

Handlingsplan Psykiatri Skåne – 34-punktslista

Handlingsplan för att utveckla verksamheten inom Psykiatri Skåne presenterad för Sjukvårdsnämnd Sund 2015-12-11.

- **Minska behov av tvångsåtgärder i psykiatrisk tvångsvård**
Regional handlingsplan framtagen.

Resultatmått:

1. Mäta tvångsåtgärder tertialvis per enhet.
2. Mäta avvikelser gällande allvarlig självskada på patienter i sluten vård under pågående LPT.

- **Systematisk avvikelshantering med återkoppling och förbättringsarbete**
Processbeskrivning tas fram.

Resultatmått:

Att ha en divisionsövergripande patientsäkerhetsorganisation.

- **Patientsäkra divisionsövergripande arbetsätt**
*Säkra divisionsövergripande riktlinjer.
Kollegial granskning och rutinöversyn kring tvångsvård.*

Resultatmått:

Att genomföra en kollegial granskning av tvångsvården senast maj 2016.

- **Öka etisk medvetenhet och förhållningssätt hos alla medarbetare**

Resultatmått:

1. Etikombud på varje enhet.
2. Etikråd fler än 6 gånger per år.
3. Årlig etikdag.
4. Etikombudsutbildning.

- **Följsamhet till basala hygien- och klädregler**

Förvaltningsgemensamma riktlinjer för att minska vårdskador och risk för vårdskador.

Systematisk avvikelshantering och uppföljning på enhetligt sätt.

Resultatmått:

Vårdrelaterade infektionerna (VRI) ska understiga 2,5 procent.

- **Korrekt journalföring**

Resultatmått:

100 procent av personal som arbetar patientnära ska ha genomgått webbutbildning i journalföring.

- **Systematiska suicidriskbedömningar**

Gemensamma rutiner och bedömningsunderlag i hela Skåne.

Resultatmått:

Divisionsövergripande riktlinje för suicidriskbedömning senast maj 2016.

- **Suicidincidens i Skåne**

Resultatmått:

Minst 5 procent lägre än riksgenomsnittet (enligt Öppna jämförelser).

- **Adekvat vård och behandling med utvärderad effekt för patienter med bipolär eller psykos sjukdom.**

Resultatmått:

Hälsoundersökningar ska öka 2016 med 10 procent jämfört med 2015.

- **Säkerställa att alla verksamhetsområden följer upp Lex Maria-beslut. Delge varandra identifierade risker.**

Resultatmått:

1. Uppföljning verksamhetsdialoger varje månad.
 2. Uppföljning samt delge varandra på ledningsråd och chefsöverläkarmöten.
3. Presentera patientsäkerhetsläget enligt modell Månadens bild minst 8 gånger per år.

- **Springlife – medarbetarenkät**

Resultatmått:

Det dynamiska fokustalet ska överstiga 70.

- **Sänkning av sjukskrivningstalet**

Resultatmått:

Följa Regionens mål, 2 dagar färre sjukskrivningsdagar 2016 jämfört med 2015.

- **Vårdplaner**

Resultatmått:

1. 90 procent ska ha en vårdplan senast vid tredje besöket.
2. 90 procent ska ha en vårdplan senast vid tredje vård dygnet.
3. 100 procent gällande LPT/LRV.

- **SIP – Samordnad individuell plan**

De som har behov av insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Resultatmått:

SIP ska öka 2016 med 10 procent jämfört med 2014.

- **Adekvat vård och behandling med utvärderad effekt**

Resultatmått:

Inrapportering i kvalitetsregister ska vara mer än 70 procent.

- **Produktionsmål**

Resultatmått:

1. Vuxenpsykiatri 4 besök per dag
2. Barnpsykiatri 3 besök per dag och medarbetare.

- **Suicidprevention (SPiSS-certifiering)**

Resultatmått: Under 2016 är målet att:

1. Mer än 80 procent av medarbetarna ska ha genomfört 4 kurser med godkänt resultat.
2. Mer än 80 procent av medarbetarna ska ha deltagit i minst 1 samtalsgrupp.

- **Sammanhängande och säkra vårdförlopp (heldygnsvård)**

Bokad tid inom 8 dagar vid övergång från heldygnsvård till öppenvård och patienten ska erbjudas en bokad tid med sig vid hemgång. Det besöket ska ske inom 8 dagar.

Resultatmått:

Mer än 55 procent

- **Hög tillgänglighet och köfri vård (öppenvård). Nybesök inom 30 dagar.**

Resultatmått:

1. Vuxenpsykiatri 60 procent.
2. Barn- och ungdomspsykiatri 90 procent.

- **Tillgänglighet ADHD- utredningar, väntande/genomförda**

Öka tillgängligheten/utredning inom vårdgarantin. Patient som inte blir utredd inom vårdgarantin, 90 dagar, ska anmälas till vårdgarantiservice.

Resultatmått:

100 procent.

- **Tillgänglighet vårdplatser**

Resultatmått:

Mer än 5 procent tillgängliga vårdplatser per vecka.

- **Tillgänglighet akutmottagningar**

Resultatmätt:

Minst 80 procent ska ha mindre än 4 timmars vistelsetid på akutmottagning.

- **SVPL-IT i varje verksamhetsområde**

Övergång till datoriserad plattform.

Få med alla kommuner i processen.

Utbildning i systemet.

Resultatmätt:

Införa under 2016.

- **Arbetet med patienter med självskadebeteende**

Brukarstyrda inläggningar i varje verksamhetsområde.

Resultatmätt:

Införa i vuxenpsykiatri under 2016.

- **Öppna jämförelser**

Resultatmätt:

Uppnå bättre resultat 2016 jämfört med 2015.

- **Öppna jämförelser: Säker läkemedelshantering och användning**

Minska antalet läkemedelsfel.

Följsamhet till läkemedelsplan.

Särskilda utbildningsinsatser.

Genomförda läkemedelsgenomgångar.

Årlig genomgång av förskrivningsmönster på verksamhets- och individnivå.

Resultatmätt:

2016 bättre än 2015 för samtliga mått.

- **Öppna jämförelser: Undvikbar somatisk slutenvård**

Ta fram riktlinjer tillsammans med expertgrupp klart senast under 2016.

Resultatmätt:

2016 lägre än 2015.

- **Öppna jämförelser: Återinskrivning inom 14 respektive 28 dagar efter vård för schizofreni**

Ta fram underlag för analys.

Initiera förbättringsåtgärder.

Resultatmätt:

2016 lägre än 2015.

- **NPE: Bemötande, inflytande, information**

Hög patientupplevd kvalitet och inflytande. Patienten ska vilja rekommendera verksamheten till andra patienter.

Inflytandeombud och handläggare inom varje verksamhetsområde, likaså inflytanderåd och mentorer.

Arbeta utifrån handlingsplan som beskriver mål, aktivitet och uppföljning.

Genomföra brukarrevisioner.

Resultatmätt:

1. Öka deltagandet 2016 med 10 procentenheter jämfört med 2014.
2. Resultatet bättre än riket.

- **Samverkan - Säkra vårdförlopp även utanför förvaltningsgränsen inklusive informationsutbyte**

Samverkansavtal med Habiliteringen (reviderat 2015).

Handläggningsöverenskommelse mellan Psykiatri Skåne och Primärvården i Skåne (ny, regionövergripande 2015).

Samverkansavtal med kommunerna (uppdateras enligt PRIO 2016).

Resultatmätt:

1. Regionalt LAL-nätverksmöte fler än 4 gånger per år.
2. Regionalt läkemedelsrådsmöte fler 8 gånger per år.
3. REKO-möten (delta till 100 procent när vi blir kallade gällande psykiatrirådgör).
4. Möte regionala chefläkarnätverket fler än 6 gånger per år.

- **Förändrings-/förbättrings-arbete - Implementera och genomföra beslut samt utveckla ledarskapet, facklig samverkan och god dialogkultur.**

Ledningsråd 2 gånger per månad.

Ledningsinternat 2 gånger per år.

Verksamhetsdialoger 10 gånger per år.

Chefsöverläkarmöten i Psykiatri Skåne 4 gånger per år.

Samverkansmöten 10 gånger per år.

Chefsdagar på divisionsnivå 2 gånger per år.

Ledarskapsutbildning planering enligt medarbetarsamtal.

SAM-utbildning planering enligt medarbetarsamtal.

Resultatmått:

1. 4 Stormöten med medarbetare 2016.
2. Utbildning kring kommunikativt ledarskap på samtliga verksamhetsområden 2016.

- **Ekonomi**

Jämlik vård, aktivt budgetarbete.

Resultatmått:

1. Nyckeltal för total kostnad per invånare.
2. Nyckeltal antal patienter per invånare.

- **Värdegrund - Implementera Region Skånes värdegrundsord Välkomnande, Drivande, Omtanke och respekt**

Avsätta tid i samtliga enheter för genomgång av värdegrunden.

Resultatmått:

Alla enheter ska under 2016 ha genomfört värdegrundsarbete.

- **Kommunikation ledning och styrning**

Följsamhet till samtliga åtgärder i handlingsplanen.

Resultatmått:

Alla verksamheter inom vuxenpsykiatrin ska genomföra aktiviteterna i handlingsplanen senast december 2016.

Uppföljningsplan via verksamhetsdialoger i Psykiatri Skåne

Handlingsplan för Vuxenpsykiatri Malmö gällande patientsäkerhet 2015 utifrån svar på föreläggande från IVO.

- **Kvalitetssäkra utredningsprocessen avseende händelseanalys och internutredningar i verksamhetsområdet**

Tydligare koppling avvikelse chef/ läkare – uppdrag – händelseanalys.

Divisionsövergripande patientsäkerhetsorganisation med patientsäkerhetsombud på varje enhet.

Klart

- **Internutredning/Händelseanalys**

Utredningsprocessen förändrad. Alla berörda chefer i verksamhetsområdet är

involverade redan från start samt alla involverade i ärendet ska ha genomgång med verksamhetschef och chefsöverläkare.

Klart.

- **Händelseanalys**

Vid allvarlig händelse görs en händelseanalys av ett utomstående team och dokumenteras i Nitha (Nationellt it-stöd för händelseanalys.)

Klart.

- **Åtgärder beslutade utifrån internutredning och/eller händelseanalys**

Följs upp i samband med verksamhetsdialog senast 4 månader efter beslut.

Ny rutin införs vid årsskiftet 2015-2016.

- **Risikanalys av bemanning och vårdplatser inför sommaren 2015**

Klart.

- **Patientsäkerhetsronder en gång per år per enhet**

Klart.

- **Avvikelsehantering chefssjuksköterska rapporterar till chefläkare och divisionschef vid allvarliga händelser**

Genomgång varannan vecka, åtgärder följs upp.

Klart.

- **Journalgranskning enligt utvalda egna markörer av alla journaler inom allmänpsykiatrisk heldygnsvård**

Har ersatts av markörbaserad journalgranskning.

Klart.

- **Markörbaserad journalgranskning**

Fem per månad och verksamhetsområde.

Klart.

- **Kompetenta medarbetare stående punkt i verksamhetsdialogen**

Kompetenshöjande insatser för nyanställd personal. Basutbildning, Uppföljning SPiSS (suicidprevention i svensk sjukvård).

Klart.

- **Bemanning är en punkt i verksamhetsdialogen**

Uppföljning hyrpersonal, sjukskrivning, ob och övertids-timmar, jour. Ökad risk för vakanser sjuksköterskor.

Klart.

- **Kollegial revision chefsöverläkare**

Start december 2015.

- **Brukarmedverkan inflytandeplan för 2016**

Klart.

- **Rutiner för att minska riskfaktorer i lokaler/ fysisk utrustning**

Månatlig genomgång på ledningsmöte.

Klart.

- **Arbetsgrupp för patientsäkert arbetssätt**

Pulstavlor och pulsmöten, patientsäkerhetsronder, månatlig genomgång på ledningsmöte, varje avdelning har enhetschef.

Klart.