



Kvalitetsberättelse

2017

Wemind HVB AB

Innehållsförteckning

INLEDNING	3
SAMMANFATTNING	3
VERKSAMHETSBESKRIVNING	4
PERSONALGRUPPEN	4
BEMANNINGEN	6
JÄMSTÄLLDHETSARBETE	7
KVALITETSARBETET UNDER ÅRET	7
ANSVARSFÖRDELNING I KVALITETSARBETET	7
KVALITETSPOLICY OCH MÅLSÄTTNINGAR	8
1) UTVÄRDERING AV BEHANDLINGSRESULTATEN	9
PLACERINGAR UNDER ÅRET	9
UTVÄRDERING AV BEHANDLINGEN	9
MÅLUPPFYLLELSE SOCIALTJÄNSTENS MÅLSÄTTNINGAR	9
SKATTNINGSSKALOR OCH STRUKTURERADE INTERVJUER	11
2) FÖLJA EVIDENSLÄGET PÅ RELEVANTA OMRÅDEN	12
3) PLACERADE UNGDOMARS DELAKTIGHET I VÅRDPLANERINGEN	12
4) MEDARBETARES INDIVIDUELLA UTVECKLINGSPLAN	13
5) MEDARBETARES TRIVSEL	13
6) AKTIVT FÖLJA UTVECKLING I LAGSTIFTNINGEN	15
SYSTEMATISKT FÖRBÄTTRINGSARBETE	15
RISKANALYSPROCESSER	15
LÖPANDE RISKANALYS	15
EGENKONTROLL	16
BEHANDLINGSRESULTAT	16
DOKUMENTATION	16
BRANDSÄKERHET	16
MILJÖ OCH HÄLSA	16
UTVECKLINGSMÅL	17
UTREDNING AV AVVIKELSER	17
FÖRBÄTTRANDE ÅTGÄRDER I VERKSAMHETEN	18
MEDICINHANTERING	18

RUTINAVVIKELSER	18
LOKAL/FASTA INSTALLATIONER	19
TILLSYNER FRÅN IVO	19
<u>MÅLSÄTTNINGAR OCH PLANERAT UTVECKLINGSARBETE 2018</u>	19
ORGANISATORISKA OCH LOKALMÄSSIGA FÖRÄNDRINGAR	19
<u>KVALITETSMÅL FÖR WEMIND HVB 2018</u>	20

Inledning

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

Sammanfattning

2017 är verksamhetens tredje hela verksamhetsår. Under året har vi haft en fullständig utbyggd verksamhet med avseende på antalet vårdplatser för lokalen i Nynäshamn (11st) och ytterligare förfinat konceptet för verksamheten. Andra halvan av året har präglats av den flytt av verksamheten från Nynäshamn till Haninge som genomfördes i december.

Flytten har inneburit att vi arbetat med en omfattande organisationsförändring mot bakgrund av de nya lokalernas förutsättningar. Vi har bland annat utökat vårt tillstånd till att omfatta 23 vårdplatser i tre boendeavdelningar. I samband med flytten öppnades två av dessa avdelningar med sammanlagt 16 vårdplatser och personalstyrkan ökades i och med det från 14 till 21 anställda för att kunna leverera vård med samma kvalitet.

Beläggningen har varit jämn och hög under året (i snitt 10,33 placerade på de 11 platserna). Verksamheten har haft få utskrivningar (5st) och en lägre andel uppdrag som avslutades med genomförd vårdplan än 2016 (40% jämfört med 67%). Det sammanlagda resultatet för 2016 och 2017 är 57% utskrivna med genomförd vårdplan och får anses ligga på en acceptabel nivå i relation till svårighetsgraden på ärendena. Att verksamheten haft hög beläggning och få avslutade ärenden innebär att mycket av den vård som producerades under 2017 har gjorts i ärenden som i årsskiftet 2017/18 fortfarande inte var avslutade.

Verksamheten har utöver den löpande utvecklingen av vårdprocessen genom kvalitetsledningssystemet även skapat fler och bättre alternativ för skolgång och sysselsättning. Verksamheten är numera förlagd till en gammal behandlingshemsfastighet på landet med både utomhus- och inomhusalternativ för sysselsättning, samt närhet till större samhällen med ett bredare utbud av både skolor, praktikplatser och föreningsliv.

Verksamhetsbeskrivning

WeMind HVB AB har under 2017 drivit ett behandlingshem i Nynäshamn, Stockholms Län. Från december 2017 har verksamheten flyttat till Gålö i Haninge Kommun, Stockholms Län. Målgruppen är unga pojkar (14-17år) med psykosociala problem som relationsproblem i familjen, skolfrånvaro eller utagerande beteenden. De unga har ofta psykiatrisk tilläggsproblematik och/eller neuropsykiatriska funktionshinder. 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 verksamhetens psykologer. Individuellt förändringsarbete (terapi) bedrivs som förlängning på bemötandestrategierna med inriktning KBT (den kliniska grenen av inlärningspsykologi). Alla terapisaftal genomförs med psykolog.

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

Verksamheten bedrivs i Nynäshamn som ett korridorboende i en större vårdfastighet. De 11 vårdplatserna ligger i samma korridor och delade gemensamhetsutrymmen som kök, tv-rum, biljardrum och tvättstuga. Även verksamhetens expedition/kontor, personalrum, samtalsrum och personalsovrum ligger i samma korridor.

Den nya verksamhetslokalen på Gålö är en fastighet med 10 stycken byggnader. Tre av husen innehåller boendeavdelningar med 11, 7 respektive 5 vårdplatser. Kontor och behandlingsrum finns i separat byggnad liksom verkstäder, storkök och garage. De nya lokalmässiga förutsättningarna innebär en rejäl satsning på personalorganisation och informationsstruktur för att kunna öka antalet vårdplatser med bibehållen kvalitet.

Personalgruppen

Under 2017 har det skett stora förändringar i personalgruppen med anledning av verksamhetens expansion och geografiska flytt.

Året började med 13,5 heltidstjänster och i mitten av december 2017 vid inflytt i nya verksamheten på Gålö hade personalstyrkan vuxit till 23 heltidstjänster fördelat på:

- 3 i ledningsfunktion, (vd/föreståndare, personalansvarig och behandlingsansvarig psykolog)
- 7 i behandlingsteamet (3 ärendansvariga och 4 psykologer)
- 11 boendepersonal (behandlingsassistenter, husansvariga och samordnare)
- 2 i serviceteamet (lokalvårdare och servicetekniker)
- cirka 20-25 vikarier som hjälper till att bemanna verksamheten vid ordinarie personals frånvaro.

De fasta tjänsterna har bemannats enligt nedanstående. Tjänstgöringsgrad är 100% om inget annat anges:

Ledning

- Föreståndare/vd, psykolog som arbetat med ledning av HVB sedan 2009, innan dess som kliniker inom vuxenpsykiatri
- Biträdande föreståndare, barn- och ungdomspedagog med vidareutbildning inom socialrätt, KBT med mera. 15 års erfarenhet inom socialtjänsten. Började på WeMind HVB 2015 som behandlare.
- Behandlingsansvarig psykolog. Arbetat med metodutveckling på detta HVB sedan 2015 med tidigare klinisk verksamhet inom BUP:s specialistorganisation.

Behandlingsteam

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

- Ärendansvarig, socionom med sju års erfarenhet av socialt arbete, arbetar efter föräldraledighet 80% i verksamheten.
- Ärendansvarig, socionom med examen från 2016.
- Ärendansvarig, beteendevetare med erfarenhet av myndighetsutövning.
- Psykolog, tidigare tjänstgjort inom vuxenpsykiatri och på detta HVB sedan 2015. Arbetar 60% i verksamheten.
- Psykolog, med tidigare erfarenheter från slutenvård och boendeverksamheter.
- PTP-psykolog, utbildad på Karolinska Institutet, tidigare erfarenhet som psykologassistent inom öppenvården samt forskningsassistent.

Samordnare

Samordnaren fungerar som en brygga mellan behandlingsteam och behandlingsassistenter.

- Samordnare (tidigare assisterande behandlare). Behandlingspedagog (2016) som tidigare gjort praktik i verksamheten.

Behandlingsassistenter

Arbetar i huvudsak med ungdomarnas fritidssysselsättning, vardagsrutiner, bemötande enligt TBA och med mängdträningen i behandlingsarbetet.

- Kock/Behandlingsassistent. Behandlingspedagog (2010) med tidigare kockutbildning och sju års erfarenhet från socialt arbete. I verksamheten från 2014.
- Behandlingsassistent. Med utbildning från Örebro Universitet till behandlingsassistent (2009). Jobbat på WeMind HVB från öppningen. Föräldraledig sedan sommaren 2017.
- Behandlingsassistent. Undersköterska med 90p socialt arbete och pedagogik från universitet. Sex 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 50% större delen av året).
- Behandlingsassistent, socialpedagog utbildad på Vaddö folkhögskola, nyexaminerad.

- Behandlingsassistent, filosofie kandidatexamen (180hp) med inriktning mot ungdoms- och missbruksvård från Linnéuniversitet. Grundkurs i MI. Även viss erfarenhet av myndighetsutövning.
- Behandlingsassistent, nyutexaminerad socialpedagog från Cady training academy.

Servicepersonal

Personal med fokus på att vårda det tiotal fastigheter och verksamhetsutrymmen som finns på den nya verksamheten.

- Lokalvårdare, erfarenhet inom ensamkommande sedan tidigare. Bor på området.
- Servicetekniker, utbildad snickare med mångårig erfarenhet som säljare av byggmaterial. Började som timvikarie på verksamheten sommaren 2015.

Medicinsk personal

- Sjuksköterska. Psykiatrisjuksköterska med 30 års erfarenhet av yrket. I verksamheten varannan vecka för uppföljning, medicindelning och utbildning i delegation.
- 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.

Den såg under större delen av året ut enligt följande: Vardagar dag- och kvällstid arbetar behandlingsteamet med ett omlottschema som innebär att tre 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 med mera. 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.

I december 2017 gjordes bemanningsprofilen om med anledning av verksamhetens geografiska flytt och expansion till flera boendeenheter.

I enhet A (10 st vårdplatser) arbetar en kock dagligen 8.30-16.30. Två behandlingsassistenter bemannar enheten dagligen 14.00-10.00. Från 9.30-14.30 på vardagar bemannar personal från behandlingsteamet enheten. I enhet B (med 7 vårdplatser) bemannar personal från behandlingsteamet vardagar 9.30-14.30 och en behandlingsassistent 14.00-10.00.

Utöver detta upplägg finns även en obunden resurs i form av en samordnare som bemannar där behovet är som störst, men vanligast är att han utgår från hus B. Samordnarens arbetstider är schemalagda utifrån ett upplägg där han arbetar antingen dag (8.30-16.30) eller kväll (14.00-21.30). Samordnaren arbetar även dagtid varannan helg för att finnas i verksamheten då vikarier bemannar i högre utsträckning.

Sedan starten av den nya verksamheten har psykologerna och de ärendansvariga ett

flexitidsupplägg som ger dem större rörelsefrihet och möjlighet att anpassa sin arbetstid på ett effektivare sätt utifrån verksamhetens behov. Psykologerna och de ärendeansvariga samverkar runt varje ungdom i olika konstellationer vilket gör att de långa stunder under dagen befinner sig i de olika enheterna.

Det nya schemaupplägget medför också en något mindre belastning på våra fast anställda behandlingsassistenter då antalet övernattningar minskat något samt att längden på vissa pass är förkortade. Detta medför att vi kan erbjuda våra vikarier timmar på tider som är bättre lämpade för vikarier som även har andra arbeten vid sidan om. Det är framför allt på helgerna det finns vikarietillgängliga arbetspass, samt vissa kvällar under veckorna för att komplettera då samordnaren ej arbetar kvällstid.

Jämställdhetsarbete

Under 2017 antogs verksamhetens första jämställdhetspolicy. Ett av målen som kom ur arbetet med policyn var att aktivt arbeta mot en jämnare könsfördelning i arbetsgruppen. En analys av fördelningen i arbetsgruppen har gjorts och presenteras nedan.

Före flytten (män/kvinnor) Ledning, 100/0 Psykologgruppen, 33/67 Ärendeansvariga, 67/33 Behandlingsassistenter 57/43 Vikarier, 62/38. Totalt: 62% män och 38% kvinnor	Efter flytten Ledning, 100/0 Psykologgruppen, 50/50 Ärendeansvariga, 67/33 Behandlingsassistenter, 50/50. Servicepersonal, 50/50 Totalt: 56% män och 44% kvinnor
---	--

Jämställdhetspolicyn ställer även krav på analys av könets betydelse i fördelning av ledarskapsuppgifter, utbildning och lön. Denna analys görs första gången i samband med lönerevisionen 2018.

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:

Kock/Föreståndare

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 och inte minst rapporterade avvikelser.

Lokal ledningsgrupp. Föreståndare, Behandlingsansvarig Psykolog och Ställföreträdande Föreståndare har sammanträtt i protokollförda möten i syfte att följa upp verksamhetsutvecklingsfrågor samt jobba med riskbedömning och riskanalys. Detta forum initierades under hösten och har fortsatt under 2017

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 2017 har arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet bedrivits inom organisationens alla delar. Som ledning för detta arbete har verksamheten haft samma kvalitetspolicy som 2016:

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 2017 skrevs 8 ungdomar in i verksamheten och 5 ungdomar skrevs ut. Beläggningen har varit relativt stabil och varierat mellan som minst 8,75 inskrivna i januari och som mest 11 inskrivna i september till oktober. Snittantalet var 10,33 placerade ungdomar över året, vilket innebär en genomsnittlig beläggning på 94%. Vid utgången av 2017 finns 16 vårdplatser till förfogande och 11 inskrivna ungdomar.

Utvärdering av behandlingen

När resultatet av verksamhetens insatser utvärderas 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 och 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 5 ärenden som avslutades under året var det 2 ärenden där uppdraget var slutfört (det vill säga att målen var uppfyllda i tillräcklig grad för att den unge skulle kunna gå vidare i vårdkedjan) och den unge flyttade vidare till annan vård eller hem till föräldrarna (40%).



I 2 fall fick placeringen avslutas då förutsättningarna hade förändrats och vården inte längre kunde genomföras i verksamheten (40%). I det ena fallet handlade det om att en omfattande missbruksproblematik uppdagades. I det andra fallet handlade det om att ungdomen visade sig ha aggressiva och våldsamma beteenden på en intensitetsnivå som WeMind HVB inte arbetar med.

I ett fall fick placeringen akut avbrytas då verksamheten inte klarade av den unges problembeteenden (20%). I detta fall handlade det om att ungdomen utövade kraftfullt våld mot en annan ungdom och placeringen avslutades omedelbart för att skydda övriga boende.

Det är viktigt att ta i beaktande att det gjordes tämligen få utskrivningar under 2017 vilket gör att utfall på enstaka ärenden får stort procentuellt genomslag. Aggregerad data för 2016 och 2017 (totalt 14 avslutade ärenden) ger därför ett mer pålitligt genomsnitt



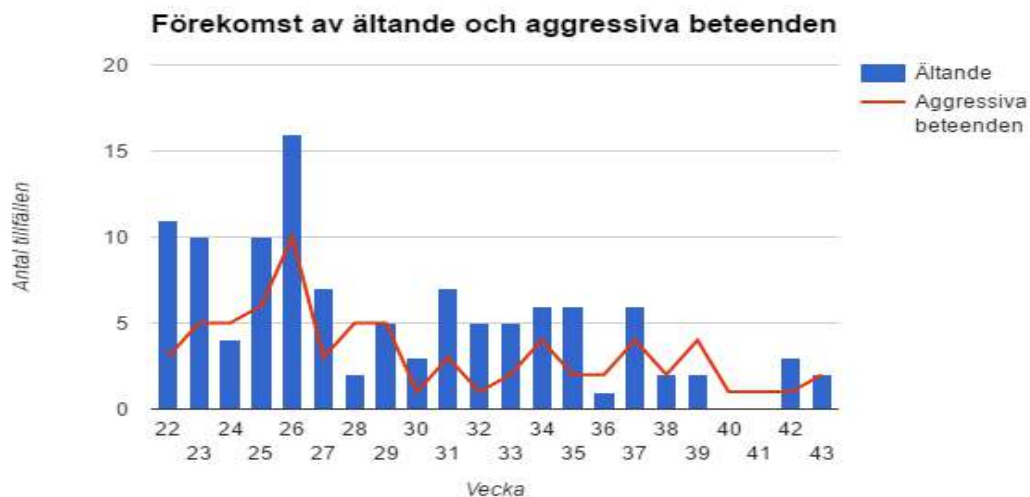
Utvecklingsmålet för 2017 att införliva uppdragsgivarnas skattning av behandlingsutfallet i samma kategorier som verksamheten själv använder har visat sig svårt att genomföra. En enkät utformades för ändamålet och skickades ut till handläggare efter avslutad vård. Ingen av de fem utskrivna ungdomarnas handläggare har dock valt att svara på enkäten, trots påminnelser, så verksamheten kan tyvärr inte presentera någon data för deras uppfattning.

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 individens problembild. Det kan vara ett beteende som förväntas minska som resultat av insatserna (till exempel hot, trots, isolera sig, tjat) eller beteenden som förväntas öka av insatserna (till exempel social samvaro, träning, sömn, kliva upp i tid, äta mat).

Dessa mätningar redovisas 10 gånger per 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 2017 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 2017 hade verksamheten beslutat att göra för- och eftermätning med Adaptive Behavior Assessment System (ABAS-II) och diagnosspecifika skattningsskalor. Ett projekt har under 2017 påbörjats med konsultation av professor emeritus Lars-Göran Öst samt litteraturstudier för att välja ut de skattningsskalor och intervjuer som är bäst lämpade för målgruppen. Projektet är fortsatt pågående och den största utmaningen är att strukturerat diagnostisera och utvärdera samtliga inskrivna ungdomar. I dagsläget används standardiserade skattningsskalor vid de tillstånd där det finns bra validerade mätinstrument att tillgå, som till exempel vid depression och ångesttillstånd. Det är mer utmanande att finna diagnoser med korresponderande validerade mätinstrument för den typ av problemområden som oftast ligger utanför psykiatrins domän, som till exempel hemmasittande, aggressiva beteenden och andra sociala problem, vilka fortsatt utgör lejonparten av den typ av problematik som behandlas på WeMind HVB. Förbättring och systematisering pågår med en förhoppning att ett tillfredsställande system kan färdigställas till 2019.

Försök har gjorts att implementera ABAS-II som ett mått på generell adaptiv förmåga vid inskrivning och utskrivning. Insatsen utvärderades under hösten 2017 av psykologgruppen och man bedömde att det av flera skäl var olämpligt att utvärdera behandlingsresultaten med ABAS-II. En tillförlitlig skattning med ABAS-II kräver att det

har funnits möjlighet att göra upprepade observationer över en mångfald av olika typer av situationer. Skattningarna med ABAS-II kunde därför inte göras med tillförlitlighet förrän ungdomarna varit placerade på WeMind i cirka sex månader. Vid det laget har intensiva behandlingsinsatser redan satts in sedan lång tid och det blir därför en dålig förmätning. Försök gjordes att få personer med god kännedom om ungdomen från tiden innan placeringen att göra skattningen med ABAS-II, till exempel vårdnadshavare, god man, skola eller tidigare behandlingshem. Bortfallet i datainsamlingen blev dock så stort att ingen rättvisande aggregering av data kunde göras.

Sammanfattningsvis kan verksamheten fortsatt inte presentera några aggregerade data baserade på skattningsformulär eller strukturerade intervjuer för att beskriva behandlingsresultaten. Det har varit utmanande 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 2018.

2) Följa evidensläget på relevanta områden

Under 2017 har verksamheten följt evidensläget genom att:

- Delta med alla psykologer (4) på en nationell konferens i beteendeterapi (BTF i Uppsala) med flera internationella föreläsare där vi deltog i forskningsgenomgångar gällande evidensläget för flera områden inom psykiatrisk vård och interventioner i skolmiljö.
- Initierat ett samarbete med en internationellt erkänd professor i psykologi (Lars-Göran Öst) med syfte att utveckla vårt system för utvärdering av de behandlingsinsatser vi ger i verksamheten.
- Efter kartläggning tagit beslut att lägga till DBT (Dialektisk BeteendeTerapi) som en del i verksamhetens behandlingsutbud.

Vi kan konstatera att forskningen på vad som fungerar inom behandlingshemsvården fortsatt är otydlig och att det är svårt att dra generella slutsatser om vilka insatser som bör erbjudas. 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 2017 har verksamheten arbetat med implementeringen av den medbestämmanderutin som tillkom i slutet av året innan. Denna rutin innehåller både formuleringar kring den unges inflytande i den individuella vårdplaneringen samt ett system för medbestämmande kring vardagsrutiner i verksamheten. Detta arbete har under året genomförts i enlighet med rutinen.

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 2017. I och med att den plan för utvärdering med hjälp av ABAS II

som satts upp inför detta verksamhetsår lades ner (se rubriken "skattningsskalor och strukturerade intervjuer" under punkten 1) i denna rapport) så föll även delaktighetsmätningen. Under 2018 kommer delaktighetsmätningen genomföras i en separat mätning med SKL:s formulär för brukarundersökning.

4) Medarbetares individuella utvecklingsplan

Under 2017 har vi fortsatt arbeta med organisationens kompetens inom vår huvudsakliga metod tillämpad beteendeanalys på alla nivåer. Detta innebär att majoriteten av medarbetare haft samma mål i sin utvecklingsplan även detta år, det vill säga 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 ett flertal medarbetare.

Under 2017 har inga strukturerade individuella utvecklingssamtal hållits för medarbetarna, utan vi har jobbat med feedback och uppföljning på arbetsprestationen i de löpande handledningstillfällena. Verksamheten har under 2017 inte köpt in kompetensutveckling mer än några enstaka kurstillfällen för ett fåtal medarbetare.

5) Medarbetares trivsel

Under januari/februari (2018) genomfördes en medarbetarenkät bland alla ordinarie anställda utom föreståndare. Anledningen att vi senarelade enkäten var att november innehöll en stor förändring i och med flytten av verksamheten, vilket bedömdes kunna påverka tillförlitligheten av enkäten. 22 av 23 medarbetare svarade på enkäten. Den som inte svarade meddelade att hon inte hade för avsikt att svara då hon jobbat kort tid och dessutom valt att säga upp sitt vikariat till förmån för en fast tjänst.

I medarbetarenkäten skattades olika påståenden med bäring på arbetsmiljö och trivsel på en skala 0-6 (0= "instämmer inte alls" och 6="instämmer helt").

Påstående	Medelvärde 2017	Medelvärde 2016
<i>Delaktighet</i>		
Jag vet vad som förväntas av mig	5,27	5,25
Jag kan påverka innehållet i mina uppgifter	4,95	4,50
Jag kan bestämma arbetstakten	4,41	3,58
Jag kan påverka fördelningen av uppgifter	4,77	4,33
<i>Arbetsledning</i>		
Bra kontakt med närmaste chef	5,09	5,17
Närmaste chef fäster avseende på mina synpunkter	5,09	4,75
Jag får veta hur jag lyckas	4,50	4,92
Jag känner mig fri att tala om vad jag tycker	5,05	5,00

Närmaste chef har förmåga att leda gruppen mot gemensamma mål	5,00	5,00
Närmaste chef öppen för utveckling och nytänkande	5,18	5,33
<i>Utvecklingsmöjligheter</i>		
Min kompetens tas tillvara	5,14	4,58
Möjlighet att lära mig nya saker	5,33	4,92
Möjlighet utveckla min kompetens	5,19	5,17
Jag kan vidareutbilda mig med arb.giv. stöd	4,81	4,64
<i>Trivsel</i>		
Jag har ett intressant och stimulerande arbete	5,36	5,17
Jag känner mig förväntansfull på vägen till jobbet	4,86	4,25
Jag trivs med mina arbetskamrater	5,41	5,83
På min arbetsplats belönas bra prestationer	4,77	4,33
<i>Arbetsgemenskap</i>		
Jag pratar med mina kollegor om jobbet	5,59	5,50
Mina kollegor uppskattar mina insatser	5,59	5,67
Vi kan ha en öppen och fri diskussion	5,29	5,67
Det finns motsättningar mellan grupper	2,82	2,67
<i>Mobbning</i>		
Har du känt dig utfrusen	9,09%	0%
Har du känt dig utsatt för mobbing/trakasserier	4,55%	0%
<i>Information</i>		
Jag är nöjd med den information jag får	5,00	5,08
Jag vet hur jag ska söka den information jag behöver	5,45	5,17
<i>Arbetsbelastning</i>		
Jag känner mig ofta stressad	3,14	3,17
Jag känner mig ofta trött efter arbetspasset	3,73	4,73
Jag kan som regel ta paus när jag behöver	4,18	3,42
Helhetsbedömning av min jobbsituation	4,91	4,92
Skulle du rekommendera WeMind HVB som arbetsplats	5,50	

Genomgående är medarbetarnas uppfattning av arbetsplatsen mycket god och resultaten på enkäten är jämförbara med förra året. Trots att gruppen som svarar på enkäten är nästan dubbelt så stor (22 mot 12), vilket har medfört nya utmaningar avseende inklusion och information, så har vi lyckats bibehålla flera fina resultat.

Variationer som kan noteras är att skattningarna överlag ger en ännu mer positiv bild än förra året inom de flesta områden. Ledningen tar med sig frågor om att förbättra vår feedback på individuella arbetsprestationer, verka för ett fritt och öppet diskussionsklimat samt fortsätta kämpa för gemenskap och trivsel i gruppen.

Ett resultat som står ut i årets enkät är att två medarbetare anger att de upplevt sig utfrusna och att en av dessa även upplevt sig mobbad under året. Ledningen har identifierat och arbetat med det problemet i arbetsgruppen.

Sammanfattningsvis kan vi med glädje konstatera att vi för år 2017 uppfyller målet att vara en arbetsplats som medarbetarna rekommenderar andra att arbeta på.

6) Aktivt följa utveckling i lagstiftningen

Under hela 2017 har verksamhetens föreståndare varit ordinarie ledamot i styrelsen för Svenska Vård, som är en branschorganisation för fristående vård och omsorg som ofta agerar remissinstans i de flesta större förslag till regelförändringar på relevanta områden. Detta innebär att verksamheten har kännedom om kommande ändringar långt i förväg och ofta redan på förslagsstadiet.

Året har bland annat inneburit en ny Hälso- och sjukvårdslag samt en ny Kommunallag, det har tillkommit tillståndsplikt för stödboendeverksamheter och nya regler för samverkan mellan sjukvård och socialtjänst vid utskrivning från slutenvård och samarbete gällande barn som är placerade utanför det egna hemmet. Ingen av lagändringarna har dock medfört att verksamheten behövt förändra några rutiner.

Inför 2018 har verksamheten påbörjat ett arbete att anpassa rutinerna kring personuppgiftshantering till de nya kraven i den europeiska lagstiftningen på området (GDPR) som börjar gälla för alla svenska bolag under maj månad.

Systematiskt förbättringsarbete

Risikanalyprocesser

Under verksamhetsåret 2017 har det genomförts ett stort arbete med kartläggning av risker inför den verksamhetsflytt som gjordes i slutet av året.

Risikanalysteamet delade efter kartläggningen in riskerna i följande områden:

- 1 Risker förknippade med expansion av verksamheten
- 2 Risker förknippade med flytt av verksamheten
- 3 Risker förknippade med expanderad verksamhet i en lokal med annorlunda beskafter än nuvarande

Risikanalysen följdes av ett arbete med planering av kompensatoriska strategier och åtgärder för de individuella riskerna och dokumentationen lämnades in till IVO i samband med handläggningen av flytten av tillståndet till den nya verksamhetsadressen. Alla kartlagda risker är hanterade.

Löpande riskanalys

Kartläggning av risk för att inte kunna genomföra dokumenterade arbetssätt 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. 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 (se uppföljning av kvalitetsmål 1) genomfördes under året följande egenkontroller:

Behandlingsresultat

10 gånger per år sammanställer respektive ungdoms ansvarig psykolog en rapport över den senaste månadens utveckling i ärendet. I rapporten går beteenderegistreringar igenom och sammanställs och måluppfyllelse inom vårdplanen följs upp. Rapporten skickas till uppdragsgivare och vårdnadshavare.

Dokumentation

I samband med att ansvarig psykolog skriver behandlingsrapporten går alla journalanteckningar igenom och eventuella fel rapporteras som avvikelser. Detta sker alltså 10 gånger per år.

Brandsäkerhet

12 gånger per år ronddar brandansvarige verksamheten enligt checklista. Mindre avvikelser i brandskyddet har påträffats vid några tillfällen under året och då åtgärdats. I samband med flytten till nya lokaler har en leverantör för upprättande av egenkontrollistor och ett nytt verktyg för dokumentation och uppföljning av brandsäkerhet upphandlats med ett treårskontrakt (BOL säkerhet AB) vilket väsentligt förkortar sträckan från upptäckt brist till genomförd åtgärd.

Miljö och hälsa

På området miljö och hälsa har verksamheten fortsatt arbetet med de övergripande målen:

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

De konkreta målsättningar vi följt upp har varit:

- Att 30% av de pengar vi spenderar på mat till verksamheten ska gå till inköp av ekologiska eller kravmärkta livsmedel
Vi har löpande bokfört inköpen under året och kan konstatera att kvoten ekologiska eller kravmärkta livsmedel är 36% på helåret. Målet är således uppfyllt.
- Att 30% av de pengar vi spenderar på städ- och hygienartiklar ska gå till miljömärkta produkter

Mätningen av miljömärkning på städ och hygienartiklar har inte fullföljts, så på detta område kan vi tyvärr inte presentera några siffror. Dock har vi fortsatt att använda en leverantör av tvätt och städprodukter som enbart levererar miljömärkta produkter.

- Att kartlägga bilkörningen i verksamheten, både med syftet att inte göra onödiga resor ur miljösynpunkt men också för att uppmuntra de unga att förflytta sig själva vilket minskar stillasittande och ökar självständighet.
Under 2017 har verksamhetens bilar rullat 45125 km, vilket ger ett snitt på 3760 km/månad. Utslaget på medelantalet inskrivna ungdomar ger en medelkörsträcka på 364 km/ungdom och månad. Under mätningens tre första månader 2016 var medelkörsträckan 2853km på 7,84 ungdomar vilket ger exakt samma medelkörsträcka per ungdom på 364.
- Att påverka fastighetsägaren att utöka möjligheterna till källsortering i fastigheten.
På detta område har vi inte nått någon framgång
- Att öka inköpen av fullkornsspannmål, som pasta bröd och korn, till att utgöra 4% av den totala inköpskostnaden för livsmedel.
Inköpen av fullkornsspannmål utgjorde under 2017 2,69% av de totala inköpen av livsmedel. Här har vi ett utvecklingsområde inför nästa år. Att mäta på området har dock ökat inköpen över året och vi kan se en trend mot högre andel fullkornsprodukter mot slutet av året.

Utvecklingsmål Miljö och Hälsa

Under året har vi även jobbat med ett antal utvecklingsmål som vår hälsopedagog tagit fram som viktiga för att närma sig de övergripande målen. Vi har i detta arbete aktivt arbetat med att tillföra grövre grönsaker som broccoli, morötter och vitkål i måltiderna. Vi försöker minska på mängden processat kött, på konsumtionen av socker och inköp av konserver. Vi har bytt ut plastbehållare och redskap och använder köksredskap i trä eller metall samt matlådor i glas. Utöver kosten och produkterna som används kring livsmedelshanteringen försöker vi aktivt uppmuntra ökad fysisk aktivitet hos ungdomarna genom att bland annat erbjuda träning och facilitera deltagande i sport som fritidsintresse.

Utredning av avvikelser rapporterade i ledningssystemet

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.

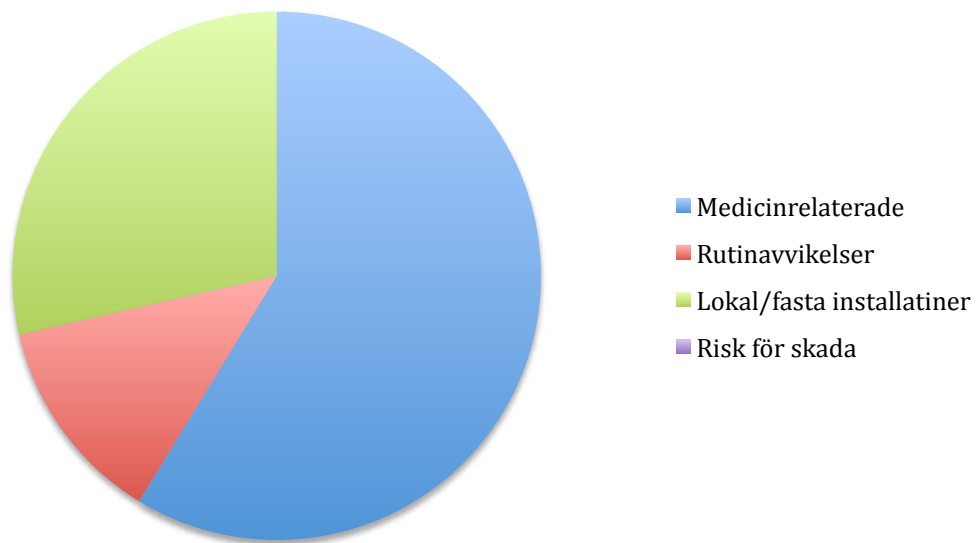
Under 2017 inkom 73 avvikelserapporter i verksamhetens kvalitetsledningssystem. Detta är en stor ökning (243%) från 30 stycken föregående år. Avvikelserna har löpande hanterats av ledningsgruppen vartefter de har kommit in. Av dessa handlade 37stycken (51%) om avvikelser i medicinhanteringen, framförallt osäkerhet kring delade preparat och uteblivna medicintillfällen och signeringar i avsedd lista.

18 avvikelserapporter (25%) handlade om bristande rutiner i verksamheten, till exempel att journalanteckningar gjorts i fel ungdoms journal eller att information om

nya ordinationer inte nått sjuksköterskan på rätt sätt. 18 rapporter (24 %) behandlade brister i lokal/fast installationer, till exempel trasiga tvättmaskiner, dörrar som inte går igen eller brister upptäckta genom brandskyddsarbetet.

Att antalet avvikelserapporter ökat generellt i verksamheten ses som ett resultat av information om avvikelserapporteringssystemet och en hög detaljnivå på personalens uppmärksamhet för avvikelser. Merparten av rapporterna avser mycket små avvikelser.

Avvikelse Wemind HVB 2017



Förbättrande åtgärder i verksamheten

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

Medicinhantering

Trots det omfattande arbete som lades ner under förra året för att tydliggöra och förenkla rutinerna kring delning och administration av de läkemedel som hanteras i verksamheten har medicinhanteringen fortsatt vara den största källan till avvikelser. Av de rapporter som inkommit har den stora majoriteten handlat om att personal som administrerat medicin inte har signerat den på avsett vis.

Vid inga tillfällen har fel medicin administrerats, vilket gjort att ledningen även fortsatt 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, det vill säga kontaktar verksamhetsjour för vägledning och skriver avvikelserapport.

Rutinavvikelse

Den stora majoriteten av de 18 avvikelserna inom detta område handlar om journalanteckningar som hamnat i fel journal. Ledningen tolkar avvikelserna som ett resultat av en fungerande egenkontroll av journalerna, som genomläses varje månad när

behandlingsrapporterna sammanställs. Då upptäcks och åtgärdas dessa brister genom att avvikelser upprättas.

Lokal/fast installationer

Detta område har under året kallats "felanmälan" och här har personalen kunnat påkalla uppmärksamhet på problem i den fysiska miljön så dessa kunnat åtgärdas. Även detta är ett fungerande system för egenkontroll.

Tillsyner från IVO

Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) har gjort ett anmält tillsynsbesök i verksamheten under februari 2017. Under tillsynen kunde inspektörerna konstatera att verksamheten lever upp till myndighetens krav på alla synade områden. Den fullständiga rapporten från tillsynen finns att ladda ner från verksamhetens hemsida samt från IVO:s databas Omsorgsregistret.

Som ett resultat av att IVO:s handläggare vid tillsynen uppmärksammade verksamhetens arbete med lämplighetsbedömning och matchning vid inskrivning bjöds verksamhetschefen in att delat i ett panelsamtal på ämnet som en representant för goda exempel.

Målsättningar och planerat utvecklingsarbete 2018

Planerat utvecklingsarbete för det kommande året innefattar följande:

Organisatoriska och lokalmässiga förändringar

2018 blir ett år då verksamheten kommer att fortsätta förändras. Den flytt som genomfördes i slutet av 2017 innebar både organisatoriska och lokalmässiga förändringar som ska utvärderas och konsolideras. Verksamheten kommer även att fortsätta expandera under 2018 med minst ytterligare en enhet på fastigheten på Gålö. I samband med denna process kommer ett fortsatt arbete med riskanalys genomföras. Riskanalysen påbörjas andra kvartalet 2018 och ska resultera i en ansökan om en fjärde avdelning på Gålö.

Kvalitetsmål för WeMind HVB 2018

Ledningsgruppen har omformulerat kvalitetsmålen inför 2018:

- Vården ska utvärderas genom regelbunden mätning av behandlingsresultaten.
- Verksamheten ska följa evidensläget för relevanta områden och säkerställa att vi arbetar med insatser som har vetenskapligt stöd.
- Verksamheten ska utveckla innehållet genom att lägga till DBT i behandlingsutbudet.
- Placerade ungdomar ska uppleva delaktighet i vårdplaneringen och deras upplevelse ska mätas med brukarenkät en gång per år.
- All fast anställd personal ska genomgå introduktionskurs till vår metod och de fyra basmodulerna varje år.
- Medarbetare ska trivas med och rekommendera att jobba hos oss och deras upplevelse ska mätas med medarbetarenkät en gång per år.
- Vi ska aktivt följa utvecklingen i lagstiftning som är tillämplig på verksamheten.

Denna rapport är upprättad av

Gösta Liljeholm
VD, Wemind HVB

Sammanställd: 2018-03-27

Godkänd i ledningsgruppen: 2018-04-10