

Handläggare
Li Eklundh
Sara Lind
Erik Vallström
Utvecklingsavdelningen

Avtal- och kvalitetsuppföljning gällande HVB-hem för missbruk

Förslag till beslut

Socialnämnden godkänner uppföljningsrapporterna gällande Sävik Behandlingshem, Frälsningsarméns Behandlingshem Kurön och SelfHelp Kliniken Gävleborg.

Beslutsnivå

Socialnämnden

Sammanfattning

Uppföljning har skett av de tre HVB-hem inom missbruksområdet som Värmdö kommun har använt i störst utsträckning det senaste året utifrån gällande ramavtal. Uppföljning har skett på plats och har bestått av intervjuer och granskning av verksamhetens handlingar. Resultatet visar att verksamheterna överlag följer de ställda avtalsvillkoren med undantag från bristande av ledningssystem samt social dokumentation.

Bakgrund

Socialnämnden antog en uppföljningsplan för 2018 den 12 december 2017. En del i uppföljningsplanen är att genomföra uppföljningar på HVB-boenden inom missbruksområdet utifrån gällande ramavtal. Värmdö kommun ingick 1 december 2014 ett ramavtal gällande HVB-boenden inriktade mot missbruk, tillsammans med kommunerna Nacka och Tyresö. Tidigare uppföljningar har skett i enkätform under avtalsperioden. För att få en djupare bild av utförarnas uppfyllelse av avtal och kvalitet kompletteras detta genom föreliggande uppföljningar med besök i verksamheterna.

Syftet med att genomföra uppföljningar är att säkerställa att de insatser som beviljas för personer i HVB-boenden är av god kvalitet samt att utförarna följer gällande avtal. Utöver detta finns även ett syfte att identifiera områden som kan utvecklas/omformas i kommande upphandlingar.

Dnr 2018SCN/0046

Ärendebeskrivning

Värmdö kommun har i dagsläget ingen intern HVB utförare inom missbruksområdet. Ett urval har därmed gjorts genom att välja ut de tre externa boenden utifrån ramavtalet som Värmdö kommun har använt i störst utsträckning under 2017 och början av 2018. De boenden som är aktuella för uppföljningen är följande:

- Sävik Behandlingshem AB
- Frälsningsarméns Behandlingshem Kurön
- SelfHelp Kliniken Gävleborg AB

Uppföljningen har innefattat besök i verksamheterna, intervjuer med verksamhetsansvariga och personal samt granskning av styrdokument och relevant dokumentation.

Sävik Behandlingshem och SelfHelp Kliniken ägs av koncernen Team Olivia. Verksamheternas föreståndare ingår i koncernens kvalitetsgrupp där utbyte av utveckling och kunskap sker. Under uppföljning i verksamheterna framgår att de två verksamheterna har liknande styrkor och utvecklingsområden. Båda verksamheterna har välförankrade metoder, löpande kompetensutveckling och nära koppling till ny kunskap och forskning på området, bl.a. genom samarbete med karolinska institutet. Det som verksamheterna gemensamt behöver åtgärda är utvecklingen av ett fullständigt ledningssystem som beskriver verksamheternas processer med aktiviteter och rutiner. Vidare behöver verksamheterna upprätta ett fungerande system för sammanställning och analys av inkomna avvikelser.

Kuröns behandlingshem är en ideell förening som drivs av Frälsningsarmén sedan 1912. Då Frälsningsarmén är en global organisation finns en internationell samverkan gällande behandling och innehåll. Verksamheten arbetar systematiskt med individuella uppföljningar och har ett upprättat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet behöver dock utvecklas gällande sammankoppling av aktiviteter och rutiner. Ett annat utvecklingsområde är att den sociala dokumentationen behöver en tydligare beskrivning av insatsen.

Bedömning

Uppföljningarna visar på att samtliga verksamheter har ett systematiskt arbetssätt avseende behandlingen och att det finns ett engagemang bland verksamhetsledare och personal. Verksamheterna uppfyller, utöver ovan nämnda utvecklingsområden, de krav som ställts enligt avtal.

De utvecklingsområden som har identifierats bedöms inte vara av akut karaktär, verksamheterna har dock ombetts inkomma med handlingsplaner. I handlingsplanerna ska det framgå hur verksamheterna ska åtgärda bristerna med tillhörande tidsplan.

Dnr 2018SCN/0046

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet bedöms inte få några ekonomiska konsekvenser.

Konsekvenser för miljön

Beslutet bedöms inte få några konsekvenser för miljön.

Konsekvenser för medborgarna

Beslutet bedöms få positiva konsekvenser för de medborgare som är aktuella för placeringar på aktuella HVB-boenden, då uppföljning bidrar till att säkerställa en rättssäker och kvalitativ beroendevård.

Konsekvenser för barn

Beslutet bedöms få positiva konsekvenser för barn vars föräldrar eller andra närstående är aktuella för placeringar på aktuella HVB-boenden, då uppföljning bidrar till att säkerställa en rättssäker och kvalitativ beroendevård.

Handlingar i ärendet

Nr	Handling	Biläggs/Biläggs ej
1	Rapport: Uppföljning av Sävik Behandlingshem AB	Biläggs
2	Rapport: Frälsningsarméns Behandlingshem Kurön	Biläggs
3	Rapport: SelfHelp Kliniken Gävleborg AB	Biläggs

Sändlista för beslutsexpediering

Avtal- och utvecklingsenheten



VÄRMDÖ KOMMUN

Handläggare
Li Eklundh
Sara Lind
Erik Vallström

Rapport
2018-05-08
Diarienummer
2018SCN/0046

Uppföljning av Kurön HVB-Frälsningsarmén

Avtals- och kvalitetsuppföljning

Innehållsförteckning

Bakgrund	3
Syfte	3
Metod	3
Besök i verksamheten	3
Intervju med personal och anställda	3
Granskning av dokument	4
Fakta om verksamheten	4
Verksamhetens arbetsätt och inriktning	4
Resultat	5
Leverantörskrav	5
Personal erhåller handledning minst en gång i månaden	5
Systematiskt kvalitetsarbete upprättat enligt SOSFS: 2011:9	6
Ledningssystem	6
Rutiner	6
Egenkontroller, riskanalyser och systematiskt förbättringsarbete	6
Avvikelsehantering	7
Lokaler, mat och brandsäkerhet	7
Den enskildes delaktighet	8
Social dokumentation	8
Samverkan med beställare	8
Kompetensutveckling	9
Personalkompetens och bemanning	9
Sammanfattning och bedömning	9
Handlingsplan och utvecklingsområden	10

Bakgrund

Socialnämnden beslutade om uppföljningsplan för 2018 den 12 december 2017 och en del i uppföljningsplanen är att nämnden under året ska genomföra uppföljningar på HVB-boenden inom missbruksvården för vuxna. Värmdö kommun ingick 1 december 2014 ett ramavtal gällande HVB-boenden inriktade mot missbruk tillsammans med kommunerna Nacka och Tyresö. För att få en bild av utförarnas uppfyllelse av avtal och kvalitet kompletteras detta genom föreliggande uppföljningar med besök i de tre externa verksamheter som Värmdö kommun har använt i störst utsträckning under 2017 och början av 2018.

Syfte

Syftet med att genomföra uppföljningar är att säkerställa att de insatser som beviljas för personer i HVB-boenden är av god kvalitet samt att utförarna följer gällande avtal.

Metod

Uppföljningen har skett genom besök i verksamheten där vi gått igenom lokaler, intervjuat chefer och personal samt granskat dokumentation utifrån vad som krävs i gällande avtal.

Inför besöket har verksamheten ombetts skicka in material som beskriver följande:

- En sammanställning av personalens och föreståndarens utbildning och erfarenhet
- Utbildningsnivå för extern handledare
- Bemanningsschema för vecka 7 och 8. I materialet ska framgå om personal är tillsvidareanställd eller visstidsanställd.
- Kort verksamhetsbeskrivning

Besök i verksamheten

Besöket har innefattat intervjuer, granskning av dokument samt rundvandring i verksamhetens lokaler för att få en bild av om verksamheten är ändamålsenlig. Faktorer som har granskats är bland annat om klienten har eget rum, att det finns gemenskapsytor och brandskydd samt om det serveras tre lagade måltider per dag.

Intervju med personal och anställda

Intervjuer har genomförts med verksamhetschef/föreståndare samt gruppvis med personal. Tre personal har intervjuats på Kurön, varav en kaplan (motsvarande präst i frälsningsarmén), en ekonom samt en sjuksköterska. En intervjuguide utformades innan besöket med identiska öppna frågor till chefer och anställda för att få en bild av samstämmigheten kring frågorna i

verksamheten.

Granskning av dokument

Skriftliga dokument har kontrollerats i verksamheten i form av ledningssystem med tillhörande processer och rutiner samt dokumentation avseende riskanalyser, egenkontroller, avvikelser och hantering av klagomål. Aidentifierad social dokumentation har även granskats.

Fakta om verksamheten

Namn	Kurön HVB-Frälsningsarmén
Adress	178 92, Adelsö
Organisationsnummer	802006-1688
Driftsform	Hem för vård eller boende (HVB)
Verksamhetsansvarig	Per-Johan Fernström
Antal anställda i företaget	35
Antal platser	63 varav 13 platser är avsedda för kvinnor.
Antal placeringar från Värmdö kommun under 2017	3

Verksamhetens arbetssätt och inriktning

Kurön är ett icke vinstdrivande hem för vård och boende (HVB) som har Frälsningsarmén som huvudman och ägare. Kurön är belägen på en av Mälarens stora öar och saknar allmän förbindelse. Verksamheten har som ändamål att bedriva vård och rehabilitering av män och kvinnor från 23 år som har ett missbruk eller beroende avseende alkohol och/eller droger samt åtföljande psykisk och fysisk problematik. Kurön vilar på en kristen värdegrund med kognitiv beteendeterapeutisk (KBT) inriktning. Målsättningen är att skapa förutsättningar till en andlig, psykisk, fysisk och social rehabilitering samt utveckling. På Kurön finns en sjuksköterska som samarbetar med konsulterande läkare.

De metoder som beskrivs användas i behandlingen är motiverande samtal (MI), manual för motivationshöjande behandling (MET), sorgbearbetning samt återfallsprevention (ÅFP). ASI-intervjuer, som är en standardiserad bedömningsmetod för utredning och uppföljning, används när placeringar är längre än 3 månader samt när det bedöms som nödvändigt.

Behandling sker i grupp utifrån dagliga scheman och anpassas efter individuella behov och förmågor. Den enskilde upprättar tillsammans med kurator på Kurön en genomförandeplan. Kurön har ett behandlingskollegie med syfte att gå igenom alla klienter för att exempelvis lyfta fortsatt utveckling i pågående behandlingsprocess.

Kurön har en framtidsgrupp som siktar på eftervård och har en folkhögskola tillhörande Frälsningsarmén för att ge möjlighet till utbildning och datorkunskap. På Kurön finns även möjligheter till arbetsträning inom den praktiska verksamheten med skog/jordbruk, sjöfart, trädgård, städ, internat m.m. Deltagandet sker efter individuell förmåga.

Det finns 43 hus på ön fördelat med oftast 5-6 platser per hus. Det finns sedan 6 månader tillbaka ett särskilt fokus på kvinnor, ett kvinnoprojekt, utifrån att kvinnor många gånger är extra utsatta och därmed bedöms vara i behov av mer stöd. Tidigare placerade klienter är välkomna tillbaka till Kurön som helggäster vid behov. Det finns också möjlighet för anhöriga att stanna kvar en period. Ett eget hus finns för anhöriga.

Alkohol och droger får inte förekomma på Kurön. De som missbrukar eller tar in detta riskerar sin placering. Vid hot och våld avslutas placeringen omgående.

Resultat

Nedan följer en redogörelse för hur verksamheten bedöms uppfylla de områden som har kontrollerats i uppföljningen.

Leverantörskrav

Uppfyller krav enligt avtal: Ja

Kurön är ett trossamfund som är icke vinstdrivande. Det finns inget att anmärka på avseende ekonomisk ställning, registrering samt sociala avgifter.

Personal erhåller handledning minst en gång i månaden

Uppfyller krav enligt avtal: Ja

Vårdpersonalen på Kurön som ingår i kvinnoprojektet får extern handledning en gång per vecka. Kuratorer får handledning en gång per månad. Kaplaner får handledning en gång varannan månad, då de själva ansåg att en gång per månad var för mycket. För hela arbetsgruppen sker extern handledning med specifikt ämne två gånger per år. Handledaren är

utbildad socionom och handledare samt familjeterapeut med lösningsfokuserad inriktning.

Systematiskt kvalitetsarbete upprättat enligt SOSFS: 2011:9

Uppfyller krav enligt avtal: Delvis

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet samt identifiera de aktiviteter som ingår i respektive process. Vidare ska verksamheten utöva egenkontroll i den omfattning som krävs för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Ledningssystem

Kurön har implementerat ett ledningssystem från Ensolution. En visning av ledningssystemet har gjorts vid uppföljning där det framgår att det finns processer och rutiner samt aktiviteter i dessa, dock finns inte samtliga processer och aktiviteter inlagda i systemet. Enligt verksamhetschefen kommer troligtvis Ensolution att bytas ut 1 december 2018.

Rutiner

Stickprov har genomförts avseende rutiner i verksamheten. Resultatet visar att verksamheten har följande rutiner som efterfrågas;

- Rutiner för dokumentation
- Drogpolicy
- Rutiner för upprättande av genomförandeplan
- Rutiner för kris och våldsincidenter samt våld i nära relationer
- Rutiner för delegering
- Rutiner för lex Sarah

Gällande avvikelshantering och klagomålshantering finns ett upparbetat arbetssätt men några skriftliga rutiner har inte visats. Om verksamheten saknar dessa bör rutiner för avvikelser och klagomål upprättas.

Egenkontroller, riskanalyser och systematiskt förbättringsarbete

Egenkontroller görs systematiskt på individnivå på olika sätt. Verksamheten har infört ORS-

SRS för alla klienter som ett sätt att kvalitetssäkra verksamheten. ORS-SRS är ett uppföljningsinstrument i form av skalor som gör det möjligt att systematiskt arbeta med uppföljning och utvärdering av en insats. Vid utskrivning får därför klienterna använda sig av ORS-SRS för att återspegla hur de upplevt behandlingen. Klienter som har ett planerat avslut fyller även i Frälsningsarméns boendeenkät gällande vistelsen. Kurön skickar in underlag på alla placeringar till SSIL för att utvärdera de placerande socialsekreterarnas uppfattning om insatsen. Egenkontrollerna skulle kunna utvecklas genom att även göra kontroller på verksamhetsnivå. Kurön har genomfört och dokumenterat riskanalyser.

Utvecklingsfrågor som berör verksamheten lyfts löpande upp i en ledningsgrupp där flera i personalen samt verksamhetschef deltar.

Avvikelsehantering

Enligt SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Vidare ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställas och analyseras för att vårdgivaren ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

På Kurön tar verksamhetschefen emot alla avvikelserapporter och utreder dem. Rapporteringar av avvikelser på Kurön lämnas till verksamhetschefen, som gör en händelseanalys samt lyfter frågan i ledningsgrupp och under skydds rond. Verksamheten saknar ett system för avvikelsehantering och handlingarna förvaras i pappersform i en pärm. Avsaknaden av ett system innebär en brist utifrån svårigheten att sammanställa och analysera mönster och trender bland inkomna avvikelser. Detta är något som kan utvecklas.

Lokaler, mat och brandsäkerhet

Uppfyller krav enligt avtal: Ja

Rundvandring i verksamhetens lokaler visar på att det finns brandvarnare, brandsläckare och brandfilt på plats. Kurön har även, med anledning av sitt geografiska läge, ett eget utryckningsfordon på plats på ön. Det finns ett starkt säkerhetstänk gällande brand på grund av svårigheten att ta sig från ön. Samarbete sker med närliggande brandförsvaret. Verksamheten uppfyller i övrigt de krav som ställs gällande servering av måltider samt utformning av lokaler. Det finns gott om gemenskapsutrymmen och verksamheten har även en avdelning som är funktionsanpassad för personer med tyngre vårdbehov.

Den enskildes delaktighet

Uppfyller krav enligt avtal: Ja

Personalen på Kurön arbetar med att motivera den enskilde till deltagande i behandling. Den enskilde är delaktig i att ta fram en genomförandeplan tillsammans med ansvarig kurator. I vissa fall har den enskilde ett större behov av återhämtning och behandlingen anpassas då utifrån individuella förutsättningar. Den enskilde deltar även i arbetsgrupper som erbjuds utöver behandlingen. Arbetsgrupperna möjliggör sysselsättning och arbetsträning inom olika praktiska områden.

Social dokumentation

Uppfyller krav enligt avtal: Delvis

Under uppföljningen granskades social dokumentation avseende genomförandeplan och journalanteckningar i fyra oidentifierade ärenden, detta för att få en bild av hur verksamheten lever upp till dokumentationskravet. Av det material som visades upp framgick den enskildes delaktighet till viss del. Genomförandeplanerna är generellt skrivna och det är svårt att utläsa det faktiska behandlingsinnehållet. Genomförandeplanerna blir mer en beskrivning över vad som erbjuds i verksamheten och det saknas tydliga och individuella mål. Den enskildes delaktighet kan beskrivas ytterligare i planen. Delaktigheten säkerställs dock genom att den enskilde skriver under planen. I granskade planer fanns underskrift i två fall. Löpande dokumentation om klienten finns för olika händelser.

Samverkan med beställare

Uppfyller krav enligt avtal: Delvis

Enligt kontroll i Värmdö kommuns verksamhetssystem och fysiska akter har genomförandeplan inkommit i två av fyra ärenden inom två veckor efter upprättad vårdplan. Det har i samtliga fyra ärenden skickats en vårdplan från Värmdö kommun (som genomförandeplanen grundar sig på), dock i två fall först efter 15 och 30 dagar. Avvikelse rapporter/utskrivningsrapporter har inkommit i de fall den enskilde har avvikit samt information om vad som inträffat. Kontrollen har inte visat på att skriftliga uppföljningar har skickats minst var tredje månad.

Under uppföljningen framkommer det att verksamheten upplever att det förekommer att det saknas vårdplan från beställaren, vilket blir problematiskt då genomförandeplanen ska baseras

på denna. Detta gäller generellt och inte enbart för Värmdö kommun. Det framkommer också att det saknas tillräcklig information från kommuner om vilket mående samt behov klienten har, personal uttrycker att det hade varit önskvärt med en större tydlighet från socialsekreterare. I övrigt upplevs samverkan med de olika beställarna fungera bra.

Kompetensutveckling

Uppfyller krav enligt avtal: Ja

Vårdpersonal har handledning i tillräcklig omfattning (minst 1 gång per månad). Samtlig personal har fått MI-utbildning. Personalen som intervjuas uppger att de har som målsättning att själva söka kunskap och omvärldsbevaka.

Då Frälsningsarmén är en global organisation finns en internationell samverkan gällande behandling och innehåll på Kurön. Verksamhetsansvarig uppdaterar sig på ny kunskap och forskning bland annat genom besök i andra städer/länder.

Personalkompetens och bemanning

Uppfyller krav enligt avtal: Ja

Intervjuer och bemanningslista över personal på Kurön visar på att verksamheten ställer relevanta krav på kompetens och utbildningsnivå. Utbildningar bland personalen är socionom, beteendevetare, sjuksköterska, undersköterska, mentalskötare, socialpedagog samt Frälsningsarméns officersutbildning för kaplanerna. Majoriteten av personalen har mångårig erfarenhet inom yrkesområdet.

Sammanfattning och bedömning

Uppföljningen visar på att Kurön erbjuder olika möjligheter till individanpassade insatser och aktiviteter som utgår ifrån den enskildes förutsättningar. Kurön är en del av Frälsningsarmén och har en stark ideologi vilket genomsyrar verksamheten och dess arbetssätt. Den enskilde ska ges förutsättningar för en andlig, fysisk, psykisk och social rehabilitering och utveckling. Verksamheten uppfyller ställda krav gällande kompetens och handledning.

Kurön har ett upprättat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete med kartlagda processer. Dock kan ledningssystemet utvecklas med aktiviteter under processerna samt genom att koppla ihop rutiner med aktiviteterna. Genomförandeplaner finns men kan utvecklas gällande innehåll och utformning. Ett system för sammanställning av avvikelser

behöver också utvecklas för att möjliggöra övergripande analyser.

Handlingsplan och utvecklingsområden

Kurön ombeds inkomma med en handlingsplan senast 2018-07-31 avseende åtgärder av brister inom nedanstående områden:

- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete där aktiviteter och rutiner finns kopplade till varandra.
- Utveckling av genomförandeplaner.

I handlingsplanen ska det framgå hur områdena ska åtgärdas med tillhörande tidsplan.

Kurön ombeds också följa tiderna för när genomförandeplaner och uppföljningsrapporter ska skickas till beställaren samt observera övriga utvecklingsområden som påvisas i denna rapport.



VÄRMDÖ KOMMUN

Rapport
2018-05-04

Handläggare
Li Eklundh
Sara Lind
Erik Vallström

Diarienummer
2018SCN/0046

Uppföljning av Selfhelp Kliniken

Avtals- och kvalitetsuppföljning

Innehållsförteckning

Bakgrund	3
Syfte	3
Metod	3
Besök i verksamheten.....	3
Intervjuer med personal och anställda	3
Granskning av dokument.....	4
Fakta om verksamheten.....	4
Verksamhetens arbetsätt och inriktning	4
Resultat.....	5
Leverantörskrav	5
Personal erhåller handledning minst en gång i månaden	5
Systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS: 2011:9	5
Lokaler, mat och brandsäkerhet.....	7
Den enskildes delaktighet.....	7
Social dokumentation	7
Samverkan med beställare	8
Kompetensutveckling	8
Personalkompetens och bemanning	8
Sammanfattning och bedömning.....	8
Handlingsplan och utvecklingsområden	9

Bakgrund

Socialnämnden beslutade om uppföljningsplan för 2018 den 12 december 2017 och en del i uppföljningsplanen är att nämnden under året ska genomföra uppföljningar på HVB-boenden inom missbruksvården för vuxna. Värmdö kommun ingick den 1 december 2014 ett ramavtal gällande HVB-boenden inriktade mot missbruk tillsammans med kommunerna Nacka och Tyresö. För att få en bild av utförarnas uppfyllelse av avtal och kvalitet kompletteras detta genom föreliggande uppföljningar med besök i de tre externa verksamheter som Värmdö kommun har använt i störst utsträckning under 2017 och början av 2018.

Syfte

Syftet med att genomföra uppföljningar är att säkerställa att de insatser som beviljas för personer i HVB-boenden är av god kvalitet samt att utförarna följer gällande avtal.

Metod

Uppföljningen har skett genom besök i verksamheten där vi gått igenom lokaler, intervjuat chefer och personal samt granskat dokumentation utifrån vad som krävs i gällande avtal. Inför besöket har verksamheten ombetts skicka in material som beskriver följande:

- En sammanställning av personalens och föreståndarens utbildning och erfarenhet
- Utbildningsnivå för extern handledare
- Bemanningsschema för vecka 7 och 8. I materialet ska framgå om personal är tillsvidareanställd eller visstidsanställd.
- Kort verksamhetsbeskrivning

Besök i verksamheten

Besöket har innefattat intervjuer, granskning av dokument samt rundvandring i verksamhetens lokaler för att få en bild av om verksamheten är ändamålsenlig. Faktorer som har granskats är bland annat om klienten har eget rum, att det finns gemenskapsytor och brandskydd samt om det serveras tre lagade måltider per dag.

Intervjuer med personal och anställda

Intervjuer har genomförts med verksamhetschef/föreståndare samt en av enhetscheferna. Två personal har intervjuats, som bägge arbetade som terapeuter. En intervjuguide utformades innan besöket med identiska öppna frågor till chefer och anställda för att få en bild av

samstämmigheten kring frågorna i verksamheten.

Granskning av dokument

Skriftliga dokument har kontrollerats i verksamheten i form av ledningssystem med tillhörande processer och rutiner samt dokumentation avseende riskanalyser, egenkontroller, avvikelser och hantering av klagomål. Aidentifierad social dokumentation har även granskats.

Fakta om verksamheten

Namn	SelfhelpKliniken Gävleborg AB
Adress	Hemmansvägen 7, 826 62 Norrala
Organisationsnummer	556549-5610
Driftsform	Hem för vård eller boende (HVB)
Verksamhetsansvarig/föreståndare	Annette Svedin
Antal anställda i företaget	27
Anta platser	Verksamheten har tillstånd för 42 platser. De strävar dock att aldrig vara fler än 26.
Antal placeringar från Värmdö kommun under 2017/2018	2

Verksamhetens arbetssätt och inriktning

Selfhelp kliniken är ett hem för vård eller boende (HVB) som vänder sig till män och kvinnor över 18 år som är beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel. Boendet har tillstånd för totalt 42 platser fördelat på två behandlingsavdelningar. Verksamheten har också en avdelning för avgiftning, och har för denna avdelning tillstånd som vårdgivare.

Verksamheten erbjuder behandling enligt 12-stepsprogrammet. Verksamheten kan ta emot personer med pågående substitutionsbehandling. Behandlingen är indelad i två faser. I första fasen sker behandling utifrån steg 1 till 3 och i andra fasen utifrån steg 4-12. Behandlingen sker i grupp och leds av terapeuter. Verksamheten har tillgång till sjuksköterska samt två läkare, varav en är psykiatriker.

Utöver 12-stepsbehandlingen sker färdighetsträning/ADL-träning. Verksamheten har också en pastor och en präst kopplad till sig som erbjuder sorgebearbetning. Selfhelp kliniken har ett eftervårdsprogram där tidigare deltagare kommer tillbaka till verksamheten under tre till fem dagar.

Selfhelp kliniken ägs av koncernen Team Olivia och ingår i en vårdkedja tillsammans med flera aktörer inom verksamhetsområdet. Ett förstärkt samarbete finns mellan verksamheterna i vårdkedjan.

Resultat

Nedan följer en redogörelse för hur verksamheten bedöms uppfylla de områden som har kontrollerats i uppföljningen.

Leverantörskrav

Uppfyller krav enligt avtal: **Ja**

Företaget uppfyller anbudets krav avseende ekonomisk ställning, registrering samt inbetalning av arbetsgivaravgifter.

Personal erhåller handledning minst en gång i månaden

Uppfyller krav enligt avtal: **Ja**

Anställda på Selfhelp kliniken får extern handledning var 4:e vecka. Handledaren är legitimerad psykolog och psykoterapeut samt handledare med inriktning kognitiv beteendeterapi.

Systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS: 2011:9

Uppfyller krav enligt avtal: **Delvis**

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet samt identifiera de aktiviteter som ingår i respektive process. Vidare ska verksamheten utöva egenkontroll i den omfattning som krävs för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Ledningssystem

Ledningssystemet finns övergripande beskrivet kring vad det ska innehålla och vilka i verksamheten som ansvarar för vad. Verksamheten har dock inte något upprättat ledningssystem som tydligt innefattar processer och aktiviteter.

Rutiner

Stickprov har genomförts avseende rutiner i verksamheten kopplat till ledningssystemet. Rutiner finns i verksamheten för sekretess, tystnadsplikt och läkemedelshantering. Verksamheten har också uppvisat en drogpolicy.

Verksamheten har inte kunnat visa upp skriftliga rutiner gällande genomförandeplan, social dokumentation, avvikelshantering, synpunktshantering samt rutiner för hot och våld. Rutiner för lex Sarah saknas, dock finns rapportmall och utredningsmall.

Egenkontroll och riskanalys

Egenkontroller görs löpande i form av internrevision inom Team Oliva. Egenkontroller görs också genom utvärdering som lämnas till de enskilda i samband med behandlingsavslut. Riskanalyser på verksamhetsnivå genomförs men finns inte nedskrivna. Verksamheten bör skriva ned kommande riskanalyser, utifrån krav i SOSFS 2011:9 på att det systematiska förbättringsarbetet ska dokumenteras.

Avvikelsehantering

Avvikelse rapportering sker och verksamheten tar emot klagomål och synpunkter. Hanteringen sker via pappershantering. Ingen specifik sammanställning finns, dock påvisas att antalet inkomna rapporter är så pass få att en överblick direkt kan erhållas. Det kan anses positivt med få avvikelser men samtidigt är avvikelserapportering en viktig del i kvalitetsarbetet då man genom detta kan upptäcka områden som kan förbättras. Verksamheten bör utifrån detta sträva efter att öka antalet rapporterade avvikelser och i förläningen utarbeta system för sammanställning.

Systematiskt förbättringsarbete

Resultat från uppföljningar och mätningar lyfts i vårdkedjans kvalitetsgrupp och används till att planera utveckling av verksamheten. Verksamheten har också fortlöpande interna kvalitetsmöten där brister och förbättringsområden diskuteras.

Under uppföljningen framkommer att verksamheten är medvetna om vad de behöver göra gällande dokumentation av det systematiska kvalitetsarbetet och ska arbeta på detta.

Lokaler, mat och brandsäkerhet

Uppfyller krav enligt avtal: **Ja**

Rundvandring i verksamhetens lokaler visar på att det finns brandvarnare, brandsläckare och brandfilt på plats. Verksamheten har nyligen haft en extern genomgång av sitt brandskydd och fått en åtgärdsplan som de arbetar med för att säkra brandskyddet. Verksamheten uppfyller de krav som ställs gällande servering av måltider samt utformning av lokaler.

Den enskildes delaktighet

Uppfyller krav enligt avtal: **Ja**

På Selfhelp kliniken läggs stor vikt vid den enskildes delaktighet. Den enskilde är med i framtagande av genomförandeplan och skriver under de sammanställda månadsrapporterna. En gång i veckan sker avstämning med den enskilde och dennes ansvariga terapeut.

Delaktighet i behandlingen beskrivs vara av största vikt. Frånvaro av behandling får endast ske vid sjukdom som då ska vara godkänd av sjuksköterska i verksamheten. Verksamheten arbetar också aktivt med att deltagarna skapar en positiv behandlingskultur där alla stöttar varandra till delaktighet i behandlingen. Detta sker bland annat genom att enskilda som kommit längre i behandlingen stöttar de som är nya. Det eftersträvas alltid att den enskilde är aktiv under behandlingen och lyssnar på andra deltagare.

Social dokumentation

Uppfyller krav enligt avtal: **Ja**

Under uppföljningen granskades social dokumentation avseende genomförandeplan och journalanteckningar, detta för att få en bild av hur verksamheten lever upp till dokumentationskrav. Av det material som visades upp framgick tydliga mål och delmål med insatsen. Den enskildes delaktighet säkerställs genom underskrift, både gällande genomförandeplan och månadsrapporter. Dokumenteringen var omfattande med fortlöpande journalanteckningar. Utveckling kan ske för genomförandeplaner utifrån en tydligare beskrivning av den enskildes delaktighet och beskrivning över vem i verksamheten som ansvarar för vilka insatser.

Samverkan med beställare

Uppfyller krav enligt avtal:

Delvis

I de två placeringar som Värmdö kommun har haft under 2017/2018 har den ena genomförandeplanen inkommit efter en vecka, den andra efter tre veckor.

Uppföljningsrapporter som ska inkomma till beställaren var tredje månad har inkommit i ett av två ärenden. Under uppföljningen påvisas att ett generellt problem för verksamheten är att de inte får in tydliga uppdrag/beställningar för de placerade, vilket då medför att det är svårt att upprätta bra genomförandeplaner.

Kompetensutveckling

Uppfyller krav enligt avtal:

Ja

Personalen erbjuds kompetensutveckling utifrån arbetsområden. Samarbete inom koncernen Team Olivia sker gällande utbildning för att säkerställa att personal har rätt kompetens.

Personalen får fortlöpande utbildning i motiverande samtal (MI). Under året har utbildning skett för personalen i låg affektivt bemötande och i hot och våld. Verksamheten har även en internutbildning i 12-stepsprogrammet. Den personal som får genomföra ADDIS¹ –intervjuer får fortlöpande kompetensutveckling inom metoden.

Personalkompetens och bemanning

Uppfyller krav enligt avtal:

Ja

Alla terapeuter har terapeututbildning. Gällande övrig behandlingspersonal har fyra en tvåårig utbildning till behandlingspedagoger/behandlingsassistent eller en undersköterskeutbildning, två av behandlingspersonalen har en intern utbildning inom 12 steg samt MI-utbildning och utbildning inom hot och våld. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har grundutbildningen samt vidareutbildning inom 12-steg. Majoriteten av personalen har mångårig erfarenhet inom yrkesområdet. Nyligen har utbildning hållits för personalen i lågaffektivt bemötande och utbildningar i MI sker fortlöpande. Bemanningen är enligt anbud.

Sammanfattning och bedömning

Uppföljningen visar att Selfhelp kliniken har väl förankrade metoder som är relevanta för verksamhetsområdet samt har arbetssätt för att tillgodogöra sig ny kunskap. Verksamheten har

¹ Alkohol Drog Diagnos instrument.

utbildad personal som ges löpande kompetensutveckling. Krav ställs på delaktighet hos den enskilde och verksamheten arbetar systematiskt med att få till en positiv behandlingskultur. Under uppföljningen framkommer en samstämmig bild av verksamheten från både chefer och anställda. Det finns ett stort engagemang och tro för behandlingen de utför. Verksamheter arbetar med att ta till sig ny kunskap och visar en vilja att utveckla verksamheten framåt. Samverkan med beställaren bedöms generellt fungera väl.

Genomgående uppfylls nästintill alla områden som avtalsuppföljningen har fokuserat på. Ett område som behöver utvecklas gäller det systematiska kvalitetsarbetet. Mer specifikt behöver ett fullständigt ledningssystem som beskriver processer och aktiviteter för arbetet upprättas samt att det finns relevanta rutiner kopplade till dem. Uppföljningen har visat att verksamheten är medveten om de förbättringsområden som finns.

Handlingsplan och utvecklingsområden

Selfhelp ombeds inkomma med en handlingsplan senast 2018-07-31 avseende åtgärder av brister inom nedanstående områden:

- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete innehållande processer och aktiviteter.
- Upprättande av relevanta rutiner

I handlingsplanen ska det framgå hur områdena ska åtgärdas samt en tidsplan för detta.

Selfhelp kliniken ombeds också följa tiderna för när genomförandeplaner och uppföljningsrapporter ska skickas till beställaren samt observera övriga utvecklingsområden som påvisas i denna rapport.



VÄRMDÖ KOMMUN

Handläggare
Sara Lind
Erik Vallström
Li Eklundh

Rapport
2018-05-04
Diarienummer
2018SCN/0046

Uppföljning av Sävik behandlingshem

Avtals- och kvalitetsuppföljning

Innehållsförteckning

Bakgrund	3
Syfte	3
Metod	3
Besök i verksamheten	3
Intervjuer med personal och anställda	3
Granskning av dokument	4
Fakta om verksamheten	4
Verksamhetens arbetsätt och inriktning	4
Resultat	5
Leverantörskrav	5
Personal erhåller handledning minst en gång i månaden	5
Systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9	6
Ledningssystem	6
Rutiner	6
Egenkontroller och systematiskt förbättringsarbete	6
Avvikelsehantering	7
Lokaler, mat och brandsäkerhet	7
Den enskildes delaktighet	7
Social dokumentation	8
Samverkan med beställare	8
Kompetensutveckling	8
Personalkompetens och bemanning	8
Sammanfattning och bedömning	9
Handlingsplan/Åtgärder	9

Bakgrund

Socialnämnden beslutade om uppföljningsplan för 2018 den 12 december 2017 och en del i uppföljningsplanen är att nämnden under året ska genomföra uppföljningar på HVB-boenden inom missbruksvården för vuxna. Värmdö kommun ingick den 1 december 2014 ett ramavtal gällande HVB-boenden inriktade mot missbruk tillsammans med kommunerna Nacka och Tyresö. För att få en bild av utförarnas uppfyllelse av avtal och kvalitet kompletteras detta genom föreliggande uppföljningar med besök i de tre externa verksamheter som Värmdö kommun har använt i störst utsträckning under 2017 och början av 2018.

Syfte

Syftet med att genomföra uppföljningar är att säkerställa att de insatser som beviljas för personer i HVB-boenden är av god kvalitet samt att utförarna följer gällande avtal.

Metod

Uppföljningen har skett genom besök i verksamheten där vi gått igenom lokaler, intervjuat chefer och personal samt granskat dokumentation utifrån vad som krävs i gällande avtal. Inför besöket har verksamheten ombetts skicka in material som beskriver följande:

- En sammanställning av personalens och föreståndarens utbildning och erfarenhet
- Utbildningsnivå för extern handledare
- Bemanningsschema för vecka 7 och 8. I materialet ska framgå om personal är tillsvidareanställd eller visstidsanställd.
- Kort verksamhetsbeskrivning

Besök i verksamheten

Besöket har innefattat intervjuer, granskning av dokument samt rundvandring i verksamhetens lokaler för att få en bild av om verksamheten är ändamålsenlig. Faktorer som har granskats är bland annat om klienten har eget rum, att det finns gemenskapsytor och brandskydd samt om det serveras tre lagade måltider per dag.

Intervjuer med personal och anställda

Intervjuer har genomförts med verksamhetschef/föreståndare samt en av enhetscheferna. Två personal har intervjuats, varav en behandlingsassistent och en samordnare. En intervjuguide utformades innan besöket med identiska öppna frågor till chefer och anställda för att få en bild

av samstämmigheten kring frågorna i verksamheten.

Granskning av dokument

Skriftliga dokument har kontrollerats i verksamheten i form av ledningssystem med tillhörande processer och rutiner samt dokumentation avseende riskanalyser, egenkontroller, avvikelser och hantering av klagomål. Aidentifierad social dokumentation har även granskats.

Fakta om verksamheten

Namn	Sävik Behandlingshem AB
Adress	Vedgårdsvägen 9, 783 32 Säter
Organisationsnummer	556443-8496
Driftsform	Hem för vård eller boende (HVB)
Verksamhetsansvarig	Lena Andersson
Antal anställda i företaget	27
Antal platser	41 (12 utrednings- och motivationsplatser, 25 fasta platser och 4 utslussningsplatser)
Antal placeringar från Värmdö kommun under 2017	3

Verksamhetens arbetsätt och inriktning

Sävik behandlingshem är ett hem för vård eller boende (HVB) som vänder sig till män i åldrarna 18-55 år med beroendeproblem och nära sammankopplade sjukdomar så som psykiatriska och/eller neuropsykiatriska problem. Ofta finns en kombination av missbruk, kriminalitet och psykisk ohälsa. Boendet har tillstånd för 41 platser fördelade på tre enheter.

Sävik behandlingshem erbjuder för målgruppen anpassad behandling med integrerad specialistpsykiatri samt psykologisk och psykosocial behandling. Verksamheten utgår ifrån det manualbaserade programmet Community Reinforcement Approach (CRA) som har sin grund i kognitiv beteendeterapi (KBT). Risk- och skyddsfaktorer är centralt för att höja klientens funktionsnivå. Sävik har en ambition att ligga i framkant vad gäller tillämpning av senaste forskningen på området. För närvarande är verksamheten del i ett forskningsprojekt

med Karolinska Institutet (KI), Institutionen för klinisk neurovetenskap, som syftar till att göra mätningar av vårdresultat som kan användas till att utveckla verksamheten.

En placering på Sävik pågår normalt mellan 3-6 månader. Klienten genomgår under placeringen fem olika faser- från bedömning under de första veckorna till behandlingsfaserna som tillåter mer rörelsefrihet och förmåner ju längre in på behandlingen klienten kommer. Under den femte och sista fasen läggs större vikt på social träning, att ta kontakter med Arbetsförmedling och Socialtjänst etc, Redan vid inskrivning på Sävik görs ett aktivt arbete med planering för livet efter behandlingen. Sävik införde för cirka ett år sedan nolltolerans vad gäller återfall under placeringstiden på Sävik. Det innebär att behandlingen avslutas omedelbart och klienten skrivs ut. Om klienten tar återfall på en ledighet eller vid besök så erbjuds avgiftning för att sedan återkomma till Sävik och arbeta med återfallet. Verksamheten arbetar aktivt med återfallsprevention.

Sävik Behandlingshem ägs av koncernen Team Olivia och ingår i en vårdkedja tillsammans med flera aktörer inom verksamhetsområdet. Ett förstärkt samarbete finns mellan verksamheterna i vårdkedjan.

Resultat

Nedan följer en redogörelse för hur verksamheten bedöms uppfylla de områden som har kontrollerats i uppföljningen.

Leverantörskrav

Uppfyller krav enligt avtal: **Ja**

Företaget uppfyller anbudets krav avseende ekonomisk ställning, registrering samt sociala avgifter.

Personal erhåller handledning minst en gång i månaden

Uppfyller krav enligt avtal: **Ja**

Anställda på Sävik får extern handledning var 3:e vecka. Handledaren är legitimerad psykoterapeut med steg 1 och steg 2-utbildning. Handledningen har en inriktning mot processer och metoder i det nära klientarbetet och är obligatorisk för all personal.

Systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9

Uppfyller krav enligt avtal:

Delvis

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet samt identifiera de aktiviteter som ingår i respektive process. Vidare ska verksamheten utöva egenkontroll i den omfattning som krävs för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Ledningssystem

Sävik har övergripande beskrivningar kring vad ledningssystemet ska innehålla och vilka i verksamheten som ansvarar för vad. Vad gäller processer och aktiviteter lever dock verksamheten i dagsläget inte upp till de krav som ställs enligt Socialstyrelsens föreskrifter och aktuellt ramavtal. Verksamheten har inte något upprättat ledningssystem som innefattar processer och aktiviteter. Under uppföljningen framkommer att verksamheten satsar på detta just nu och har som mål att ett ledningssystem ska vara på plats under 2018.

Rutiner

Stickprov har genomförts avseende rutiner i verksamheten. Resultatet visar att verksamheten har samtliga rutiner som efterfrågas;

- Rutiner för dokumentation
- Drogpolicy
- Rutiner för upprättande av genomförandeplan
- Rutiner för kris och våldsincidenter samt våld i nära relationer
- Rutiner för avvikelshantering och klagomålshantering
- Rutiner för lex Sarah

Sävik är vårdgivare och har därmed inte egenvård.

Egenkontroller och systematiskt förbättringsarbete

Egenkontroller görs löpande enligt planerat årshjul inom flertalet områden som berör verksamheten och dess kvalitet. Egenkontroller görs också genom utvärdering som lämnas till de enskilda i samband med behandlingsavslut. Systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten görs regelbundet, bland annat genom jämförelser av verksamhetens

resultat på nationell nivå. Genom deltagande i Karolinska Institutets forskningsprojekt har de även infört mätningar av vårdresultat. Systematisk uppföljning av det slaget möjliggör utveckling av verksamheten och en god kvalitet i den enskildes behandling.

Resultat från uppföljningar och mätningar lyfts i vårdkedjans kvalitetsgrupp och används till att planera utveckling av verksamheten. Verksamheten har också fortlöpande interna chefsmöten där brister och förbättringsområden diskuteras.

Avvikelsehantering

Enligt SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Vidare ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställas och analyseras för att vårdgivaren ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

På Sävik tar verksamhetschefen emot alla avvikelserapporter och utreder dem.

Verksamhetschefen lägger stor vikt vid att personal ska känna till skyldigheten att rapportera och göra det vid syn på brister i verksamheten. Det finns upprättade rutiner för hur rapporteringen ska gå till samt en standardiserad blankett som används. Verksamheten saknar dock ett system för avvikelsehantering, varför hela hanteringen idag sker i pappersform. Detta bör åtgärdas då det innebär en brist utifrån svårigheten att sammanställa och analysera mönster och trender bland inkomna avvikelser. Någon sammanställning av avvikelser finns inte i dagsläget. Det framkommer att detta är en prioriterad fråga i verksamheten och att de just nu ser sig om efter ett lämpligt avvikelssystem som passar verksamheten.

Lokaler, mat och brandsäkerhet

Uppfyller krav enligt avtal: **Ja**

Rundvandring i verksamhetens lokaler visar på att det finns brandvarnare, brandsläckare och brandfilt på plats. Sävik har nyligen haft besök av brandinspektör och fått en åtgärdsplan som de arbetar med för att säkra brandskyddet. Verksamheten uppfyller i övrigt de krav som ställs gällande servering av måltider samt utformning av lokaler.

Den enskildes delaktighet

Uppfyller krav enligt avtal: **Ja**

På Sävik behandlingshem läggs stor vikt vid den enskildes delaktighet både inför placering

och under behandling. Det framkommer under intervjuer med både enhetschefer och anställda att delaktighet är en förutsättning för att den enskilde ska kunna ta till sig behandlingen. Den enskilde ska vara aktiv under behandling, lyssna på andra deltagare samt vara med i framtagande av genomförandeplan och skriva under denna. Inför placeringen görs intervjuer med den enskilde för att utformningen av behandlingen ska bli så bra och anpassad som möjligt. Delaktighet är sedan ett krav under hela behandlingstiden.

Social dokumentation

Uppfyller krav enligt avtal: **Ja**

Under uppföljningen granskades social dokumentation avseende genomförandeplan och journalanteckningar, detta för att få en bild av hur verksamheten lever upp till dokumentationskrav. Av det material som visades upp framgick den enskildes delaktighet väl. Dokumenteringen var omfattande med fortlöpande journalanteckningar.

Samverkan med beställare

Uppfyller krav enligt avtal: **Ja**

Uppföljningen visar att Sävik har upprättat genomförandeplaner i samtliga ärenden som Värmdö kommun haft placerade där under 2017. Genomförandeplanen har skickats till kommunen inom avtalad tid. Vidare har månadsrapporter skickats löpande samt slutrapporter vid avslutad placering.

Kompetensutveckling

Uppfyller krav enligt avtal: **Ja**

Personalen erbjuds relevant kompetensutveckling utifrån arbetsområden. Samarbete inom koncernen Team Olivia sker gällande utbildning för att säkerställa att personal har rätt kompetens. En satsning pågår just nu genom att en personal i taget får gå den ettåriga utbildningen kognitiv beroendeterapeut inom missbruk. Vidareutbildningar inom olika metoder så som MI och CRA sker löpande för all fastanställd personal.

Personalkompetens och bemanning

Uppfyller krav enligt avtal: **Ja**

Intervjuer och bemanningslista över personal på Sävik visar på att verksamheten ställer höga och relevanta krav på kompetens och utbildningsnivå. Samtliga ordinarie personal är utbildade till lägst behandlingsassistent eller undersköterska. Andra utbildningar bland

personalen är behandlingspedagog, sjuksköterska, socionom, socialpedagog och fritidspedagog. Majoriteten av personalen har mångårig erfarenhet inom yrkesområdet.

Sammanfattning och bedömning

Uppföljningen visar att Sävik behandlingshem har väl förankrade metoder som är relevanta för verksamhetsområdet samt tillämpar ny kunskap och nya direktiv löpande. Genom krav på utbildningsnivå och löpande kompetensutveckling säkerställs rätt kunskap och kompetens hos anställda. Stora krav ställs på delaktighet hos den enskilde vilket styrks av både chef och personal. Under uppföljningen framkommer en samstämmig bild av verksamheten från både chefer och anställda. Det finns ett stort engagemang i att ta till sig ny kunskap och vilja att utveckla verksamheten framåt. Samverkan med beställaren bedöms fungera väl genom löpande rapporteringar kring den enskilde.

Genomgående uppfylls nästintill alla områden som avtalsuppföljningen har fokuserat på. Det område som brister är det systematiska kvalitetsarbetet, mer specifikt avsaknaden av ett ledningssystem som beskriver processer och aktiviteter för arbetet. Vidare saknas ett system för sammanställning av avvikelser. Uppföljningen visar att detta är prioriterade frågor i ledningen och att det finns målsättningar om att ha detta på plats under 2018.

Handlingsplan och utvecklingsområdet

Sävik ombeds inkomma med en handlingsplan senast 2018-07-31 avseende åtgärder av bister inom nedanstående områden:

- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (mer specifikt efterfrågas en plan för framtagande av processer och aktiviteter i verksamheten)

I handlingsplanen ska det framgå hur åtgärderna ska genomföras samt en tidsplan för detta. Verksamheten ombeds även observera övriga utvecklingsområden som påvisas i denna rapport.