

Landstinget i Värmland

Granskning av rättspsykiatri



Building a better
working world

Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	4
2.1. Bakgrund.....	4
2.2. Syfte och revisionsfrågor	4
2.3. Avgränsning	5
2.4. Revisionskriterier.....	5
2.5. Metod.....	5
3. Styrning och uppföljning	6
3.1. Organisation och kapacitetsutnyttjande	6
3.2. Styrning.....	7
3.3. Uppföljning	12
3.4. Vår bedömning.....	16
4. Samverkan	18
4.1. Samverkan gällande utslussning och rättspsykiatrisk öppenvård	18
4.2. Kunskapsstyrning och samverkan mellan rättspsykiatriska verksamheter	19
4.3. Övrig samverkan	19
4.4. Vår bedömning.....	19
5. Kompetensförsörjning	21
5.1. Övergripande arbete med kompetensförsörjning	21
5.2. Verksamhetens kompetensförsörjningsarbete.....	21
5.3. Samverkan avseende personal och kompetensförsörjning.....	22
5.4. Vår bedömning.....	22
6. Samlad bedömning	24
6.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna	24
6.2. Slutsats och rekommendationer	25
Bilaga 1: Revisionskriterier	27
Bilaga 2: Källförteckning	33

1. Sammanfattning

På uppdrag av landstingets revisorer har EY genomfört en granskning av den rättspsykiatriska vården i landstinget. Syftet med granskningen har varit att bedöma om landstingsstyrelsen säkerställer att den rättspsykiatriska vården bedrivs i enlighet med gällande regler och föreskrifter.

Granskningen visar att arbetet utifrån landstingsplanen och med vårdgivardirektiven utgör en god struktur för att verksamheten ska bedrivs i enlighet med gällande regler och föreskrifter samt landstingsfullmäktiges mål och uppdrag. Däremot finns vissa brister i styrningen avseende ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet både på övergripande nivå och på verksamhetsnivå. De övergripande styrdokumenterna för det systematiska kvalitetsarbetet är inte helt aktuella och det saknas lokala rutiner för- och dokumentation av det systematiska förbättringsarbetet avseende riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser

Av granskningen framgår att uppföljningen på områdesnivå och på landstingsövergripande nivå samt uppföljning av vårdgivardirektiv ger begränsade möjligheter att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med landstingsfullmäktiges mål samt gällande regler och föreskrifter. Uppföljningen av vårdgivardirektiven är övergripande och ger inte information om verksamheten följer de specifika kraven i vårdgivardirektiven. Vidare framgår att verksamheten inte löpande granskas av extern granskare enligt kraven i Socialstyrelsens föreskrifter. Granskningen visar att det finns brister avseende uppföljning och sammanställning av avvikelser för verksamheten. Detta skapar risk för att avvikelser inte hanteras systematiskt och kommer till förvaltningens och styrelsens kännedom.

Granskningen visar att landstingsstyrelsen på övergripande nivå i huvudsak säkerställt en samverkan utifrån kraven i lagstiftningen. Däremot saknas lokala handlingsplaner för den rättspsykiatriska verksamhetens samverkan med kommunerna. Vidare saknas i till stor del dokumenterade rutiner för samverkan i samband med utslussning till rättspsykiatrisk öppenvård.

Granskningen visar att landstingsstyrelsen inte i tillräcklig utsträckning säkerställt att det finns planer för att säkerställa bemanning med rätt kompetens inom rättspsykiatrin. Det saknas kompetensförsörjningsplaner såväl på övergripande nivå som för verksamheten. Däremot framgår att verksamheten har en aktiv styrning och uppföljning av kompetensförsörjning inom ramen för verksamhetens handlingsplan och verksamhetsuppföljning.

Utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är vår sammanfattande slutsats att landstingsstyrelsen till viss del har säkerställt att den rättspsykiatriska vården bedrivs i enlighet med gällande regler och föreskrifter. Landstingsstyrelsen har i huvudsak säkerställt en ändamålsenlig styrning av den rättspsykiatriska vården. Däremot bedömer vi att det finns vissa brister i landstingsstyrelsens uppföljning av verksamheten samt i arbetet med samverkan och kompetensförsörjning.

Utifrån granskningens resultat har ett antal utvecklingsområden identifierats. Vi rekommenderar landstingsstyrelsen att:

- ▶ Säkerställa att de övergripande styrdokumenterna för det systematiska kvalitetsarbetet är aktuella och ger stöd för verksamhetens arbete
- ▶ Tillse att det upprättas lokala rutiner för det systematiska förbättringsarbetet samt att förbättringsarbetet dokumenteras
- ▶ Stärka uppföljningen av vårdgivardirektiven för att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med lagstiftning och föreskrifter
- ▶ Tillse att verksamheten löpande granskas av extern granskare i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter
- ▶ Tillse att uppföljning, analys och sammanställning av avvikelser sker i enlighet med riktlinjen för avvikelshantering
- ▶ Se över hur uppföljning sker av väsentliga nyckeltal för den rättspsykiatriska verksamheten
- ▶ Tillse att det upprättas lokala handlingsplaner för rättspsykiatri avseende samverkan med kommunerna i enlighet med den övergripande överenskommelsen avseende personer med psykisk funktionsnedsättning
- ▶ Tillse att det upprättas dokumenterade rutiner för arbetet med utslussning till rättspsykiatrisk öppenvård
- ▶ Säkerställa att det upprättas kompetensförsörjningsplaner såväl på övergripande nivå som för verksamheten

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Ansvar för rättspsykiatri är delat mellan stat och landsting. Rättsmedicinalverket genomför rättspsykiatriska undersökningar. Landstingen ansvarar för vård och behandling. Den rättspsykiatriska vården i Landstinget i Värmland (LiV) bedrivs i Kristinehamn och består av tre avdelningar; intagning (inkl. häktesplatser), rehabilitering samt rehabilitering/habilitering. Totalt finns 32 vårdplatser och cirka 85 medarbetare. Rättspsykiatriens uppdrag är att tillhandahålla vård för medborgare i Värmland som är dömda till rättspsykiatrisk vård samt för kriminalvårdspatienter som är i behov av psykiatrisk slutenvård. Det ställs samma krav på innehåll och kvalitet inom landstingens rättspsykiatriska vård som inom den övriga hälso- och sjukvården. Den rättspsykiatriska vården har därutöver krav på sig arbeta för att förebygga återfall i brott.

Under 2014 genomförde revisorerna i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion, där LiV ingår, en studie av rättspsykiatri i ett regionalt perspektiv. Syftet var att tillhandahålla kunskapsunderlag och identifiera behov av eventuella framtida fördjupade granskningar. I studien gjordes bedömningen att bristen på fungerande samverkansformer var den kortsiktigt allvarigaste risken inom rättspsykiatri. Denna risk har uppmärksammats också av samverkansnämnden i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. I nämndens aktivitetsplan för 2017 framgår att nämnden ska följa upp hur samverkan mellan de rättspsykiatriska klinikerna i sjukvårdsregionen har utvecklats.

Av det nationella rättspsykiatriska kvalitetsregistret (RättspsyK) framgår att 35 % av patienterna vid rättspsykiatriska enheten i Kristinehamn återföll i brottslig gärning under pågående vård år 2016. Det var den högsta andelen av samtliga 20 deltagande rättspsykiatriska verksamheter.

Mot bakgrund av ovanstående har revisorerna inom LiV aktualiserat en granskning av den rättspsykiatriska vården.

2.2. Syfte och revisionsfrågor

Det övergripande syftet med granskningen är att bedöma om landstingsstyrelsen (LS) säkerställer att den rättspsykiatriska vården bedrivs i enlighet med gällande regler och föreskrifter.

I granskningsuppdraget ingår att besvara följande revisionsfrågor:

- ▶ Bedrivs landstingets rättspsykiatri enligt gällande regler och föreskrifter?
- ▶ Hur sker LS styrning och uppföljning av den rättspsykiatriska verksamheten?
- ▶ Hur sker samverkan mellan rättspsykiatri och andra verksamheter inom hälso- och sjukvården?
- ▶ Hur sker samverkan mellan rättspsykiatri och verksamheter i berörda myndigheter?

- ▶ Finns en plan för att säkerställa bemanning med rätt kompetens inom rättspsykiatri?

2.3. Avgränsning

Granskningen avgränsas till att gälla rättspsykiatrisk verksamhet under 2016 och 2017 inom Landstinget i Värmland. Granskningen avgränsas till ställda revisionsfrågor.

2.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen som utgångspunkt för analys, slutsatser och bedömningar. Se bilaga 1 för beskrivning av granskningens revisionskriterier.

2.5. Metod

Granskningen har genomförts genom en kombination av flera metoder; granskning av dokument, enskilda intervjuer och gruppintervjuer. Intervjuer har genomförts med:

- ▶ Gruppintervju med LS presidium och Primärvårds- och psykiatriutskottets presidium
- ▶ Hälso- och sjukvårdschef
- ▶ Verksamhetschef rättspsykiatri och chefsöverläkare vid rättspsykiatriska enheten
- ▶ Gruppintervju med avdelningschefer vid rättspsykiatriska enheten
- ▶ Intervju med kurator vid rättspsykiatriska enheten

En källförteckning framgår av bilaga 2. Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten.

3. Styrning och uppföljning

I detta kapitel besvaras revisionsfrågorna om landstingets rättspsykiatri bedrivs enligt gällande regler och föreskrifter samt hur LS styrning och uppföljning sker av den rättspsykiatriska verksamheten.

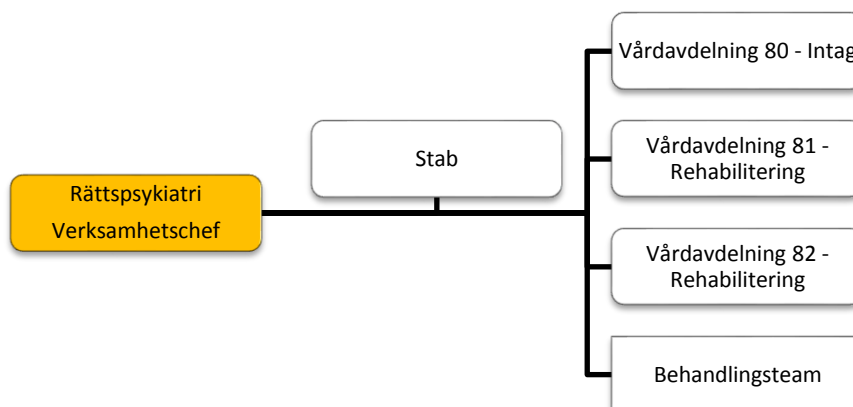
3.1. Organisation och kapacitetsutnyttjande

Rättspsykiatri i LiV är organisatoriskt placerad inom område öppenvård i enlighet med nedanstående figur.



Källa: Framtagen av EY utifrån landstingets organisation avseende rättspsykiatri. Beslutshierarki från vänster till höger.

Rättspsykiatri är placerad i Kristinehamn med 32 vårdplatser och 85 anställda. Där tillhandahålls vård för varmländska medborgare som är dömda till rättspsykiatrisk vård eller kommer från kriminalvården med speciellt psykiatriskt vårdbehov. Den rättspsykiatriska verksamheten är organiserad i enlighet med nedanstående figur.



Källa: Framtagen av EY utifrån organisationsschema för rättspsykiatri. Beslutshierarki från vänster till höger.

Den rättspsykiatriska vården i Kristinehamn består av tre vårdavdelningar; intagning (inkl. häktesplatser), rehabilitering samt rehabilitering/habilitering. Respektive vårdavdelning leds av en avdelningschef. Vidare finns avdelningschef för behandlingsteamet. För rättspsykiatri i Kristinehamn finns även en chefsöverläkare.

I Årsrapport 2016 avseende nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister framgår att den rättspsykiatriska vården i Kristinehamn bedrivs i avdelningar med säkerhetsklass 2 och 3¹. Andelen slutenvård uppgick 2016 till 82,8 procent. Rättspsykiatrin i Kristinehamn har en integrerad öppenvårdsorganisation i behandlingsteamet. Verksamheten vårdar ett antal patienter på olika platser i länet som övergått till öppenvård. Se kapitel 5 för vidare beskrivning av arbetet med öppenvårdspatienter och patienter som är färdiga för öppenvård.

Rapporten visar att rättspsykiatrin utnyttjade 29 av de 32 vårdplatser som finns i Kristinehamn under 2016. Antalet dömda värmländska patienter varierar över tid och under 2017 anges i verksamhetens årsrapport att inflödet har varit lågt. Under 2017 har verksamheten haft en beläggning (vårddygn) om 81,2 procent vilket är en ökning från 73,8 procent under 2016.

För att fylla vårdplatserna har verksamheten i större utsträckning än tidigare år sålt platser till andra landsting/regioner och därmed vårdat en större andel utomlänspatienter. Av de intervjuade framgår att verksamheten aktivt får marknadsföra och ta kontakt med andra landsting/regioner avseende de platser som verksamheten vill fylla. De platser som säljs avser patienter som är i behov av säkerhetsklass 2 och 3.

3.2. Styrning

LS styrning av den rättspsykiatriska verksamheten sker i LiV genom ett antal kanaler. Främst sker styrning genom:

- ▶ Landstingsplan, verksamhetsplan och handlingsplan
- ▶ Vårdgivardirektiv och ledningssystem

I följande kapitel beskrivs styrningen genom respektive kanal.

3.2.1. Landstingsplan, verksamhetsplan och handlingsplan

Landstingsplanen beskriver politiska prioriteringar för kommande ettårsperiod, mål, inriktning, uppdrag samt budget och investeringsplan. Planen innehåller också ekonomisk flerårsplan 2017-2019. De formulerade effektmålen ska bidra till att nå landstingets vision om "livskvalitet i världsklass". Landstingets effektmål är God folkhälsa, trygg befolkning och Nöjda patienter. I landstingsplanen finns även följande kvalitets/resultatmål för att mäta hur väl verksamheten arbetar mot effektmålen och visionen:

- ▶ Vård utan köer
- ▶ Bästa vårdkvalitet
- ▶ Inga vårdskador
- ▶ Respektfulla möten

Arbetet för att nå målen ska ske inom ramen för de ekonomiska förutsättningarna, samtidigt som en god arbetsmiljö och en hållbar utveckling beaktas. Dessa områden benämns som perspektivmål. Utöver uppdrag direkt kopplade till målen har landstingsfullmäktige beslutat om

¹ Enligt SOSFS (2006:9) delas avdelningar in i säkerhetsnivåerna 1: mycket hög, 2: hög, 3: godtagbar.

gemensamma uppdrag för 2017 inom olika arbetsområden. Landstingsfullmäktige fastställer också en mätplan för uppföljning av målen. I mätplanen finns indikatorer kopplade till alla mål.

Område öppenvård har antagit en verksamhetsplan för 2017. I planen konkretiseras landstingsplanens kvalitetsmål i enlighet med nedanstående tabell.

Mål i Landstingsplan 2017	Mål i verksamhetsplan 2017	Kommentarer
Inga vårdskador	Att implementera ett mer proaktivt arbete runt patientsäkerhet	Målet avser att stärka arbetet inom aspekterna struktur, kultur och ledningens stöd.
	Att jobba aktivt med suicidprevention och följa upp resultaten	
Bäst vårdkvalitet	Ha ett årshjul avseende uppföljning på plats 1 januari 2017	
	Vara 10 i topp i öppna jämförelser på samtliga indikatorer	
Vård utan köer	Att inte ha några patienter i kö som inte fått sina behov tillgodosedda	
Respektfulla möten	Att förtroendet för verksamheterna inom område öppenvård är bland de 10 bästa i Sverige	

I verksamhetsplanen har även prioriterade aktiviteter formulerats avseende område öppenvård för 2017.

Inom område öppenvård har varje verksamhet tagit fram en egen handlingsplan utifrån områdets verksamhetsplan. Rättspsykiatrins handlingsplan innehåller mål, aktiviteter, mätetal, förväntat resultat och tidplan. I nedanstående tabell följer exempel från verksamhetens handlingsplan.

Aktivitet	Mål och mätetal	Förväntat resultat	Tidplan
Internutbildning om intagningsavdelningen som är en avdelning med högre säkerhetsklassificering.	All avdelningspersonal ska ha kunskap om arbete på alla verksamhetens avdelningar för att möjliggöra resursutnyttjande över avdelningsgränser.	Trygga medarbetare och patienter. Högre patientsäkerhet och bättre arbetsmiljö.	Under 2017.
	Mätetal: 100 % av all avdelningspersonal ska genomgå utbildningen.	Mätetal: 75 % har genomgått utbildningen.	

Enligt representanter från rättspsykiatri fungerar målarbetet i huvudsak väl. Verksamheten är i hög utsträckning lagstyrd och skiljer sig på flera sätt från verksamheterna inom område öppenvård. Enligt de intervjuade medför detta att verksamheten i högre utsträckning får anpassa målen för verksamheten. Det uppges att det finnas utmaningar för verksamheten att bryta ner vissa av målen eftersom de inte är tillämpliga. Exempelvis anges att målet om vård utan köer inte är tillämpligt för verksamheten.

Av genomförda intervjuer framgår att handlingsplanen för 2017 främst är framtagen av verksamhetschefen. Det uppges däremot att handlingsplanen för 2018 är framtagen i ledningsgruppen. Intervjuade avdelningschefer ser positivt på att handlingsplanen nu tas fram i ledningsgruppen. Detta eftersom det upplevs öka delaktigheten vilket underlättar implementering av planen på respektive avdelning. Handlingsplanen förankras hos medarbetarna på arbetsplatsträff (APT). De intervjuade avdelningscheferna ser även positivt på att handlingsplanen för 2018 har en tydligare koppling till kvalitetsregistret för rättspsykiatri.

3.2.2. Vårdgivardirektiv och ledningssystem

LS har fastställt två vårdgivardirektiv som är särskilt aktuella för den rättspsykiatriska verksamheten:

- ▶ Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
- ▶ Säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Vårdgivardirektiven gäller från och med 2016-11-01 fram till och med 2019-10-31. Syftet med vårdgivardirektiven är att säkerställa att det inom landstinget finns sådana processer och rutiner som behövs för att verksamheten ska uppfylla de krav som ställs i lagar och föreskrifter samt eventuellt ytterligare krav som LS ställer. Vårdgivardirektiven ska också tydliggöra ansvarsfördelning i organisationen.

I vårdgivardirektiven framgår fördelning av ansvar till funktioner inom den rättspsykiatriska verksamheten. Fördelningen avser bland annat att säkerställa rutiner och uppföljning inom specificerade områden utifrån kraven i lagstiftning och föreskrifter och LS beslut. Av vårdgivardirektiven framgår att verksamhetschefen ansvarar för att det finns dokumenterade rutiner i enlighet med ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete. Vidare framgår att vårdgivardirektiven ska finnas tillgängliga i ledningssystemet.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) ska systemet bland annat fastställa principer för ledning av verksamheten, säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten samt att det sker systematisk uppföljning, utvärdering och kontroll av att verksamheten bedrivs i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet. Granskningen visar att landstinget har ett övergripande ledningssystem i vilket ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vara integrerat. LS har antagit ett vårdgivardirektiv för arbetet med ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det antagna vårdgivardirektivet beskriver övergripande hur kvalitetsarbetet ska bedrivas och hur ansvar fördelas i arbetet. Däremot framgår att direktivet utgår från den organisation som landstinget hade under 2015 och är därför inte helt tillämpligt. Enligt uppgift pågår arbete med att utarbeta

riktlinjer för arbetet med ledningssystemet. Det uppges att det i dagsläget saknas tydliga riktlinjer för hur verksamheterna ska arbeta utifrån ledningssystemet.

Enligt representanter från rättspsykiatri är huvuddelen av verksamhetens rutiner samlade i ledningssystemet. Avvikelsehantering är en väsentlig del inom ramen för ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet. Landstingsdirektören har fastställt riktlinjer för avvikelsehanteringen i LiV som gäller från och med 2014-01-01 till och med 2018-03-31. Avvikelsehanteringen avser att rapportera tillbud, negativa händelser och skador som avvikelser samt att analysera och åtgärda dessa. Detta för att undvika att händelsen upprepas. Av riktlinjerna framgår ansvar för rapportering och handläggning. Det framgår att varje verksamhetschef har ansvaret för avvikelsehantering inom sitt område och för att lokala rutiner finns. I riktlinjerna beskrivs även metod för rapportering och handläggning, process för avvikelsehantering samt hur och när uppföljning sker.

3.2.3. Verksamhetsrutiner

Av genomförda intervjuer med representanter från rättspsykiatri framgår att ledningssystemet är under implementering. Det uppges att ledningssystemet bidrar till att rutinerna är samlade och att rutinerna ses över. I ledningssystemet skickas påminnelser till rutinansvariga när en rutin ska ses över.

Som anges ovan i kapitel 3.2.2 specificerar vårdgivardirektiven, ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete samt riktlinjen för avvikelsehantering dokumenterade rutiner som ska finnas för verksamheten. Detta utifrån krav i lagstiftning, föreskrifter och LS beslut. I nedan tabeller jämförs verksamhetens rutiner i förhållande till dessa krav. Grönt innebär att kraven är uppfyllda, gul att kraven delvis är uppfyllda och rött att kraven inte är uppfyllda/rutin saknas.

Krav i vårdgivardirektiv: Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård	Verksamhetsrutin
Dokumenterade rutiner som säkerställer inskränkningar i en patients rätt att:	
Inneha viss egendom	Utkast på rutin
Ta emot eller skicka försändelser	
Ta emot besök	
Använda telefon eller med andra tekniska hjälpmedel kontakta utomstående endast får ske med stöd av lag	
Dokumenterade rutiner i enlighet med ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete²	
Krav i vårdgivardirektiv: Säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård	Verksamhetsrutin

² Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) ska verksamheten identifiera, beskriva och fastställa de processer och rutiner i verksamheten som behövs för att säkra kvalitet. Vidare ska verksamheten säkerställa ett systematiskt förbättringsarbete genom riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser. Kvalitetsarbetet ska dokumenteras.

Inre säkerhet	
Dokumenterade rutiner för inre säkerhet som beskriver hur den individuellt anpassade vården ska bidra till att säkerheten upprätthålls i vårdrelation, vårdplan samt i vårdmiljö	
Dokumenterade rutiner för samverkan med beroendevård och primärvård, kommunernas hälso- och sjukvård samt socialtjänsten	
Dokumenterade rutiner så att hälso- och sjukvårdspersonalen regelbundet genomgår säkerhetsutbildning	
Dokumenterade rutiner för vilka åtgärder medarbetarna ska vidta om en patient på egen hand eller med hjälp av utomstående försöker avvika eller avviker från verksamheten	
Yttre säkerhet	
Dokumenterade rutiner för hur skalskyddet ska vara utformat	
Dokumenterade rutiner för hur en säkerhetshandling ska upprättas för varje avdelning och hur denna kontinuerligt ska uppdateras	
Dokumenterade rutiner för säkerheten när en patient vistas med personal utanför verksamhetens område, t ex vid ledsagning eller transporter	
Dokumenterade samverkansrutiner med polisen när en patient vistas med personal utanför verksamhetens område, t ex vid ledsagning eller transporter	
Placering av patienter	
Dokumenterade rutiner för hur strukturerade individuella bedömning av patientens rymningsbenägenhet och benägenhet att skada sig själv eller någon annan	

Krav i Riktlinje för avvikelshantering	Verksamhetsrutin
Lokala rutiner för avvikelserapportering	*

* Det uppges att verksamheten arbetar utifrån den landstingsövergripande riktlinjen och att denna utgör ett tillräckligt stöd för verksamheten.

Utifrån vårdgivardirektivet för säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård har verksamheten antagit en handlingsplan för egenkontroll som följs upp två gånger per år.

Utöver de krav om dokumenterade rutiner som framgår av tabellerna ovan ställs ytterligare krav på verksamheten i vårdgivardirektiven utifrån lagstiftning och föreskrifter. Bland annat anges att verksamheten som en del av sin uppföljning regelbundet ska granskas av extern granskare. Det uppges att det finns planer tillsammans med rättspsykiatriska kliniker i Örebro och Sala avseende granskning av varandras verksamheter. Däremot uppges att sådan granskning inte sker i dagsläget.

Ett annat centralt område i vårdgivardirektiven avser upprättande av vårdplan med delaktighet och inflytande från patienten, uppföljning av vårdplan samt omprövning av vårdplan vid behov. Vidare ska vårdplan upprättas i samråd med de aktörer som patienten har behov av insatser från, såsom socialtjänst och primärvård. Granskningen visar att verksamheten har fastställt dokumenterade rutiner för upprättande, uppföljning och omprövning av vårdplan samt för arbetet med samordnad vårdplan när en patient går över i öppenvård. I rutinerna anges även hur patienten ska ges möjlighet att delta i vårdplaneringen. De intervjuade uppger att det finns utmaningar i arbetet med vårdplaner, framförallt avseende att skapa delaktighet och engagemang hos patienterna. Det uppges däremot att verksamheten arbetar för att skapa

delaktighet hos patienterna när det är möjligt samt med att säkerställa att vårdplanen hålls levande. Verksamheten arbetar även med att skapa delaktighet i vården genom månatliga brukarrådsmöten.

Enligt intervjuade representanter från rättspsykiatri fungerar arbetet med dokumenterade rutiner i huvudsak väl. I samband med upprättande av rutiner går rutinförslagen ut på remiss till samtliga berörda medarbetare och vid fastställande skickas informationsmail till medarbetarna. Vidare förankras rutinerna på APT.

Det uppges att arbetet med dokumenterade rutiner ses som viktigt för att skapa ett enhetligt arbetssätt eftersom lagstiftningen för verksamheten i flera fall är tolkningsbar. I och med att verksamheten i hög utsträckning är lagstyrd och omfattas av flera lagar uppges det vara viktigt att ständigt bevaka lagändringar. Enligt de intervjuade finns flera forum för bevakning av lagändringar, såsom externa utbildningar och grenrådsmöten med andra rättspsykiatriska kliniker. Landstingsjuristen har även i uppdrag att bevaka förändringar i lagstiftningen. De intervjuade uppger däremot att det ses som ett utvecklingsområde att landstingsjuristens information endast översänds till verksamhetschef. Enligt de intervjuade har det förekommit att lagändringar inte direkt har uppmärksammats vilket i förlängningen inneburit delvis inaktuella rutiner för vissa områden. Verksamheten har förstärkt bevakningen av lagändringar genom att en av vårdadministratörerna har fått i uppdrag att bevaka lagändringar.

3.3. Uppföljning

3.3.1. Ordinarie verksamhetsuppföljning

Landstingets verksamhet följs upp och analyseras tre gånger per år genom två delårsrapporter och en årsredovisning. Verksamheterna tar fram delårsrapporter/periodrapporter och årsrapport. Verksamheternas rapporter ligger till grund för respektive områdes rapporter som i sin tur ligger till grund för de samlade delårsrapporterna och årsredovisningen som rapporteras till LS. LS följer även upp verksamheten månatligen genom en *månadsrapport*. I månadsrapporten redovisas resultat utifrån de övergripande målen.

Av genomförda intervjuer framgår att verksamheten följer upp aktiviteter och mål i handlingsplanen på APT. För 2018 har verksamheten i handlingsplanen fastställt tidplan för uppföljning av respektive mål i handlingsplanen.

Verksamheten har under året tagit fram delårsrapporter och årsrapport. I rapporterna beskrivs verksamhetens arbete utifrån målen i områdets verksamhetsplan och landstingsplanen³ med koppling till mål och aktiviteter i verksamhetens handlingsplan. Det framgår däremot att vissa av måtetalen i handlingsplanen inte följs upp i rapporterna. Av verksamhetens årsrapport för 2017 framgår att verksamheten inte nådde följande mål:

- ▶ 100 procent av patienter utför 30 minuter fysisk aktivitet/dag (förväntat resultat är 75 procent)

³ Uppföljning sker av kvalitetsmålen/resultatmålen samt perspektivmålen.

- ▶ 100 procent av patienterna ska ha Body Mass Index (BMI) < 30 (förväntat resultat är 75 procent)

Målet om fysisk aktivitet har följts upp två gånger under året. Uppföljningen visar en ökning av utförd aktivitet under året även om inte målet eller det förväntade resultatet nåddes. Uppföljning visar även på att 58 procent av patienterna har ett BMI under 30. I årsrapporten anges att det pågår arbete för att öka aktivitetsutbudet. Mätningar av patienternas upplevelse av aktivitetsutbudet visar på ökad nöjdhet.

Av genomförda intervjuer framgår verksamhetens delårsrapporter och årsrapport både skriftligen och muntligen rapporteras till områdesledningen. Utöver verksamhetsuppföljning på områdesnivå i samband med delårsrapporter och årsrapport sker viss uppföljning genom att områdesledningen träffas varannan vecka.

I område öppenvårds delårsrapporter och årsrapport sker viss uppföljning av rättspsykiatriens arbete mot målen. Däremot sker ingen redovisning av måluppfyllelse utifrån verksamhetens nedbrutna mål i handlingsplanen. Några av de intervjuade representanterna från den rättspsykiatriska verksamheten uppger att väsentliga frågor för verksamheten i dagsläget riskerar att inte uppmärksammas på områdesnivå och i områdets rapportering.

I landstingets samlade delårsrapporter för 2017 sker begränsad uppföljning av den rättspsykiatriska verksamheten. Den information som lämnas avseende verksamheten avser främst de ökade intäkterna för att verksamheten i större omfattning än tidigare sålt platser för utomlänspatienter.

Av intervju med LS presidium och primärvårds- och psykiatriutskottets presidium (presidierna) framgår att strukturen för uppföljning genom delårsrapporter och årsredovisning tillsammans med månadsrapporterna upplevs fungera väl. Presidierna uppger att det inte skett någon särskild verksamhetsuppföljning av den rättspsykiatriska verksamheten men att det ligger i planeringen för 2018. Det uppges även att det pågår arbete med att ta fram ett schema för den särskilda verksamhetsuppföljningen och verksamhetsbesök för primärvårds- och psykiatriutskottet. Detta för att säkerställa att alla verksamheter besöks med viss frekvens.

Enligt hälso- och sjukvårdschefen samt presidierna är det viktigt att politiken fokuserar på rätt områden och att det inte är möjligt att i detalj följa upp alla verksamheter årligen. Riskanalysen och den interna kontrollen används för att årligen välja ut verksamheter som ska följas särskilt avseende arbetet mot landstingets mål. Den rättspsykiatriska verksamheten har utifrån riskanalys inte valts ut att ingå i den interna kontrollen.

3.3.2. Uppföljning utifrån vårdgivardirektiv

Vårdgivardirektiven ska årligen följas upp och rapporteras till LS. Det framgår att LS i början av 2017 följde upp vårdgivardirektiv för 2016⁴. Uppföljningen gjordes i form av en övergripande

⁴ Vid tillfälle för granskningen har utkast på uppföljning av vårdgivardirektiven för 2017 presenterats. Uppföljningen följer samma struktur som 2016.

sammanställning där det på övergripande nivå fylldes i hur en verksamhet säkerställde följsamhet till vårdgivardirektiven. Däremot gjordes ingen uppföljning av om den rättspsykiatriska verksamheten säkerställt följsamhet till de specifika kraven i de två vårdgivardirektiv som är riktade till verksamheten. Enligt verksamhetschef för kunskapscentrum som ansvarar för arbetet med vårdgivardirektiven pågår en översyn kring processen för vårdgivardirektiven. Det uppges att vårdgivardirektiven i grunden fungerar väl men att uppföljningen är för övergripande och inte ger information om huruvida direktiven efterlevs. Även de intervjuade presidierna menar att större fokus kan läggas på uppföljning av direktiven.

3.3.3. Avvikelsehantering

Avvikelseanmälan sker i landstingets system för avvikelsehantering. Enligt riktlinjen för avvikelsehantering har chefer på alla nivåer ansvar för att analysera, sammanställa, följa upp samt vidta åtgärder utifrån rapporterade avvikelser. Vidare anges att det i samband med delårsrapportering ska efterfrågas frekvens av inrapporterade avvikelser som drabbat patient, samt kommentar avseende vidtagna åtgärder. Avvikelser som drabbar patient summeras på årsbasis i patientsäkerhetsberättelse för LiV som rapporteras till LS.

Avdelningscheferna för rättspsykiatri får sammanställning av avvikelser månatligen från avvikelseanmälanssystemet. Av genomförda intervjuer framgår att verksamheten löpande följer upp avvikelser och åtgärder på APT. De verksamhetsövergripande avvikelserna följs upp på ledningsgruppens möten. Däremot sker ingen verksamhetsövergripande sammanställning över avvikelserna även om verksamheten planerar att upprätta en sådan. Enligt de intervjuade avser avvikelserna främst hot och våld samt läkemedel. Det uppges att verksamheten inte har mottagit någon återkoppling från områdesledning eller landstingsledningen utifrån verksamhetens avvikelseanmälan.

Av verksamhetens delårsrapporter kommenteras särskilda avvikelser om åtgärder har vidtagits. Det sker däremot ingen sammanställning av rapporterade avvikelser. I delårsrapporter och årsrapport för område öppenvård sker inte heller någon uppföljning eller sammanställning av rapporterade avvikelser, varken på områdesnivå eller för rättspsykiatri. I landstingets patientsäkerhetsberättelse för 2017 framkommer att landstinget medverkat i en första nationell mätning av förekomst av vårdskador inom allmän- och rättspsykiatrisk verksamhet. Det anges att resultat kommer att sammanställas och redovisas av Sveriges Kommuner och Landsting under 2018. Däremot sker ingen sammanställning av avvikelseanmälan inom rättspsykiatri.

3.3.4. Nyckeltal och statistik

Det nationella rättspsykiatriska kvalitetsregistret RättspsyK publicerar årligen en årsrapport. Syftet med kvalitetsregistret är att ge underlag till förbättringsarbete och klinisk forskning för att ge patienterna en trygg och säker vård. Den rättspsykiatriska verksamheten i Kristinehamn deltar i registret.

Fyra måttal har formulerats för registret som helhet på nationell nivå med avsikt att lyfta fram några områden som är viktiga för rättspsykiatri. De fyra måttalen är psykisk hälsa, fysisk

hälsa, BMI samt återfall i brottslig gärning. Totalt följs 22 indikatorer upp i registret. I nedanstående diagram redovisas ett urval av indikatorer över där den rättspsykiatriska vården i Kristinehamn visar på sämre resultat än riket.

Diagram 1: Andel patienter som återfallit i brottslig gärning under pågående vård, slutenvård

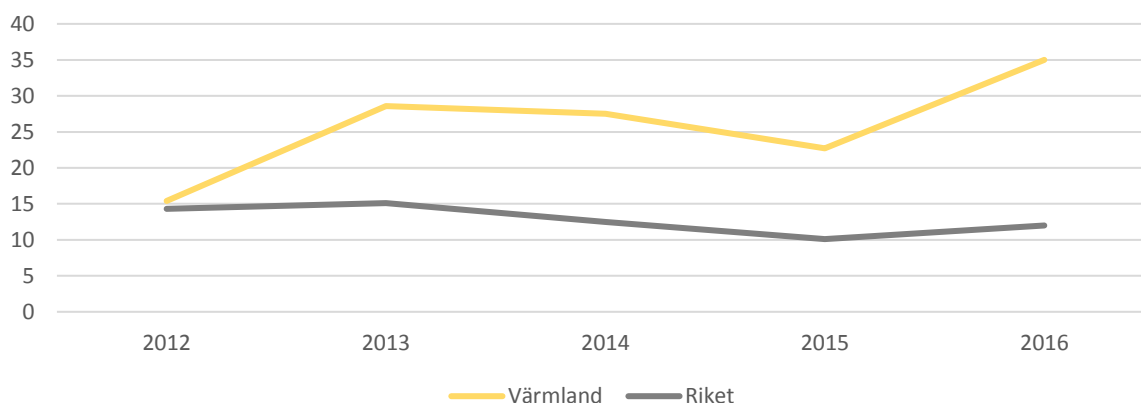
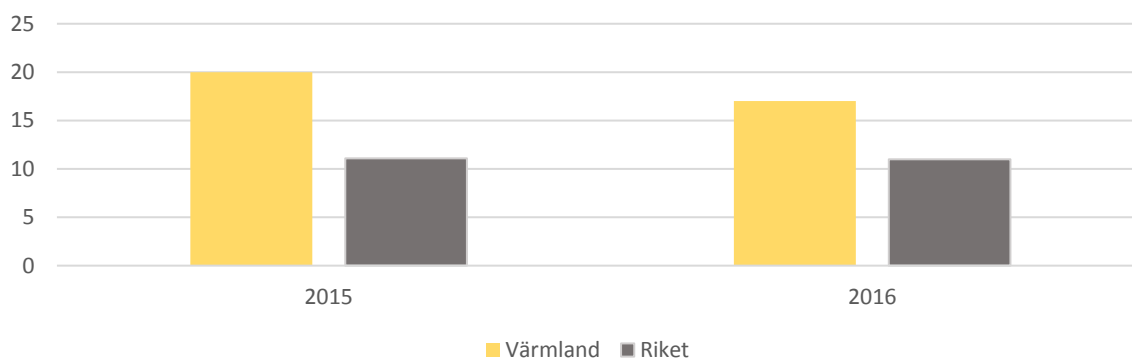


Diagram 2: Andel patienter som är färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård men trots detta fortfarande vårdas i slutenvård



Enligt de intervjuade representanterna från rättspsykiatrin är redovisningen av återfall i brottslighet till viss del missvisande. Det uppges finnas skillnader i hur olika klinikerna väljer att registrera resultat för indikatorn. Den rättspsykiatriska verksamheten i Kristinehamn registrerar alla handlingar där polisanmälan har gjorts eller om handlingen ger grund för polisanmälan. Flera andra enheter uppges endast registrera de fall där polisanmälan är gjord.

Enligt de intervjuade finns utmaningar för vissa kommuner i Värmland att ta emot patienter vilket utgör huvudorsaken till den högre andel patienter i Kristinehamn som är färdiga för öppenvård men trots detta fortfarande vårdas i slutenvården. Samverkan avseende utslussning till öppenvård beskrivs vidare i kapitel 4.1. Även för denna indikator uppges det finnas vissa skillnader i hur de olika klinikerna arbetar. Enligt de intervjuade skriver inte rättspsykiatrin ut patienter i öppenvård förrän berörd kommun har säkerställt ett lämpligt mottagande. Vid intervjuer framkommer att landstinget inte fört någon diskussion med kommunerna kring betalning av utskrivningsklara patienter, enligt lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård.

Rättspsykiatrin i Kristinehamn har även positiva avvikelser i jämförelse med riket för ett antal indikatorer. Av årsrapporten från 2016 framgår att Kristinehamn når det nationella målvärdet om andel patienter med BMI över eller lika med 30 (lägre än 37 procent). Målet nås inte för riket. Det framgår vidare att andel patienter med genomförd riskanalys uppgår till 100 procent i Kristinehamn medan andelen för riket uppgår till 89 procent.

Av genomförda intervjuer med representanter från rättspsykiatrin framgår att resultatet av indikatorerna i kvalitetsregistret kommuniceras till medarbetarna. Avdelningarna har även varit delaktiga i de kvalitetsgenomgångar som ligger till grund för registrets datainsamling. Enligt avdelningscheferna har resultaten i kvalitetsregistret inte använts så mycket i verksamhetens utvecklingsarbete. Däremot uppges att verksamheten i handlingsplanen för 2018 i större utsträckning utgått från registrets resultat för att sätta målvärden.

Granskningen visar att det inte sker någon dokumenterad uppföljning avseende nyckeltal eller måluppfyllelse för den rättspsykiatriska verksamheten på områdesnivå eller till LS. Enligt presidierna kan det finnas anledning att följa upp nyckeltal för verksamheten där det finns avvikelser.

3.4. Vår bedömning

LS har enligt kommunallagen ansvar att inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Krav på styrning av den rättspsykiatriska verksamheten framgår i hälso- och sjukvårdslagen, lagen om rättspsykiatrisk vård, lagen om psykiatrisk tvångsvård och socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:18, SOSFS 2006:9 och SOSFS 2011:9).

Enligt vår bedömning har LS i huvudsak säkerställt en ändamålsenlig styrning av den rättspsykiatriska verksamheten. Arbetet utifrån landstingsplanen och med vårdgivardirektiven utgör en god struktur för att verksamheten ska bedrivas i enlighet med gällande regler och föreskrifter samt landstingsfullmäktiges mål och uppdrag. Enligt vår bedömning finns däremot vissa brister i styrningen avseende ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet både på övergripande nivå och på verksamhetsnivå. De övergripande styrdokumenterna för det systematiska kvalitetsarbetet är inte helt aktuella och det saknas lokala rutiner för- och dokumentation av det systematiska förbättringsarbetet avseende riskanalys, egenkontroll och utredning av avvikelser.

Utöver LS ansvar för uppföljning enligt kommunallagen finns ytterligare krav avseende uppföljning, rapportering och egenkontroll i gällande lagstiftning och föreskrifter. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska verksamheten löpande utvecklas och säkras. Vårdgivaren ska, enligt Socialstyrelsens föreskrifter, med stöd av ledningssystem planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska verksamheten löpande följas upp så att den ges i överensstämmelse med lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård. Vidare ska verksamheten som en del av sin uppföljning tillse löpande granskning av extern granskare.

Enligt vår bedömning har LS inte i tillräcklig utsträckning säkerställt en ändamålsenlig uppföljning av den rättspsykiatriska verksamheten. Vi bedömer att uppföljningen på områdesnivå och på landstingsövergripande nivå samt uppföljning av vårdgivardirektiv ger begränsade möjligheter att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med landstingsfullmäktiges mål samt gällande regler och föreskrifter. Uppföljningen av vårdgivardirektiven är övergripande och ger inte information om verksamheten följer de specifika kraven i vårdgivardirektiven. Vidare bedömer vi det som en brist att verksamheten inte löpande granskas av extern granskare enligt Socialstyrelsens föreskrifter. I dagsläget sker ingen extern granskning av verksamheten. Enligt vår bedömning finns även brister avseende uppföljning och sammanställning av avvikelser för verksamheten. Detta skapar risk för att avvikelser inte hanteras systematiskt och kommer till förvaltningens och styrelsens kännedom. Granskningen visar att uppföljning av avvikelser sker på verksamhetsnivå men att det inte sker någon verksamhetsövergripande sammanställning eller dokumenterad analys av avvikelserna.

4. Samverkan

I detta kapitel besvaras revisionsfrågorna om hur samverkan sker mellan rättspsykiatri och andra verksamheter inom hälso- och sjukvården samt med andra berörda myndigheter.

4.1. Samverkan gällande utslussning och rättspsykiatrisk öppenvård

En stor del av verksamhetens samverkan både inom hälso- och sjukvården och med andra berörda verksamheter sker i samband med utslussning till- och i samband med rättspsykiatrisk öppenvård. Kommunerna i Värmland är en viktig samverkanspart för den rättspsykiatriska verksamheten i samband med patienters övergång från sluten rättspsykiatrisk vård till öppen rättspsykiatrisk vård. Landstingsfullmäktige antog under 2013 en övergripande överenskommelse med kommunerna i Värmland avseende personer med psykisk funktionsnedsättning. Den övergripande överenskommelsen inkluderar den rättspsykiatriska verksamheten. Överenskommelsen beskriver övergripande syfte-, organisation- och ansvarsfördelning gällande samverkan. Enligt överenskommelsen ska handlingsplaner utarbetas för specifika målgrupper mellan de parter som berörs. I överenskommelsen anges även vad som ska framgå i handlingsplanerna.

Granskningen visar att det saknas lokala handlingsplaner, dokumenterade överenskommelser eller avtal mellan rättspsykiatri och kommunerna. De intervjuade menar att det finns behov av att stärka den formella samverkan med kommunerna och att denna bryts ner på lokal nivå. Det uppges att det pågår arbete med att ta fram övergripande samverkansavtal med samtliga kommuner i Värmland inför regionbildning.

Av genomförda intervjuer framgår att kontakten med kommunerna upplevs fungera väl och att verksamheten har inarbetade former för utslussning till öppenvård. Däremot uppges att det i stort saknas dokumenterade rutiner för utslussning till öppenvård och samverkan med kommunerna. Detta med undantag för rutin gällande samordnad vårdplan som upprättas i samråd med berörda parter. Enligt uppgift arbetar verksamheten med att ta fram dokumenterade rutiner för arbetet med utslussning till öppenvård.

Vidare framgår att det finns utmaningar avseende vissa kommunernas förutsättningar att ta hand om patienterna, exempelvis på grund av låg tillgång på ändamålsenliga boendeformer och möjligheter till sysselsättning. När det finns utmaningar i kommunernas mottagande kan det ta lång tid innan patienterna går ut i öppenvård. På grund av utmaningarna för vissa av kommunerna uppges det som svårt att nå en jämlik vård.

Avseende patienter i rättspsykiatrisk öppenvård samverkar verksamheten även löpande med landstingsverksamheter på de orter som patienten är placerad. Enligt de intervjuade fungerar samverkan väl. I och med att samverkan avser ett fåtal patienter, är oregelbunden och kan variera avseende vilka parter som är involverade finns inga övergripande dokumenterade rutiner.

4.2. Kunskapsstyrning och samverkan mellan rättspsykiatriska verksamheter

Som framgår av kapitel 3.2.3 deltar den rättspsykiatriska verksamheten i grenrådsmöten med andra rättspsykiatriska klinker inom Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. Syftet med grenrådet är att arbeta för likvärdiga vårdinsatser i linje med nationella riktlinjer. Samverkansnämnden i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion beslutade under 2014 att uppdra åt landstingsdirektörerna att stimulera ökat samarbete mellan de rättspsykiatriska klinikerna. Av uppföljning till samverkansnämnden under 2016 framgår att det finns styrgrupp för utvecklingsarbetet. Det anges även att grenrådsmöten sker två gånger per år. Vidare beskrivs områden där behov finns av fördjupad samverkan, exempelvis avseende att förtydliga frågor kring vårdinnehåll och vårdkvalitet. I samverkansnämndens aktivitetsplan för 2017 framgår att nämnden ska följa upp hur samverkan mellan de rättspsykiatriska klinikerna i sjukvårdsregionen har utvecklats. Däremot framgår ingen information om samverkansutvecklingen i återrapporteringen av aktivitetsplanen för 2017.

I LiV finns ett kunskapscentrum som har i uppdrag att bidra till en kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård genom att samordna och utveckla kunskapsstyrning, klinisk forskning, utbildning och kompetensutveckling. De intervjuade representanterna från rättspsykiatrin uppger att samverkan sker med kunskapscentrum som bland annat stödjer verksamheten med utbildning.

Kunskapscentrum arbetar även med att etablera strukturerade former för kunskapsstyrning utifrån SKLs mål och rekommendationer avseende kunskapsbaserad och jämlik vård.

4.3. Övrig samverkan

Av genomförda intervjuer med representanter från rättspsykiatrin framgår att det sker löpande samverkan med kriminalvården. Den rättspsykiatriska verksamheten vårdar kriminalvårdspatienter som är i behov av psykiatrisk slutenvård. För samverkan finns tecknat avtal och verksamheterna har regelbundna möten. De intervjuade uppger även att det finns en väl fungerande samverkan med den allmänpsykiatriska slutenvården med regelbundna möten. Vidare har den rättspsykiatriska verksamheten ett avtal med Kristinehamns kommuns arbetsmarknadsenhet avseende sysselsättning för patienter under vårdtiden.

Enligt de intervjuade representanterna från rättspsykiatrin finns ytterligare samverkan med olika aktörer. De intervjuade representanterna från rättspsykiatrin uppger bland annat att det finns samverkan med polisen avseende bland annat provtagning och narkotikafrågor.

4.4. Vår bedömning

I hälso- och sjukvårdslagen framgår att landstinget ska samverka i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. I frågor om hälso- och sjukvård som berör flera landsting ska landstingen samverka. Landstinget ska även ingå överenskommelse med kommunen om ett samarbete ifråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter framgår att om en patient har behov av insatser från socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården, primärvården eller den psykiatriska öppenvården, ska vårdplanen upprättas i samråd med dessa. Vidare anges att den

rättspsykiatriska verksamheten ska ha dokumenterade rutiner för samverkan med beroendevård och primärvård, kommunernas hälso- och sjukvård samt socialtjänsten.

Av granskningen framgår att det på övergripande nivå finns en överenskommelse med kommunerna i Värmland avseende personer med psykisk funktionsnedsättning som inkluderar den rättspsykiatriska verksamheten. Däremot framgår att det saknas handlingsplaner på lokal nivå avseende samverkan om patienter inom rättspsykiatri. Det uppges även i intervjuer att det finns behov av att stärka den formella samverkan med kommunerna.

Av granskningen framgår att det sker löpande samverkan med kommunerna och landstingsverksamhet i samband med utslussning av patienter till öppen rättspsykiatrisk vård. Samverkan upplevs i huvudsak fungera väl men att det i stort saknas dokumenterade rutiner för utslussning till öppenvård. Detta med undantag för rutin gällande samordnad vårdplan som upprättas i samråd med berörda parter.

Enligt vår bedömning har LS på övergripande nivå i huvudsak säkerställt en ändamålsenlig samverkan utifrån kraven i lagstiftningen. Däremot bedömer vi det som en brist att det saknas lokala handlingsplaner för den rättspsykiatriska verksamhetens samverkan med kommunerna samt tydliga dokumenterade rutiner för samverkan i samband med utslussning till rättspsykiatrisk öppenvård.

5. Kompetensförsörjning

I detta kapitel besvaras revisionsfrågan om det finns en plan för att säkerställa bemanning med rätt kompetens inom rättspsykiatri.

5.1. Övergripande arbete med kompetensförsörjning

Landstingsfullmäktige har antagit perspektivmål om hållbart arbetsliv. Målet innebär bland annat att landstinget ska ha en god systematik och proaktiv planering för en tryggad kompetensförsörjning. Vidare framgår att personalstrategin anger landstingets övergripande målsättning inom personalområdet.

LS har antagit en övergripande personalstrategi för 2016-2018. Av strategin framgår att LiV strävar efter att uppnå målen för hälso- och sjukvården inom ramen för de ekonomiska förutsättningarna, samtidigt som en god arbetsmiljö och en hållbar utveckling beaktas. Det anges att strategin ska underlätta planering och systematik. All kompetensförsörjning ska utgå från landstingets behov av och tillgång till kompetens. En tydlig lönepolitik ska ge förutsättningar för en väl fungerande verksamhet, där arbetsgivaren kan rekrytera, motivera, utveckla och behålla medarbetare och därmed trygga kompetensförsörjningen.

I landstingsplanen framgår att verksamheterna under 2017 ska, utifrån landstingets perspektivmål om hållbart arbetsliv, vidareutveckla sina kompetensförsörjningsplaner i enlighet med landstingets strategiska plan för kompetensförsörjning. Av granskningen framgår däremot att den övergripande kompetensförsörjningsplanen inte är uppdaterad och avser perioden 2010-2013. Enligt uppgift pågår arbete med att ta fram en ny övergripande kompetensförsörjningsplan.

Av genomförda intervjuer framgår att det i dagsläget saknas en kompetensförsörjningsplan för område öppenvård. Enligt de intervjuade fanns det tidigare en plan på divisionsnivå men att det ännu inte tagits fram någon områdesplan sedan omorganisationen. Enligt de intervjuade presidierna pågår arbete med kompetensanalyser och kompetensförsörjningsplan på områdesnivå.

5.2. Verksamhetens kompetensförsörjningsarbete

Det finns ingen dokumenterad kompetensförsörjningsplan för den rättspsykiatriska verksamheten. Däremot sker uppföljning och analys av verksamhetens kompetensläge och kompetensförsörjningsarbete i verksamhetens delårsrapporter och årsrapport utifrån målet om hållbart arbetsliv.

Av genomförda intervjuer framgår att det finns en utmaning i att rekrytera sjuksköterskor inom rättspsykiatri, liksom för andra verksamheter i landstinget. Det uppges att verksamheten en period under året endast haft 8,5 sjukskötersketjänster tillsatta av de 17 som är budgeterat. Det framgår att verksamheten under 2017 utifrån den övergripande planen för strategisk kompetensförsörjning har infört en lönestege för sjuksköterskor. Verksamheten har även under året rekryterat fyra nya sjuksköterskor. Utöver personalbrist gällande sjuksköterskor uppges att kompetensläget i verksamheten i övrigt är tillfredsställande.

Verksamheten har under 2017 följt upp resultaten av genomförd medarbetarenkät. Medarbetarenkäten visade på behov av utveckling avseende motivation, samarbete inom enheten och öppenhet i kommunikation. Verksamheten har tagit fram en handlingsplan för arbetet utifrån medarbetarenkäten. Det framgår att verksamheten arbetar med workshops för att diskutera och arbeta utifrån de identifierade områdena. Vidare sker arbete med värdegrundsarbete och ökade möjligheter till aktiviteter under arbetstid.

Avseende kompetensutveckling framgår att verksamheten under året har erbjudit medarbetare att delta i ett antal utbildningar. I handlingsplanen för 2017 finns flera aktiviteter avseende handledning och utbildningar för personalen. Av verksamhetens årsrapport för 2017 framgår att verksamheten bland annat genomfört handledning inom olika områden med externa handledare samt genomfört en utbildning i riskbedömningsinstrument.

5.3. Samverkan avseende personal och kompetensförsörjning

Av genomförda intervjuer framgår att det sker viss samverkan inom LiV gällande personal och kompetensförsörjning. Enligt de intervjuade har verksamheten vid ett antal tillfällen hjälpt den allmänpsykiatriska slutenvården avseende personal i akuta situationer. Vidare sker kommunikation när det finns möjlighet för sjuksköterskor att ta extra pass på andra håll inom landstinget. Den rättspsykiatriska verksamheten har från beroendecentrum fått hjälp med beredskap och läkare. Se även kapitel 4.2 avseende samverkan med kunskapscentrum. Enligt de intervjuade representanterna från rättspsykiatrin finns behov av utökad samverkan kring personal och kompetensförsörjning inom LiV. Det uppges att det saknas interna samverkansavtal avseende personal om kompetensutbyte inom LiV.

5.4. Vår bedömning

På övergripande nivå har landstingsfullmäktige antagit ett perspektivmål avseende hållbart arbetsliv som inkluderar målsättning kring kompetensförsörjning i landstinget. I landstingsplanen anges vidare att verksamheterna ska vidareutveckla sina kompetensförsörjningsplaner i enlighet med landstingets strategiska plan för kompetensförsörjning.

Målsättningen om hållbart arbetsliv kompletteras på övergripande nivå av den personalstrategi som LS har antagit. Däremot framgår att det i dagsläget saknas en aktuell övergripande kompetensförsörjningsplan. Vidare saknas en kompetensförsörjningsplan för område öppenvård och för den rättspsykiatriska verksamheten.

Granskningen visar däremot att verksamheten löpande arbetar med- och följer upp kompetensförsörjningen. Bland annat sker löpande uppföljning i verksamhetens delårsrapporter och årsrapport. Verksamheten har också följt upp genomförd medarbetarenkät och upprättat en handlingsplan utifrån resultatet. Vidare framgår att verksamheten under året har erbjudit medarbetare att delta i ett antal utbildningar vilket även ingår i verksamhetens handlingsplan.

Enligt vår bedömning har LS inte i tillräcklig utsträckning säkerställt att det finns planer för att säkerställa bemanning med rätt kompetens inom rättspsykiatri. Vi bedömer det som en brist att det saknas kompetensförsörjningsplaner såväl på övergripande nivå som för verksamheten. Däremot ser vi positivt på verksamhetens styrning och uppföljning av kompetensförsörjning inom ramen för handlingsplan och verksamhetsuppföljning.

6. Samlad bedömning

I detta kapitel lämnas en samlad bedömning utifrån revisionsfrågorna och en slutsats kopplat till granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning. Avslutningsvis framgår våra rekommendationer.

6.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna

Revisionsfrågor	Bedömning
<p>Bedrivs landstingets rättspsykiatri enligt gällande regler och föreskrifter?</p> <p>Hur sker LS styrning och uppföljning av den rättspsykiatriska verksamheten?</p>	<p>Enligt vår bedömning har LS i huvudsak säkerställt en ändamålsenlig styrning av den rättspsykiatriska verksamheten. Arbetet utifrån landstingsplanen och med vårdgivardirektiven utgör en god struktur för att verksamheten ska bedrivas i enlighet med gällande regler och föreskrifter samt landstingsfullmäktiges mål och uppdrag. Enligt vår bedömning finns däremot vissa brister i styrningen avseende ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet både på övergripande nivå och på verksamhetsnivå.</p> <p>Enligt vår bedömning har LS inte i tillräcklig utsträckning säkerställt en ändamålsenlig uppföljning av den rättspsykiatriska verksamheten. Vi bedömer att uppföljningen på områdesnivå och på landstingsövergripande nivå samt uppföljning av vårdgivardirektiv ger begränsade möjligheter att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med landstingsfullmäktiges mål samt gällande regler och föreskrifter. Vidare bedömer vi det som en brist att verksamheten inte löpande granskas av extern granskare enligt Socialstyrelsens föreskrifter. Enligt vår bedömning finns även brister avseende uppföljning och sammanställning av avvikelser för verksamheten. Detta skapar risk för att avvikelser inte hanteras systematiskt och kommer till förvaltningens och styrelsens kännedom.</p>
<p>Hur sker samverkan mellan rättspsykiatri och andra verksamheter inom hälso- och sjukvården?</p> <p>Hur sker samverkan mellan rättspsykiatri och verksamheter i berörda myndigheter?</p>	<p>Enligt vår bedömning har LS på övergripande nivå i huvudsak säkerställt en ändamålsenlig samverkan utifrån kraven i lagstiftningen. Däremot bedömer vi det som en brist att det saknas lokala handlingsplaner för den rättspsykiatriska verksamhetens samverkan med kommunerna samt tydliga dokumenterade rutiner för samverkan i samband med utslussning till rättspsykiatrisk öppenvård.</p>

<p>Finns en plan för att säkerställa bemanning med rätt kompetens inom rättspsykiatri?</p>	<p>Enligt vår bedömning har LS inte i tillräcklig utsträckning säkerställt att det finns planer för att säkerställa bemanning med rätt kompetens inom rättspsykiatri. Vi bedömer det som en brist att det saknas kompetensförsörjningsplaner såväl på övergripande nivå som för verksamheten. Däremot ser vi positivt på verksamhetens styrning och uppföljning av kompetensförsörjning inom ramen för handlingsplan och verksamhetsuppföljning.</p>
--	--

6.2. Slutsats och rekommendationer

Utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är vår sammanfattande slutsats att LS till viss del har säkerställt att den rättspsykiatriska vården bedrivs i enlighet med gällande regler och föreskrifter. LS har i huvudsak säkerställt en ändamålsenlig styrning av den rättspsykiatriska vården. Däremot bedömer vi att det finns vissa brister i LS uppföljning av verksamheten samt i arbetet med samverkan och kompetensförsörjning. Vi noterar särskilt att uppföljningen av vårdgivardirektiven för verksamheten inte ger information om efterlevnad av kraven i direktiven och i förlängningen lagstiftning och föreskrifter. Vidare noterar vi att det finns brister avseende uppföljning och sammanställning av avvikelser för verksamheten. Detta skapar risk för att avvikelser inte hanteras systematiskt och kommer till förvaltningens och styrelsens kännedom.

I granskningen har vissa förbättringsområden framkommit och våra rekommendationer framgår nedan. Vi rekommenderar LS att:

- ▶ Säkerställa att de övergripande styrdokumenterna för det systematiska kvalitetsarbetet är aktuella och ger stöd för verksamhetens arbete
- ▶ Tillse att det upprättas lokala rutiner för det systematiska förbättringsarbetet samt att förbättringsarbetet dokumenteras
- ▶ Stärka uppföljningen av vårdgivardirektiven för att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med lagstiftning och föreskrifter
- ▶ Tillse att verksamheten löpande granskas av extern granskare i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter
- ▶ Tillse att uppföljning, analys och sammanställning av avvikelser sker i enlighet med riktlinjen för avvikelshantering
- ▶ Se över hur uppföljning sker av väsentliga nyckeltal för den rättspsykiatriska verksamheten
- ▶ Tillse att det upprättas lokala handlingsplaner för rättspsykiatri avseende samverkan med kommunerna i enlighet med den övergripande överenskommelsen avseende personer med psykisk funktionsnedsättning
- ▶ Tillse att det upprättas dokumenterade rutiner för arbetet med utslussning till rättspsykiatrisk öppenvård
- ▶ Säkerställa att det upprättas kompetensförsörjningsplaner såväl på övergripande nivå som för verksamheten



Göteborg den 10 april 2018

Christoffer Henriksson
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB

Erik Söderberg
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Ernst & Young AB

Anders Hellqvist
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Kvalitetssäkrare Ernst & Young AB

Bilaga 1: Revisionskriterier

Kommunallagen (2017:725)

I 6 kap. 6 § anges nämndernas ansvar för att var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnderna ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. I 7 kap. 8 § framgår att i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera landsting ska landstingen samverka.

Landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom landstinget. Detsamma gäller i fråga om den som är kvarskrivnen enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt ska landstinget verka för en god hälsa hos befolkningen.

Landstinget och kommunen ska samverka så att en enskild, som kommunen enligt 12 kap. 1 eller 2 § har ansvar för, också får övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar enligt 8 kap. 9 § som hans eller hennes tillstånd fordrar.

Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning.

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå:

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129)

Lagen gäller den som:

1. efter beslut av domstol skall ges rättspsykiatrisk vård,
2. är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning,
3. är intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt eller
4. är intagen i eller skall förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken. Lag (2006:897).

Rättspsykiatrisk vård ges som slutna rättspsykiatrisk vård eller, efter sådan vård, som öppen rättspsykiatrisk vård. Vård som ges när patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning benämns slutna rättspsykiatrisk vård. Annan vård enligt denna lag benämns öppen rättspsykiatrisk vård.

För granskningen relevanta krav i lagen beskrivs nedan under Socialstyrelsens föreskrifter.

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128)

Tvångsvård enligt denna lag ges som slutna psykiatrisk tvångsvård eller, efter sådan vård, som öppen psykiatrisk tvångsvård. Vård som ges när patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning benämns slutna psykiatrisk tvångsvård. Annan vård enligt denna lag benämns öppen psykiatrisk tvångsvård. Tvångsvården ska syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.

För granskningen relevanta krav i lagen beskrivs nedan under Socialstyrelsens föreskrifter.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18)

Socialstyrelsens föreskrifter är bindande regler. Föreskrifterna ska tillämpas på sådan vård som ges med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Verksamhetschefens ansvar

Verksamhetschefen ska fastställa ändamålsenliga rutiner och fördela ansvaret för den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården. Rutinerna och ansvarsfördelningen ska dokumenteras.

Verksamhetschefen ska ansvara för att det finns rutiner som säkerställer att inskränkningar i en patients rätt att:

1. inneha viss egendom,
2. ta emot eller skicka försändelser,
3. ta emot besök, och
4. använda telefon eller med andra tekniska hjälpmedel kontakta utomstående (endast görs med stöd av lag)

Verksamhetschefen ska fortlöpande följa upp att vården ges i överensstämmelse med lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Uppföljningen ska säkerställa att patienternas inflytande och lagstadgade rättigheter i vården tillgodoses samt att andra personers säkerhet och fysiska eller psykiska hälsa inte riskeras. Vid uppföljningen ska beaktas att verksamhetens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet har getts en sådan utformning att användningen av tvångsvård och tvångsåtgärder begränsas.

Vid uppföljningen av den rättspsykiatriska vården ska, vad gäller en patient som ges vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken med beslut om särskild utskrivningsprövning, det särskilt beaktas vilken effekt vården har haft på patientens benägenhet att återfalla i brottslighet av allvarligt slag.

Verksamhetschefen ska även, som ett led i uppföljningen, se till att verksamheten regelbundet granskas för att säkerställa att kraven är tillgodosedda (se två stycken upp). Granskningen ska utföras av någon annan än företrädare för verksamheten eller dess sjukvårdshuvudman.

Vårdplanering

Vårdplanen ska ligga till grund för behandlingen av patienten i det akuta skedet efter intagningen och innehålla huvuddragen i planeringen av den fortsatta vården.

Vårdplanen ska omprövas så snart det finns ett underlag för att fastställa en sådan för den fortsatta vården.

Patientens delaktighet i och inflytande över vården ska tillgodoses i vårdplaneringen. Om det inte är möjligt att upprätta vårdplanen i samråd med patienten, ska orsaken till detta anges i planen.

Om en patient har behov av insatser från socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården, primärvården eller den psykiatriska öppenvården, ska vårdplanen upprättas i samråd med dessa. Vårdplanen ska innehålla planerade insatser och formerna för samverkan.

Patientens delaktighet i och inflytande över vården ska tillgodoses i den samordnade vårdplaneringen. Om det inte är möjligt att upprätta den samordnade vårdplanen i samråd med patienten, ska orsaken till detta anges i planen. När det inte finns behov av insatser från socialtjänsten eller om patienten inte önskar sådana insatser, ska detta framgå av den samordnade vårdplanen.

Socialstyrelsens föreskrifter om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning (SOSFS 2006:9)

Föreskrifterna ska tillämpas vid sjukvårdsinrättningar där det ges vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det finns skriftliga rutiner för hur den individuellt anpassade vården som ges till patienten ska kunna bidra till att säkerheten upprätthålls. Detta gäller oavsett om vården ges inom en verksamhets område eller i samband med vistelse utanför detta område.

Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det finns skriftliga rutiner för samverkan med beroendevården och primärvården angående säkerheten. Vårdgivaren ska även ta initiativ till samverkan med kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det finns skriftliga rutiner så att hälso- och sjukvårdspersonalen får genomgå:

1. regelbunden säkerhetsutbildning, och
2. regelbundna säkerhetskontroller.

Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det finns skriftliga rutiner för tillämpningen av 6, 6 a och 18–24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård respektive 8 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Rutinerna ska uppfylla kraven i 2 a och b §§ lagen om psykiatrisk tvångsvård respektive 2 a och b §§ lagen om rättspsykiatrisk vård. (SOSFS 2013:5)

Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det finns skriftliga rutiner för vilka åtgärder hälso- och sjukvårdspersonalen ska vidta, om en patient på egen hand eller med hjälp av utomstående försöker avvika eller avviker från en verksamhet. (SOSFS 2013:5)

Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det finns skriftliga rutiner för hur skalskyddet ska vara utformat och för regelbunden kontroll av detta skydd. (SOSFS 2013:5)

Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det finns skriftliga rutiner för hur perimeterskyddet ska vara utformat och för regelbunden kontroll av detta skydd. (SOSFS 2013:5)

Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det finns skriftliga rutiner för hur en säkerhetshandling ska upprättas för varje avdelning och hur denna kontinuerligt ska uppdateras. (SOSFS 2013:5)

Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det finns skriftliga rutiner för säkerheten när en patient vistas med personal utanför verksamhetens område, t.ex. vid ledsagning eller transporter. (SOSFS 2013:5)

Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det finns skriftliga rutiner för placering av patienter avseende hur man ska göra en bedömning i det enskilda fallet av risken för fritagning, patientens benägenhet att skada sig själv eller annan och rymningsbenägenheten.

Vårdgivaren ska ge direktiv och säkerställa att det finns skriftliga rutiner för begäran om biträde av polisen enligt 47 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller 27 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

föreskrifter ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamhet bland annat inom hälso- och sjukvårdslagen. Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

Vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vårdgivaren ska ange hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten är fördelade i verksamheten. Vårdgivaren ska anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning

Vårdgivaren ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska i varje process identifiera de aktiviteter som ingår och bestämma aktiviteternas inbördes ordning. För varje aktivitet ska vårdgivaren vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.

Vårdgivaren ska identifiera de processer enligt 2 § där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det ska genom processerna och rutinerna även säkerställas att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.

Vårdgivaren ska fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Vårdgivaren ska utöva egenkontroll. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Vårdgivaren ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att vårdgivaren ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Vårdgivaren ska säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med processerna och rutinerna som ingår i ledningssystemet.

Arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska dokumenteras. Enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse.

Bilaga 2: Källförteckning

Intervjuade funktioner

- ▶ Gruppintervju med LS presidium och Primärvårds- och psykiatriutskottets presidium
- ▶ Hälso- och sjukvårdschef
- ▶ Verksamhetschef rättspsykiatri och chefsöverläkare vid rättspsykiatriska enheten
- ▶ Gruppintervju med avdelningschefer vid rättspsykiatriska enheten
- ▶ Intervju med kurator vid rättspsykiatriska enheten

Dokumentförteckning

- ▶ Delårsrapport 1: Januari – april 2017
- ▶ Delårsrapport 2: Januari – augusti 2017
- ▶ Direktiv Uppsiktsplikt och intern kontroll
- ▶ Egenkontroll utifrån vårdgivardirektiv säkerhet
- ▶ Flerårsplan 2016–2018
- ▶ Handlingsplan 2017 rättspsykiatri
- ▶ Handlingsplan patientsäkerhets- och medarbetarenkät rättspsykiatri 2017
- ▶ Handlingsplan rättspsykiatri 2018
- ▶ Kunskapsstyrning – Landstinget i Värmland
- ▶ Landstingsplan 2017
- ▶ Landstingsstyrelsens kontrollplan för intern kontroll under 2017
- ▶ Lönestege för sjuksköterskor vid rättspsykiatri
- ▶ Mätplan 2017
- ▶ Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister: Årsrapport 2012-2016
- ▶ Område öppenvård delårsrapport 1 2017
- ▶ Område öppenvård delårsrapport 2 2017
- ▶ Område öppenvård Årsrapport 2017
- ▶ Organisation rättspsykiatri 2016
- ▶ Patientsäkerhetsberättelse 2017
- ▶ Periodrapport 1 Rättspsykiatri
- ▶ Periodrapport 2 Rättspsykiatri
- ▶ Personal- och kompetensförsörjningsplan (2011) 2010 – 2013
- ▶ Personalstrategi 2016-2018
- ▶ Plan för uppföljning av landstingets verksamhet 2017
- ▶ Reglemente för landstingsstyrelsen
- ▶ Riktlinje för avvikelshantering
- ▶ Rutin: Avskiljande av patient
- ▶ Rutin: Avvikning, rymning
- ▶ Rutin: Besökande till rättspsykiatri
- ▶ Rutin: Fastspänning
- ▶ Rutin: Frigång inom sjukvårdsinrättningens område

- ▶ Rutin: Generellt förbud av elektroniska kommunikationstjänster vid rättspsykiatrisk vård
- ▶ Rutin: Inskränkning i patientens rätt att ta emot och skicka försändelser
- ▶ Rutin: Inskränkning i patientens rättighet till elektroniska kommunikationsmedel
- ▶ Rutin: Ledsagning av patient
- ▶ Rutin: Patienters egendom
- ▶ Rutin: Samordnad vårdplan
- ▶ Rutin: Säkerhetsklassificering av patient vårdad inom rättspsykiatri
- ▶ Rutin: Säkerhetsklassificering avdelningar och funktionskontroller
- ▶ Rutin: Säkerhetsutbildning och säkerhetskontroller personal
- ▶ Rutin: Tillsyn – övervakning, observation och bedömning av tillsynsgrader
- ▶ Rutin: Tvångsmedicinering
- ▶ Rutin: Utskrivning från öppen rättspsykiatrisk vård till HSL
- ▶ Rutin: Visitation
- ▶ Rutin: Vårdplan rättspsykiatri
- ▶ Rutin: Yttre säkerhet
- ▶ Rutin: Återintagning från permission och rättspsykiatrisk öppenvård
- ▶ Samverkansnämnden Uppsala-Örebro sjukvårdsregion: Aktivitetsplan 2017
- ▶ Samverkansnämnden Uppsala-Örebro sjukvårdsregion: TEMA Psykiatri 2016-06-01
- ▶ Verksamhetsplan område öppenvård 2017
- ▶ Vårdgivardirektiv uppföljning rättspsykiatri 2017 (utkast)
- ▶ Vårdgivardirektiv: Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- ▶ Vårdgivardirektiv: Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
- ▶ Vårdgivardirektiv: Säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
- ▶ Årsrapport 2017 – rättspsykiatri
- ▶ Överenskommelse: Personer med psykisk funktionsnedsättning i Värmland