

Verksamhetsberättelse 2010

Sammanfattning

Verksamhetsåret 2010 har för rättspsykiatriska regionkliniken varit händelserikt och inrymt en rad viktiga händelser. Av särskild betydelse är att verksamheten från och med 1 mars blev egen förvaltning, direkt underställd landstingsstyrelsen, samt att verksamheten i december meddelades att den målinriktade satsningen mot certifiering enligt ISO 9001:2008, givit konkret resultat i form av rekommendation för certifiering.

Kliniken har under året också varit utsatt för omfattande medial exponering, liksom anmälningar – egna och från patienter – till Socialstyrelsen, som i olika former utövat tillsyn mot verksamheten. Denna myndighetsgranskning har lett till en rad förbättringsåtgärder i verksamhetens rutiner för vård och behandling. En övergripande konsekvens av myndighetens och politikernas ifrågasättande av användande av vissa tvångsåtgärder ledde till beslut om intagningsstopp av en patientgrupp och utfasning av inneliggande patienter som tillhör denna grupp.

Sammantaget har kliniken 99 vårdplatser för inneliggande patienter, fördelade på åtta vårdavdelningar. 30 av dessa vårdplatser är kontrakterade av fyra externa landsting med vilka kliniken slutit avtal. Dessa avtal reglerar och ställer krav på levererade tjänster och uppdrag.

Klinikens beläggningstal för 2010 har varit 93,4 %. I genomsnitt har under verksamhetsåret ett femtiotal patienter för vilka kliniken har vård- och uppföljningsansvar, vårdats enligt lagar som reglerar öppenvård i rättspsykiatrisk vård och psykiatrisk tvångsvård.

Förvaltningens personalstat uppgår till 202 personer, fördelat mellan olika avdelningar, funktioner och befattningar. Rekryteringsläget har under året 2010 varit gott.

Kliniken har under året behållit den högsta säkerhetsnivån för vård av psykiskt störda lagöverträdare (klass 1 enl. SOSFS 2006:9). Socialstyrelsen gör fortlöpande inspektioner för att kontrollera att säkerhetsnivå motsvarar givna anvisningar. En pågående nationell utredning som rör rättsliga förutsättningar för den rättspsykiatriska vården (och övrig psykiatrisk tvångsvård) väntas framlägga ett betänkande under 2011. Utredarens förslag förväntas antas och kommer sannolikt att reglera tillämpningen av den psykiatriska tvångsvården från och med 2014. Utredningen kan möjligen komma att föreslå förstärkt säkerhet i vissa av verksamhetens delar.

Verksamheten förutsätter därför återkommande dialog med vårdgivaren för att anpassa klinikkens säkerhetsnivå efter givna krav. En optimering av klinikkens konkurrenskraft tillskapas om vissa vårdplatser på intagsidan kan hålla fortsatt högsta säkerhetsnivå, vilket kan komma att innebära riktade investeringar avseende fysisk miljö, medan resterande vårdplatser också fortsättningsvis ska erbjuda en miljö som stimulerar och optimerar rehabilitering.

Förvaltningen har en ekonomi i balans och redovisar ett positivt resultat jämfört mot budget.

Sammanfattande bedömning av måluppfyllelse

Med målsättningen att certifiera kliniken enligt SS-EN ISO 9001:2008 har kvalitetsmål för verksamheten formulerats. Dessa har sin utgångspunkt i klinikkens styrkort, som innefattar de fyra perspektiv som anvisningen anger. Styrkortet har av klinikkens ledningsgrupp något modifierats med bättre och tydligare målsättningar, processflöden och möjligheter till utvärdering. Intern revision har genomförts av delar av verksamheten utifrån uppdrag som utgår från klinikkens ledningsgrupp genom revisionsamordnare. Intern revision kommer enligt revisionsplanen att genomföras fem gånger per år. Extern revision, steg II, genomfördes i december 2010, varvid certifieringsföretaget Intertek rekommenderade certifiering enligt ISO 9001, med förbehåll att mindre avvikelser åtgärdas. Denna externa revision har till viss del utgått från förvaltningens styrkort. Måluppfyllelse avseende styrkortens olika perspektiv skall granskas under första kvartalet 2011, enligt den modell som presenteras i styrkortet nedan. En viss tidsförskjutning avseende utvärdering av måluppfyllelse är aviserad. Resultaten av utvärderingen kommer sedan att återkopplas till ledningen vid ledningens genomgång. Utvärderingsintervallet för de olika framgångsfaktorerna i klinikkens styrkort är satt till ett år, vilket innebär att bokslut/årsrapport ger aktuella besked avseende måluppfyllelse. Anvisningen ger möjlighet till prognostisk spekulation, där färgläggning skall ange målets närhet. I vissa fall kan andra mål än total måluppfyllelse ej accepteras, samtidigt som det kan vara svårt att realistiskt nå dessa mål. Detta kan förklara

den röda färgen i tabellerna nedan. Viss modifiering av anvisningar för styrkortens utformning har gjorts för anpassning till klinikens specifika uppdrag och verksamhetsinriktning.

Måluppfyllelsen anges som grön = målen har nåtts, som gul = på väg att nå målen eller som röd = målen har ej nåtts/bedöms ej kunna nås under året.

Processutvärdering patientperspektiv
Kvalitetsmål: Vi erbjuder en värdeskapande vård

Patientens behov står i centrum för vården och verksamheten skall, utifrån en individuell vårdplanering, tillhandahålla de resurser som krävs för att tillgodose patientens vårdbehov.

Framgångsfaktorer	Styrta/mått	Hur?	Mål?	Vem?	Ansvar	Klart	Redovisning	Förbättring
Patient-säkerhet	Mätning av patientsäkerhetsavvikelser	Avvikelse-/förbättringssystem. R o H-analys	Ingen patient skall komma till skada.	Kvalitetsgrupp. Avvikelse-samordnare Revisorer	Verksamhetschef	2010-12-31	Ledningsgrupp, jan. 2011	
Vården utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet	Kontinuerlig utvärdering av tillämpade metoder	Granskning av vårdplan samt kvalitativ analys av pat.dok. RättpsyK	Måluppfyllelse enligt lokala instruktioner	Kvalitetsgrupp Revisorer	Verksamhetschef	2010-12-31.	Ledningsgrupp, jan. 2011	
Gott och professionellt bemötande	Mätning av patientupplevelse	Patientenkät RättpsyK	Vid 70 % svarsfrekvens skall vården överträffa föregående mätning. Bättre än riksgenomsnittet	Kvalitetsgrupp Revisorer	Verksamhetschef	2011-01-31	Ledningsgrupp, febr. 2011	
Multiprofessionellt vårdutbud	Dok. och utvärdering av enskilda vårdinsatser	Journalgranskning Stickprov	100 % uppfyllelse av vårduppdrag och vårdplan	Kvalitetsgrupp Revisorer	Verksamhetschef	2011-02-28	Ledningsgrupp, mars 2011	

Processutvärdering processperspektiv

Kvalitetsmål: Vi är en effektiv, lärande och professionell organisation

Framgångsfaktorer	Styrtal/mått	Hur?	Mål?	Vem?	Ansvar	Klart	Redovisning	Förbättring
Ständig processutveckling	Processorienterat ledningssystem.	Intern och extern revision. ISO-certifiering.	Känt och tillämpat av alla (100 %)	Revisions-samordnare	Verksamhetschef	2010-12-31	Ledningsgrupp, jan. 2011	
Rehabilitering i samverkan	Uppföljning/kartläggning av uppdragsgivares inställning till levererad vård.	Utvärdering av vårduppdrag	100 % ska vara nöjda eller mycket nöjda i samtliga parametrar	Kvalitetsgrupp. Utvecklingssekreterare	Verksamhetschef	2010-12-31.	Ledningsgrupp, jan. 2011	
Följsamhet	Avvikelsehantering för verksamhetsförbättringar.	Avvikelser återkopplas och redovisas	Samtliga avvikelser skall vara spårbara och återkopplas enligt instruktion.	Avvikelse-samordnare. Kvalitetsgrupp	Verksamhetschef	2011-01-31	Ledningsgrupp, febr. 2011	

Processutvärdering medarbetarperspektiv

Kvalitetsmål: Vi är en attraktiv och jämställd arbetsplats

Framgångsfaktorer	Styrtal/mått	Hur?	Mål?	Vem?	Ansvar	Klart	Redovisning	Förbättring
Professionellt ledarskap	Ledarskapsutbildningar. Medarbetarsamtal. Lönedialoger.	Medarbetar- och lönesamtal enligt fastlagd mall	100 % genomförda	Personalansvarig Enhetschef	Verksamhetschef	2010-12-31	Ledningsgrupp, jan. 2011	
Systematiskt arbetsmiljöarbete	Nöjda och friska medarbetare.	Enkät Mätning av sjukfrånvaro och rehabiliteringsinsatser.	Medarb. vid RPK skall ha mindre sjukfrånvaro och rehab än andra medarb. vid andra enheter i landstinget	Personalansvarig	Verksamhetschef	2010-12-31.	Ledningsgrupp, jan. 2011	
Kompetensutveckling	Relevant Utbildning	Individuell utvecklingsplan enl. medarbetarsamtal	90% av utvecklingsplaner skall uppfyllas	Personalansvarig	Verksamhetschef	2011-01-31	Ledningsgrupp, febr. 2011	

**Processutvärdering ekonomiperspektiv
Kvalitetsmål: Vi har ekonomi i balans**

Framgångsfaktorer	Styrtal/mått	Hur?	Mål?	Vem?	Ansvar	Klart	Redovisning	Förbättring
Tydliga överenskommelser	Fastställda vårdrygnskostnader som täcker verksamhetens utgifter	Avtal med uppdragsgivare.	50% av vårdplatserna ska vara kontrakterade	Verksamhetschef	Verksamhetschef	2010-12-31	Ledningsgrupp, jan. 2011	
Välkända metoder och arbetssätt för redovisning	Sammanställning av återkommande, rutinmässiga rapporter från klinikkens enheter	Resultatuppföljning enligt gällande landstingsdirektiv	Säkerställa en korrekt och fullständig redovisning i enlighet med fattade beslut samt god ekonomisk hushållning	Ekonomisamordnare	Verksamhetschef	2010-12-31	Ledningsgrupp, jan. 2011	
Kostnadskontroll - intäkter - utgifter	Ekonomi i Balans	Användande av landstingets uppföljningssystem för ekonomi i balans	Särskild ekonomisk kontroll baserad på beläggningstal	Ekonomisamordnare	Verksamhetschef	2011-01-31	Ledningsgrupp, febr. 2011	

Viktiga händelser

Den 1 mars övergick kliniken till att bli egen förvaltning, direkt underställd landstingsstyrelsen. Detta innebär att verksamheten nu redovisar till landstingsstyrelsen, samt att administration av löpande verksamhet blir mer omfattande och förutsätter högre grad av konsultativt stöd från landstingets centralt placerade resurspersoner än tidigare. Detta gäller i synnerhet ekonomihantering, där erfarenheterna av konsultstöd under aktuell period varit goda.

Förvaltningens verksamhetsinriktning är högspecialiserad behandling av patienter inom rättspsykiatrisk vård eller annan kvalificerad psykiatrisk slutenvård. Fram till 2010 har verksamheten hanterat patienter med skiftande psykiatrisk problematik, och ingen patient har exkluderats från vård vid kliniken med motivering att vara för svår i psykiatriskt avseende. Under hösten 2010 togs emellertid ett beslut av verksamhetens ledningsgrupp, innebärande att patienter med svår personlighetsstörning och extrem självskadeproblematik, som överlämnats till vård enligt LPT, ej skall vårdas vid kliniken. Aktuell patientgrupp har under hösten fasats ut från kliniken och återförts till uppdragsgivare/hemlandsting. Beslutet att ej erbjuda denna grupp vård vid kliniken, grundar sig främst i att media och myndigheter kritiskt ifrågasatt de tvångsåtgärder som använts vid kliniken.

Trots utfasningen av denna patientgrupp har den sammantagna patientbeläggningen under året varit god, med undantag från enstaka, och relativt kortvariga, nedgångar. Kliniken förfogar över 99 vårdplatser och har under verksamhetsåret 2010 haft en beläggning på 93,4 %. Utöver ineliggande patienter har kliniken ett vård- och uppföljningsansvar för cirka 50 patienter i öppen rättspsykiatrisk vård eller öppen psykiatrisk tvångsvård. Noterbart avseende beläggningsstatistik är att **en allt större andel av klinikens patienter kommer från eget landsting**, Landstinget Västernorrland. Situationen bör granskas och möjligen åtgärdas, då beläggning av länspatienter lätt kan tamponera en oproportionerligt stor andel av verksamhetens totala platsantal, vilket får såväl vårdmässigt som ekonomiskt ogynnsamma effekter. Till viss del kan den uppkomna situationen sannolikt förklaras med att samverkansrutiner, där exempelvis vårduppdrag och klargörande uppföljning av dessa, inte har formulerats och inarbetats på samma sätt gentemot Landstinget Västernorrland som mot övriga uppdragsgivare.

Under 2010 har två (2) anmälningar enligt Lex Maria gjorts, efter det att patient har suiciderat, alternativt kommit till allvarlig skada under pågående vård. Samtliga dessa händelser har utretts enligt verksamhetens rutin för händelseanalyser, varefter förbättringar i instruktioner/rutiner som ingår i klinikens kvalitetsledningsinstrument har vidtagits. Utöver dessa Lex Maria-anmälningar har ett flertal anmälningar till Socialstyrelsen respektive HSN gjorts av patienter som vårdas/vårdats vid kliniken. Anmälningar har i flera fall lett till tillsyn och granskning av verksamhetens rutiner.

Kliniken har sedan tidigare ingått avtal med fyra uppdragsgivare, omfattande sammantaget trettio vårdplatser. Under 2010 har inga ytterligare externa avtal ingåtts. En viss osäkerhet beträffande efterfrågan av vårdplatser i framtiden förutspås, då översyn av de lagar som reglerar den psykiatriska tvångsvården pågår, vilket till viss del kan komma att påverka förutsättningarna för överlämnande till rättspsykiatrisk vård. Vidare pågår på flera håll i landet en utbyggnad av egen verksamhet, vilket kan komma att innebära att färre vårdplatser upphandlas externt. Av stor vikt är således att kliniken bevarar och förstärker sin konkurrenskraft gentemot omvärlden.

Erik Söderberg har under lång tid innehaft det samlade ledningsansvaret för kliniken. Under 2009 överläts chefsöverläkaransvaret till överläkare Göran Fransson, medan Erik Söderberg kvarstod som verksamhets- och sedermera förvaltningschef. Från och med februari 2011 avslutar Erik Söderberg sin tjänstgöring vid kliniken. Göran Fransson har av landstingsdirektör Anders L. Johansson tillfrågats om och accepterat förordnande av samlat ledningsansvar för året 2011.

Verksamheten har sedan ett antal år prioriterat kvalitetsarbete och målsättningen har alltsedan 2007 varit att tillskapa ett kvalitetsledningssystem enligt kravstandard SS-EN ISO 9001:2008. I december 2010 genomgick verksamheten en andra externrevision av revisionsföretaget Intertek. Efter denna revision rekommenderas rättspsykiatriska regionkliniken ISO-certifiering. Kliniken har från granskningsdatum 16 dec. 30 dagar på sig att formulera ett åtgärdsprogram för de mindre avvikelser som framkom vid revisionen. Om detta program blir godkänt av Intertek, är målsättningen att bli certifierade enligt ISO, uppfyllt.

För löpande, kontinuerligt återkommande arbetsmoment och processer, har ett årshjul/årskalender införts. I denna kan verksamhetens löpande arbete ständigt utvärderas och jämförelser över tid göras. Systematisk uppföljning och utvärdering ger underlag till förbättringar.

Klinikens personalstat uppgår till 202 tjänster. Den sammantagna personalstaten är anpassad för att tillgodose patienternas behov samt uppdragsgivares och myndigheters krav och förväntningar på levererade insatser och tjänster. Strategisk rekrytering och riktad kompetensförstärkning har varit avgörande framgångsfaktorer under 2000-talet. Också inför framtiden är dessa faktorer avgörande för fortsatt välbefinnande.

På läkarsidan har uppkommen vakans kunnat tillsättas och situationen är ur tjänstesynpunkt tillfredsställande. På kuratorssidan har belastningen varit tung och ytterligare en tjänst har utannonserats under året. På omvårdnadssidan är rekryteringsläget gynnsamt. Kliniken fortsätter att omförhandla lediga skötartjänster till sjukskötersketjänster för att öka omvårdnadskompetensen.

Klinikens forsknings- och utvecklingsenhet har under året ytterligare förstärkt sin position som nationellt ledande inom området riskbedömning och hantering av allvarlig brottslighet. Förutom klinisk tillämpning har extern undervisning inom området erbjudits.

Under verksamhetsåret har såväl punktinsatser som kontinuerligt pågående fortbildningar genomförts. Av särskild betydelse kan nämnas utbildning och handledning i kognitivt förhållningssätt, motiverande samtal/återfallsprevention, bemötande av hot och våld m.m. Under januari 2011 kommer all klinikanställd personal att genomgå utbildning i suicidologi och etik.

Patientperspektivet

Inriktningsmål - Patienten i centrum

Med anledning av klinikens specifika verksamhetsområde har vi funnit det lämpligast att göra en mindre korrigering i styrkortet avseende det perspektiv som i anvisningen kallas medborgarperspektivet. Med detta ändras också perspektivets inriktningsmål.

Verksamhetens fokus är alltid i första hand ställt mot patientens behov, men kliniken får sina vårduppdrag från andra vårdgivare (ofta externa landsting), varför ett kundperspektiv inte kan begränsas till att omfatta enbart patienter. I avtal som tecknats med uppdragsgivare är explicita och specifika krav på vårdens innehåll formulerade. Klinikens resurser är anpassade för att tillmötesgå dessa krav och därför förutsätts att nuvarande resurser kan bibehållas för att avtalen skall fullgöras och förhoppningsvis förlängas. I kliniken kvalitetsledningssystem används begreppet **intressenter**, som innefattar såväl patient, uppdragsgivare som samhälle/myndigheter.

Redovisning av måluppfyllelse

Framgångsfaktor – Patientsäkerhet

Kliniken har en uttalad målsättning som markerar att ingen patient skall komma till skada under pågående vård. Självklart måste risk i detta sammanhang, liksom i alla sammanhang, ses som relativ, med målsättning att minimera, ej eliminera.

För att minska risken för att patient skall komma till skada, eller själv skada annan person, vidtas fortlöpande en mängd åtgärder i det dagliga vårdarbetet.

Under verksamhetsåret 2010 skärptes rutinerna i kliniken lokala instruktioner efter en rad extrema självskadehandlingar, men också fullbordade suicid.

Kliniken har nu fungerande rutiner för förebyggande och korrigerande åtgärder (risk- och händelseanalys). Också system och instruktioner för avvikelshantering har avsevärt förbättrats under verksamhetsåret. Vidare kommer ett nytt system med nya instruktioner för dokumentation av tvångsåtgärder att införas. Sedan lång tid är kliniken nationellt

ledande beträffande bedömning av risk för återfall i brottslighet samt hantering av denna risk. Övervaknings- och bedömningsrutiner har setts över och utbildning i suicidologi kommer att ges till all vårdpersonal under våren 2011.

Utöver detta pågår en översyn, lokalt och centralt, av dokumentations-system för säkrare dokumentation och journalföring.

Samtliga övergripande policydokument, framtagna av Landstinget Västernorrland, är vägledande för verksamheten, och är länkade till kvalitetsledningssystemet, liksom också de lagar och författningar som reglerar vårdens utövande, arbetsmiljö, m.m.

Klinikens arbete med patientsäkerhet kommer att utvärderas på uppdrag av verksamhetschef under januari 2011 och redovisas klinikledningen snarast därefter.

Framgångsfaktor – Rätt tjänster(vården utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet)

Rättspsykiatriska regionkliniken följer landstingets etiska policy och arbetar utifrån det uppdrag som givits förvaltningen av vårdgivaren.

All patientvård är uppbyggd kring individuella vårdplaner, med den enskilda patientens vårdbehov i centrum. Flertalet patienter är av domstol överlämnade till vård enligt Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV), men en stor grupp vårdas också enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Under verksamhetsåret 2010 har medier och myndigheter fokuserat på att vården av kvinnliga självska-depatienter överlämnade till vård enligt LPT, har bedrivits vid rättspsykiatrisk vårdinrättning. Kritik har riktats dels mot att kvinnliga LPT-patienter har vistats på avdelningar där också manliga LRV-patienter vårdats (vilket görs och har gjorts på de flesta vårdinrättningar för psykiatrisk tvångsvård i "alla tider"). Kritikerna har menat, att det då har förelegat stor risk för att de kvinnliga patienterna löper risk att utnyttjas eller utsättas för våld. Kritik har också riktats mot användande av skyddshandskar som tvångsåtgärd mot extremt självska-debenägna och suicidala patienter.

Under verksamhetsåret 2009 tillskapades en renodlad LPT-avdelning för kvinnliga patienter överlämnade till vård enligt LPT. Detta för att minska risken för att dessa patienter skulle komma i kontakt med vård-dömda, manliga patienter. Att placera flera patienter med extremt svår och likartad problematik på samma enhet skapade oöverstigligen svårig-

heter, och tvångsåtgärder bedömdes ibland vara nödvändiga. Att då av myndighet tvingas till större integritetskränkande ingrepp än vad situationen krävt (fastspänning är tillåtet, medan skyddshandskar förbjöds) gjorde att verksamhetens ledningsgrupp, hösten 2010, främst av etiska skäl beslutade att upphöra med den riktade behandlingen av kvinnliga patienter med extrem självskade- och utagerandeproblematik. Gruppen fasas f.n. ut från kliniken. Samtidigt fortsätter diskussionen om hur och vilka tvångsåtgärder som får och inte får användas.

Fortfarande kan emellertid kvinnliga patienter med självskadeproblematik vårdas vid kliniken på könsblandade avdelningar, förutsatt att de är överlämnade till vård enligt LRV.

Verksamheten kommer inom kort att vara certifierad enligt ISO 9001:2008. Detta borgar för att kontinuerliga granskningar av vårdens innehåll görs och kommer att göras såväl internt som externt. I ledningssystemet säkras att processer, metoder och instruktioner som används har relevans och kan kopplas till såväl kvalitetsstandard som till lagar, myndigheters författningar och klinisk praxis utifrån evidens, vetenskap och beprövad erfarenhet.

Från verksamhetsåret 2009 har tillkommit möjligheten att mäta och utvärdera klinikkens vård- och behandlingsinsatser utifrån signifikanta parametrar, presenterade i det nationella kvalitetsregistret för rättspsykiatrisk vård, RättspsyK. I registrets utdata utvärderas given vård, som sedan kan jämföras med levererad vård från andra enheter (riksgenomsnitt) som vårdar patienter överlämnade till rättspsykiatrisk vård.

RättspsyK har för året 2009 lämnat en årsberättelse och man har också via hemsida möjlighet att följa utfall av inrapporterade uppgifter. Rättspsykiatriska regionkliniken är representerad i styrgruppen för RättspsyK och registrering av indata till registret sker fortlöpande.

Framgångsfaktor – God tillgänglighet

Rättspsykiatriska regionkliniken har fastlagda instruktioner i kvalitetsledningssystemet som reglerar intagsprocessen, från det att kontakt tas till dess patienten inkommer till kliniken. De vårduppdrag som följer remitterade patienter är av skiftande slag. För att underlaget för den fortsatta vården skall bli så bra som möjligt, förutsätts relevant bakgrundsdata, vilket inhämtas dels genom fastställda checklistor för telefonremisser, men också genom instruktioner vid mottagande av patient och för preliminär vårdplan/läkarsamtal vid intag. I normalfallet får uppdragsgivare svar på remissförfrågan redan vid första kontakten i aktuellt ärende. Vid skriven remiss eftersträvas att svar lämnas inom två arbetsdagar efter det att remiss inkommit till kliniken.

Då kliniken har hög beläggning, kan patienter som är aktuella för vård vid kliniken placeras i kö. Första prioritet har då patienter som tillhör det egna landstinget eller något av de landsting som ingått avtal med kliniken. Då kliniken har cirka 50 patienter i öppenvård, förutsätts också beredskap att återinta dessa patienter akut.

Kliniken är via intagsenheten, avdelning 93, tillgänglig dygnet runt, samtliga veckans dagar. I akuta fall skall också patient kunna tas emot om behov föreligger. Klinikens överläkare är tillgängliga via telefon om oklarheter uppstår. Själva inskrivningsförfarandet av patient sköts av klinikens överläkare samtliga vardagar mellan klockan 08:00-17:00. Övrig tid anlitas allmänpsykiatrins jourlinje.

För patienter som kommer till kliniken ges information såväl skriftligt som muntligt. För ändamålet finns en informationsbroschyr framtagen: "Välkommen till Rättspsykiatriska regionkliniken", med allmän information om verksamheten, men också information om vart patienten kan vända sig för att framföra eventuella klagomål m.m. Då patienten senare överförs till vårdavdelning erbjuds han/hon ånyo information, denna gång i form av en avdelningsbroschyr.

För närstående, men också för allmänheten, finns en egen hemsida som ger information om kliniken. Hemsidan uppdateras kontinuerligt.

Beträffande närstående och anhöriga till patienter, eftersträvas god och nära kontakt genom hela vårdvistelsen. Närstående erbjuds ekonomisk hjälp med resa och boende i samband med första vårdplaneringen, då de inbjuds att delta om patienten godkänner detta och det inte bedöms som direkt olämpligt.

Patienter tillåts och uppmuntras vanligtvis till kontakt med anhöriga, och egna telefoner tillåts, dock med vissa begränsningar av säkerhets- och integritetsskäl (fotografering och/eller inspelning). Patienter kan fräntas rätten till elektronisk kommunikation endast med stöd av lag (SOSFS 2008:12).

Också samverkan med socialtjänsten i patienternas respektive hemkommuner följer fastlagda rutiner. Redan från det att patienten inkommer till kliniken, inleds samverkansplanering med hemlandsting och respektive kommuns socialtjänst. Denna planering följs sedan upp kontinuerligt.

Rättspsykiatriska regionkliniken samverkar med vårdgrannar och andra aktörer inom vård- och rättskedjan. Som exempel kan nämnas att verksamheten erbjuder poliklinisk behandling till män som utövar våld i nära relationer. Riskbedömningar utförs på externa uppdrag, liksom riktade terapier, konsultationer och handledningar. Som kompetenscentrum för högspecialiserad vård efterfrågas ofta verksamhetens tjänster.

Framgångsfaktor – Gott bemötande

Rätt psykiatriska regionkliniken följer de etiska riktlinjer och policydokument som framtagits av Landstinget Västernorrland. Vårdetiska frågor upplevs särskilt angelägna då integritetskränkande tvångsåtgärder kan bli nödvändiga vid vårdens utövande. I klinikens ledningsinstrument för kvalitet är vårdprocessen definierad som verksamhetens huvudprocess och bemötandet av patienten ses som direkt avgörande för resultatet av vårdvinstelsen vid kliniken.

Under verksamhetsåret 2010 har en mängd förbättringar avseende hantering av tvångsåtgärder införts i klinikens ledningssystem för kvalitet. Också vid intern revision har tillämpning av tvångsåtgärder granskats. Utförd händelseanalys har granskat tillämpning och dokumentation av tvångsåtgärder. Socialstyrelsen har vid inspektioner, anvisningar och granskningar givit riktlinjer som lett till förbättringar i de instruktioner som reglerar tillämpning och dokumentation av tvångsåtgärder. Således bedömer vi att kliniken idag har anvisningar som följer förekommande regelverk och att dessa anvisningar efterlevs i praktisk klinisk verksamhet.

Patienters nöjdhet med givna vårdinsatser mäts från och med 2010 vartannat år i nationellt samordnad och av landstinget upphandlad patientenkät (Indikator). Enkäten ger en uppfattning av patienternas upplevelse av vården. Av enkätsvaren kan utläsas att svarsfrekvensen var något låg (n=54), men att patienterna som grupp är tämligen nöjda med den vård och det bemötande de erbjuds.

I Indikators patientenkät ställs bland annat frågan huruvida patienten känner att han/hon blir bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt. 61 % av de inläggande patienter som besvarar frågan (n=51) menar att så är fallet. Detta värde är lika med frågans referensvärde för gruppen "psykiatri: slutenvård".

En annan fråga som ställs är om patienterna upplever sig få tillräcklig information om sitt tillstånd. På denna fråga svarar 59 % att så är fallet (n=46), vilket är bättre än genomsnittet i aktuell referensgrupp.

Kliniken genomförde tidigare en årlig enkät tillsammans med sina fem syskonkliniker i landet, varvid jämförande studier av resultat för analys och förbättringar utfördes. Diskussioner pågår f.n. med det företag som administrerar enkäterna om att upphandla en jämförande sammanställning av enkätsvar mellan de sex samverkande regionklinikerna.

Antal anmälda ärenden per den sista juli till Patientnämnd – Etisk nämnd som har bemötande som huvudsaklig orsak.

	Patientnämnd	Etisk nämnd	HSAN	Socialstyrelsen
Manliga patienter	0	0	0	2
Kvinnliga patienter	3	0	1	3

Processperspektivet

Inriktningsmål – Effektiva verksamheter

Redovisning av måluppfyllelse

Kvalitetssäkringen av läkemedelshantering.

Rättspsykiatriska regionkliniken har rekommenderats för certifiering enligt ISO 9001:2008. I det ledningssystem som beskriver verksamhetens processer ingår rutiner för läkemedelshantering. Vid den granskning som företogs vid certifieringsrevision 2010-12-14--16 framkom inga synpunkter mot klinikkens läkemedelshantering.

I instruktion för läkemedelshantering ges, förutom ansvarsordning, föreskrifter i ordination, iordningsställande, administrering, rekvisition och förvaring av läkemedel.

Från och med 2011 kommer verksamheten att omfattas av SYSteam Cross, vilket ytterligare kommer att kvalitetssäkra klinikkens läkemedelshantering.

Undvikbara vårdrelaterade skador

I klinikkens statistik över avvikelser ingår hot och våld som en avvikelsekategori. För 2009 rapporterades 132 avvikelser tillhörande kategorin hot och våld. År 2010 var motsvarande siffra 113 rapporterade avvikelser. Systemet ger ingen information om eventuella skador eller hur dessa skulle fördelas efter kön. Dessutom är antalet avvikelser ett trubbigt mått på hur frekvensen av hot och våld ser ut över tid, men dessvärre det enda vi har i nuläget. Vi förutsätter att det fortfarande sker en underrapportering av avvikelser, trots ihärdiga åtgärder för att stimulera rapportskrivande. Noterbart är dock att rapporterade avvikelser som rör hot och våld ökade högst påtagligt under den period då klinikkens profilerade en avdelning för självdestruktiva och utagerande kvinnor. Denna

grupp stod alltså för en avsevärd andel av klinikens inrapporterade avvikelser som rör hot och våld.

Framgångsfaktor – Kunskapsbaserad verksamhet (ständig processutveckling)

Rättspsykiatriska regionkliniken bedriver en högspecialiserad verksamhet, till vilken patienter remitteras då man har svårigheter att erbjuda tillräckliga vårdresurser inom den traditionella länssjukvården. Kliniken förfogar över en FOU-enhet med akademisk anknytning till Mittuniversitetet. Forskningssamverkan pågår också med Simon Fraser University i Kanada som är världsledande inom området riskbedömning och riskhantering. Inom områdena riskbedömning och framför allt riskhantering intar kliniken en internationellt framträdande position.

I klinikens certifiering enligt ISO 9001:2008, har avsnittet 7:3: Konstruktion och utveckling, undantagits från certifiering. Däremot ingår i ledningssystemet instruktioner som reglerar metodval för utredning, diagnos och behandling. Metoder skall utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet. Nya evidensbaserade metoder skall införas och inaktuella metoder skall fasas ut. I instruktionen finns länkar till riktlinjer för behandling av de vanligast förekommande diagnosgrupperna inom psykiatrisk slutenvård. Vissa av dessa är framtagna av Socialstyrelsen, andra av Landstinget Västernorrland, medan några har framtagits av och anpassats för kliniken.

Eftersom den typiska rättspsykiatriska patienten har en multiproblematik med ett flertal diagnoser, kan det ibland vara svårt att följa givna riktlinjer för avgränsade sjukdomstillstånd. Här krävs dynamisk följsamhet och riktade insatser som matchar patientens aktuella förutsättningar.

För att verksamheten skall hålla sig ajour med aktuellt forskningsläge och implementera adekvata och evidensbaserade behandlingsmetoder, förutsätts kontakt och utbyte med såväl akademi som klinisk spetskompetens, både inom landet och utanför dess gränser.

Kliniken har valt att kvalitetssäkra sitt ledningssystem i enlighet med kravstandard ISO 9001:2008. Vi tror, att vi med detta har tillskapat ett robust och tillförlitligt system, som dock kräver omfattande underhåll. Systemet är fortfarande nytt och certifieringen ännu ej formellt i hamn. Vi ser en stor potential i fortsatt utbyggnad av systemet främst genom att det skapar en säkerhet för genomförande av verksamhetens processer, men också för att det ger god reklam för verksamheten och således ger konkurrensfördelar gentemot andra regionkliniker.

Rättspsykiatriskt kvalitetsregister (RättspsyK)

Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall tillhör en av landets största vårdenheter för rättspsykiatrisk vård och psykiatrisk slutenvård. Vid tillskapandet av det nationella vårdregistret för den rättspsykiatriska vården, RättspsyK, har kliniken varit representerad i registrets styrgrupp. Idag registrerar samtliga enheter som vårdar patienter som överlämnats till vård, till RättspsyK och fler än 75 % av det totala antalet patienter som vårdas vid enheterna är registrerade. Alla patienter som inkommer till kliniken tillfrågas om de vill medverka i registreringen och ett tiotal patienter vid kliniken har valt att ej medverka.

Rättspsykiatriska regionkliniken har registrerat patienter i RättspsyK från det att registret infördes. En rutin för hur data insamlas och registrering utförs har utvecklats. Datainsamling sker i samband med återkommande riskbedömning var sjätte månad. I december 2010 har kliniken registrerat 203 patienter varav 107 är nyregistreringar, 66 uppföljningar, 12 överföringar och 2 övertagande.

Månatliga sammanställningar av det nationella läget beträffande antal registreringar levereras av registerhållare. Årsberättelse samt möjlighet att granska enhetens resultat för jämförande studier erbjuds också.

Framgångsfaktor – Ständiga förbättringar, följsamhet, samverkan

Rättspsykiatriska regionkliniken har under hösten 2010 vidareutvecklat det interna avvikelssystemet. Främsta orsaken till vidareutvecklingen av systemet var att förbättra spårbarhet och återrapportering av avvikelser, samt att tillse att systemet vilar på en säker plattform. Ytterligare en orsak består i att systemet skall vara tydligt och användarvänligt. Det ”nya” vidareutvecklade avvikelssystemet kördes på prov under en månad under hösten 2010, och utvärderingen gav positiva besked, varför nya instruktioner för avvikelser, jämte en flödesmodell nu håller på att framtas. Vid extern revision i december 2010 presenterades systemet för revisor och möttes av idel lovord.

Externa avvikelser som rör landstinget rapporteras till Platina. Avvikelsesamordnare har utsetts och uppdraget för denne har klargjorts.

Hot- och våldssituationer redovisas ovan under rubriken redovisning av måluppfyllelse

Då verksamhetens avvikelssystem reviderades och förbättrades under hösten 2010, kan jämförelser med föregående år ej göras. I samband med förbättringsåtgärderna modifierades de olika kategorier som avvikelser indelas i. Det sammanlagda antalet avvikelser för 2010 var 1035 medan motsvarande siffra för 2009, utifrån dåvarande system, var 722. En ökning av antalet rapporterade avvikelser ses inte som ett mått på att antalet faktiska avvikelser har ökat, då underrapportering kan förekomma. Verksamheten betonar betydelse av att avvikelser rapporteras. Vid betraktande av avvikelser som rör hot och våld var antalet avvikelser för

verksamhetsåret 123, medan motsvarande siffra (med ovanstående reservation) för år 2009, var 133.

Socialstyrelsen lät i en artikel meddela att tvångsåtgärder skall betraktas som avvikelser. Få som arbetar med psykiatrisk slutenvård som inrymmer tvångsåtgärder förstår vad tillsynsmyndigheten egentligen avser med sitt påstående. Man ger riktlinjer och anvisningar för hur tvångsåtgärder skall tillämpas (SOSFS 2008:12). Om dessa riktlinjer sedan efterlevs av vårdens utövare kan detta knappast betraktas som avvikelser. Om vårdens utövare däremot inte följer givna riktlinjer, vare sig dessa är lokalt utformade, eller formulerade av tillsynsenheten, skall och bör detta betraktas och hanteras som en avvikelse.

I SOSFS 2008:12 framgår hur tvångsåtgärder skall utföras och rapporteras till tillsynsenheten. Verksamheten beskriver i sina instruktioner detta och Socialstyrelsens regler och anvisningar efterlevs.

Brister något i efterlevnaden av de rutiner och instruktioner som rör tvångsåtgärder ses detta som en mycket allvarlig avvikelse, som sannolikt blir föremål för händelseanalys.

Ytterligare beskrivning av kliniken arbete med förbättringar i rutiner och instruktioner för tvångsåtgärder står att finna under patientperspektivet.

Sedan ett par år finns lagreglerade former för öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. I detta ingår bland annat att samverkan skall ske enligt riktlinjer som fastställts nationellt. Bland annat skall patientens uppdragsgivare och hans/hennes hemkommun medverka i en samordnad vårdplanering, vilket innebär att alla "aktörer" runt patienten har inflytande över hur uppdraget utförs, från inskrivning av patient till dess patienten blir definitivt utskriven, eller överförs av kliniken till annan vårdgivare. För detta samverkansarbete finns lokala rutiner framtagna, och ytterligare instruktioner är under arbete. I det praktiska arbetet har varje vårdavdelning en utsedd eftervårdslänk. Denne har ett samlat grepp över avdelningens patienter och är särskilt anlita i samverkan med övriga avdelningar runt patienten. Eftervårdslänken blir särskilt betydelsefull i vårdens slutfas. Klinikens eftervårdslänkar ingår i en eftervårdsgrupp som leds av eftervårdssamordnare.

Rättspsykiatriska regionkliniken är ett kompetenscentra, med främsta uppdrag att bedriva psykiatrisk slutenvård. Verksamheten är högspecialiserad, vilket innebär att kliniken tar uppdrag från andra psykiatriska slutenvårdsenheter i landet. Uppdragen remitteras vanligtvis enligt en fastställd remissordning, men också akuta uppdrag kan komma ifråga. Med vissa landsting har kliniken slutit långsiktiga avtal. I dessa är samverkan reglerad utifrån gemensamma överenskommelser. I de fall uppdragsgivare har enstaka eller ett fåtal patient (-er) placerad vid kliniken, upprättas specifika samverkansavtal, där rapportering och återkoppling ingår. Kliniken vinnlägger sig också om synpunkter på upp-

dragens genomförande genom återkommande enkäter till uppdragsgivare. Långsiktiga avtal med ”fasta kunder” föredras. Vid hög beläggning finns en prioriteringslista för intag, där patienter från eget landsting, jämte patienter från landsting som kliniken slutit avtal med, har högsta prioritet. Eftersom flera patienter har sin hemvist långt ifrån kliniken, förutsätts god planering för samverkan och effektivitet i planering inför besök av såväl uppdragsgivare, socialtjänst som anhörig till patient.

Framgångsfaktor – God kvalitet

Basala hygienrutiner

Rättpsykiatriska regionkliniken har utsedd hygiensjuksköterska som tillser att landstingsövergripande hygienrutiner finns, och efterlevs. I klinikens kvalitetsledningssystem omnämns vissa aspekter av hygien, men här föreligger ett förbättringsutrymme.

Styrdokument för avvikelshantering

Rättpsykiatriska regionkliniken kommer sannolikt att certifieras enligt ISO 9001:2008 under första kvartalet 2011. Avvikelsehantering är det kanske enskilt mest framträdande verktyget för korrigerande åtgärder, och verksamheten har sedan lång tid inarbetade rutiner och styrdokument för avvikelshantering på samtliga enheter. Detta ses som en absolut förutsättning för att certifieras enligt ISO.

Miljö

Säkerhetsansvarig vid kliniken har delegation från verksamhetschef att ansvara för det samlade arbetsmiljöarbetet.

Miljöfrågor finns med som en stående punkt på den agenda som gäller vid arbetsplatsträffar.

Intern kontroll

Verksamhetsåret 2010 har för rättpsykiatriska regionkliniken inrymt en rad granskningar, utförda av såväl interna revisorer som av extern revisor från certifieringsföretag. Kliniken förfogar i nuläget över två, för uppdraget utbildade, interna revisorer. Under januari 2011 kommer ytterligare två medarbetare att genomgå internrevisionsutbildning.

Såväl interna som extern revisor har genomfört systemrevision av klinikens kvalitetsledningssystem. Revisionsrapport från internrevisionen bifogas. Vidare har interna revisorer enligt revisionsplanen att årligen utföra fem interna revisioner på uppdrag av revisionssamordnare. Under 2010 gjordes ej revisioner i föreskriven omfattning, men en fullständig

revision som rör vårdplanering har fullgjorts, och revision avseende tvångsåtgärder har påbörjats. Internrevision som rör vårdplanering har lett till såväl kvalitativa som kvantitativa förbättringar inom detta viktiga område.

Beträffande extern revision, genomgick kliniken under april 2010 certifieringsrevision, steg 1. Den rapport som följde revisionen var tämligen omfattande och avslöjade en rad brister i rutiner och system. Dessa skulle vara åtgärdade vid nästkommande revision.

Vid certifieringsrevision 2 konstaterades att åtgärder efter revision 1 hade vidtagits. Revisorn påpekade ett tiotal mindre avvikelser som skall åtgärdas inom tre månader. En åtgärdsplan för avvikelserna skall presenteras certifieringsföretaget Intertek inom 30 dagar. När Intertek godkänner åtgärdsplanen, blir förvaltningen certifierad enligt SS-EN ISO 9001:2008.

Utöver dessa granskningar har Socialstyrelsen haft ett antal riktade granskningar av verksamheten. Egna händelseanalyser har gjorts vid allvarliga avvikelser och vid Lex-Maria-ärenden.

Medarbetarperspektivet

Inriktningsmål – Nöjda och kompetenta medarbetare

Redovisning av måluppfyllelse

Framgångsfaktor – Medarbetarskap

Medarbetarskapsindex.

Medarbetarskapsindex för verksamhetsåret 2010 är utifrån medarbetarenkät framräknat till 80 %.

Motsvarande procenttal för föregående år var 81 %.

Framgångsfaktor – Ledarskap

Ledarskapsindex för 2009 var 78 %. Denna siffra redovisar den sammantagna procentsatsen för dåvarande psykiatriförvaltning, i vilken kliniken ingick. För verksamhetsåret 2010 var procenttalet för ledarskapsindex 76 %.

Framgångsfaktor – Friska medarbetare

Sjukfrånvaron jämförs januari-november, eftersom decembers siffror ej är färdigställda. 2009 års sjukfrånvarotimmar är 13.343 och 2010 års sjukfrånvarotimmar är 13.114. Ett fåtal medarbetare under året har varit långtidssjukskrivna. För dessa pågår rehabiliteringsinsatser, bland annat missbruksinsatser och arbetsträning.

Sjukfrånvaro						
	År 2009 totalt	Kvinnor	Män	År 2010 totalt	Kvinnor	Män
Procent av ordinarie arbetstid	3.59	5.26	2.81	3.76	4.36	3.45

Förändring i antal årsarbetare

Antal årsarbetare

År 2009 totalt	Kvinnor	Män	År 2010 totalt	Kvinnor	Män	Förändring mellan åren totalt	Kvinnor	Män
199.5	75	145	200.5	78	140	+ 1.0	+3	-5

Ekonomiperspektivet

Inriktningsmål – God ekonomisk hushållning

Landstingets inriktningsmål är god ekonomisk hushållning. Med det menas, att landstinget skall ha ett årligt, positivt resultat om minst 150 miljoner kronor. En förutsättning för att nå målet är att alla förvaltningar uppnår budgeterat resultat.

Redovisning av måluppfyllelse

Framgångsfaktor – Kostnadskontroll

Med en god kostnadskontroll uppnår landstinget en ekonomi i balans. Målet är att alla förvaltningar ska nå ett årligt resultat som är större än eller lika med noll.

Resultaträkning, miljoner kronor	Utfall 2009	Utfall 2010	Budget 2010
Verksamhetens intäkter	124,1	120,3	119,8
Verksamhetens kostnader	-170,3	-151,9	-158,3
Avskrivningar	-0,7	-0,7	-0,7
Verksamhetens nettokostnader	-46,9	-32,3	-39,2
Landstingsbidrag	47,0	39,3	39,3
Finansiella intäkter	0	0	0
Finansiella kostnader	-0,1	-0,1	-0,1
Resultat	-0	6,9	0

Intäkter anges med plus (+) och kostnader med minus (-).

- *Kommentarer ska lämnas till resultaträkningen. Jämför med föregående år samt årets utfall med budget och lämna förklaringar till avvikelser. Analysen ska göras dels utifrån olika kostnads- och intäktslag dels utifrån verksamhetsperspektivet förutom att förvaltningens samlade resultat ska kommenteras.*

Jämförelsestörande poster – omstruktureringskostnader

Innehåller utfallet för 2010 poster av engångskaraktär som är av jämförelsestörande art jämfört med föregående år ska dessa poster redovisas här som not till resultaträkningen. Typ av kostnad samt belopp ska anges. Poster som kan rymmas inom detta begrepp är t.ex. omställningskostnader i form av konsulter, hyror för lokaler där verksamheten upphört eller kommer att upphöra, avvecklingskostnader för personal som är identifierad ner på individnivå och där kostnaden inte motsvaras av någon form av arbetsprestation i verksamheten eller andra kostnader som är av engångskaraktär. **Avstämning av dessa poster ska göras med Landstingsstab Ekonomi och finans, Lars Halén, senast den 10 januari 2011.**

Rättspsykiatriska regionkliniken, RPK, är från och med 2010-03-01 en egen förvaltning och tillhör således inte längre Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand.

Jämförelsen mellan åren försvåras då resultaträkningen till viss del innehåller ej jämförbara poster.

2009 fördelades Länssjukhusets OH-kostnader ut till kliniken baserat på föregående års totalkostnadsbokslut. Kostnaderna för stab och

administration fördelades inte ut, då de ingick i kostnaderna för linjeorganisationen vid Länssjukhuset.

Vissa förvaltningsinterna transaktioner betraktas nu istället som landstingsinterna.

Tidigare har det överskott som genererats vid RPK överförts till den somatiska vården via koncernbidrag, vilket medfört att RPK tidigare alltid visat ett ”0”-resultat. RPK bär nu istället sina egna OH-kostnader samt köper administrativa tjänster efter behov från övriga förvaltningar inom LVN.

En annan viktig sak att notera är att i samband med bildandet av egen förvaltning för RPK, så försvann läkemedelsbudgeten från förvaltningen oförklarligt. Detta har resulterat i ett underskott på läkemedelskontona på ca 3,8 miljoner.

Den externa faktureringen har minskat med 2.6 % eller cirka 3 mkr mot 2009. Detta kan förklaras med en ökande andel patienter från Västernorrland som finansieras med landstingsbidrag.

Ersättningen för flyktingar har minskat med ca 1,7 mkr. Färre asylpatienter har vårdats under 2010.

En minskning har skett avseende köpt vård från privata institutioner. Kan förklaras med att en av patienterna flyttat ut i eget boende och en annan har återkommit till kliniken för vård.

Personalkostnader

Personalkostnadsutvecklingen ska högst uppgå till 2,0 procent. Utrymmet ska täcka effekter av löneavtal, eventuella volymökningar, anlitanade av externa uthyringsföretag samt alla i övrigt förekommande personalkostnadspåverkande åtgärder.

- *Redovisa personalkostnader och kostnader för tjänsteköp från bemanningsföretag. Jämför med budget och med föregående års utfall. Kommentera redovisningen.*

Anlitande av externa bemannings- företag	2009		2010		Förändringar mellan åren	
	Timmar	Kostnader, mnr	Timmar	Kostnader, mnr	Timmar	Kostnader, mnr
Läkare	0	0	0	0	0	0
Sjuksköterskor	0	0	0	0	0	0
Totalt	0	0	0	0	0	0

Personalkostnader budgeterades 2010 till 106,4 mkr. Utfallet blev 109,6 mkr. Avvikelsen mot budgeten kan till största delen hänföras till kostnader för jouravtal, förmånsvärde fria resor, företagshälsovård samt korrigering av semesterlöneskuld och okompenserad övertid. Personalkostnadsökningen mellan 2009 och 2010 uppgår till 2,0 % inkl. ovan nämnda komponenter.

En översyn har gjorts över hur timanställda vikarier används i verksamheten samt hur olika typer av ersättningar utbetalas. Detta har inneburit ett effektivare resursutnyttjande av befintlig personal.

RPK har inga kostnader för tjänstinköp från bemanningsföretag.

Framgångsfaktor – Kostnadsreduceringar

Landstingets kostnader för den verksamhet som bedrivs måste minska. Detta för att på sikt kunna nå målet om en god ekonomisk hushållning.

- *Redovisa vilka åtgärder som förvaltningen vidtagit för att minska kostnaderna för verksamheten.*

Inom förvaltningen pågår löpande processer för att höja kostnadsmedvetenheten. Översyn av rutiner för inköp samt användande av klinikens resurser har inneburit att förvaltningen idag uppfyller målet om god ekonomisk hushållning.

Framgångsfaktor – Kostnadseffektivitet

Med kostnadseffektivitet menas att landstinget använder sina resurser så att insatta medel ger största möjliga utbyte.

- *Redovisa hur förvaltningen säkerställer en kostnadseffektiv verksamhet.*

I det kvalitetsarbete som pågår inom förvaltningen, där ISO-certifiering är ett mål, ingår bland annat att införa ett revisionsprogram för

intern revision. Tillsammans med en utökad internkontroll kommer den fortsatta kostnadseffektiviteten att säkerställas.

Investeringar

- *Under året anskaffade inventarier överstigande 100 000 kronor per objekt ska förtecknas. Utfallet för årets nettoinvesteringar redovisas också och jämförs med föregående år. Kommentera redovisningen.*

Endast en nyinvestering har gjorts under 2010 avseende utökat åsk-skydd vid klinikens anläggning i Nacksta. Investeringen har handlagts av Landstingsstab Fastighet som kan lämna en utförligare redovisning över investeringsobjektet.

Nyckeltal

Nedanstående nyckeltal ska jämföras med 2009 samt kommenteras:

- *Intäktsfinansieringsgrad = verksamhetens intäkter/verksamhetens kostnader inklusive avskrivningar*
- *Återinvesteringsgrad = nettoinvesteringar/avskrivningar*
- *Kundfordringsgrad = Kundfordringar/totalt fakturerat under året*
- *Landstingsbidrag, kronor/invånare den 1 november året före*

Intäktsfinansieringsgrad	72%	79%
Återinvesteringsgrad	0%	14%
Kundfordringsgrad	12%	11%
Landstingsbidrag	193	162

Ökningen av intäktsfinansieringsgraden samt minskningen av landstingsbidrag/invånare är effekten av minskat landstingsbidrag.

Andelen inomlänspatienter fortsätter att öka vid kliniken samtidigt som landstingsbidraget minskas.

Landstingsbidraget har under 2010 minskat med 7740 tkr jämfört med 2009. För 2011 minskas landstingsbidraget med ytterligare 5319 tkr, totalt 13059 tkr (47048-33989 tkr) mellan 2009-2011. Denna situation

är inte acceptabel, då verksamheten inte har kostnadstäckning för inomlänspatienter utan vården av västernorrlänningar finansieras via den externa faktureringen av patienter från andra landsting och kriminalvården.

Medel för finansiering av inomlänspatienter bör således öka för att kostnadstäckning skall uppnås. Genom detta kan prissättningen mot externa kunder förändras så, att en förbättrad konkurrenssituation uppnås.

Då endast en investering gjorts under 2010 och ingen gjordes 2009 innebär detta att förändringen i återinvesteringsgraden blir relativt stor.

Kundfordringsgraden ligger på samma nivå som 2009. Skillnaden är ca 0,4 %.

Invånarantal 2008-11-01 = 243 411

Invånarantal 2009-11-01 = 243 065

Verksamhetsstatistik

Efterfrågad verksamhetsstatistik redovisas i bilaga 7.

- *Analysera och kommentera förändringarna över tiden.*

Kommentarer till utvecklingen över tid för antalet vård dagar, medelvårdtid samt antalet vårdtillfällen.

Skillnaden mellan åren 2008 till 2010 avseende antalet vård dagar måste betraktas som marginell och ingen tydlig trend kan spåras.

Beträffande medelvårdtid finner vi ingen större skillnad mellan åren 2009 och 2010. Däremot kan en påtaglig ökning av medelvårdtiden märkas mellan åren 2008 och 2009. Den mest avgörande förklaringen till denna ökning är att det under hösten 2008 infördes ett tillägg i tvångslagstiftningarna som gav kliniken ett utvidgat uppdrag (öppen rättspsykiatrisk vård och öppen psykiatrisk tvångsvård), vilket förlängde medelvårdtiden i och med att fler instanser måste ingå in varje utslussningsplanering.

Beträffande antalet vårdtillfällen finner vi en fallande trend från 2008 till 2010. Detta kan sannolikt förklaras med att vårduppdragen förlängs, vilket kan ha sin orsak i remitterande landstings benägenhet att återta patienter och/eller hemkommunernas möjlighet att bistå i överföring/utslussningsfas. Möjligen kan detta också vara ett resultat av att vårdtyngden har ökat.

Rättpsykiatriska regionkliniken, Sundsvall 2011-01-20

Göran Fransson