

Verksamhetsberättelse för rättspsykiatriska regionkliniken

2012

Hälsa- och sjukvårdsnämnden



Landstinget
Västernorrland

Verksamhetsberättelse 2012

Denna redovisning har sin utgångspunkt från landstingsplanen samt landstingsstyrelsens balanserade styrning för 2012 – 2014. På grund av verksamhetens särart har vissa modifieringar av anvisande text gjorts, men i allt väsentligt följer föreliggande rapport givna riktlinjer.

Sammanfattning och viktiga händelser

Fakta RPK

Rättspsykiatriska regionkliniken (RPK) bedriver specialiserad psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård i sluten och öppen form. Verksamheten är sedan våren 2010 en egen förvaltning inom landstinget Västernorrland och är som sådan direkt underställd HSN. RPK har 101 vårdplatser för inneliggande 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 inneliggande patienter bedrivs också öppenvård av ett antal patienter enligt tillägg i tvångslagstiftningen för psykiatrisk tvångsvård/rättspsykiatrisk vård. Antalet patienter i öppenvård beräknas vara cirka 35. Vid årsskiftet 2011-2012 hade RPK totalt 205 tjänster.

Verksamhetsåret 2012 har för Rättspsykiatriska regionkliniken inrymt en rad viktiga händelser.

ISO-certifierat ledningssystem

Ledningssystemet vid RPK är sedan februari 2011 certifierat enligt internationell kravstandard SS-EN ISO 9001:2008.

Ledningssystemet innefattar en rad rutiner för styrning och egenkontroll. Bl.a utförs årligen fem interna revisioner av utbildade internrevisorer enligt fastställt revisionsprogram.

Sedan certifieringen har verksamheten genomgått ytterligare två externa revisioner, den senaste i december 2012. Vid denna revision hade den avvikelse som noterades från föregående revision åtgärdats och tre nya avvikelser påtalades. Samtliga dessa graderas som "mindre avvikelser" och åtgärder kommer snarast att



vidtagas. Plan för korrigerande åtgärder kommer att lämnas certifieringsföretaget Intertek inom 30 dagar från revisionstillfället. Vidtagna åtgärder ska vara implementerade i ledningssystemet senast 90 dagar efter revisionsdatum.

Revisorn kommer att föreslå fortsatt ISO-certifiering enligt ISO 9001:2008 fram till nästa revisionstillfälle som kommer att äga rum i september 2013.

Den kravstandard som ISO representerar är ledande 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 omfattar 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 konkurrenskraft och fortsatta välstånd.

Inom sjukvården generellt och i synnerhet inom psykiatri är det emellertid ytterst få verksamheter som är certifierade enligt ISO 9001:2008. Inom snar framtid kommer en ISO-standard som utgår från 9001:2008, med särskild sjukvårdsinriktning att implementeras, benämnd SS-EN 15524:2012. Ambitionen är således att vidareutveckla kvalitetsledningssystemet, samt att under 2013 komplettera med ISO-certifiering också för miljö enl. ISO 14001.

Miljöarbete

Under verksamhetsåret 2012 har arbete med inriktning mot miljöcertifiering enligt ISO 14001 påbörjats. Projektplan har utformats av projektledare vid landstinget vilka är verksamheten behjälplig i certifieringsprocessen.

En grundläggande aspekt av miljöarbetet är att kartlägga förbättringsområden och miljömål RPK har tillsammans med landstingets projektledare identifierat sju betydande miljöaspekter. Utifrån dessa har miljömål fastlagts och handlingsplaner för att nå dessa mål har presenterats.

Betydande miljöaspekter som har identifierats är (L = lagkrav som inte uppfylls, M = landstingets miljömål):

1. Tjänsteresor med leasingbil/hyrbil
2. Kemikalier (M)
3. Matavfall
4. Farligt avfall (L)
5. Farligt gods (L)
6. Elanvändning



I samtliga dessa betydande miljöaspekter har RPK formulerat aktuella brister, miljömål och förslag till åtgärder för förbättringar. Hantering av läkemedel är ytterligare en betydande miljöaspekt som kan tillkomma ovanstående uppräknings. Miljöarbetet skall utgå från SMART-metoden (Specifika, Mätbara, Accepterade, Realistiska, Tidsatta), och målen skall vara uppnådda vid utgången av 2013.

Personal vid RPK har under verksamhetsåret genomgått en miljöutbildning för uppgradering av det allmänna miljömedvetandet, men också för att klargöra villkor och förutsättningar för RPK:s framtida miljösjälvbedömning. Målsättningen är att i närtid bli miljöcertifierade enligt ISO 14001.

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. Också domstolsförhandlingar (förvaltningsrätten) har under året genomförts via TV-länk mellan sjukhusen.

I diskussioner med revisor för det certifieringsföretag som RPK har slutit avtal med (Intertek), klargörs att miljöarbetet kan och bör integreras i det övergripande ledningssystemet. Inför framtida revisioner, såväl interna som externa, finns möjligheter till samordningsvinster om ledning och miljö integreras. Detta förutsätter en anpassning av miljöarbetet till de förutsättningar och den processkarta för ledningssystem som gäller vid RPK.

Verksamhetshjäl

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.

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

Sammantaget förfogar verksamheten idag över tre internrevisorer, den s.k. internrevisorsgruppen (IRG). Internrevisorsgruppen har under året genomgått rekommenderad tilläggsutbildning för miljörevision. I ledningsgruppen sitter "ledningens representant" vilken är den person som på ledningens uppdrag meddelar internrevisorsgruppen 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 2012 genomfördes fem revisionsuppdrag enligt fastställt program. Dessa fem var:

- 1) Arbetsplatsträff
- 2) Pedagogisk verksamhet

- 3) Transporter
- 4) Läkarens ansvar
- 5) Uppföljning av händelseanalyser och Lex Maria

Efter återkoppling har påtagliga förbättringar inom respektive revisionsområde genomförts. Dock påtalades vid externrevision att också avvikelser som redovisas vid intern revision lämpligen hanteras enligt ledningssystemets instruktion för avvikelser, för att säkerställa att korrigerande åtgärder utförs.

För 2013 finns ett nytt revisionsprogram framtaget. Målsättningen är att verksamhetens samtliga bärande processer skall vara genomlysta av IRG vid utgången av 2013. Eftersom ledningssystemet är uppbyggt i tre led, - ledningsprocesser, huvudprocess (vårdprocessen) samt stödprocesser, - kommer processleden att definiera revisionsområden för 2013. För 2013 kommer således antalet revisionsområden att begränsas till tre, men dessa blir å andra sidan omfattande och förutsätter en stor arbetsinsats för RPK:s internrevisionsgrupp.

Förebyggande och korrigerande åtgärder

Under 2012 har arbetet med att förebygga och åtgärda brister i verksamheten framskridit och vidareutvecklats. Klinikens avvikelssystem modifierades under hösten 2010 och utvärderades under 2011 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.

Klinikens samordnare sammanställer avvikelser för analys och framlägger då också förslag till förbättringar. Samordnare rapporterar kvartalsvis till ledningsgrupp.

Risk- och händelseanalyser utförs enligt fastställda anvisningar.

Under verksamhetsåret 2012 har ingen riskanalys utförts, medan tre händelseanalyser har genomförts.

Händelseanalyser initieras av förvaltnings-/verksamhetschef efter inträffad händelse, ofta av allvarligt slag (t.ex. Lex Maria). Under verksamhetsåret 2012 har en händelseanalys utförts efter en Lex Maria-anmälan till Socialstyrelsen efter ett allvarligt suicidförsök av ineliggande patient. Vidare har två händelser anmälts till Socialstyrelsen som "Bristar i säkerheten". Båda dessa rör allvarliga patientöverfall. I det ena fallet riktas våldet mot annan patient, medan det andra rör den medialt uppmärksammade händelsen då öppenvårdspatient som vårdas enligt LPT, attackerar en för honom okänd kvinna med machete. Dessa tre rapporterade händelser har samtliga varit föremål för händelseanalyser av klinikens analysgrupp. Efter det uppmärksammade överfallet mot kvinnan, upptäcktes vid loggkontroll att personal som inte hade någon aktuell vårdrelation till den patient som utfört handlingen, hade tagit del av journaltext, vilket man således ej var berättigat till. Detta har lett till tillrättavisningar, en översyn av rutiner, samt vidtagande av riktade åtgärder för att förhindra att liknande allvarliga hot mot patienters integritet och säkerhet upprepas.

I december gjordes ytterligare två anmälningar enligt Lex Maria till Socialstyrelsen. Dessa händelser är, eller kommer att bli, föremål för intern analys.

Avvikelse som framkommer vid risk- och händelseanalyser kommer framledes att hanteras i enlighet med RPK:s riktlinjer för avvikelshantering. Klinikens internrevisionsgrupp (IRG) granskar och kommenterar sedan 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 vidtogs omfattande åtgärder för att dels förbättra säkerheten i systemet men också för att samla patientdokumentationen på ett ställe. Under verksamhetsåret 2012 har pappersjournaler för löpande dokumentation avskaffats och en stor del av tidigare utförd patientdokumentation har överförs till digital miljö. Arbetet med förbättring av verksamhetsstöd följer given tidplan och pågår i skrivande stund, och inrymmer återkommande utvärderingar.

För att ytterligare förbättra och underlätta vårdokumentationen 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 2012 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.
- Dialektisk beteendeterapi.
- Miljöutbildning.
- Etikhandledning.
- Genombrottsprogram för tvångsvården i SKL-regi. Fem klinikprojekt implementerade.
- Patientdatalagen.
- Suicidprevention.
- Arbetsmiljöutbildning.
- Återkommande läkemedelsinformation.



- Administrativa utbildningar.
- Chefsutbildningar.
- Nationella yrkesträffar
- Forum för chefssamverkan (Fina Fisken)
- Utbildning i bemötande av hot och våld.
- Neuropsykiatri.
- Lagstiftning (nya psykiatrilagen).

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

Under verksamhetsåret 2012 har bemanningsläget på läkar-, psykolog- samt kuratorssidan varit gott.

På omvårdnadssidan fortsätter kliniken att omförhandla lediga skötartjänster till sjukskötersketjänster för att öka omvårdnadskompetensen och trygga en hög kvalitet i läkemedelsförsörjningen.

Organisation

På chefsidan har förstärkningar gjorts med tillskapandet av en tjänst som ställföreträdande verksamhetschef samt ytterligare två enhetschefer. Ansvarsområde för enhetschef vid RPK avgränsas nu konsekvent till en avdelning. Varje vårdavdelning förfogar nu också över en samordnare.

För att underlätta överskådlighet och administrativ hantering, sker också vid ingången till 2013 namnbyten på tre av verksamhetens avdelningar, så att samtliga klinikkens åtta vårdavdelningar nu ligger i nummerordning, 92 – 99.

Vid ingången av verksamhetsåret 2013 införs en ny organisering av verksamhetens ledning. En chefsgrupp tillskapas, bestående av verksamhetens enhetschefer, vars främsta uppgift är att administrera och leda avdelningens arbete. Gruppen är underställd en ledningsgrupp och tar också uppdrag från denna. Ledningsgruppen väntas med den nya ordningen arbeta med övergripande strategi- och ledningsfrågor. Den nya ledningsorganisationen införs fr.o.m. 1 jan. 2013 och kommer att utvärderas vid årets slut.

Forskning och utveckling

RPK intar en nationellt ledande och internationellt erkänd position inom området riskbedömning och hantering av allvarlig brottslighet. Förutom klinisk tillämpning har extern undervisning inom området erbjudits. Under 2012 har 7 externa kurser i riskbedömning genomförts för cirka 85 deltagare.

Forskningen har sin akademiska tillhörighet vid Mittuniversitetet och under verksamhetsåret 2012 har elever vid universitetets kriminologiutbildning erbjudits såväl utbildning som handledning av RPK:s forskningsenhet.

Genombrottsprojektet

Under verksamhetsåret 2012 har fem projekt syftande till ”mindre tvång – bättre vård” färdigställts vid kliniken. Det s.k. genombrottsprojektet är en nationell



satsning i SKL:s regi. Klinikens bidrag har rönt stor uppmärksamhet och uppskattning. Utfallet av projekten har kommit och kommer alltså verksamheten tillgodo i form av förbättringar i patientvården. Projekten presenteras bl.a. i RPK:s ledningssystem, men också på SKL:s hemsida, www.skl.se

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 2012 har riktade satsningar mot att dra nytta av registerdata för vägledande återkoppling beträffande levererade insatsers verkan och relevans genomförts på nationell nivå. Representanter från RPK ingår i en nationell arbetsgrupp vars syfte är att agera på utdata för att åstadkomma förbättringar i vården. I arbetet är fokus ställt mot en isolerad indikator som blir föremål för riktade insatser och som sedan följs upp och utvärderas.

RättspsyK är nationellt uppmärksammat genom bl.a. sin höga täckningsgrad och registret har också under hösten belönats med en uppgradering till certifieringsnivå två. Registret bidrar med underlag för analyser som ger möjlighet till förbättringar av patientvården.

Brukarenkät

RPK har en vidare definition av brukare än sjukvård i allmänhet. För att tillgodose olika avnämares intressen av hur verksamheten hanterar 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.

Under 2010 och 2012 har emellertid en centralt upphandlad enkätundersökning genomförts (Indikator). Resultaten från den senaste undersökningen kan således ställas mot den tidigare. Resultatsammanställningen ger också möjlighet att jämföra RPK:s värden med det nationella genomsnittet från verksamheter med samma/liknande uppdrag.

Vid redovisning av utfallet från den senaste undersökningen kunde konstateras att patientnöjdheten hos klinikens patienter som vårdas vid RPK var lika med eller högre, jämfört med patienter som vårdas vid andra rättspsykiatriska enheter i landet. En intern jämförelse mellan undersökningen 2010 och 2012 gav inte några tydliga besked eller tendenser i undersökta parametrar.

Av tradition har uppsatta mål beträffande patientens förutsättningar och möjligheter att tillgodogöra sig information varit svåra att uppnå, trots upprepade ansträngningar att förbättra instruktioner och förhållningssätt. Under 2012 har därför ytterligare förbättringar beträffande information till patienten implementerats.



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 2012 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, och omfattar idag ett tjugotal ifyllda formulär vilka 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 december 2012 avlade Socialstyrelsen ett tillsynsbesök vid RPK, vilket ännu ej har redovistats skriftligt. Den senaste tidens omfattande arbete med förbättrad vårdkvalitet vid RPK, har uppmärksamrats och lovordas av Socialstyrelsen.

Under hösten besöktes RPK också av Justitieombudsmannen, en delegation omfattande sex personer som stannade under fyra dagar. JO:s uppdrag är att granska den rättspsykiatriska vården i landet, varför landets kliniker som bedriver denna verksamhet har fått eller kommer att få besök av JO. JO:s granskning var mycket grundlig och en skriftlig rapport lämnades i december. Rapporten innehåller ett flertal anmärkningar som snarast kommer att leda till förbättringsåtgärder.

Medarbetarenkät

I den medarbetarenkät som genomfördes under verksamhetsåret var nöjdheten hos medarbetare anställda vid RPK fortsatt hög 76%. 60 % 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 2012 har en arbetsgrupp med företrädare för byggnation och säkerhet arbetat fram ett förslag anpassat efter Socialstyrelsens föreskrifter, innebärande förstärkning av säkerheten vid kliniken. Den ritning som presenteras inrymmer bl.a. förstärkt skalskydd och ombyggd inpassering. Om-och tillbyggnation ger dessutom ytterligare expeditiionsutrymmen och möteslokaler. Bl.a. erbjuds förvaltningsrätt och kammarrätt bättre anpassade lokaler för sina uppgifter. En sjukvårdsinrättning där krav på säkerhet ingår, förutsätter emellertid att miljön anpassas till det överordnade uppdraget, - att vårda och rehabilitera patienter, utan att säkerhet för den skall underordnas. Också arbetsmiljöaspekten måste vägas in, varför diskussionen om framtida säkerhetsförstärkningar kräver fortsatta analyser och diskussioner med vårdgivaren.

Regeringen har tillsatt en utredning som har fått i uppdrag att se över ett tidigare förslag (Psykansvarskommittén, 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 år 2017. Exakt hur dessa regler kommer att utformas och tillämpas är idag 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. Detta gäller 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 om förhöjd risk för patienter överlämnade till vård enligt LRV).

Avtal med externa landsting

RPK har under senare år förlorat ett par avtalsbundna uppdragsgivare. 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 Landstinget Gävleborg. Sammantaget handlar det om 13 vårdplatser.

Patientplatsantal

Patientplatsantalet för inneliggande patienter vid RPK är 101. Till detta kommer patienter som vårdas i öppenvård, men som RPK har fortsatt vårdansvar för.

Antalet patienter i öppenvård växlar över tid, men vanligen handlar det om ca 40.

Patientbeläggning

Beläggningstalet för 2012 var 102 %. Under verksamhetsåret 2011 var motsvarande procentsats 97. Av inskrivna patienter var 70 västernorrlänningar (45 i slutenvård och 25 i öppen vård. Av dessa vårdades 4 enligt LPT.)

Beläggningstalet för 2012 har varit relativt stabilt. Den nya lagstiftning som beräknas träda ikraft 2015, skapar osäkerhet i beläggningsprognosen på lång sikt. En framtidsgrupp arbetar för att kliniken ska stå väl rustad och anpassad till framtida krav samt för att marknadsföra verksamheten och dess tjänster.

Vårddygnskostnad

Under verksamhetsåret har vårdavgiften höjts till 5600 Skr för icke kontrakterad extern patient (5320 Skr för patient från vårdgivare med vilken kliniken har avtal). 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 inte täckt hela kostnaden.

Trenden med en ökande andel inomlänspatienter överlämnade till vård vid kliniken 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. Under 2012 har vissa budgetjusteringar gjorts, men budgetens utformning omöjliggör en budget i balans, förutsatt bibehållen vårdkvalitet. En kostnadsanalys med förslag till reduceringar på utgiftssidan har presenterats, men denna slår alltför hårt mot intäktssidan, varför budgetunderskottet sannolikt skulle öka, snarare än minska vid ett genomförande av förslaget.

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 och i högsta grad rimligt att 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 ytterligare diskuteras med politiskt och ekonomiskt ansvariga inom landstinget.

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 ledningsbeslut under hösten 2012 kommer RPK:s styrkort att framgent än mer anpassas efter verksamhetens förutsättningar, med tydliga och mätbara mål. Ett nytt styrkort håller för närvarande på att framtas. Denna redovisning bygger på befintligt styrkort, 2012.

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

Patientperspektivet

Inriktningsmål – God och säker vård

Framgångsfaktorer

God tillgänglighet	Hög kvalitet	Högt förtroende
--------------------	--------------	-----------------

RPK:s styrkort

Mål	Mått	Utfall/Prognos
Nyanländ patient ska tillfrågas om deltagande i RättsspsyK.	Journalgranskning	Samtliga nyanlända patienter ska vara tillfrågade om deltagande i RättsspsyK 2013
Ökad delaktighet	Implementering av patientbroschyr	
Gott bemötande	Utfall i patientenkät beträffande bemötande >	



	61	
Adekvat evidensbaserad vård	Utvärdering av utfall av behandling. Riskbedömning och vårdplan på samtliga patienter.	Genomfört 2013

God tillgänglighet

God tillgänglighet

Samtliga sjukhus ska klara de av fullmäktige fastställda målen för tillgänglighet till besök och behandling. Arbetet med att klara tillgängligheten får inte inkräkta på nödvändiga fortlöpande behandlingsinsatser för kroniskt sjuka.

Av tabellen nedan framgår vilka mål och mått som Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställt i sitt balanserade styrkort.

Mål	Mått	Utfall
Vårdgarantin ska uppfyllas till 100 procent.	Andel patienter som fått besök/behandling inom vårdgarantins gränser.	Målformuleringen ej anpassad till RPK:s uppdrag.
Kraven i de särskilda stimulansåtgärderna för ökad tillgänglighet ska uppfyllas till 100 procent.	Andel patienter som fått besök/behandling inom tidsgränserna för särskilda stimulansåtgärder.	Målformuleringen ej anpassad till RPK:s uppdrag.
Andel telefonsamtal som besvarats samma dag ska vara lägst 95 procent.	Andel telefonsamtal som besvarats samma dag.	

RPK:s mål för god tillgänglighet

Mål	Mått	Utfall
Den rättspsykiatriska regionkliniken skall vara tillgänglig per telefon dygnet runt	Andel tillgängliga timmar per dygn.	
Rättspsykiatriska regionkliniken skall kontakta remittent inom två dygn efter att remiss inkommit	Andel remitter som fått kontakt inom två dygn efter att remiss inkommit.	

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 40 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 allmänpsykiatrins jourlinje.

För patienter som kommer till kliniken ges information såväl skriftligt som muntligt. För ändamålet finns en informationsbroschyr framtagen: "Välkommen till Rätt psykiatriska 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 hen 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.

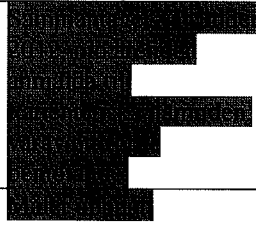
Patienter tillåts och uppmuntras vanligtvis till kontakt med anhöriga, och egna telefoner tillåts, dock med vissa begränsningar av säkerhets- och integritetsskäl (fotografering och/eller inspelning). Patienter kan framtas rätten till elektronisk kommunikation endast med stöd av lag (SOSFS 2008:12).

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.

Rätt psykiatriska 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.

Hög kvalitet

Av tabellen nedan framgår vilka mål och mått som Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställt i sitt balanserade styrkort.

Mål	Mått	Utfall
Täckningsgrad i beslutade relevanta kvalitetsregister enligt förteckning ska vara lägst 95 procent.	Täckningsgrad i beslutade relevanta kvalitetsregister enligt bilaga.	Oklart hur många patienter som tillfrågats om deltagande i RättsspsyK. 104 möjliga för registrering, 34 önskar ej medverka. RPK registrerar ej i övriga psykiatriska kvalitetsregister.
Antalet ärenden till Patient-nämnden-Etiska nämnden med bemötande som huvudsaklig orsak ska inte överstiga 50 anmälningar per år.	Antal ärenden till Patient-nämnden-Etiska nämnden med bemötande som huvudsaklig orsak.	
Antal fallrelaterade avvikelser ska inte överstiga 5 per 1 000 vårdtillfällen.	Antal fallrelaterade avvikelser per 1 000 vårdtillfällen.	

RPK registrerar endast i det nationella registret för den rättspsykiatriska vården, RättsspsyK. Patienten informeras och tillfrågas om deltagande vid ankomsten till kliniken. Också skriftlig information om registret och patientens möjlighet att få sina uppgifter utplånade finns anslaget på samtliga vårdavdelningar.

I instruktionen för inskrivning av patient ingår att informera patienten och inhämta samtycke. Detta journalförs, och om patienten ger sitt medgivande, kan registrering genomföras. Registrering förutsätter tillgång till journal, men också personalens och patientens egen medverkan. Riktlinjer för registrering i RättsspsyK finns i verksamhetens ledningssystem.

Under 2012 har ej genomförts några registreringar i annat (psykiatriskt) register än RättsspsyK.

Under verksamhetsåret har brister beträffande information till patienten om deltagande i kvalitetsregister (RättsspsyK) konstaterats. Detta har i förekommande fall inneburit att registrering ej har kunnat göras på utsatt tid. Av 104 möjliga patienter för registrering, har vi idag ingen säker uppfattning om hur många som har tillfrågats om medverkan. 34 patienter har emellertid uttalat att de ej önskar medverka i registret. Åtgärder har vidtagits och förbättring är att vänta för 2013.

Högt förtroende

Av tabellen nedan framgår vilka mål och mått som Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställt i sitt balanserade styrkort.

Datum
2012-11-16

Dnr
12LS2262
12HSN987

Sida
16(32)

Mål	Mått	Utfall
Andel medborgare som har mycket stort/ganska stort förtroende för sjukhusen ska vara lägst 76 procent 2014.	Andel medborgare som har mycket stort/ganska stort förtroende för sjukhusen.	Målformuleringen svårapplicerad/ej relevant för RPK:s verksamhet
Andel patienter i den somatiska vården som helt eller delvis anser att de fått tillräckligt med information om sitt hälsotillstånd ska vara lägst 95 procent ¹ .	Andel patienter som anser att de fått tillräckligt med information om sitt hälsotillstånd.	Målformuleringen ställd mot somatisk vård.
Andel patienter i den somatiska vården som helt eller delvis anser att de känt sig delaktiga i beslut om sin vård och behandling så mycket som de önskade ska vara lägst 95 procent ¹ .	Andel patienter som anser att de känt sig delaktiga i beslut om sin vård och behandling så mycket som de önskade.	Målformuleringen ställd mot somatisk vård.

Vården av särskilt vårdkrävande patienter och psykiskt störda lagöverträdare utgår från att patienten vanligen, och särskilt initialt, motsätter sig denna vård. Det kan därför tyckas anmärkningsvärt att patienter som vårdas vid kliniken i enkätundersökningar uppvisar ett stort tillit och förtroende till den vård som levereras. Nedanstående tabell är en sammanställning av patientupplevd kvalitet (PUK) från den enkätundersökning som genomfördes under våren 2012 (Indikator).

Indikator	Fråga	Vald enhet (PUK)	Vald enhet (N)
Bemötande	Känner du att du blir bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?	60	56
Delaktighet	Känner du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskar?	37	56
Information	Får du tillräcklig information om ditt tillstånd?	50	52
Förtroende	Känner du förtroende för de läkare som du träffar på avdelningen?	56	56
Upplevd nytta	Anser du att ditt aktuella behov av vård blir tillgodosett under din vistelse på avdelnin...	58	56
Helhetsintryck	Hur värderar du som helhet den vård/behandling du får?	45	55

Enkätredovisningen ger också möjligheter till jämförelser med ett nationellt genomsnitt baserat på de samlade värdena från andra vårdenheter med liknande uppdrag. Vid denna jämförelse står sig RPK:s värden väl.

I likhet med patienternas upplevelse av vården eftersträvas också återkoppling av remitterter/uppdragsgivare. Vid uppföljnings- och samordningsmöten ombeds remitterter besvara en enkät där synpunkter på levererad vård förmedlas. Sedan



enkäten omarbetades 2010 har endast ett 20-tal svar inkommit. På en 10 gradig skala (10=max) beträffande "generell" nöjdhet över vårduppdragens genomförande, ligger det genomsnittliga svarsvärdet på 9,2. Också riktade förbättringsförslag har i något fall presenterats av uppdragsgivare.

Processperspektivet

Inriktningsmål – Effektiva verksamheter

Processperspektivet beskriver hur landstinget använder sina resurser för att tillgodose medborgarnas behov.

Med effektiv avses att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål. Effektivitet kan uttryckas som måluppfyllelse i förhållande till kostnaden för de insatta resurserna. Med minskade resurser och ökat behov ställs ökade krav på en effektiv verksamhet.

Samarbetet mellan primärvården och ambulanssjukvården ska vidareutvecklas liksom samarbetet mellan primärvårdsjour och sjukhusens akutmottagningar så att resurserna används effektivt.

- *Redovisa hur dessa samarbeten vidareutvecklats.*

Samarbetet mellan sjukhusens och vårdcentralernas (hälsocentralernas) paramedicinska specialiteter bör utvecklas för att bättre ta tillvara resurser, kompetens och patientens behov.

- *Redovisa hur detta samarbete utvecklas.*

RKP:s styrkort

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

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 psykiat-

riska 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.

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.

Framgångsfaktorer

För att uppnå inriktningsmålet effektiva verksamheter har tre framgångsfaktorer identifierats och för varje framgångsfaktor har ett antal mått fastställts.

Ständigt förbättringsarbete	Säker vård	Vård på rätt nivå
-----------------------------	------------	-------------------

Ständigt förbättringsarbete

Fokus ska ligga på ständigt förbättringsarbete för ökad tillgänglighet, kvalitet, kostnadseffektivitet och produktivitet.

Av tabellen nedan framgår vilka mål och mått som Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställt i sitt balanserade styrkort.

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.

Mål	Mått	Utfall
Genomsnittlig vistelsetid på akut-	Genomsnittlig vistelsetid på akut-	Ej relevant för RPK



mottagning ska inte överstiga fyra timmar.	mottagning.	
Tid mellan justerad vårdplan och utskrivningsklar patient ska minska ² .	Tid mellan justerad vårdplan och utskrivningsklar patient.	Ej relevant.
Genomsnittlig nyttjandetid av operationssal ska öka ² .	Genomsnittlig nyttjandetid av operationssal.	Ej relevant.
Inom den rättspsykiatriska regionkliniken skall samverkan inom verksamheten och med andra vårdgivare och huvudmän bedrivas 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 avnämare runt patienten. Eftervårdslänken blir särskilt betydelsefull i vårdens slutfas. Klinikens eftervårdslänkar ingår i en eftervårdsgrupp 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.

² Målnivå tas fram hösten 2011.

Säker vård

Det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska intensifieras. Det fortsatta arbetet mot vårdrelaterade infektioner är en del i detta. För att förhindra uppkomst och spridning av multiresistent smitta krävs uppmärksamhet på antibiotikarutiner och basala hygienrutiner.

Av tabellen nedan framgår vilka mål och mått som Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställt i sitt balanserade styrkort.

Mål	Mått	Utfall
80 procent av alla avvikelser ska vara avslutade inom 90 dagar.	Andel avvikelser som avslutats inom 90 dagar.	Avslutade avvikelser 2012:  Kvartal IV kan redovisas först 1/4, 2013.
Följsamhet till basala hygienrutiner ska vara 100 procent.	Andel som följer basala hygienrutiner.	Hygienrutiner finns och efterlevs. Förbättringsutrymme föreligger dock.

RPK:s mål

Mål	Mått	Utfall
75 procent av alla avvikelser skall vara avslutade vid årets slut.	Andel avslutade avvikelser vid årets slut.	

Antalet registrerade avvikelser har under verksamhetsåret 2012 varit något färre än året innan (962 registrerade avvikelser för 2012 mot 1010 för 2011). Ledningen vid RPK har uttalat att det ej längre är något uttalat mål att antalet rapporterade avvikelser skall öka, då bedömningen nu är att underrapportering ej längre är ett uttalat problem. Däremot upplevs det svårt att uppnå landstingets krav om att 80 % av rapporterade avvikelser skall vara avslutade inom 90 dagar. Bedömningen är att det ej i alla fall är önskvärt att efterleva detta krav, då avvikelser kräver grundliga och uppföljande åtgärder. Enligt de krav på avvikelshantering som verksamhetens ledningssystem ställer, och som också är förenligt med ISO-standardens krav, utgör åtgärdsplanen vid rapporterad avvikelse ett led i hanteringen, men innebär inte att avvikelsen är avslutad. Ytterligare ett steg som rör utvärdering av effekten av åtgärden förutsätts för att en avvikelse ska avslutas.

I praktiken innebär detta att en handlingsplan för avvikelsen ska upprättas, resultatet av åtgärden ska mätas och eventuella korrigerande åtgärder vidtagas. När effekten av åtgärden överensstämmer med målet för hanteringen kan avvikelsen avslutas. I tabellen ovan är det detta som redovisas.

Datum
2012-11-16

Dnr
12LS2262
12HSN987

Sida
21(32)

För verksamhetsåret 2012 är 58,7 % av rapporterade avvikelser avslutade vid årets utgång, vilket är en försämring på drygt 15 % från föregående år.

Nedanstående förteckning är en sammanställning av hur RPK:s samlade avvikelser för 2012 fördelar sig inom definierade områden, samt vad som bedöms utgöra orsaken till avvikelserna.

Avdelningar										
93	Adm	94	95	93C	96	97A	97B	98	Ped	Total
135	61	107	78	147	114	87	79	147	7	962
Områden										
	Total									
Omvårdnad	19									
Diagnostik	5									
Patient säkerhet	279									
Information	187									
Läkemedel	88									
Medicinsk Utrustning	9									
Annan Apparatur	29									
Datorsystem ROP	104									
Material	47									
Transporter	16									
Säkerhet	299									
Hot och Våld	116									
Brand	18									
Skadegörelse	4									
Annat	94									
Orsak										
	Total									
Organisation/Ledningsbrist	32									
Oklar ordination	11									
Stress	7									
Kommunikationsbrist	199									
Bristande utbildning/ kompetens	18									
Handhavandefel	326									
Tekniskt fel	94									
Olämplig metod	192									
Resursbrist	10									
Annan	203									
Summering										
Antal klassificerade avvikelser	932									
Antal oklassificerade avvikelser	30									
Totalt antal avvikelser	962									

Vård på rätt nivå

Av tabellen nedan framgår vilka mål och mått som Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställt i sitt balanserade styrkort.

Mål	Mått	Utfall
Antal undvikbara slutenvårdstillfällen (enligt definition i Öppna	Antal undvikbara slutenvårdstillfällen för kroniska tillstånd per	Ej relevant för RPK



jämförelser) för kroniska tillstånd ska inte överstiga 1 350 per 100 000 invånare.	100 000 invånare.	
Antal undvikbara slutenvårdstillfällena (enligt definition i Öppna jämförelser) för akuta tillstånd ska inte överstiga 550 per 100 000 invånare.	Antal undvikbara slutenvårdstillfällena för akuta tillstånd per 100 000 invånare.	Ej relevant för RPK

Medarbetarperspektivet

Inriktningsmål – Nöjda och kompetenta medarbetare

Medarbetarskap handlar om att varje medarbetare ska uppleva sitt arbete som viktigt och stimulerande och att som medarbetare ha möjlighet att utvecklas i arbetet och utifrån sin kompetens vara synlig, ha inflytande och ta ansvar.

Landstinget fortsätter att aktivt arbeta för att utveckla ledarskapet. Rekrytering av nya chefer ska ske utifrån ledaregenskaper så att landstingets uppsatta mål nås. I chefsuppgiften ingår att kontinuerligt utveckla och effektivisera verksamheten. Därför är det viktigt att det ges rimliga förutsättningar och ett professionellt stöd i olika situationer för uppdraget.

RPK:s styrkort

Mål	Mått	Utfall
Medarbetarskapsindex ska minst uppgå till 73 av 100.	Medarbetarskapsindex.	
Ledarskapsindex ska minst uppgå till 73 av 100	Ledarskapsindex	
Sjukfrånvaro ska uppgå till högst 4 %	Sjukfrånvaro i förhållande till arbetstid	
Hälsoindex ska uppgå till 79	Hälsoindex	

Framgångsfaktorer

För att uppnå inriktningsmålet nöjda och kompetenta medarbetare har tre framgångsfaktorer identifierats och fastställts.

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



Medarbetarskap

Av tabellen nedan framgår vilka mål och mått som Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställt i sitt balanserade styrkort.

Mål	Mått	Utfall
Medarbetarskapsindex ska minst uppgå till 73 av 100.	Medarbetarskapsindex.	

- *Kommentera redovisat utfall och jämför det med föregående års. Beskriv de viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2012.*

Ledarskap

Cheferna ska känna sig trygga och ha stöd i sin ledarroll. Cheferna ska ha tid för chefsuppdraget och ha tydliga befogenheter och ansvarsområden. Ett led i detta är att antalet underställda per chef ska ligga inom intervallet 10–35 medarbetare.

Chefsuppdragets storlek har betydelse av flera skäl. Alltför stora medarbetargrupper försvårar bland annat möjligheten till en nära dialog mellan chef och medarbetare. Små chefsuppdrag leder till att chefsuppgiften inte kan utgöra ett huvuduppdrag.

RPK:s ledningsstruktur har under 2012 varit föremål för en omfattande genomlysning syftande till att effektivisera organisationen. Vissa åtgärder till följd av detta har genomförts under verksamhetsåret och en mer genomgripande förändring av ledningsstrukturen genomfördes från årsskiftet 2012 – 13.

För att förstärka ledningsstrukturen har under verksamhetsåret 2012 RPK:s utvecklingssekreterare förordnats som stf. verksamhetschef. Vederbörande var tidigare tillika enhetschef för verksamhetens pedagogiska enhet, ett uppdrag som nu överläts till annan medarbetare. Rekryteringen av denna befattning är ännu ej klar.

Vidare har ledningsstrukturen stärkts genom att sjuksköterskor/skötare har förordnats till enhetschefer och samordnare. Från att enhetschef tidigare i vissa fall ansvarat för två vårdavdelningar, innebär den nya ordningen att varje avdelning, fränsett avd. 92, nu har en chef och en samordnare.

Chefsgruppen har således nominellt utökats. Samtidigt har organisationen genomgått en genomgripande förändring i syfte att effektivisera verksamhets-/förvaltningsledningen. Förvaltningens ledningsgrupp har bantats till fem ordinarie ledamöter. Gruppens uppgift är att vara beslutsfattande samt att arbeta med strategifrågor. Verksamhetens chefer bildar en chefsgrupp, vars främsta syfte är att arbeta med löpande ledningsfrågor och avdelningsadministration.



Chefsgruppen är underställd ledningsgruppen och rapporterar till denna. Den nya ledningsstrukturen gäller från 1 januari 2013 och kommer att utvärderas vid årets slut.

Antal chefer per chefsnivå per den 31 december

Chefsnivå	Antal chefer			Antal medarbetare inom respektive intervall		
	Totalt	Varav kvinnor	Andel kvinnor	< 10	10–35	> 35
Förvaltnings-/Verksamhetschef	1					
Stf. verksamhetschef	1					
Enhetschef	10	3			10	
Totalt						

- *Kommentera ovanstående tabell.*

Chefsenkäten utvärderar chefernas förutsättningar i chefsuppdraget utifrån chefs-policy och chefsriktlinjer.

Av tabellen nedan framgår vilka mål och mått som Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställt i sitt balanserade styrkort.

Mål	Mått	Utfall
Ledarskapsindex ska minst uppgå till 73 av 100.	Ledarskapsindex.	

- *Kommentera redovisat utfall och jämför det med föregående års. Beskriv de viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2012.*

Friska medarbetare

Förebyggande insatser ska prioriteras i syfte att bidra till en god hälsa bland våra medarbetare.

Framgångsfaktorn Friska medarbetare mäts genom månatlig uppföljning av sjukfrånvaron. Därutöver följs medarbetarnas egen upplevelse av hälsa genom ett antal frågor i den årliga chefs- och medarbetarenkäten.

Av tabellen nedan framgår vilka mål och mått som Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställt i sitt balanserade styrkort.



Mål	Mått	Utfall
Hälsoindex ska minst uppgå till 79 av 100.	Hälsoindex.	

- Kommentera redovisat utfall och jämför det med föregående års. Beskriv de viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2012.

Personalen uppmanas av enhetscheferna att ta ut sin träningstimme.

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

Sjukfrånvaro

	År 2011 totalt	Kvinnor	Män	År 2012 totalt	Kvinnor	Män
Procent av ordinarie arbetstid	4,98	5,15	4,88	5,17	4,96	5,26

- Kommentera utfallet och förklara förändringar mellan åren. Beskriv de viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2012 och kommentera dessa.

Förändring i antal årsarbetare

Antal årsarbetare

År 2011 totalt	Kvinnor	Män	År 2012 totalt	Kvinnor	Män	Förändring mellan åren totalt	Kvinnor	Män
189	64	125	191,2	67,5	123,7	+ 2,2	+ 3,5	- 1,3

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

- Kommentera utfallet och förklara förändringar mellan åren. Beskriv de viktigaste åtgärderna som vidtagits under 2012 och kommentera dessa.

Ekonomiperspektivet

Inriktningsmål – God ekonomisk hushållning

RPK:s styrkort

Mål	Mått	Utfall/Prognos
Investeringarna ska hållas tillbaka	Utgift per objekt får ej överstiga budgeterad nivå	Investering 2012 rymms inom budget
Kostnadsutvecklingen får ej	Utfall kontogrupp 4 - 7	3,6 % högre



överstiga inflationen enl. budgetanvisning		kostnadsnivå jmf med 2011
Ekonomi i balans	Ekonomiskt resultat redovisas	

Med god ekonomisk hushållning menas att landstinget ska ha ett årligt, positivt resultat om minst 150 miljoner kronor. En förutsättning för att nå målet är att nämnden uppnår minst budgeterat resultat/nollresultat.

Framgångsfaktorer

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

Framgångsfaktorer

Kostnadskontroll	Kostnadsreduceringar	Kostnadseffektivitet
------------------	----------------------	----------------------

Kostnadskontroll

Kostnadskontroll i landstinget innebär att kostnaderna ska anpassas till de långsiktigt hållbara intäkterna respektive i förhållande till vad som åstadkoms. Tilldelade ekonomiska ramar för de olika verksamheterna måste hållas.

Av tabellen nedan framgår vilka mål och mått som Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställt i sitt balanserade styrkort.

Mål	Mått	Utfall
Alla förvaltningar ska nå minst budgeterat resultat.	Ekonomiskt resultat per förvaltning.	
Den specialiserade somatiska och psykiatriska vården ska var för sig nå minst budgeterat resultat.	Ekonomiskt resultat per verksamhetsområde; somatisk respektive psykiatrisk vård.	

- Redovisa måluppfyllelse enligt ovan och kommentera resultatet.

RPK anser att man har en hög kostnadskontroll.

Underskottet beror på att det beslutade landstingsbidraget inte anpassats till antalet inomlänspatienter.

Resultatet för 2012 uppgår till -11,0 mkr.

Intäkterna är ca 7 mkr lägre än 2011 och ca 13 mkr lägre än budget. Detta beror på att patientsammansättningen ändrats mellan åren 2011 och 2012. Andelen västernorrلänningar som vårdats på kliniken är högre än budget och högre än tidigare år. RPK har fått en tilläggsbudget på 5 mkr under 2012 som kompensation för ökat antal inomlänspatienter.

Verksamhetens kostnader är 5,5 mkr högre än 2011 och 2,5 mkr lägre än budget.

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



- Redovisa personalkostnader och kostnader för tjänsteköp från bemanningsföretag. Kommentera utfallet jämfört med föregående år. Om personalkostnaderna inte rymts inom budget ska konkreta, tidssatta åtgärder för att komma tillrätta med det redovisas. Eventuella konsekvenser av åtgärderna ska också beskrivas.

Personalkostnaderna har ökat med 3,7 % eller 4,2 mkr mellan åren 2011 och 2012 och överstiger budget med 1,9 % eller 2,2 mkr. Största delen avvikelsen kan förklaras genom att extrapersonal arbetat när ordinarie personal deltagit i kvalitets- och förbättringsprojekt där projektmedel bokförts som intäkt samt genom obudgeterade extravak där bland annat ett extravak varat i flera månader. Kostnader i samband med lönerevision överskridande de avsatta 2 % i budget är för 2012, 0,5 mkr.

RPK har inga kostnader för tjänsteinköp från bemanningsföretag

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

Kostnaderna för köpt vård är 0,7 mkr 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 är på ungefär samma nivå jämfört mellan åren om inget oförutsett inträffat.

	Utfall 2011	Utfall 2012	Budget 2012
Rikssjukvård	1,7	1,9	1,5
Regionsjukvård	0	0	0
Privatpraktiker m.m.	1,8	1,0	2,1
Vårdöverenskommelser	0	0	0
TOTALT	3,6	2,9	3,6

Kostnadsreduceringar

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

Av tabellen nedan framgår vilka mål och mått som Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställt i sitt balanserade styrkort.

Mål	Mått	Utfall
Kostnadsutvecklingen, exklusive aktiviteter av tillfällig natur, ska	Utfall kontogrupp 4–7.	



understiga inflationen (2 procent).		
-------------------------------------	--	--

- Redovisa måluppfyllelse enligt ovan och kommentera resultatet.

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

Målet, att kostnadsutvecklingen exklusive aktiviteter av tillfällig natur, ska understiga inflationen har inte uppfyllts. Detta beror bland annat på att personalkostnaderna ökat med 3,7 % eller 4,2 miljoner, varav 0,5 mkr beror på resultatet från lönerrevisionen som uppgick till 2,7 %.

Övriga kostnader har ökat med 3,3 % eller 1,3 miljon mellan åren 2012 och 2011 vilket i huvudsak kan förklaras med en kostnad för lärare från Komvux vilken inte var budgeterad 2012 (utfall 2011 = 0). Kundförlusterna har ökat med 0,4 mkr jämfört med 2011. Dessutom har vi kostnader för skadestånd från fackförbund på 0,1 mkr.

Konsultkostnaderna har ökat med 0,3 mkr då en tidigare anställd forskare numera arbetar på konsultbasis.

Från och med 1 januari 2013 kommer en prisjustering per vårddygn att ske med ca 500 kr. Vårdavgiften för ineliggande patienter med avtal (Jämtland och Gävleborg) från 4 845 till 5 320 kr/dygn och vårdavgift ineliggande patienter utan avtal från 5 100 till 5 600 kr/dygn. Detta är en av åtgärds punkterna för att reducera underskottet.

Kostnadseffektivitet

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

Av tabellen nedan framgår vilka mål och mått som Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställt i sitt balanserade styrkort.

Mål	Mått	Utfall
Priset per DRG ³ -poäng ska visa på ökad produktivitet, det vill säga får inte öka mer än inflationen (2 procent per år).	Pris per DRG-poäng.	Ej tillämbart för RPK
Kostnad per vara eller tjänst ska visa på ökad produktivitet, d.v.s. får inte öka mer än inflationen (2 procent per år).	Kostnad per vara eller tjänst.	Ej tillämbart för RPK
Investeringarna ska hållas tillbaka.	Utgift per objekt får ej överskrida budgeterad nivå.	Investering 2012 rymms inom budget

³ Diagnosrelaterade grupper.



- *Redovisa måluppfyllelse enligt ovan och kommentera resultatet.*

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

Kliniken har en hög kostnadseffektivitet och en låg prissättning vid jämförelse med motsvarande verksamheter inom riket. Från och med 1 januari 2013 kommer RPK att öka prissättningen för utomlänspatienter med ca 10 % för att därmed komma upp i ungefär samma prisnivå som riket i övrigt.

Motsvarande vårddygnskostnader från syskonkliniker i landet är högre. T.ex. överstiger vårddygnskostnaden i Växjö med 7 tkr.

Resultaträkning

Nämnden och respektive sjukhus ska lämna tre resultaträkningar: en samlad, en för specialiserad somatisk vård och en för specialiserad psykiatrisk vård.

Resultaträkning, miljoner kronor

	Utfall 2011	Utfall 2012	Budget 2012
Verksamhetens intäkter	119,4	112,0	125,2
Verksamhetens kostnader	-151,0	-156,9	-159,0
Avskrivningar	-0,7	-0,3	-0,7
Verksamhetens nettokostnader	-32,3	-45,2	-34,5
Landstingsbidrag	31,0	37,4	37,4
Finansiella intäkter	0	0	0
Finansiella kostnader	-2,8	-2,8	-2,8
Resultat	-4,0	-10,7	0

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.*

Dem största delen av 2012 års underskott på 11 mkr hänförs till minskade intäkter. Intäkternas negativa avvikelse med 2011 är 7 mkr och jämfört med budget, 13 mkr.

Klinikens ekonomiska problem beror på att de externa patientintäkterna minskat vilket är en följd av de senaste årens förändrade patientstruktur. Andelen utomlänspatienter har minskat samtidigt som ett ökat antal västernorrلänningar vårdas på kliniken. Det egna länets patienter ska enligt beslut finansieras med landstingsbidrag. RPK har under 2012 fått en tilläggsbudget på 5 mkr.



Kostnaderna inkl avskrivningar har ökat med 3,6 % eller 5,5 miljoner jämfört med 2011. Kostnaderna inklusive avskrivningarna har minskat jämfört med budget 2012 med 1,6 % eller 2,5 mkr.

Kostnaderna består bland annat av obudgeterade extravak, obudgeterade kostnad för Komvux lärare, personalkostnader för genombrottsprojektet vilket har ersatts genom fakturering och redovisats som intäkt och lönerevision utöver avsatta budgetmedel. Ytterligare kostnader som belastat resultatet är skadestånd fackförbund med 0,1 mkr och kundförluster med 0,4 mkr.

Vid utebliven tilläggsbudget skulle underskottet ha blivit 12 mkr jämfört med föregående år.

- *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.*

Under 2012 utfärdades en handlingsplan i syfte att nå budget i balans. I denna presenterades två förslag, varav ett, höjning av vårddygnskostnaden, har genomförts. Det andra förslaget handlar om att skära ner antalet vårdplatser genom att stänga en vårdavdelning, för att på så sätt reducera verksamhetens kostnader. Detta förslag skulle emellertid försämra RPK:s möjligheter att nå ett positivt utfall på intäktsidan. Inga andra förbättringsförslag kunde presenteras, förutsatt att verksamheten också fortsättningsvis ska bedrivas med god kvalitet. Den främsta åtgärden för att få en budget i balans består fortfarande i att vårdgivaren efterlever givet löfte att som vårduppdraget stipulerar, d.v.s. att ge kostnadstäckning för patienter från eget landsting.

Investeringar

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

Landstingsstab Fastighet lämnar en utförligare redovisning över de investeringsobjekt som enheten handlägger.

Förvaltningens investeringsutrymme för 2012 var 720 tkr. Av detta har 183 tkr utnyttjats till ett larmskåp enligt budget.

Ytterligare investeringar som planerats och budgeterats för 2012 kommer att senareläggas till 2013.

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*

	2011	2012
Intäktsfinansieringsgrad	79%	71%
Återinvesteringsgrad	0%	53%
Kundfordringsgrad	4%	2%
Landstingsbidrag	128	154

Den minskade intäktsfinansieringsgraden beror på minskad fakturering på grund av färre antal vårdade utomlänspatienter.

Under ett år har RPK har ett fåtal eller inga investeringar vilket gör att återinvesteringsgraden kan variera kraftigt mellan åren.

Kundfordringsgraden varierar mellan åren beroende på betalningsflöden.

Landstingsbidraget per innevånare har ökat då förvaltningen fått ett tilläggsbidrag under innevarande år 2012.

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

Invånarantal 2012-01-01 = Länssjukhuset	148 519
Sollefteå sjukhus	35 295
Örnsköldsviks sjukhus	<u>58 341</u>
Länet	242 155

För alla förvaltningar utom Hörselvården redovisas efterfrågad verksamhetsstatistik i bilaga 7. Hörselvården redovisar relevant produktionsstatistik för åren 2010–2012: utfall 2010–2012 samt budget 2012.

- *Analysera och kommentera förändringarna över tiden.*

Antalet vårdplatser har varit oförändrat under åren 2010 till och med 2012. Antalet inskrivna var år 2010 148 patienter, år 2011 140 patienter och år 2012 139 patienter. Nedgången av antalet inskrivna patienter mellan åren har resulterat till ett försämrat ekonomiskt läge då antalet som har minskat i huvudsak har varit utomlänspatienter.

Rättsspsykiatriska regionkliniken 2013-01-29



Göran Fransson
Förvaltningschef

Ekonomisk redovisning, hälso- och sjukvård (tusental kronor)
Förvaltning: Rättspsykiatriska regionkliniken

Delområde	Bokslut 2011			Bokslut 2012			Budget 2012			Budgetavvikelse 2012		
	Intäkter (+)	Kostnader (-) *)	Netto	Intäkter (+)	Kostnader (-) *)	Netto	Intäkter (+)	Kostnader (-) *)	Netto	Intäkter (+)	Kostnader (-) *)	Netto
Specialiserad psykiatrisk vård ¹⁾	119378	-151276	-31898	111968	-156620	-44652	125175	-159708	-34533	-13207	3088	-10119
Summa vård	119378	-151276	-31898	111968	-156620	-44652	125175	-159708	-34533	-13207	3088	-10119
Övrig vård eller service ²⁾	0	-522	-522		-629	-629		-89	-89	0	-540	-540
Summa service	0	-522	-522	0	-629	-629	0	-89	-89	0	-540	-540
VERKSAMHET TOTALT	119378	-151798	-32420	111968	-157249	-45281	125175	-159797	-34622	-13207	2548	-10659
Finansiella poster												
Finansiella intäkter/kostnader ³⁾		-2639	-2639		-2743	-2743		-2743	-2743	0	0	0
Landstingsbidrag ⁴⁾	31045		31045	37365		37365	37365		37365	0		0
RESULTAT ⁵⁾	150423	-154437	-4014	149333	-159992	-10659	162540	-162540	0	-13207	2548	-10659

Varav												
Vårdöverenskomelser	10996	-19	10977	9085	-8	9077	14058	0	14058	-4973	-8	-4981
Vård enligt regionavtal		0	0		-43	-43		0	0		-43	-43
Vård enligt riksavtal	103042	-1750	101292	97632	-1862	95770	106737	-1526	105211	-9105	-336	-9441
Övrig såld eller köpt vård	0	-1855	-1855	0	-959	-959	0	-2110	-2110	0	1151	1151
Summa såld/köpt vård	114038	-3624	110414	106717	-2872	103845	120795	-3636	117159	-14078	764	-13314

Likviditetspåverkan												
Avskrivningar (ingår i verksamhetens kostnader)		-710	-710		-348	-348		-748	-748		400	400
Investeringar		0	0		-183	-183		-720	-720		537	537
Diff (investering-avskrivning)			710			165			28			137

*) Inklusive kapitaltjänstkostnader

Anm. Kostnader och intäkter anges avseende I/E-kod 0-3

1) Dvo 210-292

2) Övriga Dvo

3) Dvo 992

4) Dvo 993

5) Dvo 999

Förvaltning: 78 RPK

Specifikation balansräkning anläggningar 2012-12-31

Konto 10100-10199 ; 12100-12999

Anläggningstyp	Årets investeringar					Ackumulerad värdeminskning 12X90	Årets restvärde 7 (5-6)
	Ingående värde 12X10 1	Investering 12X20 2	Investeringsbidrag 12X80 3	Nettoinvestering 4 (2+3)	Ackumulerat anskaffningsvärde 5 (1+4)		
Immateriella anläggningstillg.							
IT-utveckling 101X0	0,00			0,00	0,00		0,00
Maskiner och inventarier							
Datautrustning 121XX	314 040,00			0,00	314 040,00	-314 040,00	0,00
Medicinteknisk apparatur 122XX	243 238,00			0,00	243 238,00	-243 238,00	0,00
Inventarier 123XX	7 541 112,25	183 400,00		183 400,00	7 724 512,25	-6 973 060,99	751 451,26
Bilar/andra fordon 124XX	150 000,00			0,00	150 000,00	-123 934,43	26 065,57
Konst 128XX	200 000,00			0,00	200 000,00		200 000,00
Summa kronor utgående balans	8 448 390,25	183 400,00	0,00	183 400,00	8 631 790,25	-7 654 273,42	977 516,83

Varav

Flyttningar mellan förvaltningar							
Från denna förvaltning till förvaltning xx							
Från förvaltning yy till denna förvaltning							
Utrangeringar/försäljningar							
Utr. kassation/förlust 2012							
Utr. helt avskrivna *)							
Försäljningar 2012							
Summa utrangeringar	0,00					0,00	

*) ange från vilket år och vilket konto

Datum 121231

Underskrift Hans Björkstam

Verksamhetsredovisning 2012

Specialiserad psykiatrisk vård

Förvaltning: Rättspsykiatriska regionkliniken

	Utfall 2010	Utfall 2011	Utfall 2012	Budget 2012
Specialiserad psykiatrisk vård				
Slutenvård				
Fastställda vårdplatser	101	101	101	101
Disponibla vårdplatser	101	101	101	101

Inskrivna den 31 december	Utfall 2010		Utfall 2011		Utfall 2012	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Antal	20	128	21	119	21	118
-varav västernorränningar	5	61	7	62	7	62
-varav dömda till rättspsykiatrisk vård	5	50	7	52	7	52
-varav övriga inskrivna	0	11	0	10	0	4

Verksamhetsredovisning 2012

Specialiserad psykiatrisk vård

Förvaltning: Rättspsykiatriska regionkliniken

	Utfall 2010	Utfall 2011	Utfall 2012	Budget 2012
Specialiserad psykiatrisk vård				
Slutenvård				
Fastställda vårdplatser	101	101	101	101
Disponibla vårdplatser	101	101	101	101

Inskrivna den 31 december	Utfall 2010		Utfall 2011		Utfall 2012	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Antal	20	128	21	119	21	118
-varav västernorränningar	5	61	7	62	7	62
-varav dömda till rättspsykiatrisk vård	5	50	7	52	7	52
-varav övriga inskrivna	0	11	0	10	0	4



Internkontroll 2012

Internkontroll inom Rättspsykiatriska Regionkliniken (RPK) har genomförts inom följande områden i enlighet med beslut från Hälso- och sjukvårdsnämnden:

- Följs regler när det gäller avrop av hyrläkare
- I vilken utsträckning får patienter besked om resultatet av utförd provtagning och diagnostisk utredning även när resultatet endast visar normala fynd?
- Följs regelverket gällande bisysslor?
- Är verifikationer korrekta?

Internkontroll inom Rättspsykiatriska Regionkliniken (RPK) har genomförts inom följande områden i enlighet med beslut från Landstingsstyrelsen:

- Följsamhet till landstingets resepolicy?

Följs regler när det gäller avrop av hyrläkare? (Personalavdelningen)
Hyrläkare används inte vid Rättspsykiatriska Regionkliniken.

I vilken utsträckning får patienter besked om resultatet av utförd provtagning och diagnostisk utredning även när resultatet endast visar normala fynd? (Chefsöverläkare)

Läkarna inom RPK uppger att de i allmänhet upplyser patienterna även vid normala provsvar. I förekommande fall dokumenteras detta i de löpande journalanteckningarna, vilket gör att det inte går att ta fram någon exakt statistik.

Följs regelverket gällande bisysslor? (Personalavdelningen)
Ja, årlig genomgång av bisysslor genomförs och dokumenteras i verksamheten.

Är verifikationer korrekta? (Ekonomiavdelningen)
Bokföringsorder

Hanteringen av bokföringsorder sker på ett korrekt och tillfredsställande sätt vid Rättspsykiatriska Regionkliniken (RPK).



Alla bokföringsorder har granskats då det finns ett mycket begränsat antal bokföringsorder.

Syftet med bokföringsorder är att de är underlag för genomförda verksamhetsjusteringar som påverkar verksamhetens resultat- och balansräkning. Under det löpande verksamhetsåret har några få justeringar gjorts. Dessa finns lagrade elektroniskt i LVN:s system och i pärmar i enlighet med det lagstadgade regelverket.

En granskning av RPK:s bokföringsordrar visar följande:

- Makulerade bokföringsordrar finns i bokföringspärmen, vilket ger en obruten serie av verifikationer. Det underlättar granskning.
- De flesta bokföringsorder är inte undertecknade av ansvarig chef. Detta har berott på att RPKs verksamhet finns på annan geografisk plats än ekonomen.

Anläggningsregistret/investeringar

Hanteringen av investeringar sker på ett korrekt och tillfredsställande sätt vid Rättspsykiatriska Regionkliniken (RPK).

För investeringar finns rutiner och arbetsgång för hantering och behandling av investeringsansökningar och anläggningsregister. En genomgång av anläggningsregistret görs varje år och underlag skickas ut till ansvariga. De anläggningar som inte går att spåra och som saknar restvärde har tagits bort från anläggningsregistret.

De anläggningar som inte finns kvar alternativt saknas och som har ett restvärde utrangeras via en överavskrivning.

- Årets investeringar bokfördes först som driftkostnad av verksamheten. Detta berodde på att man har så få investeringar per år att de i verksamheten glömmes att man ska kontera med ett specifikt kontonummer. Detta justerades i och med att investeringarna bokades om till gällande investeringskontonummer. Investeringsansökningarnas beviljade belopp överensstämmer med verkliga anskaffningsbelopp.
- Investeringsansökningarna finns inte i anslutning till fakturorna som avser investeringarna. Detta har berott på att RPKs verksamhet finns på annan geografisk plats än ekonomen.

En förbättring som måste till är att ekonomen ska se till att alla underlag/dokument skrivs på och förvaras på överenskommen plats.



Landstinget
Västernorrland

LÄNSSJUKHUSET
SUNDSVALL-HÄRNÖSAND

Datum
2012-12-31

Dnr

Sida
3(3)

Trots ovanstående brist att investeringsansökningar saknas i pärmen samt att påskrifter inte har gjorts enligt regelverket har bokföringen av verifikat skett på ett korrekt sätt.

Följsamhet till Landstingets resepolicy? (Personalavdelningen)

Ja i normalfallet. Rättspsykiatriska Regionkliniken håller på att miljöcertifiera sig. Man har upptäckt att personal har tankat klinikens bilar med bensin i stället för etanol och personalen har nu informerats om detta.