



KVALITETSBERÄTTELSE

Verksamhetsåret 2024

SAMMANFATTNING

Syftet med kvalitetsberättelsen är att följa upp det systematiska kvalitetsarbetet och se över vidtagna åtgärder. Därtill skall resultaten för året sammanställas och de förbättringsområden som uppmärksammas belysas. Kvalitetsberättelsen skall vidare ge vägledning för det kommande året avseende kvalitetshöjande insatser och verksamhetsutveckling.

F3nix Omsorg i Sävsjö AB

Appelholmsgatan 9,
576 94 Stockaryd
Org.nr: 559084-7876

BAKGRUND

Med vårt kvalitetsledningssystem och dess tillämpning som utgångspunkt följer nedan en sammanställning av resultaten för verksamhetsåret 2024 och målsättningarna för 2025.

I enlighet med vårt systematiska kvalitetsarbete är vår strävan att utveckla verksamheten till gagn för våra klienter och vår personal utifrån ställda kundkrav samt tillämpliga lagar och föreskrifter. Vi eftersträvar alltid individuellt utformade behandlingsplaner samt att skapa goda förutsättningar för ett långsiktigt behandlingsresultat. Vårt utvecklingsarbete skall präglas av ständiga förbättringar i syfte att åstadkomma en bra verksamhet för klienter och en god arbetsmiljö för personal.

Målsättningen för F3nix Omsorg 2024 var följande:	
Målsättning	Status
Uppnå en genomsnittlig beläggningsgrad på 19,0.	Ej uppfyllt
Att utbilda en medarbetare andra året till alkohol- och drogterapeut.	Ej uppfyllt
Att utbilda en medarbetare andra året till socialpedagog.	Ej uppfyllt
Att utbilda en medarbetare till 12-stegsterapeut.	Ej uppfyllt.
Att införa och strukturera fler temaveckor.	Delvis uppfyllt
Att under andra halvan av 2024 renovera gymmet.	Uppfyllt
Att personalgruppen sätter sig och bygger på sin erfarenhet.	Delvis uppfyllt
Att regler och rutiner sätter sig och efterföljs.	Delvis uppfyllt
Att implementera övningsverksamheten med kontinuerlig konflikthantering.	Uppfyllt
Att enheten självständigt kan driva den dagliga verksamheten.	Uppfyllt
Att det systematiska brandskyddsarbetet följer rutinerna.	Uppfyllt
Att uppnå kvalitetsindexresultat på 9,0.	Ej uppfyllt
Att implementera och fullfölja årsplaneringen för det systematiska arbetsmiljöarbetet.	Uppfyllt

Resultat av föregående års mål

Kvalitetsmål och verksamhet:

Kvalitetspolicy

F3nix Omsorg i Sävsjö AB tillhandahåller boende och behandling för män 22–70 år med missbruk/beroende av alkohol, narkotika och/eller droger. Vi tar även emot män med ADHD och/eller andra neuropsykiatriska diagnoser. Behandling utförs utifrån 12-stegsprogrammet

som utförs av en engagerad, kvalificerad och kompetent medarbetargrupp med bred erfarenhet. Alla som arbetar inom F3nix Omsorg AB medverkar aktivt till att åstadkomma bra behandlingsresultat genom förståelse för klientens behov samt bra behandlingsprogram av god kvalitet.

Vi strävar efter att skapa trygghet och trivsel som en del i behandlingen.

Vår verksamhet sker efter tillämpliga lagar och föreskrifter.

Vårt eget kvalitetsarbete och kvalitetsledningssystem utvecklas genom ständiga förbättringar.

Kvalitetsmål

F3nix Omsorg verksamhetsmål är att ge varje klient de förutsättningar han behöver för att vända en negativ spiral av destruktivitet och/eller självdestruktivitet till en positiv personlighets- och identitetsutveckling samt socialiseringsprocess. Viktiga förutsättningar för en positiv utveckling är trygghet, struktur och kontinuitet.

Vi vill ge klienten en möjlighet att utveckla tillit, att utveckla ett språk och en förmåga att relatera till andra på ett bättre sätt samt att utveckla sin förmåga till empati.

Vi vill ge klienten möjlighet att bearbeta tidigare trauma, få större självinsikt och mognad samt erövra en ofta svunnen självkänsla.

Kvalitetsledning 2024

F3nix Omsorg fastställer årligen en årsplanering där varje kalendermånad omfattar ett antal aktiviteter inom ramen för SAM, SBA och kvalitetsarbete. Årsplaneringen fastställer också i vilket forum eller på vilket sätt medarbetarna och verksamheten ska uppdateras kontinuerligt.

Arbetsmiljö- och kvalitetsarbetet leds och följs upp av ansvarig chef genom följande aktiviteter, system och styrande dokument:

- Kvalitetsledningssystem	- Policys
- Rutiner	- Handlingsplaner
- Infosoc, journal	- APT
- Infosoc, avvikelssystem	- Medarbetarsamtal
- Infosoc, kvalitetssystem	- Extern uppföljning och tillsyn
- Egenkontroll	

Resultat av uppföljning 2024:

Sammanbrott/förtida avslut:

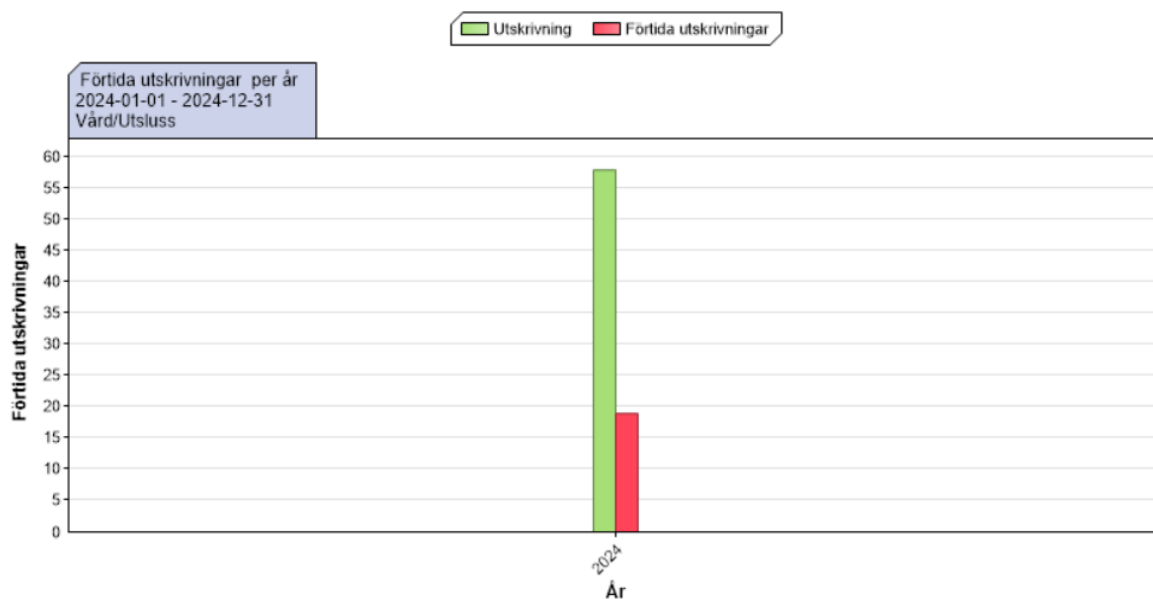
Nedan följer en sammanställning av sammanbrott/förtida avbrott. Vid journalföringen av förtida avbrott registreras om avbrott var på klientens, vårdgivarens eller placerarens initiativ. Avbrott på klientens initiativ avser i huvudsak att klienten avvikit från behandlingshemmet utan att meddelat personal men kan också avse avbrott där klienten lyft med sin handläggare och personal på behandlingshem att han önskar skriva ut sig eller byta behandlingshem. Avbrott på vårdgivarens initiativ är de avbrott där behandlingshemmet avslutar/skriver ut klienten på grund av allvarlig eller upprepade misskötsamhet och där klienten bedöms försvåra hjälpinsatserna för sig själv och/eller andra. Avbrott på placerarens initiativ är när beslut om utskrivning fattas av

placerande enhet. Detta sker i huvudsak klienter som misskött sig allvarligt eller upprepat och brutit mot de villkor som placering på F3nix Omsorg innefattar.

För att kunna analysera resultaten avseende sammanbrott följer för respektive enhet en analys av antal, anledning, när i tid, återfallsrelaterade avbrott samt lagrum för placeringen. Detta i syfte att identifiera sårbarheter eller förhöjda risker för sammanbrott/förtida avbrott för att kommande år kunna förebygga och minska andelen placeringar avslutade i förtid.

	Totalt	Inom 2 månader	Efter 2 månader	Återfall
Klientens initiativ	8	7	1	
Vårdgivarens initiativ	11	4	2	4
Placerarens initiativ	1		1	
	19			

Vård/Utsluss



År	Utskrivning	Förtida utskrivningar
2024	58	19 (32.76%)
Totalt	58	19 (32.76%)
Totalt (median)	58	19

Analys:

Strax över hälften av sammanbrotten sker under de första 2 månaderna. Orsakerna varierar och det går inte att identifiera något tydligt mönster. Fyra av dessa avbrott har föregåtts av återfall, ett i nära anslutning till placeringen efter att analys av drogprov påvisat förhöjda värden i förhållande till ankomstproven vilket bedöms som nyintag på behandlingshemmet. De tre

resterande var efter intag/påverkan på behandlingshemmet. Samtliga fyra placeringar valde F3nix Omsorg att avbryta i samråd med handläggare.

I gruppen har fem av kommunen placerade klienter valt att avsluta placeringen i nära anslutning till placeringens början. Dessa klienter har placerats direkt från avgiftningen och hade en påtaglig kvarvarande abstinens vid ankomst. Abstinens är ett stort mottaglighetshinder för klienten under den första tiden på behandlingshemmet och risken för sammanbrott/förtida avslut för denna kategori bedöms vara hög. Två avbrott har berott på att klienterna i nära anslutning till ankomst önskat ett annat behandlingshem med individuell behandling. Fem av sammanbrotten/förtida avslut har berott på annan allvarlig misskötsamhet där klienterna genom negativa beteendemönster allvarligt försvårat de meningsfulla hjälpinsatserna både för sig själva och andra. Avsluten har föregåtts av ett omfattande motivationsarbete i syfte att förebygga sammanbrott men där beteendena till slut renderat i att såväl placerare som vårdgivare bedömt att klienten inte varit mottaglig och villig att förhålla sig till de regler som finns på behandlingshemmet och inte heller deltagit i behandlingen på ett adekvat sätt. Tre av sammanbrotten utgörs av att klienten avvek och inte återkom efter ledighet. I detta fall bedöms ledigheten beviljad i ett för tidigt skede då klienten fungerade väl i behandling, var mottaglig, villig och aktiv i sitt förändringsarbete. Att åka på ledighet tidigt under placeringstiden bedöms vara en förhöjd risk för impulsiva beslut som då också leder till en ökad risk för återfall.

Avbrott efter de första två månaderna utgörs av ett avvikande efter ledighet, två andra misskötsamheter samt ett avbrott på placerarens initiativ som önskade annan inriktning för klienten. I ett av avbrotten har det föregåtts av brukande av narkotika på ledighet vilket gjorde att klienten avbröt sin behandling. Den klienter som avslutade placeringen på eget initiativ hade genomgått en längre behandling och avslutade i relativ närtid till det planerade avslutet. I dessa fall var majoriteten av insatserna och målen uppfyllda och klienterna hade en plan för tiden efter behandlingen. Dessa typer av avbrott bedöms därmed mer skäligen och inte som sammanbrott utifrån misskötsamhet, återfall eller andra riskbeteenden.

Sammanfattningsvis har Fenix Omsorg under 2024 haft fyra återfallsrelaterade sammanbrott, varav fyra på behandlingshemmet. Tre av dessa klienter tog återfall gemensamt vid samma tidpunkt. Detta bedöms vara ett gott resultat av det aktiva arbete som bedrivs i syfte att förebygga alkohol och narkotika på behandlingshemmet samt de behandlingsinsatser som är fokuserade på återfallsprevention och att förebygga återfall. Två klienter har avvikit i samband med ledighet vilket föranleder skäl att se över rutiner inför ledighet samt vilka faktorer som ska ligga till grund för bedömningen av klientens stabilitet inför beslut om ledighet. De åtta klienter som valt att avsluta på eget initiativ bedöms vara ett misslyckande från behandlingshemmets sida då det procentuellt utgör en relativt stor andel av sammanbrotten sett till antal utskrivna klienter totalt. Chansen att helt lyckas eliminera utskrivningar på egen begäran bedöms vara minimal sett till beroendesjukdomens kraft samt de korta avgiftningstider som placeringar på HVB föregås av. Målet är dock att under 2025 minska denna kategori av sammanbrott i möjligaste mån.

Övrig misskötsamhet bedöms också svår att helt eliminera med tanke på den problematik många av verksamhetens klienter har. Även om placering alltid föregås av intervjuer och matchning går det inte att negligera det faktum att möjligheten att "slippa" tvångsvård genom LVM i vissa fall är en central drivkraft för klienterna och också påverkar var klienten lägger fokus under behandlingstiden. Denna målgrupp behöver behandlingshemmet arbeta särskilt aktivt med, inte minst för att en klient kan påverka flera andra i negativ riktning. Att stävja

grupperingar och "negativa ledare" är en viktig del i att skapa en god och terapeutisk behandlingsmiljö. Handlingsplanen skall därmed omfatta särskilda risker och rutiner för att förebygga och stävja de sammanbrott som går under annan allvarlig eller upprepad misskötsamhet.

Undertecknad bedömer att 32 % sammanbrott/förtida avslut går att minska avsevärt genom en tydlig handlingsplan med riktade åtgärder. Handlingsplanen skall omfatta följande:

- Förtydliga rutinen för ledigheter samt utöka/individanpassa tiden till första ledighet
- Utarbeta en plan för att hantera negativa konstellationer och grupperingar
- Ta fram en särskild rutin för klienter som behöver extra stöd, motivation, tillsyn och omvårdnad under placeringens första veckor.
- Fortsätta arbeta aktivt med drogkontroller och förebyggande arbete kopplat till drogprevention

Egenkontroll

Ansvarig chef eller biträdande i hennes ställe utför årligen egenkontroll avseende journalföring och rapportering. Egenkontroller utförs en gång per kvartal och oannonserat för övrig personal. Vid egenkontrollen går samtliga digitala journaler igenom i syfte att säkerställa att dokumentationen håller god kvalitet. Vid denna kontroll beaktas särskilt att anteckningar sker löpande, att de upprättas och signeras i nära anslutning till händelsen, att information av vikt inte missats samt att journalanteckningarna är professionellt utformade. Det kontrolleras därtill så att genomförandeplaner, månadsrapporter, slutrapporter och andra interna dokument så som händelserapporter har upprättats i tid och att revideringar görs inom givna ramar. Efter den digitala egenkontrollen kontrolleras även samtliga klienters pärmar för att säkerställa att originalhandlingar, utredningar och annan klientinformation är korrekt insatta samt att information av vikt finns i pärmen vid exempelvis strömavbrott. Slutligen kontrolleras så att pärmarna är förvarade i det låsta, brandsäkra skåpet samt att utskriva klienters pärmar och handlingar är utsorterade och arkiverade enligt rutin.

Analys:

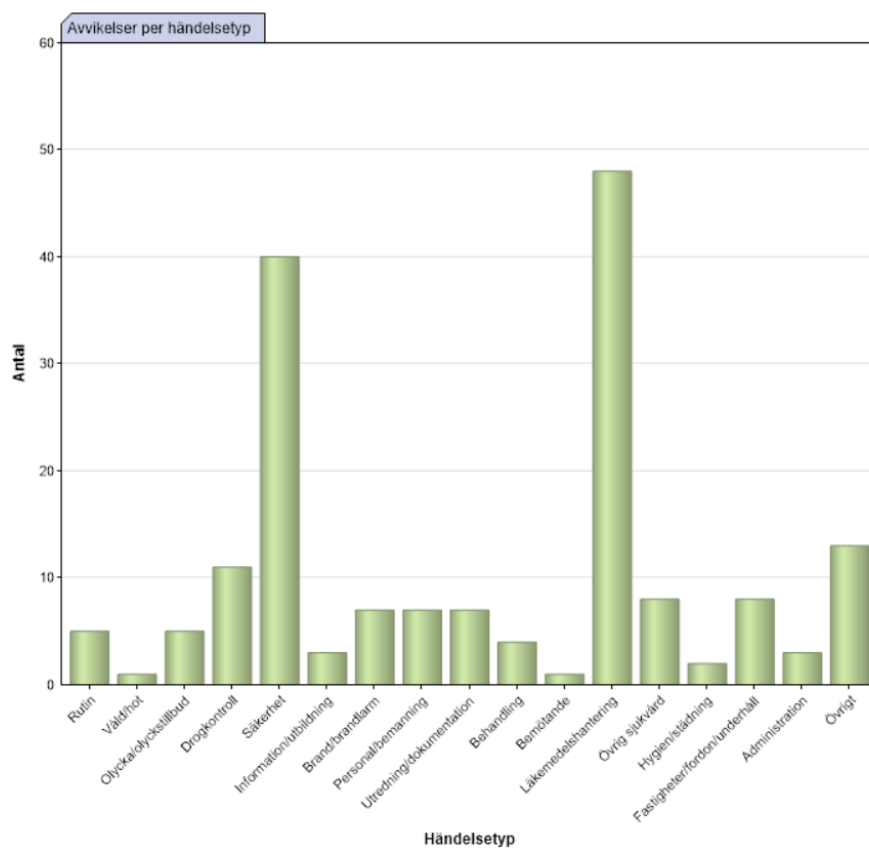
2024 gjordes tre egenkontroller. De två första med goda resultat där endast små avvikelser uppmärksammats, den senare med större avvikelser i form av längre tid för signering av genomförandeplaner och slutrapporter. Exempel på mindre avvikelser är att datum för upprättande eller revidering av genomförandeplaner överskridits eller att enstaka journalanteckningar saknats. Vid egenkontroll av bl.a. drogkontroller under tidig höst 2024 uppmärksammades att journalanteckningarna avseende provtagning skilde sig mycket mellan olika medarbetare vilket medförde svårigheter i uppföljningen av provtagningar. Med anledning av detta har digitala journalmallar tagits fram för att likrikta journalföringen och därmed underlätta vid uppföljning. Sedan egenkontrollerna infördes 2023 har kvalitén på anteckningarna ökat avsevärt och likaså hålls tidsramarna för rapportering på ett mycket tillfredsställande sätt. Uppkomna brister i egenkontrollerna förmedlas dels enskilt men lyfts också på APT och då i huvudsak brister utgör ett mönster och inte enstaka avvikelser.

Interna avvikelser:

Nedan följer en sammanställning av rapporterade avvikelser 2024 samt en jämförelse med verksamhetsåret 2023.

Avvikelser 2024-01-01 - 2024-12-31

Händelsetyp	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Totalt
1 Rutin				1				2	1		1		5
2 Våld/hot							1						1
3 Olycka/olyckstillbud									1		2	2	5
4 Drogkontroll	1	2	2			2	1		1		1	1	11
5 Säkerhet	4	1	3	7	2	4	3	3	2	3	6	2	40
6 Information/utbildning				2	1								3
7 Brand/brandlarm		2	1	3	1								7
8 Personal/bemannning		2		1		1			2		1		7
9 Utredning/dokumentation			2		1		2			1		1	7
10 Sekretess/integritet													
11 Behandling					1				1	1	1		4
12 Tillgänglighet													
13 Bemötande												1	1
14 Läkemedelshantering	2	4	10	7	9	4	1	3	3		1	4	48
15 Övrig sjukvård				1	2	1					3	1	8
16 Hygien/städning			1			1							2
17 Fastigheter/fordon/underhåll				1		1			2	1	1	2	8
18 IT/tele													
19 Administration				1	2								3
98 Externa klagomål/förbättring													
99 Övrigt								3	2	4	3	1	13
Totalt	7	11	19	24	19	14	8	11	15	10	20	15	173
Oåtgärdade													
Delvis åtgärdade													
Helt åtgärdade	7	11	19	24	19	14	8	11	15	10	20	15	173
Oviktade	7	11	19	24	19	14	8	11	15	10	20	15	173
Högviktade													



Jämförelse avvikelser 2023–2024

Avvikelser 2023-01-01 - 2024-12-31

Händelsetyp	2023	2024	Totalt
1 Rutin		5	5
2 Våld/hot	3	1	4
3 Olycka/olyckstillbud	4	5	9
4 Drogkontroll		11	11
5 Säkerhet	17	40	57
6 Information/utbildning		3	3
7 Brand/brandlarm	1	7	8
8 Personal/bemanning		7	7
9 Utredning/dokumentation		7	7
10 Sekretess/integritet	3		3
11 Behandling	2	4	6
12 Tillgänglighet			
13 Bemötande		1	1
14 Läkemedelshantering	48	48	96
15 Övrig sjukvård	2	8	10
16 Hygien/städning		2	2
17 Fastigheter/fordon/underhåll	7	8	15
18 IT/tele			
19 Administration		3	3
98 Externa klagomål/förbättring			
99 Övrigt	10	13	23
Totalt	97	173	270
Oåtgärdade			
Delvis åtgärdade			
Helt åtgärdade	97	173	270
Oviktade	97	173	270
Högviktade			

Analys:

2023 hade antalet inkomna avvikelser mer än tredubblats i förhållande till verksamhetsåret 2022 och dubblats 2024 jämfört med 2023. Detta bedöms vara en positiv effekt av dels att verksamheten digitaliserat avvikelssystemet och att vikten av att rapportera avvikelser och tillbud alltmer belysts vid APT, i rutiner, medarbetarsamtal etc.

Målsättningen var 2024 att öka benägenheten att rapportera brister och avvikelser i verksamheten ytterligare vilket också blev fallet med en nästan dubblering mot året innan. Detta kan antingen vara resultat av att tidigare avvikelser inte rapporterats korrekt, fler rutiner har implementerats men inte följts alternativt har fler avvikelser skett. Detta kommer att behöva följas upp årligen över längre tid samtidigt som vi fortsätter att uppmärksamma och belysa vikten av att dokumentera avvikelser internt innan en reell slutsats kan dras.

De skillnader vi kan se av föregående års resultat, utöver att den totala andelen avvikelser nästan är dubblerad är att andelen avvikelser inom säkerhet ökat markant 2024 jämfört med 2023. Detta är till en början en negativt utveckling men efter genomgång av samtliga avvikelser kopplat till säkerhet handlar det främst om larmklockan som varit ur funktion/på lagning, alternativt inte blivit laddad som den ska. Läkemedelsavvikelserna i antal är oförändrad och därmed hög och kommer bli ett fokusområde under 2025 med fokus att drastiskt minska dessa genom individuella samtal med sjuksköterska samt förtydligande av rutiner inom HSL.

Området drogkontroll har ökat från 0 till 11 vilket beror på att verksamheten dels har en ny rutin där samtliga prover som avviker ska rapporteras, men också för att händelsetypen ”drogkontroll” är ny. Avvikelser kring drogkontroll har tidigare år rapporterats på behandling/övrig sjukvård. Att börja föra tydlig statistik kring drogkontroller är ett led i att kvalitetshöjande insatser implementeras och nya rutiner kan bli ännu bättre. Arbetet kring drogkontroller handlar om att arbeta förebyggande och är en viktig del av våra klienters behandling men också krav utifrån våra ramavtal. Även handlingstypen rutin är ny för året där analysen är samma som för drogkontroll. Avvikelser kring hot/våld har minskat från 3 till 1 vilket också bedöms vara ett positivt resultat av det aktiva arbete med säkerhetsrutiner, konflikthantering, förebyggande åtgärder och handlingsplaner som bedrivits under 2024. Verksamheten har nolltolerans mot hot, våld samt kränkningar och arbetar aktivt för att främja säkerheten för såväl klienter som personal. Vid en djupgående analys av de inrapporterade avvikelserna har dock ingen avsett hot eller våld riktat mot person utan bedöms vara mindre allvarliga händelser inom ramen för området säkerhet.

Under 2024 har också 5 olycksfall/olyckstillbud rapporterats, vilket är en ökning med ett rapporterat tillbud. Två av dessa har varit arbetsskador av mindre allvarlig karaktär men som ändå bedömts uppfylla de krav som krävs för att rapporteras till Arbetsmiljöverket vilket är gjort tillsammans med personal. Samtliga tillbud har renderat i förtydligande av rutiner och handlingsplaner i syfte att förebygga framtida olycksfall inom berörda områden. Rimligtvis bör fler händelser vara rapporterade som tillbud varvid denna rutin särskilt ska gås igenom och följas upp med samtlig personal. Någon avvikelse har inte föranlett anmälan jml. Lex Sarah eller Lex Maria.

2025 är målsättningen fortsatt att ytterligare öka benägenheten att rapportera och att i takt med att avvikelser inkommer aktivt arbeta med- och utveckla/förbättra verksamheten och det

förebyggande arbetet. Vidare är målsättningen att avsevärt minska andelen avvikelser inom området säkerhet vilket ökat kraftigt 2024 jämfört med 2023. Med anledning av detta kommer en genomgång göras med personal under APT för att tillsammans gå igenom och diskutera vilka avvikelser som faller under vilka kategorier.

Inkomna synpunkter & klagomål:

Samtliga klienter informeras i samband med inskrivningen om verksamhetens rutin för hantering av synpunkter och klagomål. De informeras om sin rätt att få sin röst hörd och att detta kan ske antingen muntligt till kontaktperson eller föreståndare alternativt digitalt via verksamhetens hemsida. Verksamheten tillhandahåller dator för de som saknar möjlighet att själv logga in på hemsidan.

Under 2024 inkom totalt 41 skriftliga synpunkter och klagomål:

Rutinen för synpunkter och klagomål är dock att verksamhetens föreståndare eller biträdande i hennes frånvaro följer upp inkomna synpunkter och klagomål allt eftersom de kommer in, dokumenterar dem och gör tillsammans med föreståndare/verksamhetschef handlingsplaner vid behov. Det sker därefter återkoppling till den person som inkommit med klagomålet inom 7 dagar om klagomålet inte lämnats anonymt.

De synpunkter och klagomål som inkommit har varit relaterade till följande områden:

Mat: 38

Behandlingsschema: 1

Personal: 2

Ingen av de synpunkter och klagomål som inkommit har bedömts vara av allvarligare omfattning och karaktär utan handlar i regel om enskilda klienters önskemål eller åsikter.

Analys:

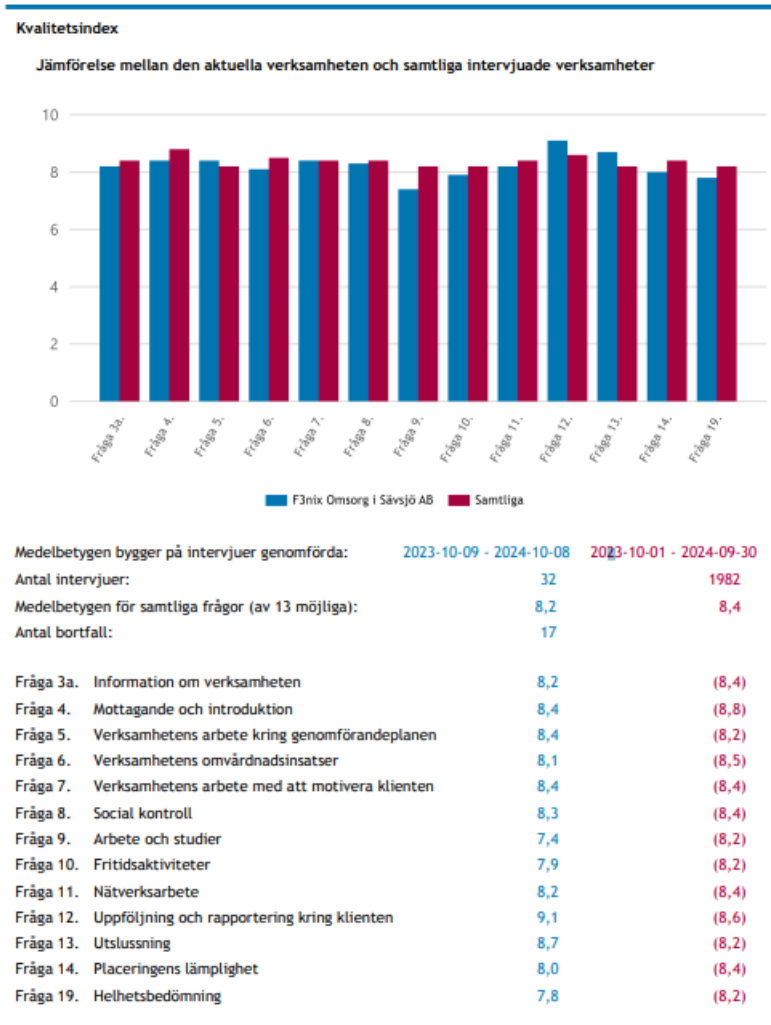
Generellt inkommer väldigt få synpunkter och klagomål på verksamheten. De synpunkter och klagomål som har inkommit under 2024 har uteslutande kommit från inskrivna klienter och de allra flesta kring mat. Vid ingående analys av vad dessa klagomål gällt har samtliga varit att de önskar mer ost. Samtliga 38 kom inom loppet av 1 dygn. De lämnades därför utan åtgärd då en närmre titt på mängden inköp av ost upplevs tillfredsställd. Önskemålet kring behandlingsschemat är att tiden för kvällsmöte ska tidigareläggas och anledningen till att det inte görs är för att upprätthålla en närvarokontroll senare på kvällen är av stor vikt för att säkerställa att vi har koll på var våra inskrivna klienter är, även när behandling inte sker. Klagomålen kring personal lämnades utan åtgärd då undertecknad inte bedömde att det inte fanns någon relevans i det som framställdes.

I övrigt har inga klagomål kommit externt från handläggare, anhöriga eller andra personer. Klienterna kan lämna synpunkter och klagomål i pappersformat eller anonymt via länk på företagets hemsida. Oftast tar klienterna upp sina synpunkter muntligt med sin kontaktperson

eller föreståndare och i de allra flesta fall kan synpunkten avhjälpas omgående. Att verksamheten har en öppen och nära dialog med de placerade klienterna på daglig basis med flertalet olika forum för uppföljning och dialog bedöms vara den huvudsakliga orsaken till den låga andelen klagomål. I brukarenkäterna kan vi också se att majoriteten av de klienter som deltar i undersökningen ger höga poäng på bemötande och kommunikation, något vi fortsatt ska vårda och värna för under 2025.

Kvalitetsindexmätning

2024-10-09 mottogs en av SSIL sammanställd kvalitetsindexrapport för perioden 2023-10-01 - 2024-09-30. Rapporten omfattar 32 intervjuer baserat på 49 placeringar vilket innebär 17 bortfall. Bortfallen beror på att SSIL inte fått kontakt med någon med tillräcklig kunskap om placeringen. De 32 intervjuerna omfattar 19 frågor inom nedanstående områden. Av de 19 frågorna betygsätts 13. I tabellen framgår även de genomsnittliga betygen och en jämförelse med samtliga intervjuade verksamheter i landet. Det genomsnittliga betyget för samtliga intervjuer och frågor uppgick till 8,2.



Medelbetyget: 8,2 av 10.

Analys:

Resultatet av kvalitetindexmätningarna för 2024 uppnår inte målet för året då målet är att komma upp till 9,0 i mätningen. Två år i rad har ”arbete och studier” samt ”fritidsaktiviteter” varit det områden med lägst betyg vilket vi genom att tydliggöra hur vi arbetar med dessa i genomförandeplaner, samt i månads- och slutrapporter förhoppningsvis kan se en skillnad i nästkommande rapporter. Områdena som avser arbete och studier bedöms vara svåra att uppnå riktigt höga resultat eftersom huvudsyftet med en placering i våra verksamheter är att delta i högintensiv och medelintensiv behandling. Likaså gäller nätverksarbete då våra klienter är vuxna och en förutsättning för nätverksarbete kräver samtycker och att klienter bryter sekretessen gentemot andra personer. Helhetsbedömning är ett område vi tillsammans behöver belysa för att utreda om det finns ytterligare åtgärder att vidta för att öka placerande handläggares kundnöjdhet avseende placeringen som helhet. F3nix Omsorgs styrka enligt rapporten är uppföljning och rapportering kring klienten vilket är något vi ska arbeta för att bibehålla.

Samtliga rapporter skickas ut till medarbetarna och de utgör även diskussionsunderlag vid personalmöten och APT.

Sammanfattningsvis konstateras att verksamheten levererar goda resultat sett till placerande handläggares bedömningar och erfarenheter av verksamheterna. Enheten får genomgående 8,2 i betygspoäng och de lägra områdena blir nya fokusområden för det kommande året.

Brukarenkäter:

Kopplat till journalsystemet Infosoc använder verksamheterna ett separat system för uppföljning av kvalitet. I systemet finns brukarenkäter vilka skickas till klienter i samband med att placeringen avslutas. I dessa får klienterna själva möjlighet att betygsätta tiden på behandlingshemmet. Då svarsfrekvensen varit förhållandevis låg har en förändring gjorts där brukarenkäten i stället skickas ut strax innan klienten åker hem, till skillnad från tidigare då den skickades efter att han åkt. På så sätt kan kontaktpersonerna förklara vad det är som skickas ut och syftet med denna. Detta har gett omedelbar effekt och målsättningen är att avsevärt öka andelen inkomna brukarenkäter under 2025.

Nedan följer en sammanställning av brukarenkäterna på aggregerad nivå.

Fråga	Max-poäng	2024		Org enhet
		Svars-poäng	Proc %	
1 Valet av behandlingshem	4,00	3,29	82,14	F3nix HVB
	4,00	3,29	82,14	Alla
2 Handläggarkontakt	4,00	3,00	75,00	F3nix HVB
	4,00	3,00	75,00	Alla
3 Uppnått behandlingsresultat	4,00	3,86	96,43	F3nix HVB
	4,00	3,86	96,43	Alla
4 Tillgång på personal	4,00	3,86	96,43	F3nix HVB
	4,00	3,86	96,43	Alla
5 Bemötande	4,00	3,86	96,43	F3nix HVB
	4,00	3,86	96,43	Alla
6 Personalens kompetens	4,00	3,71	92,86	F3nix HVB
	4,00	3,71	92,86	Alla
7 Hälsovård/tandvård	4,00	3,43	85,71	F3nix HVB
	4,00	3,43	85,71	Alla
8 Läkemedel	4,00	4,00	100,00	F3nix HVB
	4,00	4,00	100,00	Alla
9 Information från behandlingshemmet	4,00	3,57	89,29	F3nix HVB
	4,00	3,57	89,29	Alla
10 Behandlingshemmets fysiska miljö	4,00	2,86	71,43	F3nix HVB
	4,00	2,86	71,43	Alla
11 Fritidsaktiviteter	4,00	3,29	82,14	F3nix HVB
	4,00	3,29	82,14	Alla
12 Helhetsbedömning och övriga synpunkter	4,00	3,71	92,86	F3nix HVB
	4,00	3,71	92,86	Alla
Medelvärde	4,00	3,54	88,39	

Analys:

Den viktigaste analysen är att vi behöver vidta åtgärder för att öka svarsfrekvensen och därmed få ett bredare underlag för brukarnas upplevelser av tiden hos oss. Av de inkomna enkäterna får vi genomgående goda omdömen med få avvikelser och variationer. Vår uppfattning är att majoriteten av placerade klienter är nöjda med sin placering vid tidpunkten för avslut men vi kan samtidigt inte utesluta att nöjda klienter kan vara mer benägna att svara på enkäten vilket i såfall ger ett missvisande utfall.

Målet för 2025 är att nå fler klienter på båda enheterna och kraftigt öka andelen inkomna brukarenkäter. Målsättningen är att öka med 100% per enhet.

Sammanfattningsvis görs dock bedömningen, både utifrån synpunkter och klagomål, klientintervjuer, brukarenkäter och den generella uppfattningen utifrån samtal i den dagliga verksamheten att majoriteten av klienterna trivs, mår bra och är nöjda med de insatser och den verksamhet som bedrivs. Den fysiska miljön får lägst betyg, och under hösten 2024 har en större renovering påbörjats av både bostadslängor, gym och övriga offentliga lokaler vilket förhoppningsvis bidrar till ökad trivsel nästkommande rapporter.

Måluppfyllelse planerade insatser

Föregående år har ett mätinstrument för uppföljning kopplat till måluppfyllelse utifrån planerade insatser i genomförandeplanerna saknats och har i stället utgjorts av stickprover där ansvarig chef i samband med egenkontroll stämt av slutrapport mot genomförandeplan för att bedöma i vilken grad målen uppfylls under placeringstiden. Det som framkommer tydligt vid dessa kontroller är att behandlingens fullgörande är den viktigaste faktorn i förhållande till måluppfyllelsen. Sammanbrott och förtida avslut påverkar i hög grad måluppfyllelsen i negativ riktning, om än av förklarliga skäl.

Eftersom ett standardiserat mätinstrument saknats är det svårt att sammanställa ett tillförlitligt resultat, även om det är tydligt vid egenkontroll att det bedrivs ett aktivt arbete med samtliga identifierade behovsområden där mål kontinuerligt uppfylls och bockas av. För en tätare uppföljning har ansvarig chef under 2024 beslutat att revidering av genomförandeplanen ska ske minst var tredje månad och utifrån detta uppdaterat rutinen för dokumentation. Vid revideringarna bjuds ansvariga handläggare in för deltagande. I samband med revideringen följs samtliga insatser upp. De mål som är uppfyllda bockas av och avslutas och nytillkomna insatsbehov läggs till i den reviderade versionen. Alla revideringar journalförs och sätts underskrivna i klientens pärm. Rutinen för kontinuerlig revidering har vid årets slut helt satt sig och vid de senaste egenkontrollerna har det enbart i enstaka fall missats revideringar eller helt uteblivit. Detta bedöms vara klart kvalitetshöjande insats som också öka möjligheten att löpande följa upp måloppfyllelsen.

Under 2025 ska ett digitalt mätinstrument tas fram i kvalitetssystemet där varje ansvarig kontaktperson, vid avslut utvärderar samtliga behovsområden och planerade insatser och bedömer måloppfyllelsen utifrån uppfyllt-delvis uppfyllt-ej uppfyllt. Här kommer också noteras om placeringen är fullföljd eller avbruten i förtid så att jämförelser också kan göras utifrån det.

Renoveringar och investeringar:

Köket i huvudbyggnaden har under året besiktigats och godkänts av Miljö och Hälsa med notering om att mindre åtgärder så som diskbänk och skåp behöver bytas ut. Gymmet på F3nix Omsorg har under året fått en omfattande renovering med nytt golv, nya maskiner, ytskikt har fräschats upp och blivit mer ändamålsenligt. Renovering i bostadslängorna har påbörjats och vid årsskiftet är 14 av 25 bostadsrum färdiga. 3 av 7 vardagsrum samt kök är klara och renoveringen fortsätter 2025. Tillståndet hos IVO är ändrat och F3nix Omsorg tar nu emot män 22-70 år. Ett ramavtal har också slutits med Kriminalvården vilket gjort att samtliga byggnader ska kunna larmas. 1 av 3 byggnader återstår och prioriteras i början av 2025.

Analys:

Fastigheterna håller olika hög standard där vissa delar har renoverats i närtid. För 2025 är planen att färdigställa samtliga bostadslängor, gym och administration genom att renovera ytskikt, uppdatera ventilationssystemet samt renovera badrum som är i behov av detta. En miljöstation ska byggas så att avfallshanteringen underlättas. Därtill kommer löpande underhåll och uppdatering ske efter behov.

Beläggning och ekonomi:

Målet för 2024 sattes till att uppnå en genomsnittlig belägningsgrad på 19 klienter. Målet uppfylldes inte med sina 13,69 inskrivna klienter i genomsnitt. Av den anledningen uppfylldes inte heller omsättningen, därtill har stora renoveringsbehov prioriterats. Målsättningen är vidare att under 2025 utöka rörelsemarginalerna och därmed återhämta företagets ekonomi efter det låga klientantal samt omfattande renovering som 2024 medförde.

Analys:

Det sammanlagda medelantalet klienter uppgick för 2024 till 13,69 av maximalt 25,0. Detta är ett resultat av ett avsevärt lägre inflöde av placeringsförfrågningar då vi samtidigt ser längre placeringstider för de klienter som är inskrivna. Sammanbrotten procentuellt är hög, men lägre än 2023 vilket är positivt. Under senare delen av 2024 ökade beläggningen och i december 2024 var genomsnittet 17,55. För att öka beläggningsgraden ytterligare under 2025 är målsättningen främst att minska andelen förtida avbrott och sammanbrott, samt arbeta aktivt med de placeringsförfrågningar som inkommer samt upprätthålla ramavtalet med Kriminalvården och på så vis få fler matchningar med klienter därigenom. Då inflödet och efterfrågan på behandlingsplatser under de nio första månaderna 2024 var låg bedöms efterfrågan vara den främsta riskkällan till variationerna i beläggningsgraden. Handläggarkontakt och nätverksarbete kommer ligga i fokus samt en handlingsplan för att förebygga förtida avslut skall upprättas tillsammans med personal är mål för att öka beläggningsgraden 2025. Detta för att nå målet med ett genomsnitt på 23 klienter.

Personal och bemanning:

Under året har personalomsättningen varit låg. Likaså sjuktalen där framför allt korttidsfrånvaron minskat avsevärt jämfört med tidigare år. Några nya medarbetare har tillkommit efter utökning av bemanning då nya scheman fastställts med utgångspunkt i de skärpta reglerna för dygns- och veckovila.

Personalgruppen har utvecklats i positiv riktning. Fortsatt är personalgruppen relativt ny med flera nya medarbetare varvid fortsatt fokus på samarbete kommer att föreligga under 2025. I samband med att nya scheman förhandlades och trädde i kraft har också nya tjänstgöringsturer utformats. Detta i syfte att uppnå en jämn fördelning av arbetsuppgifter och att tydliggöra vem som gör vad.

Under 2024 har vi tre medarbetare som utbildas, en till 12-stegsterapeut, en till socialpedagog och en till alkohol- och drogterapeut. De två sistnämnda är på andra året och det slutliga året av utbildningen men är ännu inte i mål vilket tillhörde 2024 års mål. Målet för 2025 är att dessa utbildningar ska slutföras under årets första halva.

Analys:

MÅLSÄTTNINGAR FÖR 2025

- Att uppnå en genomsnittlig beläggningsgrad motsvarande 23 klienter
- Utredda möjligheten för att öppna en motivationsavdelning
- Fortsatt kvalitetshöjning genom att fullfölja pågående utbildningar.
- Att renovera och larma samtliga bostadslängor.
- Implementera en till temavecka med fokus på relation.
- Införa standardiserade mätinstrument för måluppfyllelse
- Utöka andelen inkomna brukarenkäter

- Utöka antalet placeringar från Kriminalvården genom att upphandla ramavtal för ytterligare fyra år.
- Utveckla personalens kunskande och trygga i att arbeta utifrån Kriminalvårdens ramavtal samt arbeta med målgruppen.
- Upprätta särskild handlingsplan och rutiner i syfte att förebygga och minska andelen sammanbrott och förtida avslut.
- Bibehålla/höja kvalitetsindex.

I tjänsten,

MIKAELA BLOMDAHL

Verksamhetschef
F3nix Omsorg i Sävsjö AB

