arbetet med avvikelser avseende läkemedel genererat i flera utbildningsinsatser. Avvikelser kring somatisk vård i psykiatri har följts upp på ett tydligare sätt vilket resulterat i ett flertal dialoger och utbildningsinsatser för att stärka patientsäkerheten.

Läkemedel

Under hösten har förvaltningen deltagit i regional mätning avseende aktuella läkemedelslistor. Tidigare har det framkommit att rutinerna för att hålla läkemedelslistorna uppdaterade i journalsystemen inte följs i den grad som vore önskvärt. 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 samband med en tvärprofessionell läkemedelsgenomgång. Att läkemedelslistan inte stämmer kan till exempel orsaka förlängda vårdtider.

VRI, trycksår

Under 2023 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 har förekommit vid ett tillfälle.

Händelseanalyser

13 händelseanalyser har genomförts och startats. Det noteras fortsatt utveckling mot att ärenden är mer komplexa, kräver längre tid och har berört exempelvis inträffade suicid, fördröjt vårdförlopp samt samverkan mellan olika vårdaktörer. En möjlig slutsats av detta är att det görs fler noggranna internutredningar inom förvaltningens verksamhetsområden och händelseanalys begärs där det kan finnas exempelvis ett behov av att bredda utredningen. Utveckling som skett under året, är att flertalet händelseanalyser har genomförts tillsammans med vårdgivare inom somatisk vård samt även ambulansverksamheten.

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 bejakas. 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 VUP/rättspsykiatrien vartannat år.

Revidering av de vuxenpsykiatriska processerna har påbörjats under hösten 2023 och ska vara slutförd till sommaren 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.

Läkemedelsgenomgångar är ett arbetssätt för att analysera, följa upp och ompröva en individs läkemedelsbehandling. Under 2023 har apotekare gjort tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar tillsammans med ett fyrtiotal olika enheter och andelen vårdenheter som gjort tio eller fler läkemedelsgenomgångar har i princip varit oförändrat. Antalet läkemedelsgenomgångar har varit i samma nivå som mot förgående period 2022 inom förvaltningen. 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. Under 2023 kommer ytterligare en klinisk farmaceut börja arbeta med detta i förvaltningen.

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

En hemvist med relevant innehåll om läkemedelsinformation för förvaltningen har förvaltats under året. Denna ska användas till exempel för att belysa aktuella brister på relevanta läkemedel och möjliga alternativ under restperioden.

Psykologisk behandling och utredning

Standardiserade vårdprocesser (SVP) inom förvaltningen, där psykologisk behandling utgör en viktig del, har utvärderats med journalgranskning och följsamhetsmätningar via intervju med verksamheterna och genom att

studera KVÅ-kodade insatser. Dessa utvärderingar visar på både bra följsamhet till SVP och att utvecklingspotential finns. Förväntad produktion av KBT har följts och en särskild QlikView-applikation skapats för det. Den är tänkt att användas som ett hjälpmedel för verksamheterna att produktionsplanera och ge en bild av var de största insatserna behöver göras-exempelvis att kapa väntetider till KBT.

Enheten för patientsäkerhet har fortsatt inventera väntetider till psykologisk bedömning och behandling med veckovisa rapporter om väntande inom och utanför vårdgarantin. Syftet är att stimulera till att hålla vårdgarantin och även produktionsplanera för evidensbaserade behandlingar enligt SVP. Det ger också en bild av behoven av kompetensförsörjning i olika behandlingsmetoder. Arbetet med internet-KBT (IKBT) har fortsatt i både Barn- och ungdomspsykiatri (Bup), Vuxenpsykiatri och även inom Ungdomsmottagningen (UM). Bup har startat ett digitalt team där IKBT nu bedrivs. Än vidare har en tillgänglighetsgrupp skapats inom Enheten för patientsäkerhet som bland annat berör besöksstatistik. Gruppen har haft fokus på att få i gång schemaläggningsrutiner i syfte att skapa bättre tillgänglighet till utredning och behandling.

Ett nytt system för videossamtal, Digitalt möte, har tagits i drift, vilket möjliggör säkra videossamtal, 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.

Vidare har arbete med att implementera digitaliserade skattningar av mående och funktion fortsatt i förvaltningen. Det är tjänsterna 1177 Formulärhantering och sedan tidigare Blåappen. Dessa verktyg möjliggör utvärdering och anpassning av behandlingarna efter patienternas behov i enlighet med 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 2023.

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

Är i perioder på alldeles för hög nivå kopplat till ytterligare ökad vårdplatsbrist men fortsatt på en hanterbar nivå tack vare 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.

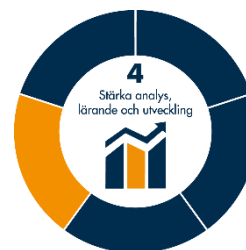
Riskanalyser

2023 genomfördes och startades 7 riskanalyser, både förvaltningsövergripande och på verksamhetsnivå. Det är en minskning i förhållande till 2022 men i relation till antalet händelse- och riskanalyser, är det en ökning och riktning att det görs fler riskanalyser av det totala antalet genomförda analyser.

Riskanalyserna har berört olika områden till exempel införande av E-lab (digitala remisser) och det regionala beslutet om hyrstopp.

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

Avvikelser

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.

Avvikelser relaterade till patientsäkerhet rapporteras via avvikelssystemet AvIC. Varje medarbetare har en skyldighet att rapportera avvikelser när denne upptäcker skador eller risk för skador. För att öka medvetenheten kring risker arbetar enheterna med Gröna Korset. Där framgår när en risk är så allvarlig så den ska rapporteras som en avvikelse. Utbildningsinsatser avseende patientsäkerhetslagen genomförs i alla verksamhetsområden, framför allt via patientsäkerhetsorganisationens återkommande utbildningsprogram och mötesstruktur.

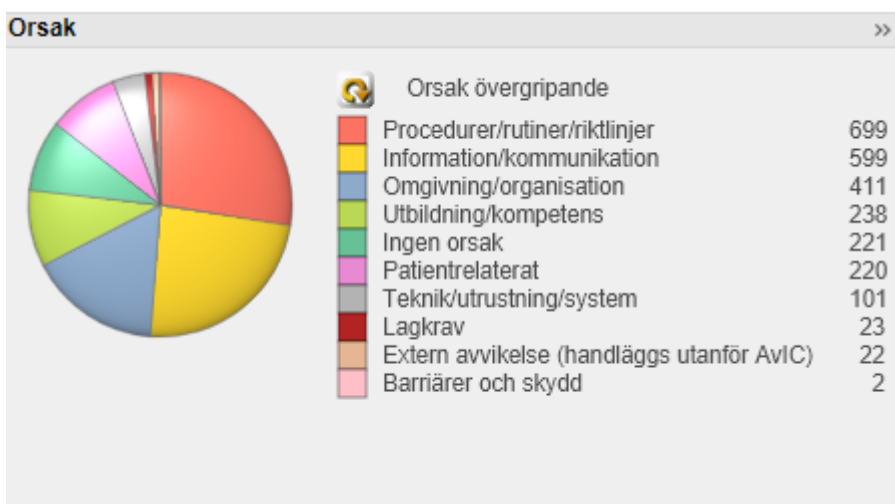
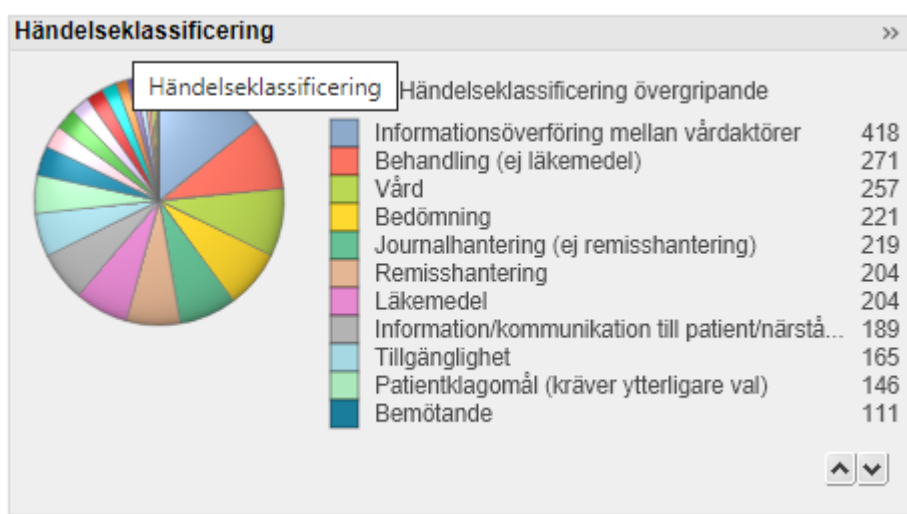
I avvikelssystemet är enhetschef i de allra flesta fall ärendeansvarig för att genomföra orsaksutredning.

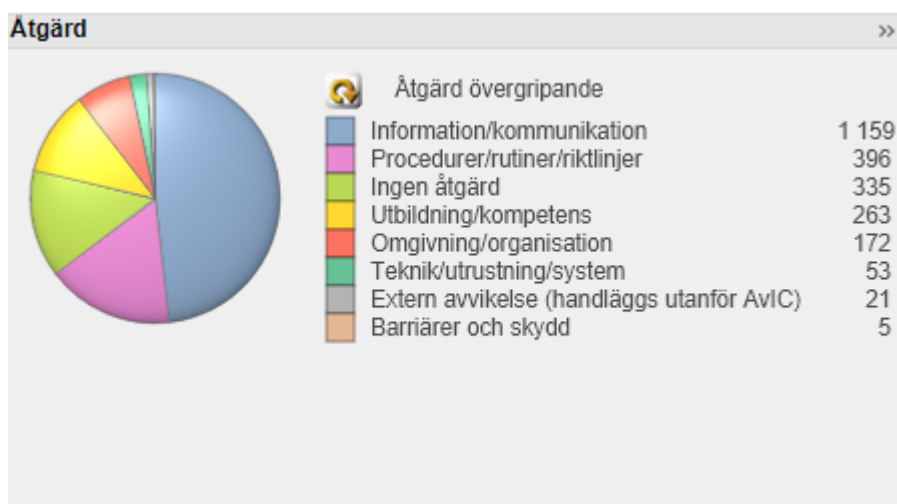
Samtliga patientavvikelser granskas av Chefsjuksköterskan och ca tio procent går vidare till granskning av Chefsläkare utifrån allvarlighetsgrad och mönster. Under året 2023 rapporterades det totalt i förvaltningen 5330 avvikelser i AvIC (4 298 år 2022) varav 3783 var patientrelaterade (2 435 år 2022).

Mest förekommande händelseklassificering avseende patientavvikelser var Informationsöverföring mellan vårdaktörer. Ett kontinuerligt arbete med att

utveckla avvikelseprocessen pågår, med avsikt att korta ledtider i hantering och ge tidigare återkoppling till berörda. Under 2023 har arbetet med att återkoppla till patientsäkerhetssamordnarna med att de får direkt information om avvikelser som bevakas och granskas närmare.

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.





Lex Maria

Från 2023-01-01 till och med 2023-12-31 har förvaltningen anmält totalt 7 Lex Maria varav 4 med händelsedatum 2022. Två Lex Maria berörde suicid och övriga allvarliga biverkningar, bristfällig läkemedelsuppföljning och fördröjd diagnos.

Jämförelsevis genomfördes under 2022 totalt 12 Lex Maria, 2021 totalt åtta Lex Maria och 2020 totalt 13 Lex Maria-anmälningar.

Antalet internutredda vårdnära suicid med händelsedatum 2023 som inte anmälts enligt Lex Maria uppgår till 20 (2022; 21 och 2021; 39). Totala antalet vårdnära suicid uppgår till 22. En lägre siffra än 2022 som var 35 och 2021 som var 45.

En eftersläpning föreligger dock eftersom det gällande rapporterat vårdnära suicid pågår 8 internutredningar över årsskiftet vilket innebär att slutliga årsstatistiken som beräknas i februari/mars kommer att öka siffran för vårdnära suicid till 28 och däröver när utredningar av även oklara dödsfall blir klara. Statistiskt slutresultat sannolikt dock bättre än 2022.

Tabell 1. Lex Maria-anmälda LM gällande suicid (sorterat på händelsedatum) till och med 2023-12 31

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
VO Malmö/Trelleborg	7	3	1		1	1		4	
VO Lund		1	1				3		1
VO Kristianstad			1	2		3	1	2	
VO Helsingborg		1	3	1		2	2	1	1
VO BUP							0		
VO RPK					1				
VO Habiliteringen									
VO Syn- hörsel- och dövverksamhet									
Ungdoms- mottagningarna									
Totalt	7	5	6	3	2	6	6	7	2

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

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
VO Malmö/Trelleborg	11	12	7	13	18	6	9	8	6
VO Lund	8	5	5	4	7	7	12	6	7
VO Kristianstad	4	7	10	9	9	8	14	6	3
VO Helsingborg	4	8	6	7	6	3	2	5	2
VO BUP	1	0	2		1	2	2	3	1
VO RPK	1	0			3				1
VO Habiliteringen					1				
VO Syn- hörsel- och dövverksamhet									
Ungdoms- mottagningarna									
Totalt	29	32	30	33	45	26	39	28	20

Tabell 3. Internutredda ej vårdnära suicid (ej anmälda)

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

Tabell 4. Internutredda allvarliga händelser (ej anmälda)

	2021	2022	2023
VO Malmö/Trelleborg	0	4	3
VO Lund	1	1	1
VO Kristianstad	0		1
VO Helsingborg	0	4	
VO BUP			
VO RPK			
VO Habiliteringen			
VO Syn- hörsel- och dövverksamhet			
Totalt	1	9	5

Markörbaserad journalgranskning

2023 granskades till och med 230630, totalt 138 journaler inom vuxenpsykiatri och rättspsykiatri. Inom öppenvården var majoritet av identifierade skador kopplade till läkemedel och metabola syndrom.

I samverkan med regionalgrupp och regionens chefsjuksköterska, tas journalgranskningarnas resultat upp för fortsatt dialog om hur arbetet ska spridas och användas. Resultat av journalgranskningar följs upp och sammanställs regionalt 2 gånger per år.

Underlag används i respektive verksamhetsområde för utvecklingsarbete. Några av verksamhetsområdena har valt att göra riktade granskningar på specifika enheter. Metoden har i vissa fall kompletterats med en ”fråga övrigt” för att titta på tex i vilken utsträckning närstående har involverats.

SKR har avslutat sin hantering av markörbaserad journalgranskning. Det är fortfarande ovisst om metoden kommer att fortsätta hanteras nationellt eller behöva hanteras inom respektive region. I förvaltningen är inriktningen att fortsätta med metoden men möjligen i en omarbetad form.

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 pågår 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

Under 2023 har förvaltningens handlingsplan för att minska behovet av tvångsvård och tvångsåtgärder reviderats, den nya planen 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 stegvist till ca 250 om året jämfört med upp emot 350 årligen föregående åren. Den tydliga minskningen av antalet fastspänningar senaste året är positiv och analyseras närmare i verksamhetsområdenas planer.

Vårdplatsanalys vuxenpsykiatri

Antalet vårdplatser i psykiatri i Sverige har minskat med 90 procent senaste 50 åren. I region Skåne har antalet vårdplatser i vuxenpsykiatri

minskat med ca 30 procent senaste 10 åren. Regionen har färre platser än snittet i riket och betydligt färre än Region Stockholm. Stoppet för användande av sjuksköterskor från bemanningsföretag som genomförs fullt ut i början av 2024 är på sikt positivt för patientsäkerheten men på kort sikt är prognosen att antalet platser kommer att reduceras ytterligare på grund av brist på sjuksköterskor.

Inom alla verksamhetsområden har sedan länge arbetats för att ta fram och implementera vårdformer som är mindre resurskrävande men ändå så långt som möjligt kan erbjuda god och säker vård för de svårast sjuka patienterna i specialistpsykiatri.

I dagsläget har vuxenpsykiatri i Skåne dock för få vårdplatser i relation till antal sökande med behov av inläggning. Den vid årsskiftet 23/24 ytterligare minskningen av antalet vårdplatser pga. hyrstoppet kommer att påverka 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.

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. I andra hand rekommenderar vi kontakt med Patientnämnden och IVO.

Därtill finns sjukvårdens gemensamma klagomålsingång på webben som då diarieförs av regionen och når sedan verksamheterna via chefläkarfunktionen. 433 sådana 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.

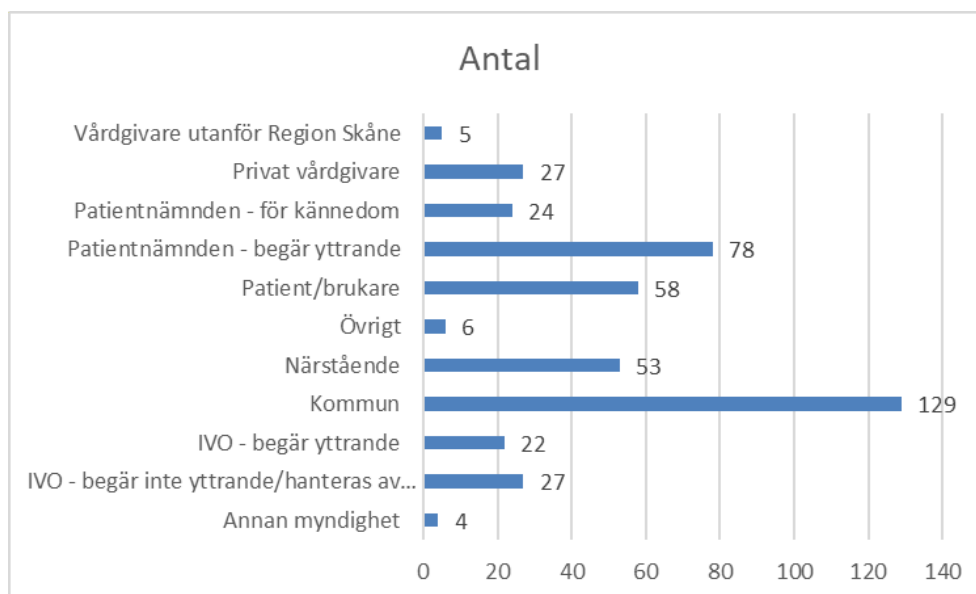


Diagram 1. Antal klagomål 2023

Klagomål och synpunkter ska enligt rutin alltid registreras i avvikelssystemet oberoende av om de kommer direkt till verksamheten eller via Patientnämnd och/eller IVO. Allvarligare patientnämnds-ärenden 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 allvarligare ärenden.

Patientnämnden rapporterar sina ärenden månatligen till verksamheterna och till chefläkaren i allvarligare 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, i sjukvårdsförvaltningarna, försörjningsfarmaceuter som framför allt stöttar sjuksköterskor med olika delar runt försörjning och hantering av läkemedel. För att kunna möta kommande beslutade förändringar, till exempel beslutad läkemedelsförsörjning 2025, och verksamheternas egen efterfråga på denna kompetens så har denna roll under året fortsatt att introduceras inom psykiatrin. De verksamhetsområde inom psykiatrin, som ännu inte har denna roll, har börjat rekrytera eller planerar för att börja. Farmaceuterna kommer att bidra 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 kommer ha ett fortsatt fokus för kommande år och har utvidgats till att omfatta rutin för handläggning av uppdrag.

Under året har det skapats ett regionalt nätverk som består av patientsäkerhetshandläggare inom Region Skånes olika förvaltningar. Syfte är att utforma ett gemensamt arbetssätt och utbyta erfarenheter.

Nationellt har ansvaret för risk- och händelseanalyser flyttats till LÖF. Handbok för metoden har justerats bland annat med ett specifikt avsnitt för analyser inom psykiatrin.

Det kommer vara ett fortsatt fokus på 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.

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 (sid 21) 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, 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 litium, Alprazolam och alkoholläkemedel.
- Utveckla patientsäkerhetsronderna.
- Brukarstyrd brukarrevision enligt avtal.
- Förbättra och kompensera vårdplatsbrist genom specialinriktade avdelningar och mellanvård samt genom fortsatt vårdplatssamarbete skåneövergripande och prioritera att öppethålla fastställda vårdplatser samt genom fortsatt målsättning att inrätta fler 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.
- Utveckla och implementera standardiserade vårdprocesser.
- Samsjuklighetsutredningen.
- Integrationen av Ungdomsmottagningarna.

Bilaga. Egenkontroll

	Strategi	Målnivå	Åtgärd	Resultat	Analys
Antalet undvikbara vårdnära suicid ska minska (Lex Maria-anmälda)	Särskild patientsäkerhetsorganisation. Noggrann uppföljning, återkoppling. Utbildning i suicidprevention. Lärande och säkerställande.	Ska minska jämfört med tidigare år.	Patientsäkerhetsutbildade ombud och samordnare. SPiSS ¹ till alla medarbetare. Åtgärdsförslag från internutredningar och händelseanalyser prioriteras, genomförs och följs upp.	2022/2023 7→2	Andelen undvikbara suicid enligt kriterierna för Lex Maria-anmälan har minskat till två under 2023. Antalet vårdnära suicid totalt sett har preliminärt minskat från 35 till uppskattningsvis runt 30. Viktigt att gå mot fortsatt låg nivå.
Minskat behov av tvångsvård och tvångsåtgärder	Implementering av värdegrund. Patientinflytande och delaktighet. Lågaffektivt bemötande. Vård enligt aktuellt kunskapsläge, riktlinjer och vårdprocesser. Medarbetare med rätt kompetens. Vårdplanering.	Lägre än riket.	Utbildning. Stärka personalens förmåga att hantera trängda situationer. Lokala handlingsplaner utifrån analyserad statistik. Bevakning/analys i verksamhetsdialog. Uppföljnings-samtal efter tvångsåtgärd enligt riktlinje.	Under 2023 har förvaltningen minskat antalet tvångsåtgärder jämfört med 2022. Exempelvis har antalet fastspänningar minskat från 350 till 250 per år.	Verksamhets-specifika handlingsplaner för att minska behovet av tvång har sannolikt bidragit till resultatet. Positivt med minskning trots personal- och vårdplatsbrist.
Uppföljande samtal efter tvångsåtgärd	Implementering av värdegrund. Patient-delaktighet. Utbildning och uppföljning vid verksamhetsdialog	Över 75 % av utskrivna patienter.	Se strategi. Noggrann registrering med feedback på enhetsnivå.	Under 2023 har samtal genomförts för 68 % av utskrivna patienter där tvångsåtgärd har förekommit.	En viktig egenkontroll då uppföljande samtal kan minska det framtida behovet av tvångsåtgärder. Ökning med 3 % jämfört med 2022 men målnivån är inte uppnådd.

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.	Andel korrekt i alla åtta hygien steg: Vårtermin (Vt) 79,5 % Hösttermin (Ht) 75,6 % Andel korrekt i samtliga fyra klädregler: Vt 83,0 % Ht 82,5 % Andel korrekt i samtliga fyra hygienrutiner: Vt 95,0 % Ht 88,6 %	Enheten för vårdhygien upplever ett ökat intresse för att förbättra vårdhygien, vid besök på enheter. Chefs-läkare och chefsjuksköterska har en kontinuerlig dialog kring förbättrings-områden. Under 2023 har fler enheter börjat använda arbetskläder och det finns nu en tydligare definition av patientnära arbete. 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 digitaliserats samt till viss del pausats med hänsyn tagen till pandemin	Utbildningarna är en viktig del av patientsäkerhets-arbetet och fördjupar förståelsen i mötet med patienten
Förskrivningen av litium ska öka	Målet följs vid verksamhetsupp-följning 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 verksamhetsupp-följning och i dialogmöte med LAL.	Minskad förskrivning till 2 000 DDD/ 10 000 invånare/ år.	Utbildning, information och uppföljning.	En minskning med 20 % har skett.	Mycket bra resultat. Sikte nu mot ytterligare minskning.
Förskrivning av läkemedel mot återfall i alkohol-beroende ska öka	Målet följs vid verksamhetsupp-följning och i dialogmöte med LAL.	Ökad förskrivning till över 2 000 DDD/ 10 000 invånare/ år.	Utbildning, information och uppföljning.	Svag minskning jämfört med föregående år. Ett verksamhets-område inom vuxenpsykiatri uppnår dock målnivån.	Bra att ett verksamhets-område ligger kvar på önskad målnivå. Volymen behöver dock öka brett i förvaltningen. Samverkan bör göras med verksamhets-område som förbättrat förskrivningen.

² Basala hygienrutiner och klädregler

³ Punktprevalensmätning

⁴ Definierad DygnsDos