

Uppföljning öppenvård barn- och ungdomsinsatser egen regi

Detta dokument är framtaget för verksamhetsuppföljning av Järva stadsdelsförvaltnings öppenvård i egen regi och utgår från socialförvaltningens ”*Barn och ungdomsinsatser öppenvård kravspecifikation*”, SF DNR 2.11.2-271/2018. Dokumentet har anpassats för ändamålet uppföljning av öppenvårdsverksamhet i egen regi.

Med rutindokument avses övergripande rutin alternativt enhetsspecifik rutin utifrån att den ska fylla sitt ändamål.

Med rutan avses en kontroll av ett dokument eller dylikt.

För öppna frågor görs en bedömning av svaret.

Enhetens/verksamhetens namn

Familjestödsenheten inkl Relationsvårdscentrum Väst (RVC). Uppföljning av RVC sker separat.

Enhetens/verksamhetens adress

Borgarfjordsgatan 14, 164 07 Kista

Ansvarig chef

Titti Waern

Telefon

08-508 01 052

E-post

titti.waern@stockholm.se

Sammanfattande bedömning

Sammanfattande bedömning av uppföljningen (före åtgärd av eventuella brister):

Följande utvecklingsområde finns som kräver åtgärd

1. Registerutdrag gällande misstanke- och belastningsregistret vid anställning.
2. Statistik för antal orosanmälningar som gjorts senaste tolv månaderna.
3. En sammanställning av klagomål, synpunkter och rapporter i syfte att analyseras för att ge indikation på kvalitetsbrister i verksamheten samt skapa åtgärder för dessa som följs upp.
4. Fortsätta sammanställa rutiner utifrån sammanläggning.

Åtgärder ska vara genomförda senast

1. Åtgärdas snarast (vid uppföljning har det åtgärdats 2023-11-20).
2. Följs upp i samband T1 2024.
3. Följs upp i samband T1 2024.
4. Följs upp i samband T1 2024.

Slutlig bedömning av uppföljning

- Utföraren bedriver verksamhet i enlighet med kravspecifikation.
- Utföraren bedöms efter åtgärd av påtalade brister utföra verksamhet i enlighet med nämndens mål och gällande kravspecifikation.
- Utföraren bedriver till största del verksamhet i enlighet med nämndens mål och gällande kravspecifikation men vissa brister kvarstår.
- Utföraren bedriver inte verksamhet i enlighet med nämndens mål och gällande kravspecifikation.

Kommentarer kring slutlig bedömning

Inför kommande verksamhetsuppföljning ska en inventering av vilka delar av uppföljningen som beskriver ett jämställdhetsperspektiv samt en barnkonsekvensanalys genomföras. Vid behov, för att nå upp till en god kvalitet, kan ytterligare frågor komma att läggas till inom ramen för uppföljningen. Detta ska göras i samråd mellan verksamheten och ansvarig för uppföljning.

Basuppgifter

Uppföljningen utförd av
Från utföraren medverkade

Denise Engström
Titti Waern, enhetschef och Malin Netz,
verksamhetsutvecklare

Datum för uppföljningen

2023-10-18

Uppföljning avser:

- Biståndsbedömd öppenvård och behandling av barn/unga (0-20 år) och deras familjer.

Regi

- Kommunal regi

Kort beskrivning av verksamheten/enheten och uppdraget.

Kommentar

Familjestödsenheten arbetar med biståndsbedömt stöd och behandling för barn och ungdomar 0–20 år och deras familjer. Vi arbetar i olika team, på uppdrag av och i samverkan med utredande socialsekreterare på socialtjänst barn och ungdom. I enheten ingår även projekt Familjeresurs som är en kompletterande insats, Skolsocialteam (SST+), Intensifierad utredning i hemmiljö (IUH) och Relationsvårdscentrum väst (sistnämnde verksamhet ingår inte inom ramen för verksamhetsuppföljning).

Har det gjorts några förändringar av verksamheten/enheten under året?

Kommentar

- Tidigare stadsförvaltningar Rinkeby-Kista och Spånga-Tensta har sammanlagts 1 juli 2023 till Järva stadelsförvaltning i vilken Familjestödsenheten bildades.
- Enheten har under 2023 delat upp sig i olika team utifrån exempelvis ålder på klienten.

- SST plus har skapats.

Personal: hur många och vilka befattningskategorier har verksamheten/enheten.

Kommentar

- En enhetschef.
- Fyra biträdande enhetschefer.
- En administrativ assistent.
- En verksamhetsutvecklare.
- En projektledare.
- 46 behandlare.

Uppgifter på stockholm.se samt intranät

Är uppgifterna uppdaterade och korrekta?

- Ja
- Nej

Kommentar

Tillgänglighet

- Utföraren är tillgänglig för kommunikation med uppdragivare under stadens ordinarie arbetstider (1.3).

Ledning och personal

Personal, bemanning

(Personalen ska vara väl förtrogen med verksamhetens inriktning och mål samt ha adekvat kunskap och utbildning, (5 och särskilda krav utifrån de olika delområdena).

Hur säkerställs att personal har relevanta kunskaper kopplat till uppdraget (motsvarar kraven vid anställning samt vidareutbildning)?

Kommentar

- Vid rekrytering begär man intyg på examen och utbildningar, exempelvis steg 1 och/eller socionomexamen.
- Chefer inventerar under året vad man behöver satsa på för utbildningar, går igenom vilka medarbetare behöver få påfyllning.
- Det finns en kompetensförsörjningsplan.

Kompetensutvecklingsplan och handledning av personal (5.1 och 5.2)

- Plan finns för kontinuerlig kompetensutveckling av personal
- Extern handledning minst en gång per månad finns

Kommentar

Tystnadsplikt och sekretess

- Rutiner för hur nyanställd personal informeras och förbinder sig till tystnadsplikten finns.

Hur hanteras sekretess och tystnadsplikt inklusive undertecknande av personal att denne tagit del av rutinerna avseende detta? (5.3)

Kommentar

Vid introduktion av ny personal finns punkten med. Finns länk i kvalitetsledningssystemet.

Registerutdrag (5.7)

Görs kontroller för registerutdrag mot misstanke och belastningsregistret vid anställning?

Ja

Nej

Kommentar

- Ska åtgärdas.

Rutiner

Nedan skriftliga rutiner ska finnas tillgängliga och vara kända av all personal (2.1.4).	Finns	Finns delvis (ej uppdaterad)	Saknas
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2.1.6). I det ingår även uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten.	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sekretess och tystnadsplikt.	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation enligt SoL.	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Återkoppling till uppdragsgivare vid avvikelser (2.1.10).	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
Synpunkter och klagomålshantering (2.1.7).	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
Bemanning och vikarieanskaffning (hur denna anpassas utifrån förändringar i målgruppens behov) (2.1.4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
Rutiner för informationsbesök innehållande information om bland annat innehållet i insatsen och verksamheten (2.2.3).	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
Att fastställa och uppnå barnets/den unges behov av kontinuitet och eventuell minimering av antalet personal (2.1.4.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
Hot och våld, hur konflikter, övergrepp ska förhindras, upptäckas och hanteras i verksamheten.	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemötande i verksamhet.	X (personal) Metoder, sofs, behandlingsmodeller. Multisystemisk terapi.	<input type="checkbox"/>	
Brandprevention.	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutiner för anmälningsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL. (2.1.11).	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol- och drogpolicy (för egen personal och för barnet/den unge 2.1.9)	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutiner för otillåten påverkan (muta-gåva (5.5)).	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Utifrån sammanläggning av sdf till Järva sdf håller enheten på att inventera och sammanlägga rutiner.

Verksamheten och dess innehåll (2)

Vilka metoder används i verksamheten?

(Verksamheten ska utföra uppdraget enligt bästa tillgängliga kunskap. Insatserna ska alltid föregås av en bedömning om det är den rätta insatsen för barnet/den unge. Metoderna ska vara strukturerade, evidensbaserade (där det finns, alternativt beprövad erfarenhet) och etiskt försvarbara. Verksamheten ska i första hand tillämpa de metoder som är upptagna i Socialstyrelsens kunskapsguide, metodguide för socialt arbete eller SBU rekommendationer, 2.1.1.).

Kommentar

- Multisystematisk terapi.
- Familjebehandling.
- Ungdomsbehandling.
- Nätverksmöten.
- Familjestöd.
- Marte Meo.
- Signs of safety.

Hur säkerställs att verksamheten inte använder arbetssätt (ex. riskbedömningar inför besök, avskilda lokaler) med risk för skada (2.1.2)?

Kommentar

- Hot- och våldsrutin.
- Teamen har anpassade hot- och våldsrutiner utifrån sina specifika arbetssätt.
- Larm och hembesökslarm.
- Om familjer (ungdom, syskon, föräldrar, släktingar) är rödmarkerade hos polis görs en bedömning om hur medarbetare ska arbeta i dessa ärenden.

(Verksamhetens värdegrund ska utgå från de mänskliga rättigheterna, barnets rättigheter och med utgångspunkt från en humanistisk människosyn, 2.1.3)

Hur utformas och anpassas insatsen utifrån den enskildes behov, förutsättningar och önskemål?)

Kommentar

- Genomförandeplan, familjen är delaktiga i delmålen.

Hur beaktas barnets/den unges och föräldrarnas/vårdnadshavarnas rätt till värdighet, integritet och delaktighet (2.1.3 och 2.2.1)?

Kommentar

- I Genomförandeplan.
- Följer upp barnets delaktighet i genomförandet.
- Pm om hur barnets synpunkter och delaktighet har beaktats.
- Måluppfyllelse enkät.
- Inför nätverksmöten pratar man med barnet, deras röst blir hörd även om de inte deltar i nätverksmötet.

(Vid uppföljningar ska barnet/den unge (utifrån situation och förutsättningar) få delta och beskriva sina upplevelser och önskemål. Möjlighet ska ges till att skatta måluppfyllelse och delaktighet).

Hur säkerställs att barnets/den unge får möjlighet att föra fram sina synpunkter löpande (2.2.1)?

Kommentar

- Se ovan.

Hur säkerställs det att personal inom verksamheten har kompetens att bemöta varje enskild med saklighet, opartiskhet och likhet inför lagen (2.1.3)?

Kommentar

- Teamen har team-möten med sina bitr. Samtal om behandling och metoderna.
- Ärendedragning med bitr., två gånger per månad. Då samtalar man om varje ärende.
- Egenkontroller.
- Handledning.

Finns en gemensam värdegrund för behandlingsarbetet?

- Ja
 Nej

Kommentar

- Arbetar efter förvaltningens värdegrund.
- Barnkonventionen.

Hur säkerställs att nyanställda introduceras till denna och att den regelbundet förmedlas till personal samt till barnet/den unge?

Kommentar

- Barnrättsgrupp.
- Barnrättsnätverket.
- I behandlingssamtal bryts barnkonventionen ner (ex, hur barn ska ha det hemma).

Uppdragets påbörjande och avslut

(Verksamheten ska inför, eller i samband med, uppdragets påbörjande erbjuda barnet/den unge, vårdnadshavare/närstående och företrädare informationsbesök för att bland annat beskriva behandlingssideologi, kvalitetsmål, rutiner, arbetssätt och villkor för uppdraget. Informationen ska finnas tillgänglig i skriftlig form (2.2.3).

Utföraren erbjuder barnet/den unge, vårdnadshavare/närstående och företrädare informationsmöte inkl. skriftlig information inför, eller i samband med, uppdragets påbörjande.

- Ja
 Nej

Kommentar

- Denna del sker i samverkan med socialsekreterare (som är beställare till insatsen).

Uppdraget påbörjas normalt inom fem arbetsdagar och det är vid behov möjligt med akut påbörjande inom 24 timmar.

Kommentar

- Akutuppdrag påbörjas inom 24 h (vardag).
- Uppdrag påbörjas inom 2 veckor, som, efter avstämning med socialförvaltningen, ligger i linje med liknande verksamheter i staden. Ligger på socialsekreterare att boka uppstartsmöte.

Skolgång

(Verksamheten ska utifrån sin inriktning ha rutiner och arbetssätt som understödjer att barn och unga fullföljer alternativt återupptar sin utbildning (2.2.4).

Har verksamheten rutiner och arbetssätt för att understödja att barnet/den unge fullföljer alternativt återupptar sin utbildning?

- Ja
 Nej

Kommentar

- Det beror på uppdraget, om det är lämpligt att arbeta med skolgången.

Nätverk

(Verksamheten ska arbeta stärkande med ursprungligt och nya nätverk utifrån barnets behov förutsatt att det är lämpligt. 2.2.7).

Hur arbetar ni nätverksinriktat med familj och övrigt nätverk, skola, hälso- och sjukvård och uppdragsgivare under placeringen?

Kommentar

- Nätverksmöten i princip alla ärenden.
- Arbetar systemteoretisk.

Har orosanmälan gjorts senaste tolv månaderna?

- Ja
 Nej

Antal orosanmälningar som gjorts senaste tolv månaderna:

Kommentar

- Finns ingen statistik. Håller på att arbetas fram. Ska åtgärdas.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Kvalitetsarbete

(Kvalitetsarbetet ska omfatta mätningar som gör det möjligt att se att verksamheten garanterar utlovad kvalitet. Utföraren ska kontinuerligt följa upp resultatet på gruppnivå och aktivt följa upp verksamheten på individnivå utifrån hur uppdraget svarar mot genomförandeplanens mål, individens behov, samt mot lagstiftningens krav, 2.1.6)

Hur utvecklar ansvarig enhetschef kvalitetsarbetet på ett systematiskt sätt på individ- och verksamhetsnivå, samt driver metodutveckling i verksamheten?

Kommentar

- Följs upp i samband med T1, T2, VB.
- Genom verksamhetsutvecklare.
- Teamen har planeringsdagar, driver metodutveckling.
- VP.

Ledningssystem för systematisk uppföljning av verksamheten innehåller

Processer och rutiner 4 kap. 2-4 §§	Ja	Delvis	Nej
Verksamheten har identifierat och beskriver de processer och aktiviteter som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Samverkan 4 kap. 5 §	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutiner för hur samverkan ska bedrivas inom den egna verksamheten (internt och externt)	x		<input type="checkbox"/>

Rutiner för hur samverkan med uppdragsgivaren ska hanteras vid uppdragets påbörjande, genomförande och avslut (6.1–6.4 samt 7.1–7.2).	<input type="checkbox"/>	x	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------

Kommentar

Ej färdigställda rutiner håller på att sammanställas utifrån sammanläggningen.

Risakanalys 5 kap. 1 § (risker ska vara dokumenterade och det ska pågå ett förebyggande arbete 2.1.5)	Ja	Delvis	Nej
Verksamheten genomför riskanalys årligen.	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åtgärder har genomförts till följd av riskanalys, finns att ta del av för senaste året.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x

Kommentar

Ej färdigställda rutiner håller på att sammanställas utifrån sammanläggningen.

Egenkontroll 5 kap. 2 §	Ja	Delvis	Nej
Verksamheten utövar egenkontroll för att kunna säkra verksamhetens kvalitet.	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultat av egenkontroll finns att ta del av för senaste året (<i>förbättringsarbetet finns dokumenterat</i>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x

Kommentar

Ej färdigställda rutiner håller på att sammanställas utifrån sammanläggningen.

Utredning av avvikelser 5 kap. 3, 6 och 7-8 §§	Ja	Delvis	Nej
Verksamheten tar emot och utreder klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet.	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagomål, synpunkter och rapporter sammanställs och analyseras för att ge indikation på kvalitetsbrister i verksamheten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
Verksamheten tar emot och utreder avvikelser på verksamhetens kvalitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
Avvikelser analyseras och används i fortsatt kvalitetsarbete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x

På grundval av resultaten av de aktiviteter som anges ovan vidtas åtgärder som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Om resultatet visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga ska dessa förbättras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x
Rutin finns för avvikelshantering vid akuta händelser eller när genomförandeplan inte fullföljs (olycksfall eller hot om våld) samt för återkoppling till uppdragsgivaren vid avvikelser (2.1.10).	X (IA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Ej färdigställda rutiner håller på att sammanställas utifrån sammanläggningen.

Personalens medverkan i kvalitetsarbetet 6 kap. 1 § och 3 §	Ja	Delvis	Nej
Verksamheten säkerställer att personal arbetar i enlighet med processer och rutiner i ledningssystem.	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalens medverkan (ansvar gällande utvecklings- och förbättringsarbete) i kvalitetsarbetet är tydliggjord.	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar

- Arbetar med utvecklingsfrågor i teamen.
- Personal vet vad de kan arbeta med och vad de inte har mandat att göra.
- I medarbetarsamtal görs en utvecklingsplan.

Dokumentationsskyldighet 7 kap. 1 §	Ja	Delvis	Nej
Rapportering av kvalitetsarbetet under året visar hur verksamheten har utvecklat och säkrat verksamhetens kvalitet under föregående år samt vilka åtgärder som vidtagits och vilka resultat som uppnåtts.	X (kvalitetsuppföljning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation av kvalitetsarbetet återfinns i verksamhetens uppföljningsrapporter (T1, T2 och VB).	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Lex Sarah <i>All personal ska känna till skyldigheten att medverka till god kvalitet samt rapportera och anmäla missförhållanden och påtaglig risk för missförhållanden enligt Lex Sarah (2.1.8).</i>	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutin finns för Lex Sarah samt för återkoppling till uppdragsgivaren.	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Antal gånger verksamheten har

- rapporterat Lex Sarah de senaste tolv månaderna: 0
- anmält (informerat uppdragsgivare) Lex Sarah de senaste tolv månaderna: 0

Kommentar

Enheten har inte rapporterat något missförhållande enligt Lex Sarah under 2023. Detta kan bero på att det inte funnits något missförhållande att rapportera. En annan analys av orsaken är att det finns behov av att inventera kunskapsnivån om Lex Sarah.

Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL,

Beställning och genomförandeplan

(Genomförandeplan i enlighet med BBIC 2.2.2 samt 3.2)

- Genomförandeplaner finns upprättade för samtliga barn och är godkänd av uppdragsgivaren.
- Förslag till genomförandeplaner är upprättade senast inom två veckor efter uppdragets påbörjande.
- Genomförandeplaner följs upp löpande och revideras.
- Barnet/den unge (utifrån ålder och mognad) och dennes vårdnadshavare/föräldrar är delaktig vid utformandet av genomförandeplanen.
- Det framgår av journalen hur barnet/den unge och dennes vårdnadshavare/föräldrar varit delaktiga.
- Det framgår av dokumentationen när och av vilka skäl insatsen har avslutats.

Kommentar

En genomförandeplan ska skapa en tydlig struktur för hur en insats ska genomföras. Genomförandeplanen finns för att säkerställa att insatserna utformas utifrån individens behov och önskemål samt att insatserna följs upp och utvärderas.

Hur säkerställs att genomförandeplanerna innehåller mål och eventuella delmål samt att det tydliggörs vad, hur och när det ska göras?

Kommentar

- Till viss del inom ärendedragningen.
- Skulle upptäckas i egenkontroll (om genomförandeplan inte görs).

- Uppdragsgivare skulle flagga.

Dokumentation hos utföraren	Finns	Finns delvis	Saknas
Rutin finns kring vilken personal som kan och får ta del av dokumentationen om den enskilde.	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutin finns för att hantera eventuella felaktiga uppgifter i dokumentationen.	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dokumentation av uppföljning av insatsen 6 kap 1-5 §§ SOSFS 2014:5 <i>(Dokumentation förs enligt lagar och förordningar samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (3.1).</i>	Ja	Delvis	Nej
Dokumentation förs enligt lagar, förordningar och föreskrifter samt allmänna råd (3.1)	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation av genomförda uppföljningsmöten finns i journal.	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation om stödinsatsen delges uppdragsgivaren snarast efter det att uppdraget upphört (inom två veckor).	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentar

Löpande dokumentation förs (journalanteckningar).

Ja

Nej

Kommentar:

Hur säkerställs att relevant dokumentation förs löpande?

Kommentar

- Egenkontroll.
- Ärendedragning.

Förvaring (3.1)

Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt, inlåst i brandsäkert skåp.

Ja

Nej

Kommentar

<u>Gallring</u>	Finns	Finns delvis	Saknas
Verksamheten följer regler om gallring enligt SoL.	x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verksamhetens lokaler m.m.

Verksamheten har de lokaler och utrustning som behövs för att tillförsäkra barnet/den unge en omsorg som är av god kvalitet och uppfyller kraven på säkerhet (4.1).

Kommentar

- Barnanpassade.

Den/de lokaler där verksamhet bedrivs har inredning i gott skick, nödvändig utrustning för målgruppen och möjliggör att en god hygienisk standard hålls (4.1).

Kommentar

Geografisk närhet

Uppdraget kan antingen utföras på plats, i barnets/den unges hem eller annan plats där barnet/den unge vistas (4.2).

Kommentar

Miljöarbete

(verksamheten bedriver ett aktivt miljöarbete enligt Stockholms stads Miljöprogram 2020-2023, 2.1.12)

Verksamheten har kännedom om stadens mål för andel inköpta ekologiska livsmedel och arbetar för att nå målet.

Källsortering inkl. farligt avfall finns på enheten med särskild fraktion för matavfall.

Verksamheten arbetar för att minska användningen av plast och engångsprodukter.

Verksamheten arbetar för att främja andelen klimatsmarta transporter.

Verksamheten är ansluten till Chemsoft och har en utsedd kontaktperson för systemet

Kommentar

Särskilda krav inom respektive delområde (8)

E1 – intensivt strukturerat behandlingsprogram riktat till barn, unga och/eller deras familjer/nätverk (8.2)

Omfattning (8.2.1)

- Verksamheten har en tydlig målgrupp
- De arbetssätt och metoder som används stämmer överens med målgruppens behov och med lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrifter.

Personal (8.2.2)

- Personal har god kunskap och målgruppen och personlig lämplighet för uppdraget.
- Personal har utifrån verksamhetens inriktning en grundutbildning samt utbildning för de metoder som används.
- Verksamhetens behandlingspersonal har specifik utbildning i de behandlingsmetoder verksamheten använder.
- Samtlig personal i klientarbete har adekvat högskoleutbildning. Minst 75 % av denna personal har motsvarande minst 1 års yrkeserfarenhet på heltid av arbete med målgruppen.
- Det finns en särskild person i personalen med adekvat utbildning som ansvarar för och arbetar med genomförandet av insatsen.

Hur säkerställer utföraren att personalen tjänstgör så att resurserna utnyttjas effektivt utan att göra avkall på kvaliteten?

Kommentar:

- Handledning varje vecka.
- Uppstyrd verksamhet.
- TAM intervjuer (Therapist Adherence Measure), vilket genomförs inom Multi systemisk terapi. Föräldrar får månadsvis svara på ett antal frågor som direkt mäter hur troget terapeuterna följer modellen.
- Färre klienter per person.
- Arbetar jour, beredskap dygnet runt. Helger.

F – Familjepedagogiska/familjebehandlande insatser (8.4)

Omfattning (8.4.1)

(Insatserna utformas i samråd med familjer, det sociala nätverket, socialtjänsten och kan ibland verka som ett alternativ till institutionsplacering).

- Erbjudna insatser utgår från en systemteoretisk grund.

Tider (8.1.2)

- Uppdraget genomförs under vardagar 06.00 – 22.00 samt helgdagar 08:00 – 22:00.

Kommentar:

Nej. Ordinarie arbetstid, flex.

Verksamhetens innehåll

Verksamheten bygger på evidensbaserad praktik *(där det finns, alternativt beprövad erfarenhet)* (8.4.3).

- Ja
- Nej

Kommentar:

Personal (8.4.4)

- Personalen har god kunskap om målgruppen och personlig lämplighet för uppdraget.
- Personalen har utifrån verksamhetens inriktning en grundutbildning samt utbildning för de metoder som används.
- Personalen som utför familjeterapeutiska insatser har adekvat högskoleutbildning med lämplig vidareutbildning.
- Verksamhetens behandlingspersonal ska ha specifik utbildning i de behandlingsmetoder som används.

Hur säkerställer utföraren att personalen tjänstgör så att resurserna utnyttjas effektivt utan att göra avkall på kvaliteten?

Kommentar:

- Team.
- Handledning.
- Ärendedragning.
- Antal uppdrag per behandlare.

Övrigt

Har ni någon feedback till förvaltningen vad gäller kravspecifikationen och uppföljningen från förvaltningen?

Kommentar

- Vissa delar i mallen är inte relevanta för verksamhet som ingår i förvaltningen, exempelvis verksamhetens lokaler då denna finns i förvaltningshuset.
- Bra att gå igenom kvalitén i verksamheten.