



# Verksamhetsberättelse för rättspsykiatriska regionkliniken 2011

Hälsa- och sjukvårdsnämnden

## Verksamhetsberättelse 2011

### Sammanfattning

Denna redovisning har sin utgångspunkt från landstingsplanen samt landstingsstyrelsens balanserade styrning för 2011 – 2013. På grund av verksamhetens särart har vissa modifieringar av anvisande text gjorts, men i allt väsentligt följer föreliggande rapport givna riktlinjer.

#### *Fakta RPK*

Rättspsykiatriska regionkliniken (RPK) bedriver specialiserad psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård i slutet och öppen form. Verksamheten är sedan våren 2010 en egen förvaltning inom landstinget Västernorrland och som sådan direkt underställd HSN. RPK har 101 vårdplatser för ineliggande patienter fördelade på åtta vårdavdelningar. Tre av dessa är belägna i anpassade lokaler vid Sundsvalls sjukhus, medan övriga avdelningar återfinns i Nacksta. Förutom vård av ineliggande patienter bedrivs också öppenvård av ett antal patienter enligt tillägg i tvångslagstiftningen för psykiatrisk tvångsvård/rättspsykiatrisk vård. Antalet patienter i öppenvård beräknas vara cirka 50. Vid årsskiftet 2011-2012 hade RPK totalt 205 anställda, alla inräknade.

### Viktiga händelser

Verksamhetsåret 2011 har för Rättspsykiatriska regionkliniken inrymt en rad viktiga händelser.

#### *ISO certifiering*

Vid extern certifieringsrevision utförd av företaget Intertek i december 2010, granskades förvaltningens kvalitetsledningssystem enligt internationell kravstandard SS-EN ISO 9001:2008. Vid denna revision noterades tio (10) avvikelser som skulle åtgärdas enligt åtgärdsplan som presenterades Intertek inom 30 dagar efter revisionstillfället. Efter godkännande av denna åtgärdsplan blev verksamheten ISO-certifierad den 17 februari 2011.

I avtalet med Intertek ingick uppföljande revision redan samma år. Denna revision utfördes under två dagar i december utifrån en revisionsplan, där tyngdpunkten var lagd vid uppföljande åtgärder efter certifieringsrevisionen. Samtliga avvikelser från certifieringsrevisionen var nu åtgärdade på ett förtjänstfullt sätt. Också vid granskning av verksamhetens bärande processer var betyget gott.

Revisorn intervjuade slumpmässigt utvalda medarbetare i handhavande och nytta av systemet. Också detta utföll till revisorns belåtenhet.

Särskilt beröm gavs för förbättringar i styrdokument som reglerar ansvar och befogenheter, samt de åtgärder för förebyggande och korrigerande åtgärder som vidtagits (t.ex. internrevision, avvikelssystem, risk- och händelseanalyser). Identifierade brister leder nu till förbättringsåtgärder som granskas och följs upp.

Vid den uppföljande revisionen i december 2011 diskuterades ett antal förbättringsförslag, men endast en avvikelse med tvingande åtgärd påtalades. Denna avvikelse är inom kategorin ”mindre”, och åtgärdsförslag kommer att lämnas revisorn under januari 2012. Revisorn kommer att föreslå Intertek fortsatt ISO-certifiering enligt ISO 9001:2008 för RPK.

Den kravstandard som ISO representerar är ledande inom flertalet områden inom både privat och offentlig verksamhet och det processtänkande som genomsyrar systemet ligger väl i linje med de kvalitetskrav som författas för sjukvården av Socialstyrelsen (SOSFS 2005:12).

Ett robust kvalitetsledningssystem skapar trygghet och systematik i utövande av förekommande uppdrag. Dessutom ger systemets processinriktade uppbyggnad förutsättningar att ständigt granska och förbättra verksamheten.

RPK räknas till de kliniker i landet som kallas regionkliniker, vilket innebär att upptagningsområdet för vårduppdrag sträcker sig över hela landet. Att ha den kvalitetsstämpel som en ISO-certifiering innebär, ger tillförsikt inför framtiden, då färre upphandlade vårdplatser och därmed ökad konkurrens kan väntas. Fortsatt hög kvalitet i kombination med vårdavgift som uppfattas rimlig, utgör viktiga incitament för RPK:s fortsatta välstånd.

Inom sjukvården generellt och i synnerhet inom psykiatrin är det emellertid ytterst få verksamheter som är certifierade enligt ISO 9001:2008. Inom den rättspsykiatriska vården finner vi ingen verksamhet på förvaltningsnivå, förutom RPK i Sundsvall. Ambitionen är nu att vidareutveckla systemet med målsättningen att certifieras också inom miljö- och arbetsmiljöområdet.

#### *Verksamhetshjul*

För att ge systematik och åskådlighet i det löpande ledningsarbetet används en årskalender. I denna finns samtliga bärande klinikaktiviteter redovisade, dels då de påbörjas men också när de skall vara avslutade. Därefter vidtar systematisk uppföljning av varje enskild aktivitet med målsättningen att nå ständiga resultatförbättringar. Årligen sker en utvärdering av kalendern i sin helhet. Vid ingången av 2012 sker den första utvärderingen av verksamhetshjulet i sin helhet.

Exempel på aktiviteter som kontinuerligt följs upp och utvärderas är verksamhetsredovisning (budget, årsrapport, delårsrapport), medarbetarsamtal, lönedialog, utbildningsplanering, semesterplanering, skyddsronder, ledningens genomgång, styrkort, samt interna revisioner.

*Interna revisioner*

Vid RPK har under verksamhetsåret två medarbetare genomgått rekommenderad utbildning för interna revisioner av kvalitetsledningssystemet. Sammantaget förfogar verksamheten idag över fyra internrevisorer. I ledningsgruppen sitter ”ledningens representant” vilken är den person som på ledningens uppdrag meddelar internrevisorsgruppen (IRG) uppdrag. Revisionsuppdragen uppgår till fem stycken årligen och de presenteras i ett revisionsprogram, med uppdragens formulering och inriktning, samt när revisionen skall vara klar för presentation i ledningsgruppen. Under 2011 genomfördes fem revisionsuppdrag enligt fastställt program. Dessa fem var:

- 1) Kvalitativ och kvantitativ analys av vårdplanering
- 2) Korrigerande åtgärder efter certifierings- (extern) revision
- 3) Åtgärder efter Lex Maria-anmälningar och händelseanalyser
- 4) Intagsprocessen
- 5) Kontaktpersonens ansvar

Efter återkoppling har påtagliga förbättringar inom respektive revisionsområde genomförts. Vid extern revision i december 2011, uttrycktes lovord över internrevisorernas arbetssätt och deras betydelse för förbättringsarbetet.

För 2012 finns ett nytt revisionsprogram framtaget. Målsättningen är att verksamhetens samtliga bärande processer skall vara genomlysta av IRG vid utgången av 2013.

*Förebyggande och korrigerande åtgärder*

Under 2011 har omfattande arbete utförts i syfte att förebygga och åtgärda brister i verksamheten. Klinikens avvikelssystem modifierades under hösten 2010 och har under 2011 utvärderats med gott resultat. Den stora skillnaden från tidigare är att det nu är lättare för medarbetare att fylla i avvikelseblanketten, samt att återkopplingen fungerar bättre. Vidare har överskådligheten vid sammanställningar blivit bättre och rutinen för hantering tydligare. Antalet registrerade avvikelser har under verksamhetsåret 2011 varit något färre än året innan (1010 registrerade avvikelser för 2011 mot 1035 för 2010). Notabelt är dock, att antalet registrerade avvikelser ökade från år 2009 till år 2010 med närmare 40 %. Klinikens samordnare för avvikelser rapporterar kvartalsvis till ledningsgruppen.

Risk- och händelseanalyser utförs enligt fastställda anvisningar. Beträffande riskanalyser har avsevärda förbättringar gjorts avseende säkerhet i maskinparken vid den pedagogiska enheten. Också beträffande medicinteknisk utrustning har omfattande åtgärder genomförts i förebyggande syfte. I ledningssystemet framgår nu också ansvarförhållanden och gränssnitt såväl i den egna organisationen som gentemot leverantörer av varor och tjänster - ett tydliggörande som indirekt är vägledande i arbetet med att förekomma och förhindra incidenter och skador.

Händelseanalyser initieras av förvaltnings-/verksamhetschef efter inträffad hän-

delse, ofta av allvarligt slag (t.ex. Lex Maria). Under verksamhetsåret 2011 har en händelseanalys utförts efter en Lex Maria anmälan 2010. Under 2011 har inga anmälningar enligt Lex Maria gjorts. Under 2011 har dessutom en riskanalys genomförts. Risk och händelseanalyser har rapporterats till ledningsgrupp och förebyggande och korrigerande åtgärder har vidtagits. Klinikens internrevisionsgrupp granskar och kommenterar vidtagna åtgärder.

#### *Dokumentation och verksamhetsstöd*

RPK har en lång tradition med databaserad patientdokumentation. Ett eget system för omvårdnadsdokumentation framtog under 1990-talet. Detta har sedan vidareutvecklats och kompletterats allteftersom. Parallellt med detta har traditionell journalföring ägt rum, med arkivering i pärmarkiv. Under verksamhetsåret 2011 har omfattande åtgärder vidtagits för att dels förbättra säkerheten i systemet men också för att samla patientdokumentationen på ett ställe. Arbetet följer given tidplan och pågår i skrivande stund, med återkommande utvärderingar.

För att ytterligare förbättra och underlätta vårddokumentationen vid diktering har MedSpeech införts under hösten 2011.

#### *Utbildning och rekrytering*

Att bedriva specialiserad psykiatrisk vård förutsätter såväl gedigen baskompetens i alla led, som spetskompetens inom speciella verksamhetsspecifika områden som t.ex. riskbedömning och riskhantering, riktad utredning, brottsbearbetning, missbruksbehandling, motiverande samtal m.m. Eftersom förutsättningarna för den slutna psykiatriska vården är under ständig utveckling, både beträffande val av behandlingsmetoder (evidens), som omgärdande regelverk, förutsätts kontinuerlig påbyggnad av kompetens i form av fortbildning. Under 2011 har bl.a. följande utbildningar prioriterats:

- Kognitiv beteendeterapi, - teori och förhållningssätt. Utbildning och handledning för samtlig vårdpersonal.
- Motiverande samtal, återfallsprevention. Utbildning och handledning.
- IAFMHS. Deltagande i årligen återkommande internationell konferens om rättspsykiatrisk vård.
- Etik. Seminarium.
- Suicidologi. Seminarium för samtlig vård- och behandlingspersonal.
- Klinikens överläkare har genomgått kurs för att handleda ST-läkare.
- SNPF. Klinikens psykologer har deltagit i neuropsykologikurser.
- Genombrottsprojektet. RPK deltar i nationellt arbete för att minska tvångsåtgärder i vården.
- Olika chefsutbildningar.
- Arbete med patientsäkerhet.

Strategisk rekrytering och riktad kompetensförstärkning har varit avgörande framgångsfaktorer under 2000-talet. Också inför framtiden är dessa faktorer avgörande för fortsatt välbefinnande.

Under verksamhetsåret har kompetensförstärknings skett genom tillsättning av ny tjänst på kuratorssidan. På psykologsidan, liksom på läkarsidan, har vakanta tjänster tillsatts.

På omvårdnadssidan fortsätter kliniken att omförhandla lediga skötartjänster till sjukskötersketjänster för att öka omvårdnadskompetensen och trygga en hög kvalitet i läkemedelsförsörjningen. Förstärkning på chefssidan med en enhetschef har gjorts under verksamhetsåret.

#### *Forskning och utveckling*

Klinikens forsknings- och utvecklingsenhet har under året ytterligare förstärkt sin position som internationellt ledande inom området riskbedömning och hantering av allvarlig brottslighet. Förutom klinisk tillämpning har extern undervisning inom området erbjudits. Under 2011 har sex externa kurser i riskbedömning genomförts för cirka 60 deltagare. Flera artiklar har publicerats i internationella tidskrifter, och klinikens forskningschef har kontrakterats för medverkan i flera internationella böcker tillsammans med världsledande forskare inom området. Klinikens forskare har presenterat forskningsresultat vid flera internationella konferenser, och i december disputerade en av dem på en avhandling om dyslexi och riskfaktorer för våldsbrott vid Stockholms universitet. Avhandlingen bygger helt på forskning utförd vid kliniken. En stor del av året har arbete utförts tillsammans med nordamerikanska forskare för att arbeta fram en uppdaterad version av det internationella riskbedömningsinstrumentet HCR-20, där klinikens forskningschef är en av originalförfattarna.

#### *Patientsäkerhetsstrukturmätningen*

I 15 av de 17 parametrar som mätningen omfattar visar resultaten från RPK lika eller bättre värden än det nationella genomsnittet. De två som klinikens värden understiger riksgenomsnittet är ”Öppenhet i kommunikation” samt ”Inte straff- och skuldbeläggande kultur”. Riktade verksamhetsförbättringar skall vidtagas för att åtgärda detta, även om resultaten i någon mening kan anses rimliga utifrån det faktum, att RPK:s verksamhet i dessa delar skiljer sig från andra verksamheter i mätningen.

#### *Nationellt kvalitetsregister*

Representant från verksamheten ingår i den styrgrupp som har utvecklat och fortfarande utvecklar det nationella vårdregistret för den rättspsykiatriska vården, kallat RättspsyK. Sedan registrets tillkomst har registreringar fortlöpande lämnats till registret. RättspsyK levererar månatliga rapporter med registreringsstatistik, samt sammanfattande årsrapporter. Under verksamhetsåret har vissa förändringar i registerhanteringen genomförts, och klinikpersonal har utbildats i hantering av utdata från registret. Förhoppningen är att kvalitetsregistret framgent, i högre grad än hittills, skall bidra med underlag för analyser och förbättringar av verksamheten.

*Brukarenkät*

RPK har en vidare definition av brukare än sjukvård i allmänhet. För att tillgodose olika avnämares intressen av hur verksamheten sköter sina uppdrag, är återkoppling från såväl patienter, uppdragsgivare samt samhället genom sina myndigheter, av stor betydelse.

RPK har en lång tradition att årligen mäta patientnöjdhet genom enkätundersökningar. Dessa har gjorts i samverkan med syskonkliniker i landet. Inför mätningen 2010 erbjöds emellertid en centralt upphandlad enkätundersökning (Indikator) som skulle genomföras vartannat år. Således genomfördes ingen patientenkät under 2011, men ny enkätundersökning är planerad till våren 2012. Vid förra årets mätning kunde konstateras, att patientnöjdheten hos klinikens patienter var lika med eller högre, jämfört med patienter som vårdas vid andra rättspsykiatriska enheter i landet, fränsett två parametrar där RPK:s värden låg något under genomsnittet. Det handlade i dessa fall om närståendekontakt/anhörigarbete. Här kan möjligen långa geografiska avstånd mellan patient och anhöriga tjäna som förklaring. Åtgärder för att underlätta anhörigarbetet har vidtagits men analys för ytterligare förbättringar planeras.

I diskussion med syskonkliniker i landet har frågan om att avveckla Indikator och återuppta enkätundersökningar enligt tidigare modell diskuterats. Beslut i detta är ännu inte fattat.

De patienter som vårdas vid RPK är vanligtvis remitterade från andra vårdinrättningar, alternativt kriminalvård. Dialogen mellan kliniken och dess remitterter har under senare år avsevärt förbättrats. Rutiner för uppföljande rapportering följs, vilka innefattar skriftliga och muntliga genomgångar. En stor del av dessa genomgångar har under 2011 gjorts via länk som TV-konferens. I kontakten med uppdragsgivare är det viktigt att deras upplevelse av kvalitet i levererade tjänster kommer RPK till godo. Således inhämtas synpunkter genom ett frågeformulär. Utformningen av detta formulär ändrades inför 2011, varför endast tio ifyllda formulär har sammanställts. Uppdragsgivare/remittent är i sina svar mycket nöjda med hur RPK har utfört givna uppdrag. På en sammanfattande 10-gradig skala över nöjdhet är det genomsnittliga värdet 9,2. Vissa konstruktiva förbättringsförslag har också mottagits.

Att bedriva rättspsykiatrisk vård och annan psykiatrisk tvångsvård innebär bland annat att ta beslut om och utföra tvångsåtgärder och andra för individen integritetskränkande åtgärder. Detta görs utifrån givna regelverk med den grundläggande föresatsen om minsta möjliga tvång. Likväl händer det, att vårdskador inträffar eller att misstag begås, vilka ibland blir föremål för anmälan till Socialstyrelsen. Den återkopplande dialogen med Socialstyrelsen ger värdefulla uppslag till förbättringsåtgärder. Under 2011 har Socialstyrelsen avlagt två tillsynsbesök vid RPK. Ärendena har efter dessa avslutats utan krav på ytterligare åtgärd. Den senaste tidens omfattande arbete med förbättrad vårdkvalitet vid RPK, har uppmärksammas och lovordas av Socialstyrelsen.

*Medarbetarenkät*

I den medarbetarenkät som genomfördes under verksamhetsåret var nöjdheten hos medarbetare anställda vid RPK fortsatt hög. Cirka 65 % av förvaltningens medarbetare besvarade enkäten och noterbart är, att RPK i samtliga de målformuleringar, som uppställts för medarbetare i landstingets styrkort, förutom sjukfrånvaro, är uppfyllda.

*Riktade organisatoriska och personella åtgärder för anpassning till framtida lagförslag samt långsiktiga förbättringar i vård- och arbetsmiljö.*

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

Under verksamhetsåret 2011 har en arbetsgrupp med företrädare för byggnation och säkerhet tillsatts för att granska och eventuellt projektera åtgärder för bibehållen säkerhetsklassning.

Regeringen har tillsatt en utredning som har fått i uppdrag att se över ett tidigare förslag (Psykanvarskommittén, 2002) som rör förändringar i den rättspsykiatriska vårdens förutsättningar och utövande. Utredningen aviserar vissa förändringar som kommer att påverka RPK. Tidpunkten för införande av dessa lagändringar har fortlöpande justerats, men man förmodar att nya regler kommer att träda ikraft vid ingången till år 2015. Exakt hur dessa regler kommer att utformas och tillämpas är oklart, men man förutspår vissa straffrättsliga justeringar som kommer att påverka patientflödet mellan t.ex. kriminalvård och rättspsykiatri. Med ett ökat antal kriminalvårdsdömda patienter, krävs att ett större antal patientplatser anpassas till det regelverk som omgärdar kriminalvården. Särskilt gäller detta säkerhetsföreskrifter i allmän mening och i synnerhet föreskrifter som rör telefoni och elektronisk kommunikation. RPK förbereder för att stå väl rustad inför de förändringar som väntas, vilket bl.a. kan innebära att fler vårdavdelningar tillämpar strängare restriktioner avseende användande av telefoni och elektronisk kommunikation. (Generellt förbud för kriminalvårdspatienter, vid riktad misstanke för patienter överlämnade till vård enligt LRV).

En händelse för tre år sedan, då sexualbrottsdömda patienter begick brott under pågående vård, ledde till en omfattande medial uppmärksamhet, samt en händelseanalys som bland annat avslöjade brister i avdelningskulturen. RPK valde att Lex Maria-anmäla händelsen och kritiken som följde ledde till omfattande åtgärder,



vilka granskades och godkändes av Socialstyrelsen. För att ytterligare långsiktigt förbättra den psykosociala arbetsmiljön vidtogs vissa personella omplaceringar, vilket ledde till fackliga reaktioner och ytterligare medial uppmärksamhet. Ledningen anlät då Länshälsan för en genomlysning av avdelningen för vidare åtgärder.

#### *Avtal med externa landsting*

Under 2011 förlorade RPK fasta avtal med två externa uppdragsgivare, omfattande 17 vårdplatser. De främsta orsakerna bakom detta består i att det på ett flertal platser i landet har byggts vårdkliniker med hög säkerhet, vilket inte i samma omfattning som tidigare motiverar upphandlade platser, samt att landstingen har ingångna bindande överenskommelser om upphandling av vård i sin egen region. För RPK och Landstinget Västernorrland finns inte några motsvarande överenskommelser. I nuläget finns avtal med fastställt antal vårdplatser tecknat med Landstinget Jämtland och förhandlingar om förlängt avtal med Landstinget Gävleborg pågår. Sammantaget handlar det om 13 vårdplatser.

#### *Patientplatsantal för inneliggande patienter*

Då verksamheten för några år sedan specialiserade en vårdavdelning för extremt självskadebenägna kvinnliga patienter, minskades vårdplatsantalet för denna avdelning med två vårdplatser av vårdtyngdsskäl. Aktuell patientgrupp har efter externa påtryckningar fasats ut och överförs till annan vårdgivare. Detta innebär att nämnda vårdavdelning har återgått till att vårda patienter överlämnade till vård enligt LRV eller LPT, varför klinikens sammanlagda platsantal under 2011 har återgått till samma antal som tidigare, d.v.s. 101 vpl.

#### *Patientbeläggning*

Beläggningsstalet för 2011 var 97 %. Under verksamhetsåret 2010 var motsvarande procentsats 93,4. Av inskrivna patienter var 69 västernorrلänningar (46 i slutenvård och 23 i öppen vård). Av dessa vårdades 6 enligt LPT.

Rättspsykiatriska regionkliniken har under slutet av verksamhetsåret 2011 haft en något sviktande patientbeläggning. Den nya lagstiftning som beräknas träda ikraft 2015, skapar osäkerhet i beläggningsprognosen på lång sikt. En framtidsgrupp arbetar med dessa frågor.

#### *Vårdkostnad*

Under verksamhetsåret har vårdavgiften höjts till 4.800 Skr för icke kontrakterad extern patient. För patienter som är skrivna i Västernorrland, skall vårdkostnaden, enligt vårduppdraget, täckas med ett fast landstingsbidrag utefter det beräknade antalet länspatienter intagna enligt Lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV. Under året har detta bidrag dock inte täckt hela kostnaden.

Trenden med en ökande andel inomlänspatienter överlämnade till vård vid klini-

ken startade 2010. Den ökade andelen inomlänspatienter gav ett bortfall på intäktssidan, då vårddygnskostnaden för patienter från Västernorrland skall rymmas inom landstingsbidraget, vilket minskade till 2010. För 2011 minskade landstingsbidraget med ytterligare sju (7) Mkr samtidigt som andelen västernorrlänningar ökade, vilket gör bortfallet på intäktssidan mer påtagligt.

Landstingsbidraget är således inte ställt i relation till denna ökning av antalet inomlänspatienter, vilket skall vara fallet enligt det uppdrag som givits RPK av Landstinget Västernorrland. Det vore därför önskvärt om bidraget justeras upp till en nivå som motsvarar vårdkostnaden för inomlänspatienterna.

För inomlänspatienter som vårdas vid kliniken som häktade eller som är överförda från kriminalvård råder dessutom oklarheter beträffande finansiering.

Den rådande situationen bör snarast diskuteras med politiskt och ekonomiskt ansvariga inom landstinget.

#### *Miljöarbete*

Under året har RPK deltagit i landstingets gemensamma strävan att formulera miljömål och handlingsplaner för dessa. Syftet är att i närtid också bli miljöcertifierade enligt ISO.

Som en enskild väsentlig miljöåtgärd kan nämnas, att dagliga morgonmöten, då företrädare för förvaltningens samtliga enheter deltar, nu sker med hjälp av TV-konferensutrustning, vilket påtagligt minskar antalet resor mellan kliniken i Nacksta och avdelningarna på sjukhuset.

#### *Balanserad styrning*

Förvaltningens styrkort har till största delen utgått från landstingets, men vissa justeringar har gjorts utifrån verksamhetens särart.

Bl.a. har medborgarperspektivet en annan rubriksättning, då begreppet insatt i vår verksamhet, kan upplevas svårtillgängligt. Vi har därför valt att kalla det första perspektivet för patientperspektivet, vilket bäst torde motsvara medborgare enligt landstingets mer övergripande definition. Också inriktningsmålet för detta perspektiv har ändrats till ”God och säker vård”.

RPK har under ett antal år utvecklat en version av styrkort, som i sin utformning har skiljt sig en del från landstingsmodellen. Efter diskussioner i ledningsgruppen sker nu en återgång till den grundläggande utformningen. RPK:s balanserade styrkort i sin helhet bifogas.

PERSPEKTIV			
Patient	Process	Medarbetare	Ekonomi
MÅLUPPFYLLELSE			
<b>Inriktningsmål</b> God och säker vård	<b>Inriktningsmål</b> Effektiv verksamhet	<b>Inriktningsmål</b> Nöjda och kompetenta medarbetare	<b>Inriktningsmål</b> God ekonomisk hushållning

## Patientperspektivet

### Inriktningsmål – God och säker vård

Mål	Mått	Utfall/Prognos
Täckningsgraden i kvalitetsregistret RättspsyK skall vara 100 %	Registreringsgrad	Beräknas genomföras under 2013
Ökad delaktighet	Implementering av patientbroschyr	Beräknas genomföras under 2012
Gott bemötande	Utfall i patientenkät gällande bemötande skall vara > 61	Beräknas genomföras under 2012
Adekvat evidensbaserad vård	Utvärdering av utfall av behandling. Riskbedömning, vårdplan, behovs- och funktionsanalys på samtliga vårdade patienter	Beräknas genomföras under 2013

## Framgångsfaktorer

### Framgångsfaktorer

Rätt tjänster	God tillgänglighet	Gott bemötande
---------------	--------------------	----------------

### Rätt tjänster

RPK bedriver vård och rehabilitering för en patientgrupp där symtombilden ofta är komplex. Patientgruppen kan sägas vara heterogen, i bemärkelsen att symtom och diagnoser varierar högst påtagligt. Också risk för utagerande eller självskada/suicid varierar avsevärt mellan individer, men också över tid. Utöver den psykiatiska sjukdomsbilden finns inte sällan en somatisk samsjuklighet. Sammantaget förutsätter vård och behandling av patientgruppen såväl bredd- som spetskompetens, riskmedvetenhet, god planering och flexibilitet.

Vård på regionnivå innebär ibland att länssjukhusens förmåga och resurser att hantera ett specifikt patientärende är uttömda och att RPK förväntas klara av det man själv inte förmått. Vårduppdraget definierar insatsen, som kontinuerligt utvärderas, inte minst av uppdragsgivaren. Det är därför av stor betydelse att uppdragsgivarens (kundens) önskemål kan tillgodoses. Forskning, utbildning och strategisk rekrytering bidrar till att vårduppdragen kan uppfyllas enligt uppdragsgivarens krav och förväntningar. I utförda mätningar av såväl uppdragsgivares som patienters nöjdhet av levererade tjänster, presterar RPK väl.

Den vård som bedrivs skall baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Nya (evidensbaserade) metoder för utredning, diagnos och behandling skall implementeras och inaktuella fasas ut. RPK har i ledningssystemet styrdokument som reglerar detta.

Det nationella kvalitetsregister, RättspsyK, som RPK rapporterar till, förväntas också ge möjlighet till vägledande återkoppling beträffande levererade insatsers verkan och relevans.

Den översyn av lagar och regler som reglerar tvångsvården kommer troligen att innebära, att RPK:s uppdrag modifieras. Lagändringen kommer sannolikt att träda ikraft vid ingången av 2015. För RPK:s del handlar det om att stå väl förberedd då aviserade ändringar blir verklighet.

## God tillgänglighet

Mål	Mått	Utfall
Den rättspsykiatriska regionklinikerna skall vara tillgängliga per telefon dygnet runt.	Andel tillgängliga timmar per dygn.	Intagsenhet: dygnet-runt-tillgänglighet. Specialistläkare: 8 - 17
Rättspsykiatriska regionklinikerna skall kontakta remittent inom två dygn efter att remiss inkommit.	Andel remittenter som fått kontakt inom två dygn efter att remiss inkommit.	Samtliga

- *Kommentera redovisat utfall.*

Rättspsykiatriska regionklinikerna 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 upp-

dragsgivare 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. Intagningsförfarandet har under 2011 varit föremål för internrevision. Vissa brister påpekades och förbättringar har vidtagits.

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 specialistläkare är tillgängliga via telefon om oklarheter uppstår. Själva inskrivningsförfarandet av patient sköts av klinikens specialistläkare samtliga vardagar mellan klockan 08:00-17:00. Övrig tid anlitas allmänpsykiatriens jourlinje.

För patienter som kommer till kliniken ges information såväl skriftligt som muntligt. För ändamålet finns en informationsbroschyr framtagen (vilken för närvarande revideras): "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 såväl muntligt som 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.

Underlag som verifierar måluppfyllelsen *skall* bifogas under flik 9 i bokslutspärmen.

## Gott bemötande

Mål	Mått	Utfall
Alla patienter skall känna att de blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt.	Andel patienter som känner att de blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt.	76 % av RPK:s patienter svarade att de helt och hållet eller delvis blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt. (Enkät 2010) Pat.upplevd kval.= 61
Alla patienter skall känna sig så delaktiga i beslut om vård och behandling som de önskade.	Andel patienter som kände sig så delaktiga i beslut om vård och behandling som de önskade.	52 % av RPK:s patienter svarade att de helt och hållet eller delvis kände sig så delaktiga i beslut om vård och behandling som de önskade. (Enkät 2010). Pat.upplevd kval.= 40
Alla patienter skall känna sig nöjda med den information de fått om sin sjukdom och sina problem.	Andel patienter som kände sig nöjda med den information de fått om sin sjukdom och sina problem.	61 % av RPK:s patienter svarade att de helt och hållet eller delvis kände sig nöjda med den information de fått om sin sjukdom och sina problem. (Enkät 2010). Pat.upplevd kval.= 59

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.

76 % av de inläggande patienter som besvarar frågan om han/hon blir bemött med respekt och på ett hänsynfullt sätt (n=51), upplever detta helt och hållet eller delvis. (Patientupplevd kvalitet = 61). 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 61 % att så helt och hållet eller delvis är fallet (n=46). Patientupplevd kvalitet = 59, vilket är bättre än genomsnittet för aktuell referensgrupp.

Enkät svar på frågor som rör delaktighet får av naturliga skäl lägre värden för en tvångsvårdad population än för människor som själva söker vård. Därav de låga värdena som presenteras i tabellen ovan. Dessa följer emellertid referensvärdena för gruppen ”psykiatri: slutenvård”.

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. i gruppen för chefssamverkan, Fina Fischen, om att avsluta arbetet med den centralt upphandlade enkäten (Indikator) och återgå till den ursprungliga enkäten.

Rättspsykiatriska 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 klinikkens ledningsinstrument för kvalitet är vårdprocessen definierad som verksamhetens huvudprocess och bemötandet av patienten ses som direkt avgörande för resultatet av vårdvinsten vid kliniken.

Under verksamhetsåret 2011 har ytterligare förbättringar avseende hantering av tvångsåtgärder införts i klinikkens ledningssystem för kvalitet. Deltagande och delaktighet i Genombrottsprojektet (projekt i SKL:s regi i syfte att minska användningen av tvångsåtgärder) har lett till förbättringar och vid intern revision har tillämpning av tvångsåtgärder granskats. Således bedömer vi att kliniken idag har anvisningar som följer förekommande regelverk och att dessa anvisningar efterlevs i praktisk klinisk verksamhet.

## Processperspektivet

### Inriktningsmål – Effektiv verksamhet

Mål	Mått	Utfall/Prognos
Ständig processutveckling	Revisioner med åtgärder enligt fastställt revisionsprogram	Uppnått
Samverkan. Förbättringar i samverkan i samtliga parametrar från föregående mätning.	Uppföljning/kartläggning av intressenters inställning till vården.	Beräknas uppnås 2013
80 % av avvikelser skall vara avslutade inom 90 dagar	Andel avvikelser som avslutats inom 90 dagar.	Uppnått

### Framgångsfaktorer

Kunskapsbaserad verksamhet	Ständiga förbättringar	God kvalitet
----------------------------	------------------------	--------------

### Kunskapsbaserad verksamhet

#### 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. Forskningsamverkan 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 SS-EN, ISO 9001:2008. Vi menar, att vi med detta har tillskapat ett robust och tillförlitligt system, som dock kräver omfattande underhåll. Systemet är fortfarande nytt men har alltsedan certifieringsbeslutet i februari 2011 utvecklats högst avsevärt. Vi ser en stor potential i fortsatt utbyggnad av systemet främst genom att det återkopplar processer, vilket är utvecklande för verksamheten. Vidare utvecklas en trygghet och förutsägbarhet i hanteringen av förekommande uppgifter, då instruktioner och styrdokument finns implementerade och tillgängliga. Samtidigt ger det god reklam för verksamheten och således ger konkurrensfördelar gentemot andra regionkliniker.

## Hälsa- och sjukvård

All hälso- och sjukvård skall delta i för verksamheten relevanta kvalitetsregister.

Nationella kvalitetsregister som registrering sker per verksamhetsenhet

RPK registrerar i RättspsyK

### *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 registreringar utförs har utvecklats. Datainsamling sker i samband med återkommande riskbedömning var sjätte månad. I december 2011 har kliniken totalt registrerat 298 patienter, varav 15 är grunddata, 114 är nyregistreringar, 130 uppföljningar, 30 överföringar, 5 övertagande och 4 avslut.

Månatliga sammanställningar av det nationella läget beträffande antal registreringar levereras av registerhållare. Årsberättelse samt möjlighet att granska enhetens resultat för jämförande studier tillsänds rapporterade enheter. Under verksamhetsåret 2011 har vissa ändringar i handhandvande av registreringar införts. Registreringen kommer framledes att hanteras av utsedd person i klinikkens riskbedömningsteam och två personal vid kliniken har utbildats i hur man tar ut data ur registret, vilket ger möjlighet till uppföljande och jämförande studier.

Underlag som verifierar måluppfyllelsen *skall* bifogas under flik 9 i bokslutspärmen.

### Ständiga förbättringar

Mål	Mått	Utfall
Inom den rättspsykiatriska regionkliniken skall samverkan inom verksamheten och med andra vårdgivare och huvudmän bedrivs så att patient och närstående upplever vården som en helhet.	Beskriv hur kliniken bedrivit samverkan för att uppnå målet om att patienter och närstående skall uppleva vården som en helhet.	Välfungerande rutiner finns, men långa geografiska avstånd komplicerar. Kompetens framför närhet.

Sedan hösten 2008 finns lagreglerade former för öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård. I dessa 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. I det praktiska arbetet har varje vårdavdelning en utsedd eftervårdslänk. Denne har ett samlat grepp över avdelningens patienter och är särskilt anlitad i samverkan med övriga avdelningar runt patienten. Eftervårdslänken blir

särskilt betydelsefull i vårdens slutfas. Klinikens eftervårdslänkar ingår i en eftervårdsgroup som leds av eftervårdssamordnare.

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.

Underlag som verifierar måluppfyllelsen *skall* bifogas under flik 9 i bokslutspärmen.

## God kvalitet

Mål	Mått	Utfall
75 procent av alla avvikelser skall vara avslutade vid årets slut.	Andel avslutade avvikelser vid årets slut.	752 av 1010 avvikelser var avslutade vid årets slut, = 74,5%
Antal registrerade avvikelser skall öka med 10 procent årligen.	Antal registrerade avvikelser.	Antalet skrivna avvikelser minskade från 1035 år 2010 till 1010 år 2011, = -2,4 %
Följsamheten till basala hygienrutiner skall vara 100 procent.	Andel som följer basala hygienrutiner.	Hygienrutiner finns och efterlevs. Förbättringsutrymme föreligger dock.

Antalet skrivna avvikelser minskade mellan åren 2010 och 2011 med 2,4 %. Noteras bör, att avvikelserrapporteringen mellan år 2009 och 2010 ökade med närmast 40 %. Sannolikt underrapporteras avvikelser, men det kan inte uteslutas att kvaliteten i vården och de olika områden som avvikelshanteringen omfattar, har förbättrats i sådan omfattning att avvikelserrapporter minskar eller i vart fall inte fortsätter att öka. Om landstingets mål om 10 % årlig ökning av antalet skrivna avvikelser realiserades, skulle det för RPK:s del innebära 1600 rapporterade avvikelser inom fem år. Kanske vore ”antalet avslutade avvikelser” eller ”antalet uppföljda avvikelser” bättre mått på förbättringsarbete.

Rapportsammanställningen nedan beskriver hur avvikelser fördelar sig inom om

råden, samt vilka orsaker som ligger till grund för avvikelserna. Motsvarande siffror för 2010 kan ej framtas, då systemet och kategoribeskrivningarna modifierades detta år.

### Avvikelserapporter 2011

#### Områden

Omvårdnad	47
Diagnostik	5
Patientsäkerhet	362
Information	161
Läkemedel	78
Medicinsk Utrustning	3
Annan Apparatur	35
Datorsystem ROP	141
Material	47
Transporter	16
Säkerhet	287
Hot och Våld	88
Brand	25
Skadegörelse	6
Annat	73

#### Orsak

Organisation/Ledningsbrist	69
Oklar ordination	5
Stress	13
Kommunikationsbrist	169
Bristande utb/kompetens	8
Handhavandefel	282
Tekniskt fel	109
Olämplig metod	230
Resursbrist	20
Annan	173

#### Summering

Antal klassificerade avvikelser	993
Antal oklassificerade avvikelser	17
Totalt antal avvikelser	1010

Underlag som verifierar måluppfyllelsen *skall* bifogas under flik 9 i bokslutspärmen.

## Medarbetarperspektivet

### Inriktningsmål – Nöjda och kompetenta medarbetare

Mål	Mått	Utfall/prognos
Medarbetarskapsindex ska minst uppgå till 73 av 100	Medarbetarskapsindex	Medarbetarskapsindex för 2011 uppgick till 79
Ledarskapsindex ska minst uppgå till 73 av 100	Ledarskapsindex	Ledarskapsindex för 2011 uppgick till 75
Sjukfrånvaro ska uppgå till högst 4 %	Sjukfrånvaro i förhållande till arbetstid	Sjukfrånvaron för 2011 uppgick till 4,88 %
Hälsoindex ska uppgå till 79	Hälsoindex	Hälsoindex för 2011 uppgick till 82

## Framgångsfaktorer

### Framgångsfaktorer

Medarbetarskap	Ledarskap	Friska medarbetare
----------------	-----------	--------------------

### Medarbetarskap

Mål	Mått	Utfall
Samtliga förvaltningar skall förbättra sitt medarbetarskapsindex. Totalt för landstinget skall medarbetarskapsindex uppgå till 75 av 100.	Medarbetarskapsindex	Medarbetarskapsindex för 2011 var 79. Jmf 2010 = 79

En av förvaltningens vårdavdelningar har under senare år haft arbetsmiljöproblem. Ett flertal åtgärder har vidtagits i syfte att komma till rätta med dessa. Bland annat har såväl patient- som personalstruktur setts över och Länshälsan har anlåtits för arbetsmiljöanalys med åtgärdsförslag. Avdelningens enhetschef har tidigare haft ansvar för två vårdavdelningar, men har fr.o.m. 2011-11-01 fokuserat ledarskap för aktuell avdelning i syfte att genomföra nödvändigt förbättringsarbete.

### Ledarskap

#### Antal chefer per chefsnivå per den 31 december

Chefsnivå	Antal chefer		Antal medarbetare inom respektive intervall		
	Totalt	Varav kvinnor	< 10	10–35	> 35
Verksamhetschef	1				1

Enhetschef	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>
<b>Totalt</b>	<b>9</b>				

RPK:s intagsavdelning, avdelning. 93, samt vårdavdelning 94 har under en tid haft en och samma chef. Då detta ansvarsområde bedömdes vara alltför stort, beslutades att ytterligare en enhetschef för avdelning 94 skulle tillsättas. Detta kunde lösas genom att en skötartjänst omförhandlades till enhetschefstjänst. Således har avdelningarna 93 och 94 alltsedan 2011-04-01 varsin enhetschef.

På motsvarande sätt har enhetschefen för vårdavdelningarna 95 och 96 haft chefsansvar för båda avdelningarna. Fr.o.m. 2011-11-01 har ledningen tillsatt en tillförordnad enhetschef på avdelning 96 och tidigare chef ansvarar nu över vårdavdelning 95. Vid senaste LPAR-mötet informerades om planerna på att omförhandla ytterligare en skötartjänst för att permanenta enhetschefstjänsten på avdelning 96.

Mål	Mått	Utfall
Samtliga förvaltningar skall förbättra sitt ledarskapsindex. Totalt för landstinget ska ledarskapsindex uppgå till 75 av 100.	Ledarskapsindex.	Ledarskapsindex för 2011 var 75 Jmf 2010 = 76

Se kommentarer medarbetarskap och ledarskap.

### Friska medarbetare

Mål	Mått	Utfall
Samtliga förvaltningar skall förbättra sitt hälsoindex. Totalt för landstinget skall hälsoindex uppgå till 79 av 100.	Hälsoindex.	Hälsoindex för 2011 var 82 Jmf 2010=84

Personalen uppmanas av enhetscheferna att ta ut sin träningstimme.

Sjukfrånvaron skall högst uppgå till 4 procent av den ordinarie arbetstiden.

### Sjukfrånvaro

	År 2010 totalt	Kvinnor	Män	År 2011 totalt	Kvinnor	Män
Procent av ordinarie arbetstid	3,78	4,22	3,56	4,98	5,15	4,88

Den markanta ökningen i sjukfrånvaro från föregående år kan till stor del förklaras med att ett antal medarbetare har varit långtidssjukskrivna under 2011.

Stora ansträngningar görs tillsammans med vår personalkonsult och personalchef/förhandlingschef för att hitta bra lösningar och rehabilitera långtidssjukskrivna.

Ytterligare en aspekt som påverkar ohälsotalen är en allt högre medelålder för klinikkens medarbetare vilket medför högre risk för sjukdomar.

## Förändring i antal årsarbetare

### Antal årsarbetare

År 2010 totalt	Kvinnor	Män	År 2011 totalt	Kvinnor	Män	Förändring mellan åren totalt	Kvinnor	Män
187	61	127	189	64	125	+1	+3	-2

Anm. Antal årsarbetare beräknas genom att antal arbetade timmar delas med 1 980.

RPK har utökat personalstaten under året 2011 med tre tillsvidareanställningar, en administratör, en socionom och en medicinsk sekreterare.

## Ekonomiperspektivet

### Inriktningsmål – God ekonomisk hushållning

Mål	Mått	Utfall/prognos
Investeringarna ska hållas tillbaka	Utgift per objekt får ej överstiga budgeterad nivå	Inga investeringar aktiverade 2011.
Kostnadsutvecklingen får ej överstiga inflationen enl. budgetanvisning	Utfall kontogrupp 4 - 7	Utfallet 0,6 % lägre än 2010
Ekonomi i balans	Ekonomiskt resultat redovisas	Resultat -4,0 mkr, se nedan

### Framgångsfaktorer

För att uppnå inriktningsmålet god ekonomisk hushållning har tre framgångsfaktorer identifierats och fastställts.

#### Framgångsfaktorer

<b>Kostnadskontroll</b>	<b>Kostnadsreduceringar</b>	<b>Kostnadseffektivitet</b>
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

## Kostnadskontroll

En god kostnadskontroll är av stor vikt för att uppnå en ekonomi i balans. Kostnadskontroll innebär att varje verksamhet måste säkerställa att kostnaderna är lika med eller lägre än intäkterna.

Mål	Mått	Utfall
Alla förvaltningar inom landstinget ska nå ett årligt resultat som är större än eller lika med noll.	Ekonomiskt resultat per förvaltning.	Resultat -4,0 mkr
Den specialiserade somatiska vården respektive den specialiserade psykiatriska vården ska var för sig nå ett årligt resultat som är större än eller lika med noll.	Ekonomiskt resultat per verksamhetsområde; somatisk vård respektive psykiatrisk vård.	Ingen somatisk vård.

Resultatet för 2011 uppgår till -4,0 Mkr. Verksamhetens kostnader är ca 1 Mkr lägre än 2010 och ca 4 Mkr lägre än budget.

Intäkterna är dock ca 1 Mkr lägre än 2010 och ca 8 Mkr lägre än budget. Detta är helt beroende på patientsammansättningen under 2011. Andelen västernorrلänningar som vårdats på kliniken är ökande och högre än 2010. Trots att andelen västernorrلänningar som vårdas på kliniken ökat har landstingsbidraget minskat med 7 Mkr (rensat från hyresjustering) sedan 2010.

Personalkostnaderna har ökat med 2,3 % mellan 2010 och 2011. I detta ingår en utökning med 3 tjänster. Inga extra budgetmedel har tillförts.

RPK har inga kostnader för tjänsteinköp från bemanningsföretag.

### Anlitande av externa bemanningsföretag

	2010		2011		Förändringar mellan åren	
	Timmar	Kostnader, mnkr	Timmar	Kostnader, mnkr	Timmar	Kostnader, mnkr
Läkare	0	0	0	0	0	0
Sjuksköterskor	0	0	0	0	0	0
<b>Totalt</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

- En redovisning av köpt vård lämnas nedan (miljoner kronor) och kommenteras.



	Utfall 2010	Utfall 2011	Budget 2011
Rikssjukvård	1,9	1,7	2,1
Regionsjukvård	0,2	0	0
Privatpraktiker m.m.	2,2	1,8	2,3
Vårdöverenskommelser	0	0	0
<b>TOTALT</b>	<b>4,3</b>	<b>3,5</b>	<b>4,4</b>

Kostnaderna för köpt vård är något lägre än föregående år och jämfört med budget. Skillnaderna är dock marginella och kan kopplas mot den patientsammansättning som varit vid kliniken. Klinikens vårdtider är långa och det är ett begränsat antal patienter som passerar varje år. Kostnaderna för köpt vård bör således ligga på ungefär samma nivå årligen om inget oförutsett inträffat.

### Kostnadsreduceringar

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

Mål	Mått	Utfall
Kostnaderna för den specialiserade somatiska vården ska minska med 361 miljoner kronor år 2011 jämfört med utfallet 2008.	Utfall för den specialiserade somatiska vården.	Ingen somatisk vård.

### Kostnadseffektivitet

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

Mål	Mått	Utfall
Alla vårdtillfällen ska vara diagnosregistrerade och såväl	Andel vårdtillfällen som är diagnosregistrerade och med	Alla vårdtillfällen diagnostiserade.

primär som sekundär åtgärdskod ska ha angetts.	primär och sekundär åtgärdskod angiven.	
Hälso- och sjukvårdens kostnad per invånare ska vara lika med eller lägre än genomsnittet för de så kallade skogslänen <sup>1</sup> , vilket innebär en kostnadsreducering med 3 % under planperioden.	Hälso- och sjukvårdens kostnader per invånare.	Ej tillämbart på denna organisatoriska nivå.
Priset per DRG <sup>2</sup> -poäng ska visa på ökad produktivitet, dvs. får inte öka mer än inflationen ( 2 % per år).	Pris per DRG-poäng.	Ej tillämbart för RPK
Priset per vara eller tjänst ska visa på ökad produktivitet, dvs. får inte öka mer än inflationen ( 2 % per år).	Pris per vara eller tjänst.	Ej tillämbart för RPK

- *Redovisa måluppfyllelse enligt ovan och kommentera resultatet.*

Ej tillämbart för RPK

- *Redovisa vilka åtgärder som i övrigt genomförs för att öka kostnadseffektiviteten.*

I det kvalitetsarbete som pågår inom förvaltningen, där ISO certifiering genomförs, ingår bl.a. ett revisionsprogram för intern revision. Tillsammans med en utökad internkontroll kommer den fortsatta kostnadseffektiviteten att säkerställas.

Underlag som verifierar måluppfyllelsen ska bifogas under flik 9 i bokslutspärmen.

## Resultaträkning

*Resultaträkning, miljoner kronor*

	Utfall 2010	Utfall 2011	Budget 2011
Verksamhetens intäkter	120,3	119,4	127,5
Verksamhetens kostnader	-159,9	-151,0	-155,1
Avskrivningar	-0,7	-0,7	-0,7
<b>Verksamhetens nettokostnader</b>	<b>-32,3</b>	<b>-32,3</b>	<b>-28,3</b>

<sup>1</sup> Enligt bokslutsstatistik från SKL avseende år 2008 uppgår kostnaden för skogslänen till 21.775 kronor per invånare och i Västernorrland till 22.424 kronor per invånare. Differensen, 649 kronor per invånare, motsvarar 2,9 % eller 133 miljoner kronor. Till skogslänen räknas Värmland, Dalarna, Gävleborg, Västernorrland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten.

<sup>2</sup> Diagnosrelaterade grupper. Kostnad enligt totalkostnadsbokslut för år 2008 uppgår till 43.260 kr.

Landstingsbidrag	39,3	31,0	31,1
Finansiella intäkter	0	0	0
Finansiella kostnader	-0,1	-2,8	-2,8
<b>Resultat</b>	<b>6,9</b>	<b>-4,1</b>	<b>0</b>

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

- *Kommentarer ska lämnas till alla resultaträkningar. Jämför med föregående år samt årets resultat med budget och lämna förklaringar till avvikelser. Analysen ska göras dels utifrån olika kostnads- och intäktsslag dels utifrån verksamhetsperspektiv vilket innebär en analys för specialiserad somatisk vård och en analys för specialiserad psykiatrisk vård förutom att förvaltningens respektive nämndens samlade resultat ska kommenteras.*

RPK redovisar i år ett underskott på 4 Mkr. Detta trots att kostnaderna är 4 Mkr lägre än budget. I detta underskott ingår dock ett uppfyllt resultatkrav på 2,8 Mkr vilket innebär att verkligt underskott är 1,2 Mkr.

Underskottet kan helt kopplas till ett intäktsbortfall på 8 Mkr. Detta intäktsbortfall beror på att patientsammansättningen ändrats så att fler västernorrlänningar vårdats vid kliniken.

Flera externa kunder har tagit hem sina patienter för att själva sköta vården. Detta har inneburit en lägre extern fakturering än budgeterat.

Trots att andelen vårdade västernorrlänningar ökat vid kliniken har landstingsbidraget fortsatt att minska.

- *Vid redovisat negativt resultat ska det finnas en handlingsplan/åtgärdsplan. Resultatet av beslutade åtgärder ska beskrivas här. Ange när i tiden ytterligare åtgärder kommer att verkställas. Ange också när förväntade effekter kommer att vara synliga i redovisningen.*

Bl.a. genom det kvalitetsarbete som genomförts på kliniken har kostnadsnivån kunnat sänkas betydligt de senaste åren. Kostnadsmedvetenheten har ökat hos personalen vilket säkerställer att kostnadsnivån i fortsättningen kommer att ha en låg ökningsnivå.

Det som dock är mycket viktigt för kliniken är att landstingsbidraget återställs till en nivå som ger full kostnadstäckning för patienterna från Västernorrland. Det är inte realistiskt att vården av västernorrlänningar skall finansieras på annat sätt än landstingsbidrag.

## Investeringar

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

Inga investeringar i inventarier eller anläggningar har aktiverats under 2011.

Under 2010 gjordes en anläggningsinvestering avseende utökat åskskydd 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 föregående år samt kommenteras:

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

	2010	2011
Intäktsfinansieringsgrad	75%	79%
Återinvesteringsgrad	14%	0%
Kundfordringsgrad	11%	4%
Landstingsbidrag	162	128

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

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

Denna situation är inte acceptabel då verksamheten inte har kostnadstäckning för inomlänspatienter utan vården av västernorrلänningar 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.

Minskningen av kundfordringsgraden beror på förändrad fakturering genom införandet av SYSteamCross. Decembers fakturering sker 1/1 så denna kundfordran finns inte per 31/12. Om denna fakturering medräknas är kundfordringsgraden samma som 2010, d.v.s. 11 %.

Datum  
2011-11-23

Dnr  
11LS2431  
11HSN997

Sida  
29(29)

Invånarantal 2010-01-01 = Länssjukhuset	148 258
Sollefteå sjukhus	36 171
Örnsköldsviks sjukhus	<u>58 613</u>
Länet	243 042

Invånarantal 2011-01-01 = Länssjukhuset	148 386
Sollefteå sjukhus	35 716
Örnsköldsviks sjukhus	<u>58 523</u>
Länet	242 625

## Verksamhetsstatistik

För alla förvaltningar utom Hörselvården redovisas efterfrågad verksamhetsstatistik i bilaga 7. Hörselvården redovisar relevant produktionsstatistik för åren 2009–2011: utfall 2009–2011 samt budget 2011.

RPK Sundsvall 2012-01-27

Göran Fransson