



Kvalitetsberättelse

2016

Wemind HVB AB

Innehållsförteckning

INLEDNING	3
SAMMANFATTNING	3
VERKSAMHETSBESKRIVNING	3
PERSONALGRUPPEN	4
BEMANNINGEN	5
KVALITETSARBETET UNDER ÅRET	5
ANSVARSFÖRDELNING I KVALITETSARBETET	5
KVALITETSPOLICY OCH MÅLSÄTTNINGAR	6
1) UTVÄRDERING AV BEHANDLINGSRESULTATEN	7
PLACERINGAR UNDER ÅRET	7
UTVÄRDERING AV BEHANDLINGEN	7
MÅLUPPFYLLELSE SOCIALTJÄNSTENS MÅLSÄTTNINGAR	7
BETEENDEREGISTRERINGAR	8
SKATTNINGSSKALOR OCH STRUKTURERADE INTERVJUER	9
2) FÖLJA EVIDENSLÄGET PÅ RELEVANTA OMRÅDEN	10
3) PLACERADE UNGDOMARS DELAKTIGHET I VÅRDPLANERINGEN	10
4) MEDARBETARES INDIVIDUELLA UTVECKLINGSPLAN	10
5) MEDARBETARES TRIVSEL	11
6) AKTIVT FÖLJA UTVECKLING I LAGSTIFTNINGEN	12
SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE	12
RISKANALYSER	12
EGENKONTROLL	13
BEHANDLINGSRESULTAT	13
DOKUMENTATION	13
BRANDSÄKERHET	13
MILJÖ OCH HÄLSA	13
UTREDNING AV AVVIKELSER	14
FÖRBÄTTRANDE ÅTGÄRDER I VERKSAMHETEN SANT FÖRBÄTTRING AV PROCESSER OCH RUTINER	14
TILLSYNER FRÅN IVO	15
MÅLSÄTTNINGAR OCH PLANERAT UTVECKLINGSARBETE 2017	15
ORGANISATORISKA OCH LOKALMÄSSIGA FÖRÄNDRINGAR	15
BEHANDLINGSRESULTAT	16
MILJÖ OCH HÄLSA	17

Inledning

Denna kvalitetsberättelse är upprättad som en del i Wemind HVBs arbete med att fortlöpande utvärdera och utveckla verksamhetens kvalitet. Kvalitetsberättelsen utgår från bestämmelserna i SOSFS 2011:9.

Sammanfattning

2016 är verksamhetens andra hela verksamhetsår och har varit ett år med fortsatt ökning av antalet vårdplatser samt förädling av behandlingskonceptet. Vi har under året bland annat utökat behandlingsteamet med en ytterligare psykolog på heltid, arbetat med vår metodmanual i handledning och justerat en stor mängd vardagsrutiner för att bättre kunna följa upp och kvalitetssäkra insatserna. Vidare har vi inrett de sista rummen i lokalen och är nu fullt utbyggda att kunna ta emot 11 placerade ungdomar samtidigt, både lokal och personalmässigt.

Beläggningen har varit jämn under året och behandlingsresultaten (67% av utskrivna under året har uppfyllda mål och går vidare i vårdkedjan) ligger på en acceptabel nivå i relation till svårighetsgraden på ärendena. Verksamheten har arbetat fortlöpande med att förbättra rutiner och tillvägagångssätt, både i preventivt syfte och i fall där det rapporterats avvikelser.

Verksamheten har utöver utveckling av vårdprocessen gjort ett omfattande arbete med att öka variation och kvalitet på den kost som serveras samt sett över hygieniska produkter och resor utifrån vilken miljöpåverkan de har.

Verksamhetsbeskrivning

Wemind HVB AB driver ett behandlingshem i Nynäshamn, Stockholms Län. Målgruppen är för unga pojkar (14-17år) med psykosociala problem som relationsproblem i familjen, skolfrånvaro eller utagerande beteenden. De unga har ofta psykiatrisk tilläggsproblematik. Verksamheten tar inte emot unga med problem inom missbruk eller kriminalitet.

Som metod för beteendeförändring arbetar verksamheten med Tillämpad Beteendeanalys (TBA). Detta innebär att personalens bemötande är planerat och utgår från inlärningspsykologiska principer. Alla i personalgruppen har handledning i metoden av behandlingsansvarig psykolog. Individuellt förändringsarbete (terapi) bedrivs som förlängning på bemötandestrategierna med inriktning KBT (den kliniska grenen av inlärningspsykologi). Alla terapier genomförs med psykolog.

Det sociala arbetet kring varje ungdom leds av dennes kontaktperson som är ansvarig för nätverksarbetet. Detta innebär samordning och problemlösning kring skolgång, familjekontakt, hemvistelser, uppdragsgivarkontakt, fritidssysselsättningar etc. Varje ungdom har en ansvarig psykolog och en kontaktperson.

Verksamheten bedrivs som ett korridorboende i en större vårdfastighet. De 11 vårdplatserna ligger i samma korridor och delar gemensamhetsutrymmen som kök, tv-

rum, biljardrum, tvättstuga etc. Åtta av boenderummen har egna badrum och tre har ett gemensamt. Även verksamhetens expedition/kontor, personalrum, samtalsrum och personalsovrum ligger i samma korridor.

Verksamheten kan genom samarbeten med det lokala föreningslivet erbjuda varierande fritidssysselsättningar som fotboll, bågskytte, taekwondo, musikundervisning (gitarr, piano) och bordtennis, men även simning, gymträning och badminton/tennis tillsammans med personal från verksamheten.

Personalgruppen

Under 2016 har verksamheten haft 13,5 heltidstjänster, 1st lednings, 6st i behandlingsteamet och 6,5st behandlingsassistent/assisterande behandlare-tjänster. Verksamheten har även ett 10-tal timvikarier som hjälper till att bemanna vid sjukdom och tillfällig frånvaro. De fasta tjänsterna har bemannats enligt nedan, tjänstgöringsgrad är 100% om inget annat anges:

Ledning

- Föreståndare/Verksamhetschef, Psykolog som arbetat med ledning av HVB sedan 2009, innan dess som kliniker inom vuxenpsykiatri.

Behandlingsteam

I behandlingsteamet planeras och utvärderas verksamhetens behandlingsinsatser, som genomförs tillsammans med hela personalgruppen.

- Behandlingsansvarig Psykolog. Arbetat med metodutveckling på detta HVB sedan 2015 med tidigare klinisk verksamhet inom BUPs specialistorganisation.
- Psykolog. Tidigare tjänstgjort inom vuxenpsykiatri och på detta HVB sedan 2015. Arbetar 60% i verksamheten.
- PTP-Psykolog. Med tidigare erfarenheter från slutenvård och boendeverksamheter. Påbörjade tjänst i september 2016.
- Biträdande Föreståndare/Behandlare. Barn- och ungdomspedagog med vidareutbildning inom socialrätt, KBT mm. 15 års erfarenhet inom socialtjänsten.
- Behandlare. Socionom med 5 års erfarenhet av socialt arbete. Föräldraledig augusti-december 2016.
- Behandlare. Hälso pedagog med examen från 2015.
- Behandlare. Socionom med examen från 2016. Vikarierat augusti-december för föräldraledig kollega.

Behandlingsassistenter

Arbetar i huvudsak med ungdomarnas fritidssysselsättning, vardagsrutiner och inte minst med mängdträningen i behandlingsarbetet.

- Kock/Behandlingsassistent. Behandlingspedagog (2010) med tidigare kockutbildning och 6 års erfarenhet från socialt arbete. I verksamheten från 2014.
- Behandlingsassistent. Med utbildning från Örebro Universitet till behandlingsassistent (2009). Jobbat på Wemind HVB från öppningen.



- Behandlingsassistent. Undersköterska med 90p socialt arbete och pedagogik från universitet. Fem års erfarenhet från HVB innan påbörjade anställning hos oss 2014.
- Behandlingsassistent. Behandlingspedagog (2012) med grundkurs i MI.
- Behandlingsassistent. Behandlingspedagog (2014) med tio års erfarenhet från ungdomsarbete på Fryshuset och i boxningsklubb. (arbetat 25% under hösten 2016)
- Assisterande Behandlare. Behandlingspedagog (2016) som tidigare gjort praktik i verksamheten. Anställdes med start 1a december i en ny roll.

Medicinsk personal

- Sjuksköterska. Psykiatrisjuksköterska med 30års erfarenhet av yrket. I verksamheten varannan vecka för uppföljning och medicindelning.
- Psykiatriker. Läkare med specialisering inom psykiatri. Deläger verksamheten och ronderar med representant från behandlingsteamet en gång i månaden.

Bemanningen

Bemanningsprofilen i verksamheten utgår från vilken typ av uppgifter som ska lösas på olika dagar i veckan och olika tider på dygnet. Vardagar dag och kvällstid arbetar behandlingsteamet med ett omlottschema som innebär att 3 personer arbetar förmiddag och tre personer arbetar eftermiddag. Under en lång överlappsperiod (12-30-16.30) arbetar både dag och kvällspersonalen samtidigt vilket ger stort utrymme för enskilda träffar med de unga samt samordnande möten, handledning etc.

Kvällar efter klockan 20.30 är verksamheten bemannad med två behandlingsassistenter, liksom nätter och helger. Från 12.30-20.30 på helger (22.00 lördagar) är det tre behandlingsassistenter i tjänst.

Under 2016 har en av behandlingsassistentraderna varit vikt åt verksamhetens vikarier, med syftet att regelbundet kunna erbjuda arbete till behovsanställda så att dessa är uppdaterade på gällande rutiner i verksamheten. Under året har även en av behandlingsassistenterna varit långtidssjukskriven och började återkomma i arbete under hösten på 25%. Den tredje behandlingsassistenten på helgerna är ett tillägg som gjordes sista kvartalet 2016 och dessa tider har hittills erbjudits verksamhetens vikarier.

Kvalitetsarbetet under året

Ansvarsfördelning i kvalitetsarbetet

Följande ansvarsområden har funnits i kvalitetsarbetet

Övergripande ansvar:

Föreståndare

Specifika ansvar (har funnits för följande områden under året):

Ansvarig för metodutveckling och uppföljning av behandlingen:

Behandlingsansvarig psykolog

Ansvarig för brandskyddsrutiner:
Brandskyddsansvarig

Ansvarig för miljö- och hälsa:
Hälsopedagog

Forum för kvalitetsfrågor:

Behandlingsteam. Teamet sammanträder i ett veckomöte som protokollförs. Detta har genomförts löpande under hela året och tjänat syftet att fånga upp och problemlösa kring ärenden och rutiner.

Lokal ledningsgrupp. Föreståndare, Behandlingsansvarig Psykolog och Stf Föreståndare har sammanträtt i protokollförda möten i syfte att följa upp verksamhetsutvecklingsfrågor samt jobba med riskbedömning och riskanalys. Detta forum initierades under hösten 2016.

Ledningsgrupp. Styrelsen för bolaget besöker verksamheten och sammanträder med föreståndaren en gång i månaden i syfte att följa upp verksamhetsutveckling och ekonomisk måluppfyllelse.

Kvalitetspolicy och målsättningar

Under 2016 har arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet bedrivits inom organisationens alla delar. Som ledning för detta arbete har verksamheten utformat följande kvalitetspolicy:

Kvalitetspolicy för Wemind HVB

- Wemind HVB vill skapa ett ledande HVB-koncept som ska erbjuda så många som möjligt evidensbaserad vård med mätbara behandlingsresultat, god tillgänglighet och med vårdtagarens delaktighet i vårdplaneringen i centrum.
- Wemind HVB vill ha engagerade och kompetenta medarbetare som respekterar varandra. Vår kultur präglas av öppenhet, delaktighet, glädje och gemenskap.
- Alla som arbetar inom Wemind HVB medverkar aktivt till att se efter de placerade ungdomarnas behov i utförandet av vården där kvalitets- och utvecklingsfrågorna är viktiga komponenter i det dagliga arbetet.
- Verksamheten på Wemind HVB ska följa tillämpliga lagar och föreskrifter.

Med utgångspunkt i denna policy har verksamheten tagit fram följande mål för kvalitetsarbetet:

Kvalitetsmål för Wemind HVB

- 1) Vården ska utvärderas genom regelbunden mätning av behandlingsresultaten.
- 2) Verksamheten ska följa evidensläget för relevanta områden och säkerställa att vi arbetar med insatser som bästa möjliga vetenskapliga stöd
- 3) Placerade ungdomar ska uppleva delaktighet i vårdplaneringen
- 4) Varje medarbetare ska ha en individuell utvecklingsplan
- 5) Medarbetare ska trivas med och rekommendera [andra](#) att jobba hos oss
- 6) Vi ska aktivt följa utvecklingen i lagstiftning som är tillämplig verksamheten

Kvalitetsmålen utvärderas vart och ett i nedanstående stycken.

1) Utvärdering av behandlingsresultaten

Placeringar under året

Under 2016 skrevs 10 ungdomar in i verksamheten och 9 ungdomar skrevs ut. Beläggningen har varit relativt stabil och varierat mellan som lägst 6,56 inskrivna i maj och som mest 8,94 inskrivna i februari. Snittantalet var 7,92 placerade ungdomar över året, vilket innebär en beläggning på 83% (med hänsyn tagen till ökning av antal platser i september). Vid utgången av 2016 finns 11 vårdplatser till förfogande och 8 inskrivna ungdomar.

Utvärdering av behandlingen

När resultatet av verksamhetens insatser utvärderad finns tre perspektiv vi tar tillvara.

- 1) Mäta måluppfyllelse i relation till den vårdplan från socialtjänsten som ligger till grund för uppdraget.
- 2) Mäta förekomst av överskotts- och/eller underskotts beteenden över tid och följa individens utveckling i relation till dem
- 3) Mäta psykiatriska symtom, livskvalitet, funktionsnivå, förekomst av problembeteenden med skattningsskalor eller strukturerade intervjuer

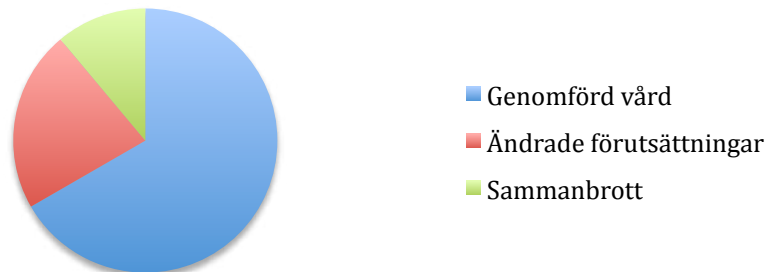
Dessa tre perspektiv kompletterar varandra i strävan att uppnå en helhetsbild av den genomgripande och långvariga insats en placering på ett behandlingshem innebär. Det är förväntat att insatsen påverkar individen på en stor mängd områden och det kan variera mellan individer vilka områden som är mest relevanta. Nedan redogörs för verksamhetens resultat för varje område.

Måluppfyllelse socialtjänstens målsättningar

Av de 9 ärenden som avslutades under året var det 6 st där uppdraget var slutfört (dvs målen uppfyllda i tillräcklig grad för att den unge ska kunna gå vidare i vårdkedjan) och den unge flyttade vidare till annan vård eller hem till föräldrarna (67%). I 2st fall fick placeringen planerat avslutas då förutsättningarna hade förändrats och vården inte

längre kunde genomföras i verksamheten (22%). I ett (1st) fall fick placeringen akut avbrytas då verksamheten inte klarade av den unges problembeteenden (11%)

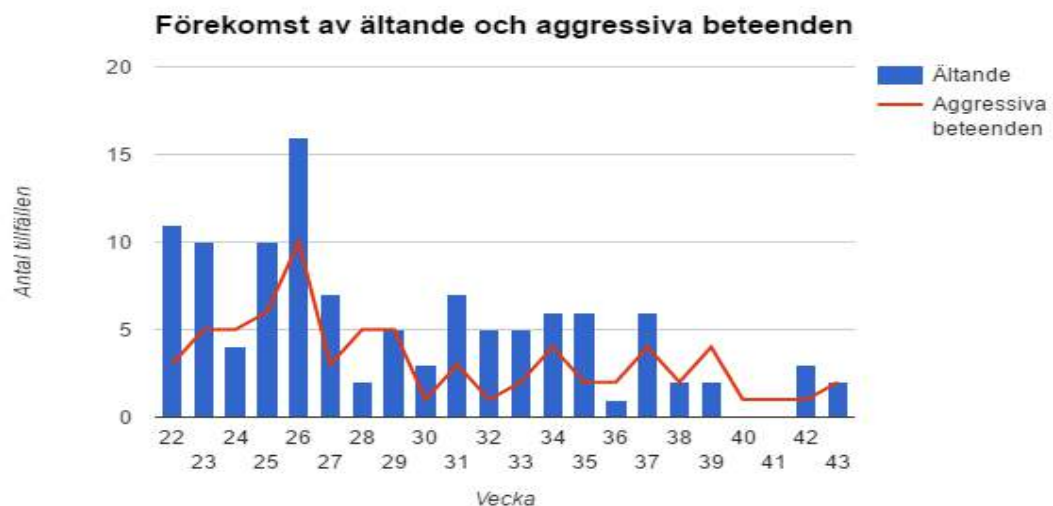
Utskrivningsorsak



Beteenderegistreringar

Verksamhetens viktigaste instrument för att löpande följa upp utvecklingen för varje individ är att tre gånger dagligen registrera förekomst av beteenden som är särskilt viktiga i dennes problembild. Det kan vara ett beteende som förväntas minska som resultat av insatserna (tex hot, trots, isolera sig, tjat) eller beteenden som förväntas öka av insatserna (tex social samvaro, träning, sömn, kliva upp i tid, äta mat).

Dessa mätningar redovisas 10ggr/år i en behandlingsrapport till föräldrar och uppdragsgivare. I den form beteenderegistreringarna samlas in idag har verksamheten inte möjlighet att redovisa resultaten i aggregerad form, men registreringarna är ett mycket användbart verktyg i arbetet att utvärdera trender i utvecklingen för specifika målbeteenden. Det är bland annat med hjälp av dessa mätningar vi kan avgöra frågan om måluppfyllelse i rubriken ovan.



Exempel på utvärdering genom beteenderegistrering

Skattningsskalor och strukturerade intervjuer

Under 2016 har verksamheten arbetat med att prova ut lämpliga skattningsskalor och strukturerade intervjuer i syfte att mäta behandlingsresultat, samt rutiner för hur dessa ska genomföras och presenteras. Önskan har varit att hitta instrument som på ett bra sätt fångar upp relevanta områden, som är utformade och normerade för barn och unga, har goda psykometriska egenskaper och är realistiska att genomföra med avseende på omfattning. Vidare har verksamheten haft ambitionen att genom mätning beskriva förändring både inom det sociala området samt det psykiatriska.

Inför 2016 hade verksamheten beslutat att göra för och eftermätning med ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) som är en skala för unga missbrukare och unga med social problematik. Skalan är välkänd och vanligt förekommande i Socialtjänsten. Tre behandlare har gått utbildning i instrumentet. Under året har verksamheten genomfört ADAD i två fall av de nio ungdomar som skrivits in. I inget fall har ADAD genomförts med de nio ungdomar som skrivits ut under året. Ansvariga för skattningarna rapporterar att materialet har varit för svårt i några fall, i några fall har språkkunskaperna varit otillräckliga och i något fall har det glömts bort. De skattningar som gjorts är för få för att utgöra underlag för aggregerade siffror för verksamheten. Skalans psykometriska egenskaper upplevs tyvärr som svaga och även om intervjun ger mycket information ger själva skattningsförfarandet låg validitet till siffrorna.

Till för- och eftermätning inom det psykiatriska området hade Becks ungdomsskalor (BUS) valts ut vid årets början. Skalorna kan endast administreras av psykolog och läkare och används för bedömning av emotionell och social problematik hos barn och ungdomar. Skalan används inom Barn- och Ungdomspsykiatri och bedömdes på förhand ha goda förutsättningar att vara användbar för utvärderingssyfte men även dessa skalor har genomförts i låg utsträckning. Sista kvartalet beslutade psykologgruppen att man skulle upphöra att använda skalan då man upplevde att den hade diffusa mått, var svår att genomföra på en stor del av ungdomarna utifrån funktionsnivå och språklig förmåga samt överlappade med andra skalor. De skattningar som genomförts är även i detta fall för få för att kunna utgöra underlag för att videra verksamhetens behandlingsresultat på gruppnivå.

Sammanfattningsvis kan verksamheten inte presentera några aggregerade data baserade på skattningsformulär eller strukturerade intervjuer för att beskriva behandlingsresultaten. Det har varit utmanande dels att finna instrument som blir praktiskt användbara och samtidigt veta att vi jobbar med en mycket liten population där specifik aggregerad data riskerar att förlora i ekologisk validitet. En ny strategi har tagits fram och presenteras i slutet av detta dokument under rubriken planerat utvecklingsarbete 2017.

2) Följa evidensläget på relevanta områden

Under 2016 har verksamheten följt evidensläget genom att:

- Delta med alla psykologer på en internationell konferens i beteendeterapi (EABCT i Stockholm) där verksamheten deltog i forskningsgenomgångar gällande evidensläget för flera områden inom psykiatrisk vård.
- Verksamhetschef har under hela året varit suppleant i styrelsen för branschorganisationen Svenska Vård och genom detta nätverk fått regelbundna uppdateringar på nya rön och beslut som rör relevanta områden
- Delta med en anställd i ett frukostseminarium om barn som utsätts för sexuella övergrepp.
- Delta med två anställda i ett frukostseminarium där en av Socialstyrelsens utredare sammanfattade evidensläget för nio program inom SiS ungdomsvård, en utredning som beställts av SiS.

Vi kan konstatera att forskningen på vad som fungerar inom behandlingshemsvården fortfarande är otydlig och att det är svårt att dra generella slutsatser. Wemind HVB har satsat på att handleda i tillämpad beteendeanalys i boendemiljön, en metod som har lovande stöd, samt att ge evidensbaserade behandlingar för psykiatriska tillstånd inom ramen för behandlingshemsvistelsen.

3) Placerade ungdomars delaktighet i vårdplaneringen

Under 2016 har verksamheten utvecklat en ny rutin för medbestämmande (Rutin för medbestämmande WHVB v.1), som publicerades i ledningssystemet i augusti. Denna rutin innehåller både formuleringar kring den unges inflytande i den individuella vårdplaneringen samt ett system för medbestämmande kring vardagsrutiner i verksamheten. Det senare görs genom veckovis husmöten som protokollförs och huvudpunkterna tas upp i behandlingsteamets möten. Protokoll från husmötet anslås på informationstavla i korridoren. Detta förfarande har ökat transparensen och ungdomarnas inflytande på rutiner, planering, kost och aktiviteter.

Delaktighet i den individuella vårdplaneringen uppnås framförallt genom den unges deltagande i vårdplaneringsmöten samt efterföljande samtal med psykolog och kontaktperson kring innehållet. Ingen strukturerad mätning av upplevd delaktighet har genomförts under 2016. En ny strategi för detta har utformats inför 2017, återfinns under rubriken utvecklingsarbete i slutet av detta dokument.

4) Medarbetares individuella utvecklingsplan

2016 har varit ett år där vi arbetat med hela organisationens kompetens inom vår huvudsakliga metod, tillämpad beteendeanalys. Detta innebär att majoriteten av medarbetare haft samma mål i sin utvecklingsplan, dvs att utveckla sina färdigheter inom metoden. Behandlingsansvarig psykolog har lett arbetet och har ansvarat för att i regelbunden handledning utbilda i metoden och problemlösa kring situationer i verksamheten. Verksamheten har finansierat inköp av litteratur (Beteendets ABC) för

alla i personalen, ett komplement till handledningen som kunnat köpas till på medarbetarnas eget initiativ. Detta har under året utnyttjats av flertalet medarbetare.

I november månad har föreståndare haft individuella samtal kring varje ordinarie medarbetares utvecklingsplan. I denna process har vi tagit fram lång och kortsiktiga utvecklingsmål för alla anställda.

5) Medarbetares trivsel

Under november månad genomfördes en medarbetarenkät bland alla ordinarie anställda (utom föreståndare) som gav arbetsplatsen generellt höga betyg. På en skala 1-6 skattades olika påståenden med bäring på arbetsmiljö och trivsel.

Påstående	medelvärde
<i>Delaktighet</i>	
Jag vet vad som förväntas av mig	5,25
Jag kan påverka innehållet i mina uppgifter	4,50
Jag kan bestämma arbetstakten	3,58
Jag kan påverka fördelningen av uppgifter	4,33
<i>Arbetsledning</i>	
Bra kontakt med närmaste chef	5,17
Närmaste chef fäster avseende på mina synpunkter	4,75
Jag får veta hur jag lyckas	4,92
Jag känner mig fri att tala om vad jag tycker	5,00
Närmaste chef har förmåga att leda gruppen mot gemensamma mål	5,00
Närmaste chef öppen för utveckling och nytänkande	5,33
<i>Utvecklingsmöjligheter</i>	
Min kompetens tas tillvara	4,58
Möjlighet att lära mig nya saker	4,92
Möjlighet utveckla min kompetens	5,17
Jag kan vidareutbilda mig med arb.giv. stöd	4,64
<i>Trivsel</i>	
Jag har ett intressant och stimulerande arbete	5,17
Jag känner mig förväntansfull på vägen till jobbet	4,25
Jag trivs med mina arbetskamrater	5,83
På min arbetsplats belönas bra prestationer	4,33
<i>Arbetsgemenskap</i>	
Jag pratar med mina kollegor om jobbet	5,50
Mina kollegor uppskattar mina insatser	5,67
Vi kan ha en öppen och fri diskussion	5,67
Det finns motsättningar mellan grupper	2,67
<i>Mobbning</i>	

Jag har upplevt mobbinng/trakasserier senaste året	100% nej
<i>Information</i>	
Jag är nöjd med den information jag får	5,08
Jag vet hur jag ska söka den information jag behöver	5,17
<i>Arbetsbelastning</i>	
Jag känner mig ofta stressad	3,17
Jag känner mig ofta trött efter arbetspasset	4,73
Jag kan som regel ta paus när jag behöver	3,42
Helhetsbedömning av min jobbsituation	4,92

I tabellen har tydligt positiva resultat samt utvecklingsområden markerats med fetstil.

6) Aktivt följa utveckling i lagstiftningen

Under hela 2016 har föreståndare varit suppleant i styrelsen för Svenska Vård, som är remissinstans i de flesta större regelförändringar på området. Detta innebär att verksamheten ofta har kännedom om kommande ändringar långt i förväg.

I slutet av 2016 kom en förändring i föreskrifterna för HVB genom att HSLF-FS 2016:55 trädde i kraft. Verksamheten har gått igenom alla rutiner och tillsett att kraven efterlevs.

Fortbildning inom lagstiftning har även skett då verksamhetschefen har gått en fortbildning i lagstiftning vid läkemedelshantering på HVB i IMRs (Insitutet för Medicinsk Rätt) regi. Föreståndare och biträdande föreståndare har gått en utbildning i riskanalys som anordnades av Svenska Vård. Biträdande föreståndare har genomgått en längre fortbildning kallad socialrätt för arbetsledare (7,5hp) genom Ersta Sköndals Högskola och under denna utbildning gjort en genomlysning av verksamhetens rutiner gällande dokumentation.

Systematiskt förbättringsarbete

Riskanalyser

Under verksamhetsåret har inga större organisatoriska eller metodologiska förändringar föranlett något större enskilt arbete med riskanalys.

Kartläggning av risk för att inte kunna genomföra dokumenterade arbetsätt görs löpande i verksamheten, speciellt vid nya moment. Inför varje arbetspass går personalen igenom vilka uppgifter som ska göras och hur de ska genomföras i ett överlämningsmöte kallat "rapport". Under detta möte reflekteras över hur stämningen är i gruppen, vilka uppgifter som ska genomföras och vilka hänsyn som behöver tas till dessa i relation till eventuella risksituationer.

Ett forum där en mer omfattande analys och beslut kring mer principiella frågor kring hur boendet är organiserat, när det finns risk att en rutin inte kan genomföras som den

är dokumenterad, kring aktiviteter som ska planeras etcetera görs när behandlingsteamet har veckomöte. Dessa möten dokumenteras i protokoll.

Egenkontroll

Utöver den redan beskrivna utvärderingen av verksamhetens behandlingsresultat genomfördes under året följande egenkontroller:

Behandlingsresultat

10ggr/år sammanställer ärendeansvariga en rapport över den senaste tidens utveckling i varje individuellt ärende. I rapporten går beteenderegistreringar igenom och sammanställs samt måluppfyllelse inom vårdplanen följs upp. Rapporten skickas till uppdragsgivare och vårdnadshavare.

Dokumentation

I samband med att ärendeansvarig psykolog skriver behandlingsrapporten går alla journalanteckningar igenom och eventuella fel rapporteras som avvikelser. Detta sker alltså 100 ggr/år.

Brandsäkerhet

12 ggr/år ronderar brandansvarige verksamheten enligt checklista. Avvikelser i brandskyddet har påträffats vid några tillfällen under året, då har service på brandsläckare genomförts och brandfilter köpts in.

Miljö och hälsa

Under området miljö och hälsa har ett större förändringsarbete gjorts under året. Verksamhetens hälsopedagog har drivit ett projekt med de övergripande målen

- Att vägleda ungdomar och personal till en hälsosammare livsstil
- Att verksamhetens negativa miljöpåverka så långt som möjligt elimineras

De konkreta mätbara målen 2016 har varit (inklusive uppföljning)

- Att öka inköp av ekologiska eller kravmärkta livsmedel till att det blir var fjärde livsmedel som köps in (25%)
Mätningen började i juni 2016 och medelvärdet för det andra halvåret var att 34% av pengarna vi spenderade på livsmedel spenderades på ekologiska produkter
- Att öka inköpen av miljömärkta städ och hygienartiklar till 25%
Mätningen av miljömärkning på städ och hygienartiklar började i september 2016 och medelvärdet under årets fyra sista månader var 35%
- Att genomföra en kartläggning av bilkörningen i verksamheten, både med syftet att inte göra onödiga resor ur miljösynpunkt men också uppmuntra de unga att förflytta sig själva vilket minskar stillasittande och ökar självständighet.
Mätningen påbörjades i oktober och går ut på att notera antalet körda mil varje månad. Snittantalet kilometer har varit 2853km/månad under mätperioden. För att utvärdera mängden bilkörning i relation till antalet ungdomar beslutades att det behövdes mer data än tre månader.

- Att genomföra tydligare kärl för källsortering i verksamheten, där kärnen ska motsvara kärnen i soprummet
Detta är genomfört, även om vi hade önskat oss fler alternativ i soprummet (där det saknas kärl för plastförpackningar och kompost).

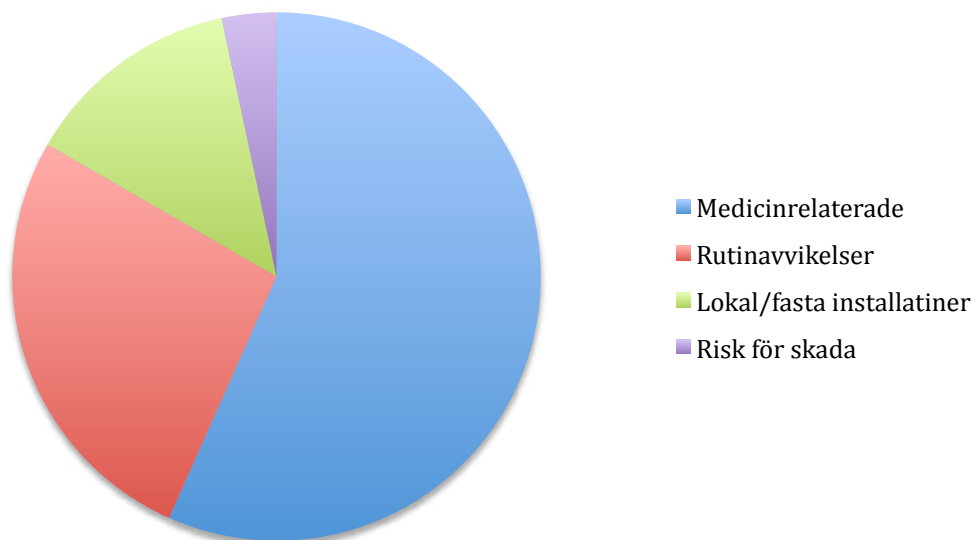
Utredning av avvikelser

En viktig del i det löpande kvalitetsarbetet är avvikelserapporteringen. Genom detta får ledningen dokumentation kring mindre såväl som större svårigheter i organisationen och kan sätta in lämpliga åtgärder för att förebygga dessa.

Under 2016 inkom 30 st avvikelserapporter i verksamhetens kvalitetsledningssystem. Dessa har löpande hanterats av föreståndare. Av dessa handlade 17st (57%) om avvikelser i medicinhanteringen, framförallt osäkerhet kring delade preparat och uteblivna medicintillfällen.

8 st avvikelserapporter (27%) handlade om bristande rutiner i verksamheten, tex hålla sig till tider som är bestämda, fördröjning innan dokumentation blir tillgänglig och icke-följsamhet till rutiner vid hemvistelse. 4 rapporter (13%) behandlade brister i lokal/fast installationer, tex tekniska problem med server, bil utan bensin. 1 rapport (3%) behandlade en situation där en ungdoms problem upplevdes svåra att hantera .

Avvikelse Wemind HVB 2016



Förbättrande åtgärder i verksamheten samt förbättring av processer och rutiner

Under året har verksamheten arbetat med en rad åtgärder som resultat av avvikelserapportering för att ytterligare höja kvaliteten i verksamheten.

Ett omfattande arbete har lagts ner under året för att tydliggöra och förenkla rutinerna kring delning och administration av de läkemedel som hanteras i verksamheten (Rutin för läkemedelshandling WHVB, v2). Av de avvikelserapporter som inkommit har den stora majoriteten handlat om att personal som ska administrera medicin inte har

upplevt att medicinlista och dosett har stämt överens. Vid inga tillfällen har fel medicin administrerats, vilket gjort att ledningen dragit slutsatsen att uppmärksamhetsnivån hos den personal som administrerar läkemedel är hög och att man därför följer rutinen och gör rätt åtgärder vid misstanke om fel, dvs kontaktar verksamhetsjour för vägledning och skriver avvikelserapport. Vi har ändå arbetat fram nya doseringskort med tydligare veckoangivelser, samt en uppdaterad utformning på vid-behovsläkemedelslistor mm.

Verksamheten har under året även arbetat fram nya rutiner kring ungdomarnas hemvistelser (Rutin för hemvistelser WHVB, v1) samt nya rutiner för ungdomarnas medbestämmande i boendemiljön (Rutin för medbestämmande WHVB, v1). De rutinavvikelser som påtalats har i majoriteten fall hanterats i handledning, medan några kunnat lämnas utan åtgärd.

Den avvikelserapport som behandlade risk för skada hos en placerad individ på grund av utagerande och gränsöverskridande beteende hos individen själv behandlades särskilt i den lokala ledningsgruppen där en händelseanalys genomfördes både utifrån den placerades perspektiv och ur ett arbetsmiljöperspektiv. Där konstaterades att beteendet föll inom ramen för var vi skrivit in den ungdom det handlat om för och det bedömdes att verksamheten klarar av att stå agera konstruktivt i relation till det. Då den rapporterade situationen inte bedömdes ha utgjort någon risk för individens säkerhet beslutades att inte gå vidare med Lex Sarah. Bedömningen återkopplades till den anställde som rapporterat och denne instämde med bedömningen.

Tillsyner från IVO

Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) har gjort ett oanmält tillsynsbesök i verksamheten under våren 2016. Under tillsynen kunde inspektörerna konstatera att verksamheten lever upp till myndighetens krav och tillsynen har huvudsakligen visat följande:

- Huvudmannen tillgodoser barnen och de ungas behov av säkerhet och trygghet i boendet, i de delar tillsynen avser
- Verksamheten bedrivs i enlighet med sitt tillstånd

IVO besökte verksamheten när föreståndaren inte var närvarande vilket föranledde att det fördes en dialog efter tillsynen med inspektörerna kring den information de fått. Föreståndaren kunde dock konstatera att inspektörerna var nöjda med den information de fått på plats.

Målsättningar och planerat utvecklingsarbete 2017

Planerat utvecklingsarbete för det kommande året innefattar följande:

Organisatoriska och lokalmässiga förändringar

2017 blir ett år då verksamheten kommer att förändras organisatoriskt samtidigt som en ny lokal kommer bli aktuell. I samband med denna process kommer ett större arbete med riskanalys genomföras. Riskanalysen påbörjas första kvartalet 2017.

Behandlingsresultat

Utveckla bedömningen om vilken kategori ärendet ska placeras i, huruvida målen är uppfyllda vid placeringsavslut, om förutsättningarna ändrats eller om det ska klassas som ett sammanbrott genom att även ställa frågan specifikt till uppdragsgivaren.

Utveckla mätningen med bedömar-/självskattningsformulär genom att införa ABAS II som ny skala för skattning av funktionsnivå för alla placerade. Instrumentet är Adaptive Behavior Assessment Systems (ABAS II). ABAS II är ett bedömningsinstrument avseende adaptiva färdigheter med goda psykometriska egenskaper. Testet förväntas kunna detektera förändringar i funktionsnivå på ett flertal relevanta områden och har fördelen att det genomförs som observatörsskattning och därmed alltid kan genomföras oavsett den unges förmåga eller vilja att delta, vilket kommer förenkla datainsamlingen.

Diagnoscreening görs med M.I.N.I. KID, ett psykiatriskt screeningsinstrument som är välkänt och används i barn och ungdomspsykiatri. Specifika diagnoser som fastställs utvärderas sedan med för ändamålet avsedd skattningsskala. Följande skalor är exempel på skalor som används vid olika typer av tillstånd.

Diagnos	Skala
Förstämningssyndrom	PHQ-9
Posttraumatiskt stressyndrom	IES-R
Tvångssyndrom	OCI-R
Mani	YMRS
Psykos	PANSS
ADHD	ASRS

Skalorna för utvärdering av psykiatrisk symtomatologi ska vara utformade på ett sådant sätt att det går att beräkna procentuell förändring av symtom mellan skattningarna. Den procentuella förändringen ska sedan aggregeras till ett gemensamt mått för verksamhetens påverkan på psykiatriska symtom.

Ungdomarnas utvärdering av måluppfyllelse under sin placering

Verksamheten har ambitionen att mäta hur ungdomarna bedömer sin utveckling under placeringstiden. Att mäta utfall av ungdomarnas egna målsättningar med placering låter sig dock inte göras med lätthet. I normalfallet är den unge placerad mot sin vilja (eller frivilligt utan andra alternativ) och kan möjligen se fördelar efter en tids vistelse, men inte alltid. Det är således inte så vanligt att de unga har några egna mål med placeringen. Troligt är att det kommer bli mycket svårt att formulera relevanta mål som är möjliga att följa upp (det kanske är ett mål i sig med en hel placering). Vi väljer därför en annan vinkel på frågeställningen i syfte att följa upp det mycket angelägna brukarperspektivet.

För att på ett strukturerat sätt kunna närma oss att undersöka ungdomarnas egen upplevelse av utveckling under sin placeringstid kommer verksamheten under 2017 att prova ut ett nytt system.

I detta system ber vi de unga skatta sin förmåga inom de nio delskalorna som anges i formuläret ABAS II. Dessa delskalor är *Kommunikation, Samhällsdelaktighet, Kunskapstillämpning, Hem-/skolbeteende, Hälsa och säkerhet, Fritid, Självomsorg, Självstyrning* och *Relationsförmåga*.

Genom att vi genomför för- och eftermätningar med en generell skattning per delskala där den unge får bedöma sin funktion tror vi att vi får en relativt rättvisande bild av dennes uppfattning av hur deras utveckling varit under placeringen. Mätningen består endast av nio frågor och görs tillsammans med sin psykolog vilket gör den lagom i omfattning. Målsättningen är att testköra systemet 2017 för att kunna producera mätningar under 2018.

Miljö och hälsa

Under 2017 är målsättningen att fortsätta ha en hög grad ekologiska och kravmärkta livsmedel. Vi höjer målsättningen till från 25% till 30% (resultat 2016 var 34%) för att säkra en långsiktig hög nivå.

Vi höjer målsättningen även gällande miljömärkta städ- och hygienprodukter till 30% av inköpssumman.

Vi lägger till ett mål att öka våra inköp av fullkornsspannmål till 4% av totala matinköpen.

Denna rapport är upprättad av

Gösta Liljeholm
Föreståndare & Verksamhetschef Wemind HVB

Sammanställd: 2017-02-21

Godkänd i ledningsgruppen: 2017-04-10