

VERKSAMHETSPLAN 2010-2012

1. KORTFATTAD FRAMTIDSANALYS

Kliniken skall fortsätta erbjuda god och säker vård med riktad ansträngning att identifiera förbättringsutrymmen och vidtaga adekvata åtgärder för att stärka positionen som en av landets ledande rättspsykiatriska vårdenheter. Med detta eftersträvas att uppnå kriterier för ”bästa tänkbara standard” avseende rättspsykiatrisk vård på regionnivå (enligt rapport SoS 2007-03-15).

En strategisk framtidsfråga på såväl kort som lång sikt är därför att systematiskt arbeta med kvalitetsfrågor och förbättringar av verksamhetens rutiner och arbetssätt. Kvalitetsarbetet syftar också till återkopplingar av resultat för analys och ständiga förbättringar. Kliniken har en uttalad målsättning att inom planperioden vara certifierad enligt ISO 9001:2000. Projektgrupp och arbetsgrupp följer av ledningen godkänd projektplan för att uppnå detta mål. Under planperioden kommer samtliga medarbetare vid kliniken att undervisas och göras höggradigt delaktiga i kvalitetsarbetet, då en ny användarvänlig processkarta kommer att presenteras i datamiljö. Processkartan inrymmer tre processled, där vårdprocessen har identifierats som huvudprocess och där det finns en rad ledningsprocesser som reglerar villkoren för verksamheten, samt stödprocesser som ger förutsättningar för att optimalt genomföra klinikens uppdrag.

Tre medarbetare har genomgått utbildning i internrevision av kvalitetssystem. Arbete med interna revisioner har påbörjats och kommer inom planperioden att intensifieras.

Som stöd och vägledning för kvalitetsarbetet rapporterar kliniken också till ett nationellt register för den rättspsykiatriska vården (RättspsyK). Ur detta register kan sedan utdata framtas för jämförelser med ett nationellt genomsnitt.

Rättspsykiatrisk vård är en högspecialiserad inriktning av psykiatri som förutsätter att erbjudna och riktade vårdinsatser har stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet och i möjligaste mån baseras på moderna evidenskrav. Klinikens ambition är också att vidareutveckla egen forskning och verka för kunskapsutveckling inom området. Av yttersta vikt är också att kliniken bibehåller sin internationella tätposition inom det forskningsområde som rör riskbedömning och riskhantering.

Under hösten 2008 tillkom ett tillägg i lagen som hanterar rättspsykiatrisk vård och psykiatrisk slutenvård. Ny lagreglering ställer bland annat krav på organisering av öppenvård. Detta arbete pågår och förväntas fortlöpa under planperioden. I klinikens öppenvårdsorganisation har specialdesignade funktioner som utslusslänkar utbildats för sina uppdrag. Rättspsykiatrisk öppenvård ses som ett prioriterat område som under de närmaste åren kommer att kräva riktade satsningar avseende exempelvis samverkan med remitterande psykiatri och socialtjänst.

Kliniken har under senare tid tecknat avtal med flera landsting, som genom detta binder sig vid ett fast vårdplatsantal. Förhandlingar pågår med ytterligare landsting för nya avtal, vilket skapar trygghet och ekonomisk stabilitet i verksamheten. Sett över en tioårsperiod har kliniken haft god beläggning och också kunnat expandera. Dock kan under senare tid konstateras något vikande efterfrågan av vårdplatser. Argumenten för att vilja teckna avtal med kliniken skall vara att de tjänster och uppdrag som erbjuds skall vara av god kvalitet till ett rimligt pris.

Kliniken är en av få kliniker i landet som uppbär högsta säkerhetsklassificering för rättspsykiatrisk vård (enligt SoSFS 2006:9). Säkerheten kommer av Socialstyrelsen att granskas kontinuerligt, vilket innebär att nya investeringar kan komma att krävas för bibehållen säkerhetsstandard. Att uppbära och bibehålla högsta säkerhetsklass (klass 1) är strategiskt viktigt, särskilt då kriminalvården tenderar att bli en allt större uppdragsgivare som explicit uttalar höga säkerhetskrav för sina klienter.

Det pågår för närvarande en översyn av de lagrum som reglerar hanteringen av psykiskt störda lagöverträdare. Regeringen har tillsatt en utredning för detta uppdrag. Av yttersta vikt är att kliniken är lyhörd för detta arbete och dynamiskt anpassar sig och tidigt ställer om verksamheten, så att den överensstämmer med kommande lagkrav.

Patienternas behov och uppdragsgivarnas förväntningar på levererad vård ställer höga krav på kompetens i alla led. Rekrytering av strategiskt viktiga yrkesgrupper ses därför som en central fråga.

Kliniken vårdar ett stort antal kvinnliga patienter enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. Det finns ibland behandlingsmässiga fördelar med att blanda manliga och kvinnliga patienter, liksom att genom noggranna bedömningar ”matcha” patienter som kan vara intagna enligt olika lagrum. Dock framtingar en stark mediaopinion en översyn av rådande ordning, varför verksamheten framgent kommer att tillskapa enheter där patientgrupper på ett än tydligare sätt än hittills hålls isär. Detta görs också som ett led i klinikens sub-specialisering, där olika patientgrupper efterfrågar och kräver olika behandlingsinsatser. Inom planperioden kommer därför medel att äskas för kompetensförstärkning inom strategiskt viktiga områden.

Kliniken ser fram emot att år 2011 bli en egen förvaltning, direkt underställd landstingsledningen. Denna ordning förenklar sannolikt viss administration och främjar flexibilitet och autonomi.

2. MEDBORGARE/PATIENTER

Inriktningsmål - Vi erbjuder en värdeskapande vård.

De patienter som vårdas vid kliniken skall erbjudas bästa tänkbara vård, baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården skall bedrivas i samverkan med uppdragsgivare och andra vårdaktörer på den nivå som ger patienten optimal rehabilitering utan att säkerhet för individ eller samhälle äventyras. Klinikens ansvar mot samhället består bland annat i bedömningar avseende risker för återfall i brottslighet, vilka görs regelmässigt och enligt vetenskapens senaste rön.

Vårdtagarna skall ges god och omsorgsfull vård och behandling med inriktning mot att patienten skall uppnå ett självständigt liv eller ett liv med stöd ute i samhället. Detta förutsätter fungerande öppenvård och samverkan med andra aktörer runt patienten.

Måluppfyllelse i folkhälsoplanen.

För att förhindra suicid har kliniken nyligen sett över rutiner för bedömning och hantering av suicidrisk. Bedömning av suicid är också en del av de bedömningskriterier som ålagts oss av Socialstyrelsen. De övriga är bedömning av risk för våld, rymning respektive fritagning.

Bland många viktiga frågor anser vi att patientens och dennes närståendes delaktighet i vården är central. I praktiken kan detta innebära att vi har rutiner som uppmuntrar och underlättar anhörigas delaktighet genom att de erbjuds ekonomiskt stöd för patientbesök och deltagande vid vårdplanering. Vi finner också stort värde i att ta del av patienternas upplevelse av vården i årligen återkommande patientenkäter. Dessa kan sedan utgöra underlag för förbättringar av vårdens innehåll.

En angelägen uppgift är att uppmuntra och hjälpa patienterna till en god och hälsosam livsföring. Kliniken kan erbjuda individanpassad motion och kostrådgivning, men här föreligger ett stort förbättringsutrymme, som förhoppningsvis under planperioden kan tillgodoses. Beträffande bruk av tobaksvaror ges tillstånd för patienter att röka i avdelningarnas röktrum, alternativt balkong. På klinikområdet i Nacksta är rökning tillåten på anvisade platser. För de patienter som vårdas på Sundsvalls sjukhus gäller naturligtvis sjukhusets övergripande regelverk. Diskussioner om införande av mer generella rökförbud förs återkommande. Patienter uppmuntras att sluta röka och de som önskar hjälp, erbjuds detta.

För att tillgodose den enskilde patientens vårdbehov, upprättas individuella vårdplaner. Som underlag för dessa utförs bland annat strukturerade bedömningar och skattningar avseende behov, funktion och risk.

Kliniken förfogar över en pedagogisk verksamhet som erbjuder patienter anpassad utbildning, träning och sysselsättning. Basen för denna verksamhet är belägen på enheten vid Nacksta (benämnd Syd), varför daglig transport utgår från enheterna vid Sundsvalls sjukhus (Nord). Pedagogiska enheten har också en ”filial” belägen mellan vårdavdelningarna på Sundsvalls sjukhus. Denna enhet är ej lika omfattande, men fyller ett viktigt behov för patienter som av olika anledningar ej kan transporteras till Nacksta.

God tillgänglighet

Kliniken skall erbjuda god tillgänglighet för aktuell patientgrupp. Samverkan med uppdragsgivare har innevarande planperiod förbättrats och kommer ytterligare att förbättras. För eget landsting och för enheter med vilka kliniken har ingått avtal, skall vård erbjudas utan dröjsmål. Vid hög beläggning och intensiv efterfrågan av vårdplatser finns upprättad prioriteringslista.

Klinikens läkare är tillgängliga enligt fastställd rutin och fastlagt schema samtliga veckodagar. Vid vissa akutsituationer samt inskrivning av patient helger och nätter, finns ingångna överenskommelser med psykiatrins jourläkare. Klinikens överläkare har patientansvar för patienter som vårdas på de avdelningar som tilldelats dem. Vid de flesta förekommande frågor är patientansvarig läkare tillgänglig via telefon, även utanför ordinarie tjänstgöringstid. Bemanning och kompetens på läkarsidan är strategiskt viktigt för en väl fungerande vård. Rekryteringen har under året varit framgångsrik och förhoppningen är att etablera kontinuitet över tid på läkarsidan.

Bedömningar avseende risk görs enligt SoS 2006:9 anvisningar vid inskrivning av patient och därefter fortlöpande.

Gott bemötande

I patientvården eftersträvas patientens delaktighet och kontinuitet till kontaktpersoner och annan vårdpersonal. Patienternas upplevelse av vården mäts årligen i patientenkäter. Resultaten utgör sedan underlag för förbättringar av vården. I mars varje år genomförs nämnda enkät.

Det arbetssätt som tillämpas är i huvudsak processinriktat, där olika moment följer på varandra, efter en modell som finns beskriven i klinikens kvalitetssystem. Genom detta tillser vi att vårdvinsten ges en enhetlig struktur och att viktiga inslag ej försummas. Ledande processer är föremål för återkommande revisioner.

Kliniken sätter stor tilltro till så kallad. relationsbaserad säkerhet, d.v.s. att själva relationen och samspelet mellan personal och patient utgör fundamentet för att incidenter och negativa händelser undviks. Återkommande fortbildning i bemötande, hot och våld, vårdetik m.m. kommer att erbjudas personal under planperioden.

Patienterna informeras såväl muntligen som i klinik- och avdelningsbroschyrer om sina rättigheter och möjligheter att överklaga beslut m.m. Också information om nationellt register för den rättspsykiatriska vården (RättspsyK) ges såväl muntligen som skriftligen. Patienten ges rätt att avstå från att bli registrerad, liksom han/hon också kan begära att få registrerade uppgifter borttagna.

Trots stora ansträngningar att nå ut med patientinformation, visar svar från patientenkäter på otillfredsställande resultat, varför förbättringar krävs och skall utarbetas. Detsamma gäller den information patienterna får beträffande diagnos och behandling. Trots att patientens delaktighet eftersträvas, visar sammanställningen av enkätsvar att informationen till patienten i dessa avseenden kan och bör förbättras.

Den vårdmiljö som patienten vistas i skall vara trygg, lärande och läkande.

3. PROCESSPERSPEKTIVET

Inriktningsmål - Vi är en effektiv, lärande och professionell organisation.

Kunskapsbaserad verksamhet

Medarbetare vid kliniken har deltagit i utarbetandet av en nationell rapport över vad som bör känneteckna den rättspsykiatriska vården (SoS 2007-03-15). I denna beskrivs den kunskapsbredd och de kompetenskrav som krävs för att tillmötesgå patientens ofta komplexa problematik. Metodval skall naturligtvis i möjligaste mån bygga på evidens och vad som är "state of the art", och kliniken kommer att tillse att personal erbjuds nödvändig utbildning för att utföra vårduppgifterna på bästa sätt, samt att personalen har den kompetens som motsvarar patienternas vård- och behandlingsbehov.

Kliniken förfogar också över egen forskning som bland annat har till uppgift att utvärdera resultat av den vård och behandling som levereras. All vård och behandling skall dokumenteras och utvärderas.

Kliniken är representerad i en rad olika nationella samverkansgrupper med olika inriktning (chefsamverkan, omvårdnad, kvalitet, missbruk, säkerhet, kvalitetsregister). I dessa forum sker branschspecifikt kunskapsutbyte.

Under senare år har ett nationellt register för den rättspsykiatriska vården tillskapats, kallat RättspsyK. I skrivande stund ingår cirka 1000 av landets cirka 1400 patienter som överlämnats till rättspsykiatrisk vård i detta register.

Registret är numer ett av flera psykiatriska register som har sin bas i SKL. Kliniken har rutiner för patientinformation och hantering av registerdata. Ur registret kan utdata tas, där klinikens registreringar av relevant patient- och vårdinformation kan jämföras med ett nationellt genomsnitt.

God kvalitet och ständiga förbättringar

Verksamheten befinner sig i en intensiv fas avseende utveckling av ledningssystem för kvalitet. En projektgrupp och till denna kopplad arbetsgrupp har på ledningens uppdrag, under en tid arbetat med införandet av ett ISO-baserat kvalitetsledningssystem. För att uppnå detta har externa konsulter anlåtts. Under planperioden kommer arbetet i huvudsak handla om implementering av systemet, vilket kommer att ta mycket tid i anspråk, men generera avsevärda vinster till verksamheten.

Verksamheten skall kontinuerligt följa och utvärdera vård- och behandlingsarbetet samt initiera kvalitetshöjande åtgärder. Arbetet skall kunna mätas och utvärderas enligt fastställda kriterier. Processtänkande genomsyrar verksamhetens samtliga delar. Rutiner och instruktioner tydliggör arbetets utförande. Uppföljning och utvärdering för ständiga förbättringar sker fortlöpande och förstärkning/utveckling inom detta område kommer att ske under planperioden. Interna revisorer har utbildats för sitt uppdrag och påbörjat sitt arbete. Också externa revisioner kommer inom planperioden att genomföras. Kliniken har definierade huvud-, lednings- resp. stödprocesser och processkartor är framtagna. Målsättningen är att inom planperioden vara ISO-certifierade.

Samverkan

Ett tillägg i lagen som reglerar hanteringen av vårddömda och tvångsvårdade patienter trädde ikraft hösten 2008. Lagen rör öppenvård och har fokus ställt mot samverkan med uppdragsgivare och kommunens socialtjänst. Bland annat ställs nu krav på samordnad vårdplanering, där företrädare för kommunen också deltar. Kliniken har offensivt mött dessa nya lagkrav och tillskapat specialdesignade funktioner som arbetar riktat med utslussning och öppenvård. Rutiner som reglerar öppenvården finns delvis framtagna och kommer inom planperioden att vara utformade i sin helhet. I skrivande stund råder ingen nationell konsensus beträffande tolkning och tillämpning av den lag som reglerar öppenvård för tvångsvårdade och rättspsykiatriskt dömda. Detta understryker behovet av klagörande direktiv och utformande av fungerande praxis från myndighetshåll. Förhoppningsvis kommer detta att erbjudas inom planperioden.

Eftersom kliniken under innevarande planperiod har tecknat ett flertal avtal med fastställt antal kontrakterade vårdplatser, påverkas också samverkansformerna med uppdragsgivarna. Rapportering och uppföljning av patientvården sker numer efter fastställda program. En stab från det landsting som har avtal med kliniken avlägger ett besök, varvid strukturerad genomgång av varje en-

skilt patientärende sker. Besöken följs upp av enkäter som uppdragsgivare ombeds fylla i, där man ger synpunkter på hur man upplever samverkan med kliniken.

Sjukligheten i patientgruppen är hög vilket ställer höga krav på fungerande samverkan med övrig sjukvård som landstinget tillhandahåller.

Den specialistkompetens inom vissa områden som kliniken besitter kan i gengäld efterfrågas av andra aktörer inom och utanför landstinget. Detta sker i form av exempelvis riskbedömningar och riktade handlednings- och behandlingsinsatser.

Avvikelsehantering och riskanalys

Kliniken har ett väl utvecklat och välfungerande system för avvikelsehantering. Det databaserade avvikelssystemet ger möjligheter till direkta analyser av utfall i undergrupper. Fastlagda rutiner för avvikelser hantering finns och efterlevs. Förbättringsutrymme finns avseende personlig återkoppling och spårbarhet av rapporterad avvikelse. En arbetsgrupp arbetar för dessa förbättringar som inom planperioden skall vara verkställda.

Av central betydelse är också att kliniken inom planperioden finner rutiner och arbetsformer för Risk- och händelseanalys, i enlighet med anvisningar från SoS, SKL m.fl. Utbildning planeras och kommer att genomföras under hösten 2009.

Ständig processutveckling – Samverkan - Följsamhet till nationella/regionala/lokala vårdprogram utgör framgångsfaktorer i verksamheten.

4. MEDARBETARPERSPEKTIVET

Klinikens uppdrag kräver hög kompetens och för uppdraget lämpliga personliga egenskaper hos medarbetarna. Rekrytering av nya medarbetare är därför en grannliga uppgift. Kliniken skall erbjuda vård och behandling utifrån ett helhetsperspektiv, varför komplettering och förstärkning inom vissa yrkesområden krävs. Kliniken skall ha en kompetensprofil som svarar mot patienternas behov.

Då patientgruppen är heterogen och patientens problematik komplex, efterfrågas ett flertal olika behandlingsinsatser, vilket innebär att kliniken måste samverka med annan verksamhet som kan tillhandahålla de specialkompetenser som inte ingår i klinikens egen personalstat.

Eftersom verksamheten under senare år har expanderat avseende vårdplatsantal, förutsätts en följsamhet avseende expansion också för klinikens personalstat.

Klinikens åtta vårdenheter har ledningsstrukturer som anpassats efter enheter-
nas volym och uppdrag. Sektionsledare är knutna till enhetschefer. I klinikens
ledningsgrupp ingår enhetschefer och strategiska stabsfunktioner.

Kliniken har etablerat en arbetsgrupp som arbetar aktivt med systematiskt
arbetsmiljöarbete. Detta arbete är organiserat efter ett så kallat årshjul och ut-
värderas kontinuerligt.

Kompetensutveckling på alla nivåer är en kritisk framgångsfaktor, då kliniken
är konkurrensutsatt och har kompetens och kvalitet som främsta säljargument.

Medarbetarskap

I återkommande medarbetarenkäter framkommer att klinikens medarbetare
upplever sin arbetsplats som attraktiv. Medarbetare upplever sig ha tämligen
goda möjligheter att påverka sin arbetssituation och man är förhållandevis
nöjda med sina chefer.

För att ytterligare engagera klinikens medarbetare kommer en rad klinik-
gemensamma satsningar att genomföras inom planperioden. Särskilt fokus
kommer att läggas vid att utbilda personal i hur man orienterar sig i lednings-
systemet för kvalitet, vilket kommer att öka känslan av trygghet och tillskapa
säkerhet i förekommande arbetsmoment.

Ytterligare utbildningsåtgärder som pågår eller planeras handlar om intervju-
metodik, motiverande samtal, kognitivt förhållningssätt, brottsbearbetning för
att nämna några. Också personalhandledning har sin givna plats för att stimu-
lera vårdprocesser och förhindra negativa överföringar. Utvald personal (led-
ningsgrupp och kvalitetsgrupp) kommer också att genomgå en utbildning i
risk- och händelseanalys.

Nya rutiner för medarbetarsamtal och lönedialog har införts och kommer
under planperioden att utvärderas.

Ledarskap

Klinikens chefer ansvarar vanligen för enheter som motsvarar två avdelningar.
Till sin hjälp har enhetschef utsedd sektionsledare. Detta innebär att chefs-
gruppen begränsas i omfattning.

En fördel av detta är att organisationen slimmas, vilket ger besparingar, samt
att beslutsordning, dialog och återkoppling blir effektiv och kompakt. Hittills
är erfarenheterna av denna ordning goda. Under planperioden kommer dock en
översyn att ske.

En svårighet som berör såväl chefer som andra medarbetare består i att klini-
ken är uppdelad i två större enheter, benämnda Syd (Nacksta) och Nord (sjuk-
huset). Detta ställer särskilda krav på fungerande samverkan. Stort värde läggs
vid att behålla känslan av klinikgemenskap.

Kliniken har under innevarande planperiod övergått från samlat lednings-
ansvar till en uppdelning där funktionerna chefsöverläkare och verksamhets-

chef nu är olika samverkande personer. Kliniken kommer inom planperioden att omorganiseras till en egen förvaltning, vilket kommer att innebära vissa förändringar i organisations- och ledningsstruktur.

Friska medarbetare

Klinikanställd personal erbjuds idag vartannat år hälsoundersökning av Läns-hälsan. Detta planeras fortgå också under kommande planperiod. Kliniken har också rutiner och handlingsplaner för hantering av oförutsedda händelser, t.ex. hot och våld.

Kliniken vinnlägger sig om att rikta uppmärksamhet på medarbetares alkoholvanor och eventuell förekomst av drogmissbruk. Om medarbetare har alkohol- och/eller drogproblem riktas kraftfulla åtgärder där målet är att ha kvar personen i verksamheten.

5. EKONOMIPERSPEKTIVET

Inriktningsmål- Vi har en ekonomi i balans

Kostnadskontroll

Beskriv hur den ekonomiska uppföljningen kommer att ske inom kliniken. Hur säkerställer ni på kliniken att kostnadskontroll uppnås?

Regelbundna budgetträffar med ekonomisekreterare/personalsekreterare.

Kostnadseffektivitet

På vilket sätt säkerställer kliniken att med minsta möjliga insats få ut största möjliga resultat av nedlagt arbete.

Klinikens speciella karaktär gör att en minibemanning är nödvändig. Från denna utgångspunkt fördelas arbetstiden så, att största möjliga effektivitet uppnås.

Landstingets övergripande mål är att andelen diagnossatta vårdtillfällen ska överstiga 90 %.

Årligen har kliniken en 100 % diagnossättning.

Erik Söderberg
Verksamhetschef

