

Kvalitetsberättelse

WeMind HVB 2019



Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Kvalitetsberättelse	3
Inledning	3
Sammanfattning	3
Verksamhetsbeskrivning	3
Personalgruppen	4
Ledning	4
Behandlingsteam	5
Samordnare	5
Behandlingsassistenter	5
Servicepersonal	6
Medicinsk personal	6
Bemanningen	6
Jämställdhetsarbete	7
Kvalitetsarbetet under året	7
Ansvarsfördelning i kvalitetsarbetet	7
Kvalitetspolicy och målsättningar	8
Kvalitetspolicy för Wemind HVB	8
Kvalitetsmål för Wemind HVB 2019	8
Uppföljning av kvalitetsmålen	
1) Utvärdering av behandlingsresultaten	9
Placeringar under året	9
Utvärdering av behandlingen	9
Uppfyllelse av syfte med placeringen	9
Andel slutförda placeringar	10
Uppfyllelse av mål i vårdplan	12
Typ av insatser efter avslutad placering	15

Beteenderegistreringar	17
Skattningsskalor och strukturerade intervjuer	18
2) Följa evidensläget på relevanta områden	18
3) Tillägg av Dialektisk Beteendeterapi till behandlingsutbudet	19
4) Placerade ungdomars delaktighet i vårdplaneringen	19
5) All fast anställd personal ska genomgå basutbildning i Tillämpad beteendeanalys (TBA)	21
6) Medarbetares trivsel	21
7) Aktivt följa utveckling i lagstiftningen	23
Systematiskt förbättringsarbete	23
Riskanalysprocesser	23
Löpande riskanalys	23
Egenkontroll	23
Behandlingsresultat	24
Dokumentation	24
Brandsäkerhet	24
Miljö och hälsa	24
Utvecklingsmål Miljö och Hälsa	25
Utredning av avvikelser rapporterade i ledningssystemet	25
Förbättrande åtgärder i verksamheten	26
Medicinhandling	26
SoL-avvikelse	26
Övriga avvikelser	27
IVO - Tillsyner, granskningar och misstankar om missförhållanden	27
Tillsyner	27
Undersökningar vid misstanke om missförhållanden	27
Målsättningar och planerat utvecklingsarbete 2020	28
Kvalitetsmål för WeMind HVB 2020	29
Organisatoriska och lokalmässiga förändringar	29

Kvalitetsberättelse

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

2019 är verksamhetens femte verksamhetsår. Under året har vi ökat vår kapacitet från 16 till 18 vårdplatser genom att bygga om vår ena avdelning på Gålö. De nya vårdplatserna blev klara i april och ökade kapaciteten i denna avdelning till elva platser. Den mindre avdelningen har sedan tidigare sju platser.

Beläggningen har varit jämn och hög och tidvis har verksamheten varit helt fullbelagd. Beläggningsgraden för helåret stannade på hela 94,9%. Sexton ungdomar skrevs in och elva skrevs ut under året. Detta är en minskning jämfört med 2018 då tjugo ungdomar skrevs in och 19 skrevs ut. Vi kan konstatera vid årets slut att en hög andel placeringar har pågått en längre tid vilket innebär att en stor del av den vård som producerats 2019 har avsett ungdomar som fortfarande är inskrivna vid årsskiftet.

Det lägre utskrivningstalet får konsekvensen att de placeringar som avbrutits under året (5st) utgör en större andel av utskrivningarna än året innan trots att de är lika många. Andelen uppdrag som avslutats med genomförd vård 2019 som slutade på 55%. De fyra senaste årens ackumulerade andel uppdrag med genomförd vård är 65%. Det är en siffra som ligger i linje med vad som anses vara en framgångsrik behandling när man utvärderar psykoterapi och får anses bra i relation till svårighetsgraden på de uppdrag verksamheten tar emot.

Verksamhetsbeskrivning

WeMind HVB AB har under 2019 drivit ett behandlingshem på Gålö i Haninge kommun, Stockholms Län. Målgruppen är pojkar (14-18 år) 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 områdena 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 en förlängning av bemötandestrategierna med inriktning Kognitiv beteendeterapi

(KBT), vilket är den kliniska grenen av inlärningspsykologi. Alla terapisaamtal genomförs med psykolog.

Det sociala arbetet kring varje ungdom leds av en socionom med titel ärendansvarig. Denne är ansvarig för nätverksarbetet som innefattar samordning och problemlösning kring skolgång, familj, socialtjänst och fritid. Varje ungdom har en ansvarig psykolog och en ärendansvarig socionom samt en kontaktperson i behandlingsassistentgruppen.

Verksamhetslokalen på Gålö är en fastighet med 10 byggnader. Tre av husen innehåller boendeavdelningar med 11, 7 respektive 5 vårdplatser. Två av boendeavdelningarna har varit i bruk medan den minsta har varit stängd under 2019. Kontor och samtals- och mötessrum finns i separat byggnad liksom verkstäder, storkök och garage.

Personalgruppen

2018 drevs verksamheten med 24 st heltidstjänster. 2019 utökades organisationen med en ledningsroll med fokus på utveckling och det totala antalet var då 25 heltidstjänster. Under slutet av 2019 har ett större omorganisationsprojekt genomförts där verksamheten har minskat på ledningsgruppen och förberett för att under 2020, i samband med öppningen av vår tredje avdelning, flytta mer resurser närmare de placerade. Den nya organisationsplanen omfattar 30 heltidstjänster och beräknas tas i bruk i mars 2020.

Totalt har fem personer ur personalgruppen slutat under 2019. 2 st i ledningsfunktion, 1 st psykolog och 2 st behandlingsassistenter. Vakanserna i ledningen har inte ersatts medan psykolog och behandlingsassistenter har ersatts med PTP-psykolog respektive längre vikariat i väntan på omorganisationen. Föräldralediga ordinarie anställda har ersatts med vikarier med jämförbar kompetens. Ledningen består i slutet av 2019 av två personer: VD/Föreståndare och HR-chef.

De 25 heltidstjänsterna har under majoriteten av 2019 utgjorts av:

- 4 st i ledningsfunktion, (VD/föreståndare/verksamhetschef, HR-chef, bitr föreståndare och behandlingschef)
- 7 st i behandlingsteamet (3 ärendansvariga och 4 psykologer)
- 12 st boendepersonal (behandlingsassistenter, husansvariga och samordnare)
- 2 st 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

- VD/föreståndare/verksamhetschef. Psykolog som arbetat med ledning av HVB sedan 2009, innan dess som kliniker inom vuxenpsykiatri.
- Behandlingschef. Psykolog som arbetat med metodutveckling på detta HVB sedan 2015 med tidigare kliniskt arbete på specialistenhet inom BUP
- Bitr föreståndare, barn- och ungdomspedagog med vidareutbildning

inom socialrätt, KBT med mera. 15 års erfarenhet inom socialtjänsten, slutade hos oss 2018 och återvände början 2019

- HR-chef. Med lång erfarenhet från IT branschen, konsult och bemanning. Anställdes under 2018.

Behandlingsteam

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

- Ärendansvarig. Socionom med sju års erfarenhet av socialt arbete. Anställdes 2016. Föräldraledig jan-sep 2019.
- Ärendansvarig. Socionom med fyra års erfarenhet av socialt arbete. Anställdes 2016.
- Ärendansvarig. Socionom med 5 års erfarenhet av socialt arbete. Anställdes 2018. Föräldraledig sep-dec 2019.

- Psykolog. Med tidigare erfarenhet av att arbeta inom slutenvård och boendeverksamheter. Anställdes 2016. Arbetar 60%
- Psykolog. Utbildad på Karolinska Institutet med tidigare erfarenhet som psykologassistent inom öppenvården samt forskningsassistent. Anställdes 2017. Avslutade sin tjänst september 2019.
- PTP-Psykolog. Legitimerad från augusti 2019. Med erfarenhet som psykologassistent och boendestödare, anställdes 2018
- PTP-Psykolog, Med erfarenhet som psykolog- och forskningsassistent, Anställdes september 2019

Samordnare

Samordnaren fungerar som en brygga mellan behandlingsteam och behandlingsassistenter. Vi har under året utökat med en samordnare.

- Samordnare. Tidigare haft tjänsten assisterande behandlare. Behandlingspedagog med examen 2016 som tidigare gjort praktik i verksamheten.
- Samordnare. Har arbetat som behandlingsassistent i verksamheten sedan 2017. Filosofie kandidatexamen (180hp) med inriktning mot ungdoms- och missbruksvård från Linnéuniversitet. Grundkurs i MI. Även erfarenhet av myndighetsutövning. Har under delar av 2019 vikarierat som ärendansvarig.

Behandlingsassistenter

Arbetar i huvudsak med ungdomarnas fritidssysselsättning, vardagsrutiner, bemötande enligt TBA och med mängdträning i behandlingsarbetet. En behandlingsassistent är även kontaktperson för ungdomar.

- Kock/Behandlingsassistent. Behandlingspedagog med examen 2010 med tidigare kockutbildning och sju års erfarenhet från socialt arbete. I verksamheten sedan 2014.

- Behandlingsassistent. Med utbildning från Örebro Universitet till behandlingsassistent (2009). Jobbat på WeMind HVB sedan öppnandet 2015. Föräldraledig 100% under senare halvan av 2019
- Behandlingsassistent. Undersköterska med 90hp socialt arbete och pedagogik. Sex års tidigare erfarenhet av arbete på HVB. Anställd sedan 2014
- Behandlingsassistent. Behandlingspedagog med examen 2012 samt grundkurs i MI. - Anställd sedan 2014
- Behandlingsassistent. Behandlingspedagog med examen 2014. Har tio års erfarenhet från ungdomsarbete på Fryshuset och i boxningsklubb. Anställd sedan 2015.
- Behandlingsassistent, från Tollare Folkhögskola, examinerad 2017. Vikarierat hos oss sedan 2015. Behandlingsassistent tjänst sedan 2018
- Behandlingsassistent. Utbildnad socialpedagog från Cady training academy, 2017 examinerad. Anställd sedan 2017
- Behandlingsassistent. Socialpedagog utbildad på Stensunds folkhögskola, examinerad 2011. Anställd sedan 2018.
- Behandlingsassistent. Utbildad behandlingsassistent med examen 2010 från Videbäcks folkhögskola. Examen som behandlingspedagog 2011 från June folkhögskola. Anställdes 2018.
- Behandlingsassistent. Har 18 års erfarenhet av att arbeta inom HVB. Anställdes 2018
- Behandlingsassistent, Socialpedagog från Tollare Folkhögskola, examen 2017. Anställd 2019 .

Servicepersonal

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

- Lokalvårdare. Tidigare erfarenhet av att arbeta på boende för ensamkommande. 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 medicinsk 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.

I enhet A (11 vårdplatser) arbetar en kock dagligen 8.30-16.30. Två behandlingsassistenter bemannar enheten dagligen 14.00-10.00. Från 08.30 till 16.30 på vardagar bemannar personal från behandlingsteamet tillsammans med behandlingsassistenter. I enhet B (7 vårdplatser) bemannar personal från

behandlingsteamet tillsammans med behandlingsassistenter vardagar 08:30-16:30 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.

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

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 för 2019 har gjorts och presenteras nedan.

Början av 2019 (män/kvinnor)	Slutet av 2019 (män/kvinnor)
Ledning, 75/25	Ledning, 50/50
Psykologgruppen, 25/75	Psykologgruppen, 40/60
Ärendeansvariga, 75/25	Ärendeansvariga, 67/33
Behandlingsassistenter 50/50	Behandlingsassistenter, 46/54
Servicepersonal, 50/50	Servicepersonal, 50/50
Vikarier, 43/57	Vikarier 51/49
Totalt: 43% män och 57% kvinnor	Totalt: 49% män och 51% kvinnor

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 utvärdering av behandlingen:

Behandlingschef

Ansvarig för brandskyddsrutiner:

Servicetekniker och husansvariga

Ansvarig för miljö- och hälsa:

Servicetekniker och köksansvarig

Forum för kvalitetsfrågor:

Behandlingsteam. Teamet sammanträder i ett veckomöte som protokollförs. Detta genomfördes löpande fram till september och tjänat syftet att fånga upp och problemlösa kring ärenden och rutiner och rapporterade avvikelser. I behandlingsteamet ingår verksamhetens psykologer, ärendeansvariga och samordnare. Från september omorganiserades verksamheten avdelningsvis och *behandlingsteam* som mötesforum utgick.

Enhetsmöte. Från och med september infördes regelbundna protokollförda möten med all personal som arbetar i respektive enhet. I dessa möten ingår enhetens psykologer, ärendeansvariga, samordnare och behandlingsassistenter.

Lokal ledningsgrupp. Föreståndare, behandlingschef, biträdande föreståndare och HR-chef har sammanträtt i protokollförda möten i syfte att följa upp verksamhetsutvecklingsfrågor samt jobba med riskbedömning och riskanalys.

Ledningsgrupp. VD/Verksamhetschef/Föreståndare har haft månadsuppföljning med koncernledningen med fokus på ekonomi och långsiktiga strategiska frågor.

Kvalitetspolicy och målsättningar

Under 2019 har arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet bedrivits inom organisationens alla delar. Utgångspunkt för detta arbete är verksamhetens 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 utvecklingsfrågor 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 2019

- 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 har vetenskapligt stöd
- 3) Verksamheten ska utveckla innehållet genom att lägga till DBT-grupper i behandlingsutbudet
- 4) Placerade ungdomar ska uppleva delaktighet i vårdplaneringen och deras upplevelse ska mätas med brukarenkät en gång per år
- 5) All fast anställd personal ska genomgå introduktionskurs till vår metod och de fyra basmodulerna varje år
- 6) Medarbetare ska trivas med och rekommendera att jobba hos oss och deras upplevelse ska mätas med medarbetarenkät en gång per år
- 7) Vi ska aktivt följa utvecklingen i lagstiftning som är tillämplig verksamheten

Kvalitetsmålen utvärderas vart och ett i nedanstående stycken.

Uppföljning av kvalitetsmålen

1) Utvärdering av behandlingsresultaten

Placeringar under året

Under 2019 skrevs 16 ungdomar in i verksamheten och 11 ungdomar skrevs ut. Beläggningen har legat högt och stabilt under året och verksamheten har i perioder varit helt fullbelagd. Snittantalet var 16,7 placerade ungdomar över året, vilket innebar en genomsnittlig beläggning på 94,9%. I april 2019 öppnade verksamheten två nya vårdplatser i den stora avdelningen, Hus A, som sedan dess haft 11 platser. I december 2019 fanns 18 vårdplatser i verksamheten och 16,5 inskrivna ungdomar.

Utvärdering av behandlingen

När resultatet av verksamhetens insatser utvärderas finns tre perspektiv vi tar tillvara:

1. Att utifrån socialtjänstens vårdplan utvärdera i vilken utsträckning syftet med placeringen har uppnåtts.
2. Att mäta förekomst av överskotts- och underskottsbeteenden över tid och följa individens utveckling i relation till dem
3. Att mäta psykiatriska symtom, livskvalitet, funktionsnivå och förekomst av problembeteenden med skattningsskalor och 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.

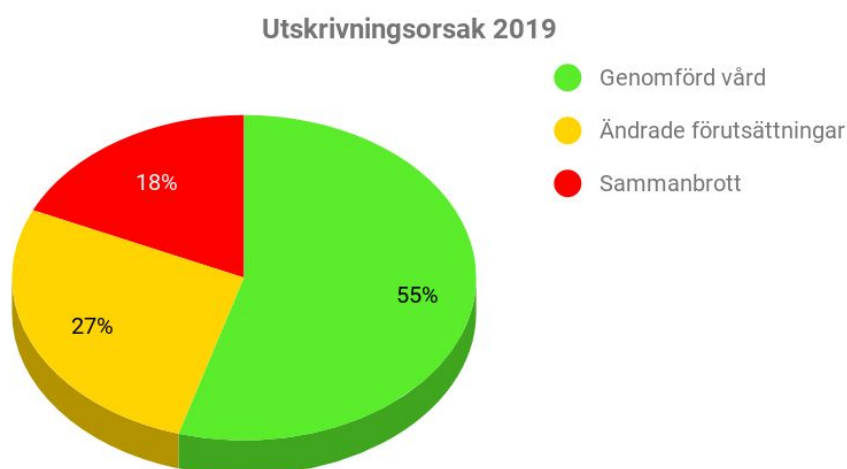
Uppfyllelse av syfte med placeringen

Utvärderingen av måluppfyllelsen utgår från den vårdplan som upprättas av socialtjänsten för varje placerad ungdom och utvärderas på tre undernivåer:

- a. Andel placeringar som slutförts respektive avbrutits i förtid
- b. I vilken utsträckning de stipulerade målen i vårdplanen kan anses uppfyllda
- c. Omfattningen på vårdinsatser som ungdomen erhållit efter att placeringen på WeMind HVB avslutats

Andel slutförda placeringar

Av de 11 ärenden som avslutades under året var det 6 ärenden (55 %) där uppdraget var slutfört, vilket innebär att målen var uppfyllda i tillräcklig grad för att den unge skulle kunna gå vidare i vårdkedjan och flytta vidare till annan vård, eget boende, stödboende eller hem till föräldrarna.

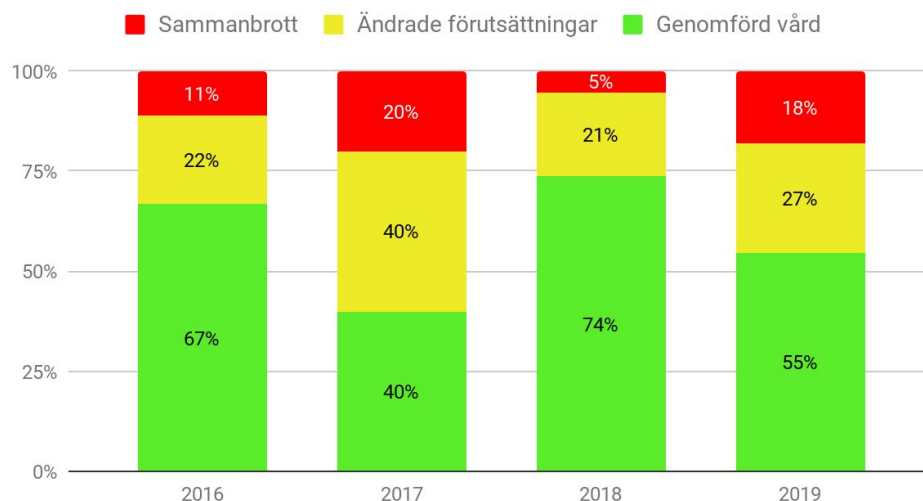


I tre fall (27%) fick placeringen avslutas på grund av att förutsättningarna hade förändrats och vården inte längre kunde genomföras i verksamheten. Verksamheten har avbrutit placeringarna när det framkommit problematik av en art som verksamheten inte har verksamma insatser för. I dessa fall var det droganvändning och kriminalitet som låg bakom de avbrutna placeringarna. Beteendena var inte kända före placeringen eller hade rapporterats som avsevärt mindre i omfattning vid lämplighetsbedömningen.

De två sammanbrotten (18%) under året var ungdomar som avvek till hemmet och vägrade återvända till verksamheten.

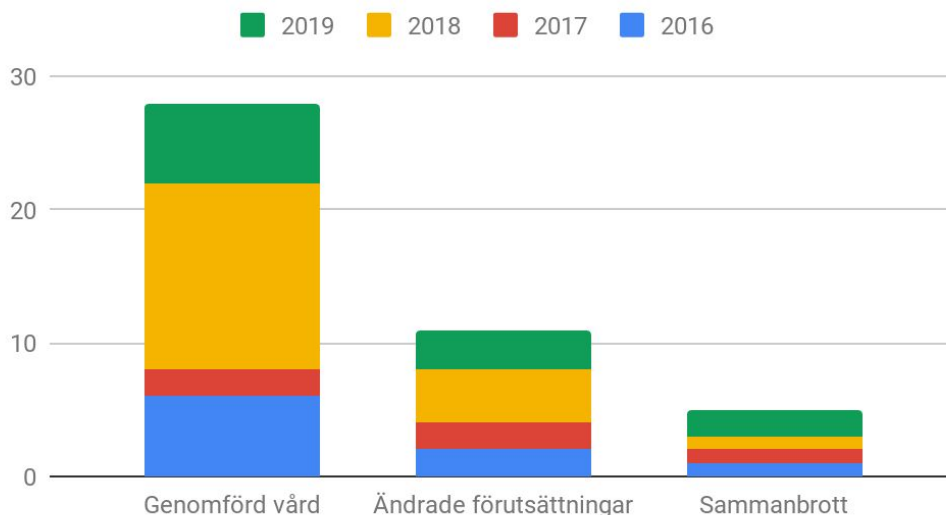
Nedanstående diagram visar utskrivningsorsak från 2016 till och med 2019:

Utskrivningsorsak 2016-2019 (andel)



Som kan utläsas ur diagrammet ovan har det varit minst andel avbrutna placeringar under 2018 och något större andel 2019. Tittar man på det faktiska antalet så är det samma antal avbrutna placeringar 2019 (5st). Faktum är att de senaste fyra åren har antalet avbrutna placeringar varit relativt konstant. Då en medelplacering i verksamheten är ett lite drygt år (13,7 månader för genomförda placeringar 2018 och 2019) så kan man vänta sig att en stor del av de placeringar som inleddes under 2019 och som kommer leda till genomförd vård inte kommer avslutas förrän under 2020. Medellängden på en avbruten placering är endast 3,3 månader och dessa får i större utsträckning genomslag samma år som placeringen inleddes. Här nedan kan utläsas hur utskrivningsorsak fördelar sig baserat på faktiskt antal uppdrag de senaste fyra åren.

Utskrivningsorsak 2016-2019 (Antal)



Och här under hur utskrivningsorsakerna fördelar sig över de fyra senaste åren.



Uppfyllelse av mål i vårdplan

Det andra sättet att utvärdera socialtjänstens mål är genom att vid varje utskrivning skatta i vilken utsträckning målen i vårdplanen har uppfyllts, vilket görs av två av psykologerna. Det bör nämnas att det är vanligt att det i vårdplaner kan ingå mål som får anses orealistiska att uppnå (till exempel att aldrig bråka med föräldrar eller att ha fullständig närvaro i skolan), är diffusa och väldigt svåra att mäta (till exempel att ha en bra självkänsla) eller som faller utanför placeringstiden (till exempel att gå ut gymnasiet eller att kunna ha ett fungerande vuxenliv). I dessa fall bryts målen ner till mer konkreta och mätbara delmål som dokumenteras i en genomförandeplan vid placeringens start och som ska godkännas av placerande socialtjänst.

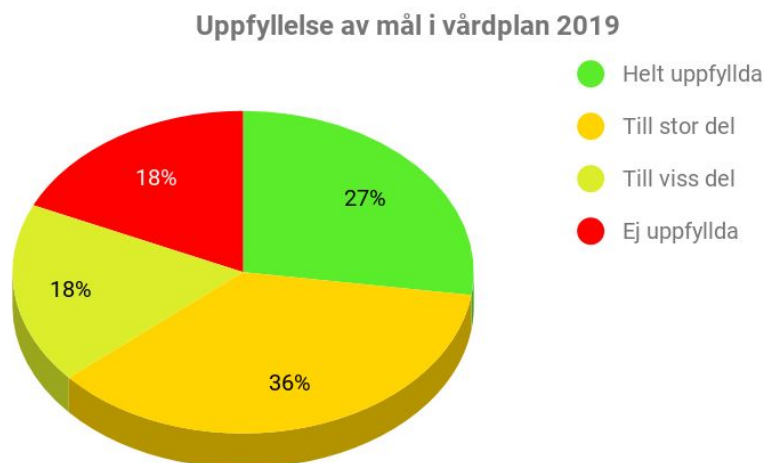
Uppfyllande av målen skattas i en av fyra kategorier:

1. Helt uppfyllda
2. Till stor del uppfyllda
3. Till viss del uppfyllda
4. Ej uppfyllda

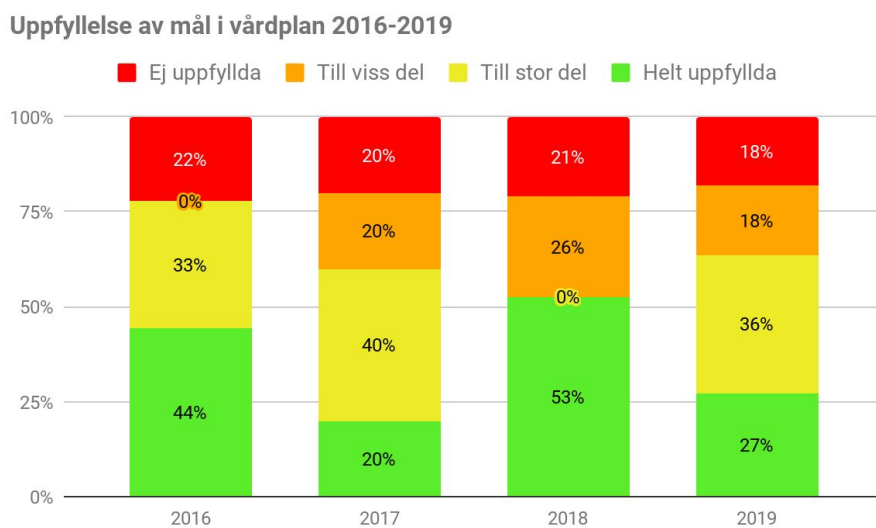
För att målen ska bedömas vara helt uppfyllda krävs att alla, eller så gott som alla, mål i vårdplanen är uppfyllda. För att vara till stor del uppfyllda krävs att antingen mer än hälften av målen är uppfyllda, eller att de centrala behandlingsmålen för uppdraget är uppfyllda med god marginal. Målen skattas som till viss del uppfyllda när mindre än hälften av målen är uppfyllda eller när inte alla centrala behandlingsmål är uppfyllda. Målen skattas som ej uppfyllda när inga, eller nästan inga, av målen i vårdplanen är uppfyllda.

Av de 11 utskrivningar som gjordes under 2019 bedömdes målen i 2 ärenden (18%) vara ej uppfyllda. Målen i 2 ärenden (18%) bedömdes vara till viss del uppfyllda, målen i

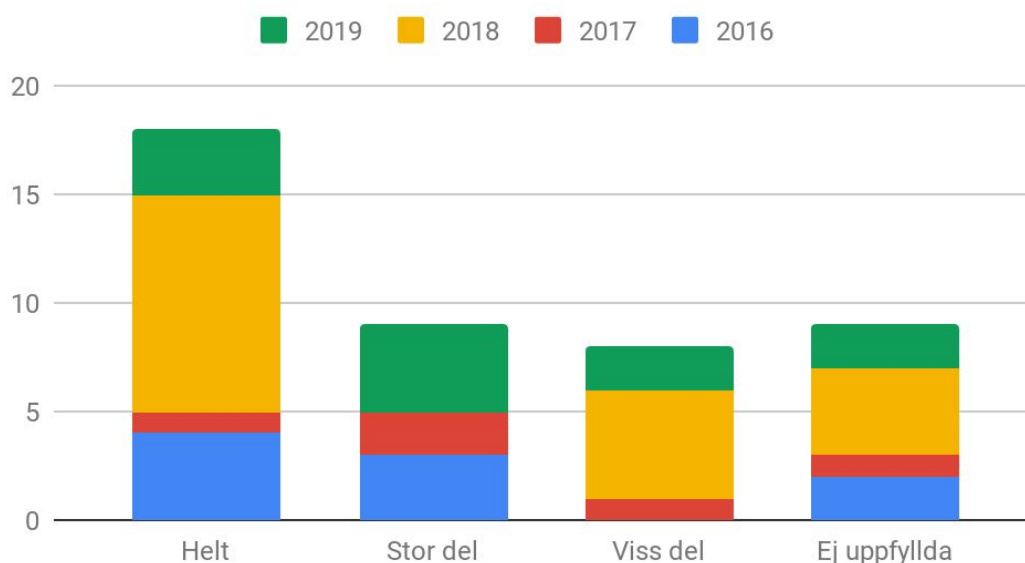
4 ärenden (36%) bedömdes vara till stor del uppfyllda samt målen i 3 ärenden (27%) bedömdes vara helt uppfyllda.



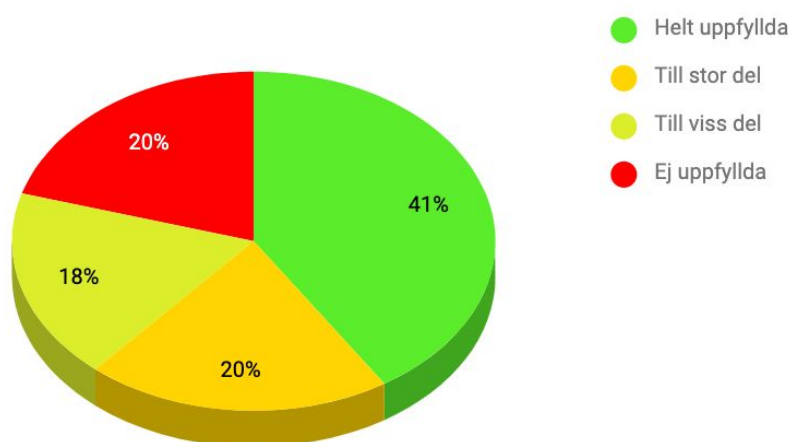
Nedanstående diagram visar uppfyllelse av mål över tid från 2016 till och med 2019 först i andelar och efter det i faktiska antal.



Måluppfyllelse 2016-2019 (Antal)



Uppfyllelse av mål i vårdplan 2016-2019



Den sammanlagda bilden för de fyra senaste åren ger en liknande siffra på strax över 60% som siffran för genomförd vård, men där vi kan se att majoriteten (ca ¾) av de genomförda placeringarna sker med helt genomförda mål. 20% placeringarna skrivs ut med ej uppfyllda mål, en siffra som är lägre än de 36% vars placering avbryts i förtid. Detta tyder på att även de ungdomar där verksamheten inte lyckas genomföra en fullständig placering skrivs ut med vissa mål uppfyllda efter placeringstiden.

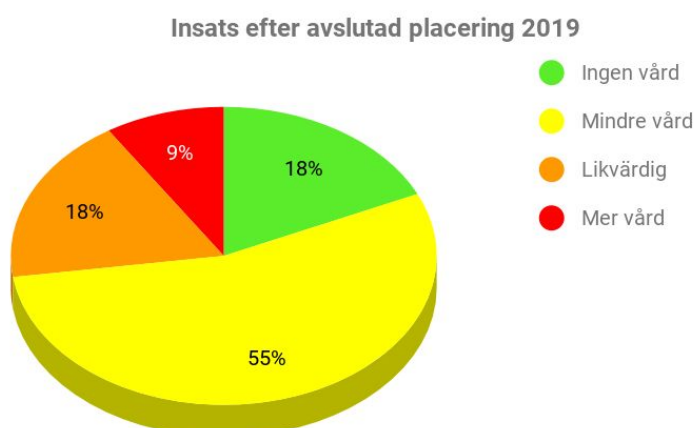
Typ av insatser efter avslutad placering

Den tredje nivån för att utvärdera behandlingsresultat utifrån socialtjänstens målformuleringar är genom att titta på vilken typ av insats som varje ungdom fått efter att placeringen har avslutats och vilken grad av vård och behandling insatsen innehåller. Detta är ett tämligen konkret mått på huruvida vårdbehovet ökat eller minskat efter placeringen. Nivån av efterföljande insatser delas in i fyra kategorier:

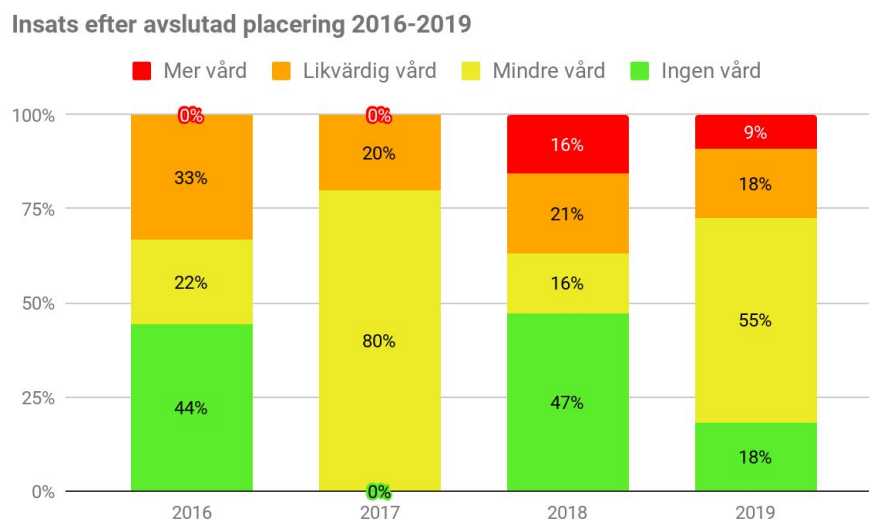
1. Lite eller ingen vård
2. Mindre vård
3. Likvärdig vård
4. Mer vård

För att insatsen ska bedömas innehålla lite eller ingen vård krävs antingen att ungdomen inte erhåller någon vård alls efter placeringen eller endast erhåller insatser av mindre omfattning så som vård- eller stödinsatser som kan utföras när ungdomen bor hemma, till exempel kontaktperson via LSS, stödinsats via socialtjänsten eller kontakt inom BUP:s öppenvård. Till denna kategori räknas även stödboenden för ungdomar som saknar ett hem att flytta till. För att insatsen ska bedömas innehålla mindre vård krävs att den har ett mindre intensivt behandlingsinnehåll än WeMind HVB. Detta kan till exempel vara ett LSS-boende eller ett HVB utan psykiatriska insatser. För att en insats ska bedömas innehålla likvärdig vård krävs en insats med motsvarande intensiva behandlingsinsatser som WeMind HVB eller ett så stort antal mindre behandlingsinsatser att de tillsammans når upp i motsvarande vårdmängd. En insats som bedöms innehålla mer vård ska ha omfattande psykiatriska insatser i kombination med högre bemanningsgrad. Exempel på insatser som bedöms innehålla mer vård är SiS-institution eller psykiatrisk heldygnsvård.

Av de 11 ärenden där placeringen avslutades under 2019 fick 1 ungdom (9%) mer vård efter utskrivning. Denne placerades på SiS-institution. 2 ärenden (18%) fick likvärdiga insatser, 6 ärenden (55%) fick insatser med mindre vård och 2 ärenden (18%) fick inga eller små fortsatta insatser.

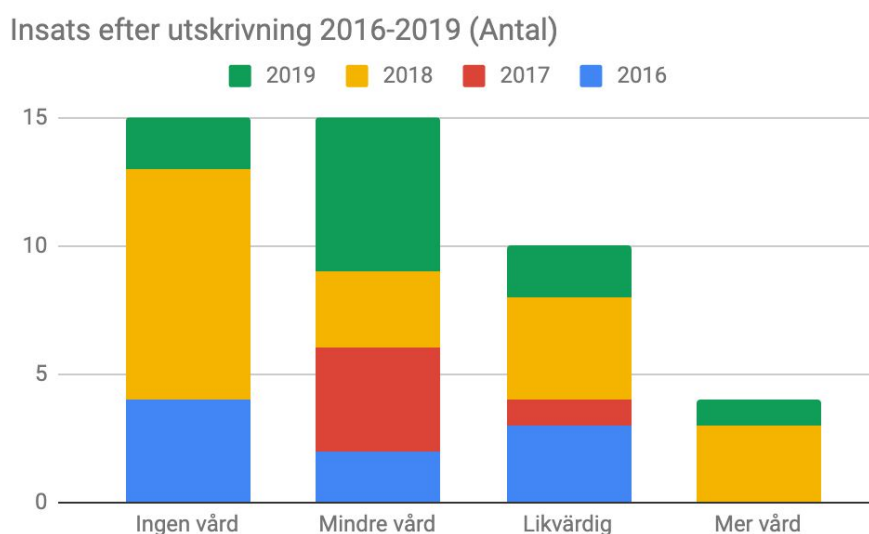


Nedanstående diagram visar insatser efter avslutande placering för 2016 till och med 2019:



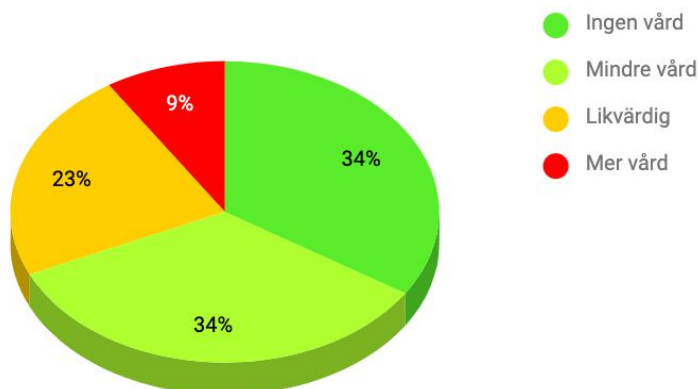
Som man kan utläsa ur diagrammet var det en avsevärt större andel avslutade placeringar under 2018 som inte krävde några fortsatta insatser jämfört med 2019. Andelen som skrevs ut till mer eller likvärdig vård har däremot också minskat till en bättre nivå än 2018 och vi kan konstatera att den stora majoriteten placerade som skrivits ut har gått till mindre vård 2019.

Nedan kan utläsas antalet placeringar som gick till vardera insatstyp de senaste fyra åren.



Och till slut hur andelarna utskrivningar till varje insatstyp fördelar sig över samma fyraårsperiod.

Insats efter avslutad placering 2016-2019

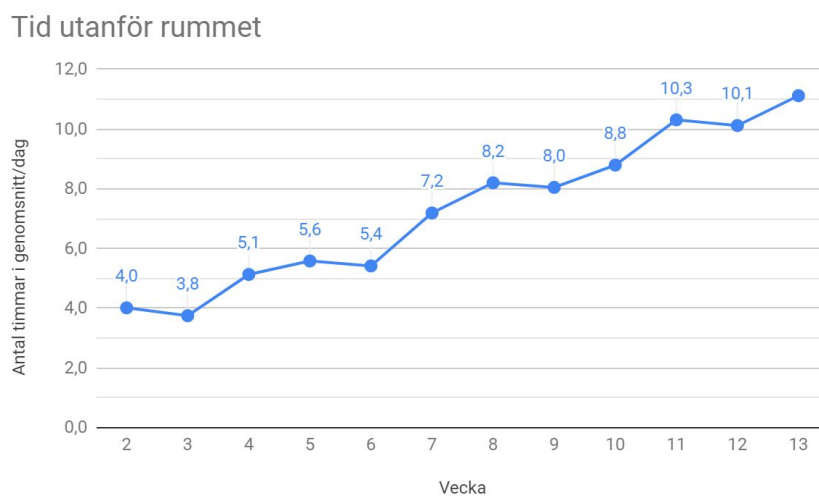


Sammantaget kan vi konstatera att en något större andel (68%) än de genomförda placeringarna (64%) går till mindre eller ingen vård. Även detta resultat visar att även de uppdrag där placeringen måste avbrytas verkar ge viss effekt, denna gång i form av ett mindre vårdbehov efter utskrivning.

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, självskada, att isolera sig) eller beteenden som förväntas öka av insatserna (till exempel social samvaro, sköta hygien, motion, sömn, gå till skolan, äta mat).

Dessa mätningar redovisas 10 gånger per år i en behandlingsrapport till föräldrar och uppdragsgivare. 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. Se exempel nedan.



Skattningsskalor och strukturerade intervjuer

Under 2019 har verksamheten utvecklat en funktionsnivåskala baserat på de vanligast förekommande målbeteendena i ungdomsgruppen. Skalan har skapats med utgångspunkt i de fem senaste årens beteenderegistreringar och tagit fasta på vilka beteenden, överskott som underskott, som vi har följt gällande de ungdomar som varit placerade. Den nya skalan har fått namnet WYFS-15 (WeMind Youth Functioning Scale) och består i 15 items som är avsedda att användas för upprepad skattning av funktionsnivå av både den unge och en vuxen i dess närhet. Skalan fokuserar på observerbara beteenden och ska gå att fylla i på kort tid.

Under 2019 har WYFS-15 börjat användas i regelbundna skattningar för alla ungdomar och skalan kommer fortsätta utvecklas under kommande år. Målsättningen är att under 2020 kunna använda skalan för att beskriva förändringar i funktionsnivå.

Under 2019 har verksamheten även infört regelbundna skattningar med depressionsinstrumentet PHQ-9, som har liknande egenskaper som WYFS-15 när det kommer till möjlighet för upprepad skattning och kort tidsåtgång för administrering. Under 2020 kommer båda dessa instrument att administreras till alla ungdomar varannan månad som en del i vårt arbete att systematiskt utvärdera vården. Dessa mätningar följs upp och redovisas på koncernnivå.

2) Följa evidensläget på relevanta områden

Under 2019 har verksamheten följt hur forskningen kring placerade ungdomar i allmänhet och beteendeterapi för tillstånd inom barnpsykiatri och neuropsykiatri i synnerhet utvecklats på följande sätt:

- Delta med alla psykologer på en nationell konferens i beteendeterapi (BTF i Stockholm) med flera internationella föreläsare där gruppen deltog i forskningsgenomgångar gällande evidensläget för flera områden bland annat fokuserad behandling för OCD, traumabehandling och beteendeproblem.
- Deltagit med en psykolog när den internationella föreningen för beteendeanalys (ABAI, Association for Behavior Analysis International) hade årskongress i Stockholm. Under kongressen presenterades forskningsstudier gällande beteendeförändring i skolan, för personer med autism och genomfördes diskussionsseminarier kring utmaningar.
- Deltagit i två seminariedagar 'HVB i Fokus' med verksamhetschef och en psykolog. Under dagarna redogjorde forskare från SBU, Socialhögskolan, Socialstyrelsen med flera om relevanta kunskapssammanställningar för HVB-området.

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 för personalen som arbetar i boendemiljön, en metod som har lovande stöd, samt att ge evidensbaserade individualbehandlingar med KBT-inriktning för psykiatriska tillstånd

inom ramen för behandlingshemsvistelsen. All KBT ges av psykologer med adekvat metodutbildning.

3) Tillägg av Dialektisk Beteendeterapi till behandlingsutbudet

2018 genomgick psykologgruppen en intensivutbildning i dialektisk beteendeterapi (DBT) med syfte att kunna lägga till DBT i behandlingsutbudet. Detta på grund av att det finns lovande forskning som visar på att DBT anpassad efter ungdomar skulle kunna vara gynnsamt för en relativt stor del av de ungdomar som placeras på WeMind HVB.

Under våren 2019 har psykologerna genomfört en pilot på en gruppbehandling med DBT och ett antal av de ungdomar som var placerade då deltog i gruppen. Flera av deltagarna upplevde gruppen som meningsfull och har efterfrågat en fortsättning. Verksamheten beslutade dock efter pilotens genomförande att inte fortsätta med gruppverksamheten i den utprovade formen då de ungas behov och förutsättningar skilde sig åt så mycket att det inte gav tillräckligt mervärde i relation till de praktiska utmaningarna. Inslag av DBT har dock implementerats i bemötandestrategier och individualbehandlingar löpande under året genom att utbildaren från DBT-kursen forlöpande handleder psykologerna i behandlingsarbete.

4) Placerade ungdomars delaktighet i vårdplaneringen

Verksamheten har arbetat med att utveckla delaktigheten under året. Den rutin som funnits sedan innan innehåller både formuleringar kring den unges inflytande i den individuella vårdplaneringen samt ett system för medbestämmande kring vardagsrutiner i verksamheten.

Delaktighet i den individuella vårdplaneringen uppnås framförallt genom den unges deltagande i vårdplaneringsmöten samt efterföljande samtal med psykolog och kontaktperson kring innehållet. Medbestämmandet kring vardagsrutiner har ett gemensamt forum per avdelning där de unga samlas för ett protokollfört husmöte en gång i veckan. Under året har mötet utvecklats genom att det alltid leds av en ordinarie personal i ansvarsroll samt att det tillkommit förslagslådor där ungdomarna kan ta upp saker till mötet de kommer på mellan mötestillfällena.

Under året har två strukturerade mätningar av ungdomarnas uppfattningar om vården sammanställts. Dels genomfördes en förstudie inför IVOs tillsyn i maj och dels vid den planerade brukarundersökningen som genomfördes i egen regi i november.

Nedan redovisas svaren på frågorna om delaktighet från IVOs förstudie till tillsynen 2019. Här skattade 15 av 16 då inskrivna ungdomar dessa frågor om delaktighet, tillsammans med en mängd andra frågor, på en skala 1-5 (där 1 betyder "alltid" och 5 betyder "aldrig"). Ett lågt resultat är alltså önskvärt.

Delaktighet ur IVOs förstudie inför tillsynen



Som synes finns en viss uppmätt försämring gällande ungdomarnas upplevelse av delaktighet på alla fyra frågorna om delaktighet sedan tillsynen förra året. På alla frågorna är det dock fortfarande övervägande positiva uppfattningar om möjligheterna till delaktighet och alla frågor skattas som i snitt "ofta" utom frågan om att påverka sin vardag som skattas i det närmaste som "alltid". En tydlig försämring, från alltid till ofta, har dock skett främst på frågan om personalen upplevs bry sig.

I november genomfördes verksamhetens egna brukarenkät. I denna var skalan från 1-6 och var omvänd, det vill säga att 1 representerade omdömet "stämmer inte alls" medan 6 stod för "stämmer helt". 13 av 16 då inskrivna ungdomar genomförde enkäten. Här är alltså en hög siffra önskvärd.

Delaktighet ur brukarenkät



I brukarundersökningen kan noteras en ökning av den upplevda delaktigheten, främst gällande hur delaktiga föräldrar upplevs vara från året innan. Verksamheten hade målsatt en ökning till över 5 på båda variablerna, men nådde inte hela vägen fram.

Under året har verksamheten genom de två redovisade undersökningarna vid två olika tillfällen under året kunnat konstatera att ungdomarna upplever en relativt hög nivå av delaktighet under sin vistelse i verksamheten. I brukarundersökningen kan vi se ett mönster där de placerade i ena avdelningen upplever sig väsentligt mer delaktiga än i den andra. Det är tydligt att det finns ett förbättringsområde i den avdelning som ger lägre betyg.

5) All fast anställd personal ska genomgå basutbildning i Tillämpad beteendeanalys (TBA)

Utbildningen i basmodulerna sker under schemalagda handledningstillfällen och det är verksamhetens psykologer som har undervisar. I handledningsprogrammet ingår fyra grundmoduler och en introduktionsmodul och målsättningen är att all fast anställd behandlingspersonal ska

Under 2019 har 6 av 14 (43%) ur behandlingspersonalen genomgått fyra eller fler moduler under året.

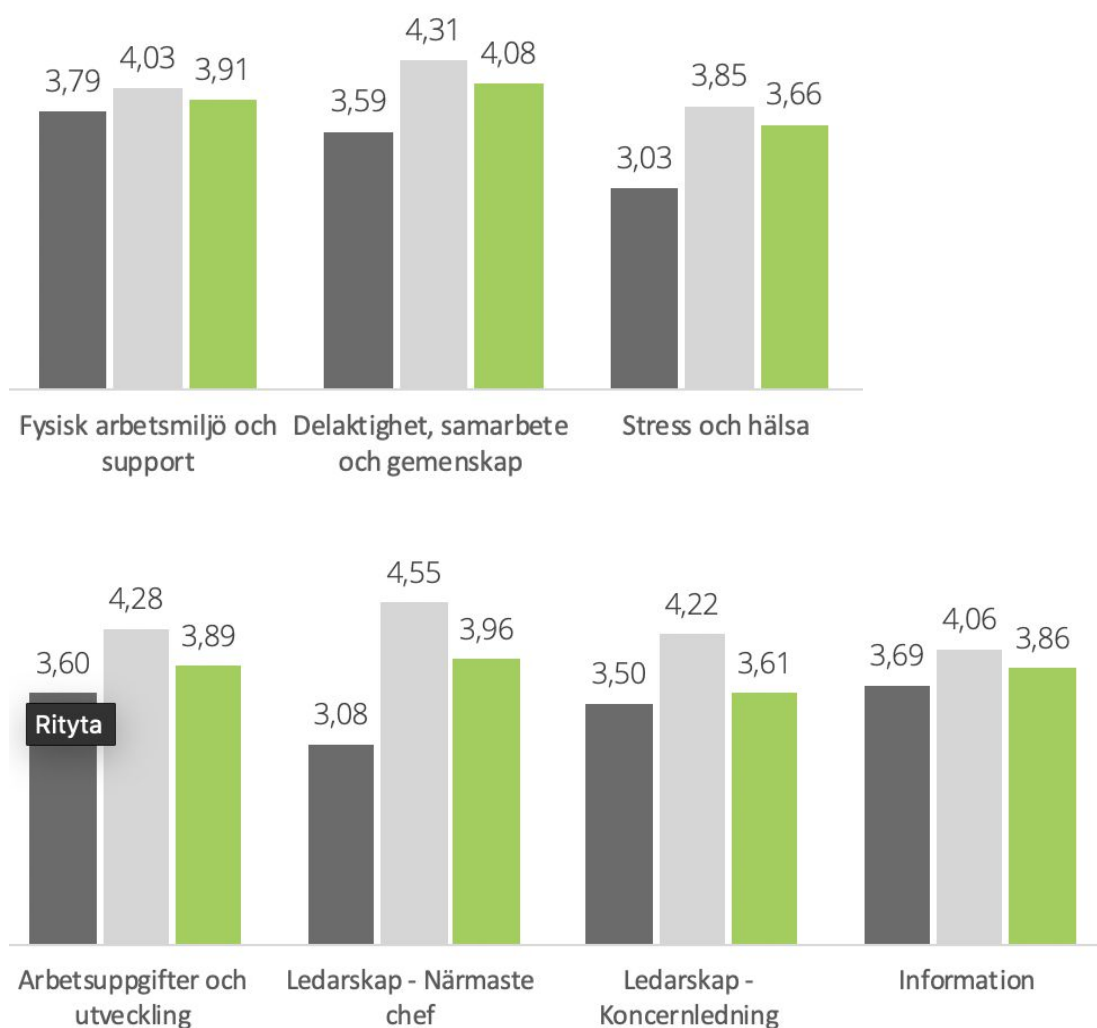
Om man ser till de totala antalet möjliga moduler (14x4=56st) så har det genomförts 44 utbildningstillfällen av 56 möjliga, vilket utgör 79% av det maximala antalet. Det är en ökning mot 2018.

För att nå större täckning med utbildningen i modulerna bland personalen har flera förändringar i upplägget kring handledningen gjorts inför 2020. Hur handledningen är inplanerad i behandlingspersonalens scheman är en faktor för hur lyckat genomförandet blir, liksom uppföljningen av handledningen under pågående år. Dessa frågor ska följas närmare.

6) Medarbetares trivsel

Under hösten 2019 genomfördes en medarbetarenkät bland alla ordinarie anställda på WeMind HVB. Från att ha administrerat en egen enkät tre år i rad gick verksamheten över till en koncerngemensam undersökning (som förra året kördes dubbelt med den egna). I enkäten konstateras att verksamhetens Nöjd Medarbetar Index (MNI) hade sjunkit från skyhöga 91/100 för 2018 till modesta 67/100 för 2019. För jämförelse var detta ett betyg en bit under koncernens genomsnitt på 73/100.

I medarbetarenkäten skattades olika påståenden med bäring på arbetsmiljö och trivsel på en skala 1-5 där 1 är lågt betyg och 5 är högsta möjliga betyg. Nedan redovisas graferna för undersökningens huvudområden där den mörkgråa stapeln är årets mätning, den ljusgråa är den för 2018 och den gröna är WeMind koncernens medelresultat.



Genomgående är medarbetarnas uppfattning av arbetsplatsen i stor utsträckning försämrad jämfört med förra året. Som kontext till enkätresultatet ska nämnas att undersökningen 2018 gjordes en månad med rekordlåg beläggning och att verksamheten var fullbelagd under mätningen 2019. Det skiljer sig alltså väsentligt i arbetsbelastning mellan de två tillfällena.

Ledningen har med bakgrund i dessa resultat planerat åtgärder främst gällande delaktighet och det lokala ledarskapet. En större omorganisation har genomförts med ett nytt delaktighetskoncept och alla chefer i organisationen vidareutbildas mot transformerande ledarskap.

På frågan om huruvida man generellt är nöjd med WeMind som arbetsplats har skattningen sjunkit från 4,63 till 3,69.

7) Aktivt följa utveckling i lagstiftningen

Under hela 2019 har verksamhetens VD/föreståndare fortsatt varit ordinarie ledamot och kassör i styrelsen för Svenska Vård. Genom detta engagemang får verksamheten snabbt kännedom om lagförslag ofta redan på remisstadiet.

Under 2019 gjordes inga större ändringar i verksamhetens rutiner mot bakgrund av någon lagändring.

Systematiskt förbättringsarbete

Under denna rubrik beskriver vi det systematiska förbättringsarbete som genomförts under året i form av riskanalys inför verksamhetsförändringar och hantering av rapporterade avvikelser.

Riskanalysprocesser

Under första halvan av verksamhetsåret 2019 avslutades förändringsarbetet efter den stora riskanalys med fokus på hot och våld som genomfördes 2018. Verksamheten tillskapade bland annat nya rutiner för riskbedömning av placerade ungdomars beteenden ur ett arbetsmiljöperspektiv och det dokumenterades säkerhetsrutiner kopplade till identifierade situationer med ökad risk för hot och våld.

Under 2019 genomfördes två riskanalyser inför verksamhetsförändringen när vi byggde om den stora avdelningen. Den ena analysen fokuserade på risker med att ha ett ombyggnadsprojekt i pågående verksamhet. Den andra fokuserade på risker kopplade till den förändrade verksamheten efter ombyggnationen. Båda processerna ledde fram till åtgärder som genomfördes på utsatt tid.

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 psykolog en rapport över den senaste tidens 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 ronderar brandansvarig verksamheten enligt checklista. Mindre avvikelser i brandskyddet har påträffats vid några tillfällen under året och då åtgärdats. Verksamheten använder en leverantör för upprättande av egenkontrollistor och ett verktyg för dokumentation och uppföljning av brandsäkerhet (BOL-net). Denna rutin har fungerat tillfredsställande under året.

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 30,8% på helåret. Målet är uppfyllt 2019.
- Att 30% av de pengar vi spenderar på städ- och hygienartiklar ska gå till miljömärkta produkter
Vi har löpande bokfört inköpen under året och kan konstatera att kvoten miljömärkta städ- och hygienartiklar är 34,5% på helåret. Målet är uppfyllt 2019.
- Att öka inköpen av fullkornsspannmål, som pasta bröd och korn, till att utgöra 4% av den totala inköpskostnaden för livsmedel
Vi har löpande bokfört inköpen under året och kan konstatera att kvoten fullkornsspannmål är 4,2% på helåret. Målet är uppfyllt 2019.
- Att kartlägga bilkörningen i verksamheten och se om den ökar eller minskar. Både med syftet att kunna minimera antalet resor ur miljösynpunkt men också för att uppmuntra de unga att förflytta sig själva vilket minskar stillasittande och ökar självständighet.
Under 2019 har verksamhetens bilar rullat 77335 km, vilket ger ett snitt på 6445 km/månad. Utslaget på medelantalet inskrivna ungdomar ger en medelkörsträcka på 388 km/ungdom och månad för året. Detta är en minskning med 15% från

föregående år (då snittet var 456km/ungdom/månad). Minskningen per ungdom sker trots att verksamheten skaffat en tredje bil och beror sannolikt på att de unga ofta åker tillsammans i bilarna så det inte blir fler transporter per ungdom när antalet inskrivna ökar.

- Att utveckla vårt arbete med källsortering efter förutsättningarna på Gålö
Den enda sophämtningen på gården är av restavfall där alla avfallstyper slängs i samma kärl. Vi försöker samordna och slänga sorterat avfall i avsedda kärl vid kommunens avfallsstationer. Under 2019 har vi sorterat kartong, kontorspapper och farligt avfall samt grovsopor..

Utvecklingsmål Miljö och Hälsa

Under året har vi även jobbat med ett antal utvecklingsmål som vår hälsopedagog tagit fram tidigare år som led i att närma oss de övergripande målen inom miljö och hälsa. 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.

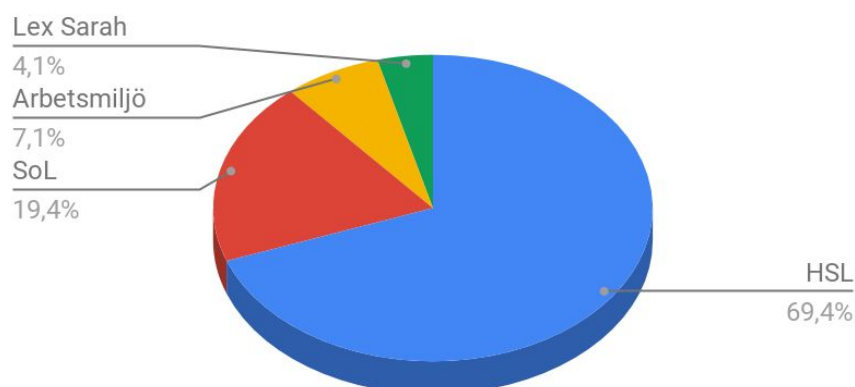
Vi byter löpande ut plastbehållare och redskap och använder köksredskap i trä eller metall samt matlådor i glas. Utöver kosten och produkterna som används kring livsmedelshanteringen försöker vi aktivt uppmuntra ökad fysisk aktivitet hos ungdomarna genom att bland annat erbjuda träning och facilitera 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 2019 inkom 57 st avvikelserapporter i verksamhetens kvalitetsledningssystem. Detta är en ökning med 46% från föregående år. Ökningen ska sättas i relation till att verksamheten har ökat i omfattning, både i antal placerade och antal personal, och producerade 42% fler vårddygn under 2019. Avvikelseerna har löpande hanterats av ledningsgruppen vartefter de har kommit in. Av dessa handlade 39 st (68%) om avvikelser inom Hälso- och Sjukvårdslagen, till exempel medicinhantering och då framförallt osäkerhet kring delade preparat och uteblivna tillfällen för medicinadministrering och signeringar som fattats i avsedd lista. 11 st (19%) rapporter handlade om avvikelser inom SoL-delen av verksamheten, 4 st (7%) berörde arbetsmiljö och 2 st (4%) berörde risk för missförhållanden enligt Lex Sarah.

Typ av avvikelser 2019



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

Liksom förra året har medicinhandlingen 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. Det är ett observandum att läkemedelsadministrationen är den process i verksamheten som är mest kringgärdad av särskilda riktlinjer. Personal ska gå en separat utbildning för att få ge medicin, varje administrationstillfälle ska signeras och rutinen innehåller en stor mängd kontrollmoment. Detta torde öka benägenheten att uppmärksamma även mindre fel och rapportera dessa.

SoL-avvikelser

Åtta incidenter av hot och våld har rapporterats under året. Sex av händelserna är av ringa karaktär sett till våldets allvarlighetsgrad men två rapporter är kopplade till en eskalerande hot och våldsspiral i den ena avdelningen i slutet av november/början av december om innebar omfattande skadegörelse och obehagliga upplevelser för både personal och ungdomar. Denna situation togs även upp i en lex Sarah-utredning utöver avvikelshanteringen. Denna redogörs för längre ner i detta dokument.

Två av avvikelserna inom SoL-området handlar om journalanteckningar som hamnat i fel journal, något som åtgärdats omedelbart och en av avvikelserna berör att personalen

använde en otillåten begränsningsåtgärd, i form av att sätta en ljudsignal på ett boendefönster, utan att konsultera föreståndare.

Övriga avvikelser

Tre mindre olyckor där personal gjort illa sig har rapporterats i arbetsmiljö liksom att fläktarna i den ventilationsdel var ur bruk.

IVO - Tillsyner, granskningar och misstankar om missförhållanden

Tillsyner

Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) har gjort en tillsyn av verksamheten under våren 2019. Tillsynen gjordes enligt modellen för riskbaserad tillsyn och gick till på det viset att en förstudie gjordes med enkät till alla placerade ungdomar och föreståndare. De områden som undersöktes var även i år trygghet, behandlingen, bemötande, delaktighet och boendemiljön.

Utifrån resultatet på enkäterna får IVO en föraning om på vilka områden verksamheten kan behöva granskas och genomför ett oförberett inspektionsbesök utifrån detta underlag. Besöket i verksamheten skedde i maj 2019 och 16 ungdomar var inskrivna vid det tillfället.

Fokus för tillsynen var att granska hur verksamheten arbetar för att säkerställa ungdomarnas trygghet, säkerhet och integritet, samt att verksamheten bedrivs enligt gällande tillstånd.

Tillsynen konstaterade att verksamhetens arbetssätt och rutiner ger förutsättningar för att säkerställa ungdomarnas trygghet, säkerhet och integritet. Vid tillsynen uppmärksammade IVO att verksamheten tillämpade ett generellt besöksförbud för vänner, något som bedömdes sakna stöd i gällande bestämmelser. Man resonerar i beslutet kring behovet att få möjlighet att umgås med vänner i hemmiljön och hur dessa behov behöver vägas mot den övriga ungdomsgruppens behov av att ha en förutsägbar social miljö. IVO beslutar att verksamheten måste se över hur de unga ska kunna ges möjlighet att ta emot vänner.

Tillsynsbesluten publiceras i sin helhet på WeMind HVB:s hemsida för nedladdning.

Undersökningar vid misstanke om missförhållanden

Under 2019 genomfördes tre utredningar som följd av misstankar om missförhållanden i verksamheten (Lex Sarah). En av händelserna bedömdes som allvarlig och rapporterades till IVO.

Lex Sarah #1

I mars 2019 inträffade ett suicidförsök i ena avdelningen. Händelsen inträffade plötsligt och personalen agerade instinktivt avhjälpande. Den unge klarade sig utan skador. Verksamheten genomlyste efter händelsen vår rutin för riskbedömning kring suicidnära

beteenden, våra förebyggande åtgärder vid förhöjd suicidrisk samt vår kompetens för suicidriskbedömning på telefonjouren.

IVO granskade de planerade och genomförda åtgärderna och konstaterade att verksamheten hade vidtagit åtgärder för att utan dröjsmål avhjälpa eller undanröja missförhållandet, hade identifierat bakomliggande orsaker till det inträffade och efter det vidtagit och planerat att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen. Verksamheten ålades inte att vidta några ytterligare åtgärder som följd av granskningen.

Lex Sarah #2

I augusti 2019 blev personalen uppmärksam av en förälder på att en ungdom hade ett blåmärke i nacken. Efter samtal med den unge kom det fram att det skulle ha varit en ur personalen som några dagar tidigare tagit hårt i honom och att han var rädd för denne. Den vuxne i fråga menade att händelsen som beskrevs var vänskaplig och rimligen inte kan ha givit upphov till något märke. Händelsen polisanmäldes men det var svårt att få någon definitiv klarhet i vad som hänt. Verksamheten gjorde flera åtgärder för att trygga den unge i boendemiljön och den vuxne, som vid tillfället var provanställd, valde tillsammans med ledningen att avsluta sin tjänst som följd av händelsen.

Verksamheten genomförde en utredning enligt Lex Sarah är framförallt rutiner kopplade till rekrytering och uppföljning av nyanställda samt hur vi kan säkerställa att personalens beteenden följer organisationens värderingar om barnets okränkbara rättigheter. Verksamhetsledningen bedömde att risken för missförhållanden var hanterad i och med de åtgärder som gjordes i samband med händelsen och utredningen lämnades inte vidare till IVO.

Lex Sarah #3

I december 2019 inträffade en hotfull situation när behandlingspersonalen var tvungen att lämna avdelningen och låsa in sig i personalrummet. Två placerade ungdomar var drivande i att vandalisera möbler och krukväxter i flera rum, tömde flera brandsläckare inomhus och anlade en eld utanför huset. Situationen kunde inte lugnas ner förrän polis kommit till platsen och frihetsberövat de två ungdomarna. Händelsen upplevdes mycket skrämmande för både andra ungdomar och personal även om ingen kom till fysisk skada. Båda ungdomarna avslutade sina respektive placeringar veckan efter händelsen.

Verksamheten genomförde en utredning enligt Lex Sarah där riskbedömning- och bemanningsrutiner granskades tillsammans med våra förberedelser för att minimera risken för våld samt hur vi agerar i krissituationer. Verksamhetsledningen bedömde att risken för missförhållanden var hanterad i och med de åtgärder som gjordes i samband med händelsen och utredningen lämnades inte vidare till IVO.

Målsättningar och planerat utvecklingsarbete 2020

Inför 2020 höjer vi ribban för flera kvalitetsområden med tydliga målsättningar som nu ska bli ännu lättare att utvärdera.

Det nya året inleds med flera förändringar i verksamhetens ledningsstruktur, strategiska rekryteringar och ett begynnande forskningssamarbete med Karolinska Institutet och vi ser fram emot ett år där vi ska kunna jobba med förnyad kraft för att ytterligare förbättra våra behandlingsresultat. Genom årets målsättningar siktar vi på en bättre metodförankring hos behandlingspersonalen, en högre känsla av delaktighet och trivsel hos de placerade och deras familjer och ett mer träffsäkert utvärderingsarbete kring behandlingsresultaten.

Kvalitetsmål för WeMind HVB 2020

Ledningsgruppen har antagit följande kvalitetsmål för 2020:

- 1) Vården ska utvärderas genom regelbunden mätning av behandlingsresultaten och verksamheten ska uppnå IFU10 enligt den skala för vårdkvalitetmätning som fastslagits för WeMind HVB
- 2) Verksamheten ska följa evidensläget för relevanta områden och säkerställa att vi arbetar med insatser som har vetenskapligt stöd genom att delta i minst tre sammanhang där relevanta forskningsresultat presenteras.
- 3) Placerade ungdomar ska uppleva delaktighet i vårdplaneringen och deras upplevelse ska mätas med brukarenkät en gång per år. De ska bedöma sin delaktighet som i snitt 4,5 på en skala 1-6 i brukarenkäten.
- 4) 90% av den fast anställda personalen ska genomgå minst fyra utbildningsmoduler i vårt internutbildningsprogram och närvaron på den externa handledningen ska vara minst 90%. En metod för att mäta behandlingspersonalens kompetens i TBA ska tas fram.
- 5) Medarbetare ska trivas med och rekommendera att jobba hos oss och deras upplevelse ska mätas med medarbetarenkät en gång per år. Målsättningen är att ha ett Nöjd Medarbetar Index (NMI) över snittet för koncernen, eller över 75 om snittet för koncernen är lägre.
- 6) Vi ska aktivt följa utvecklingen i lagstiftning som är tillämplig på verksamheten. Tillägnande av nya lagar och föreskrifter ska dokumenteras.
- 7) WeMind HVB ska upplevas som en konstruktiv och utvecklingsorienterad samarbetspartner av landets socialtjänster och myndigheter. En metod för att undersöka detta ska tas fram under året.

Organisatoriska och lokalmässiga förändringar

Under 2020 kommer verksamheten att öppna en tredje avdelning på Gålö, Hus E. I avdelningen finns 5 vårdplatser och efter denna expansion är verksamheten fullt utbyggd till det antal platser som anges i tillståndet. Processen inleddes i november 2019 med riskanalys och projektering och var färdig i mitten av mars 2020.

Denna förändring kommer att innebära utmaningar genom att verksamheten under kort tid kommer få både flera nyanställda kollegor att skola in samtidigt som flera nya

ungdomar skrivs in under samma period. Ett organisationsutvecklingsprojekt för att möta denna förändring påbörjades i slutet av 2019.

Denna rapport är upprättad av ledningsgruppen på WeMind HVB

Gösta Liljeholm
VD, VC
Föreståndare

Jessica Nilsson
HR-Chef

Sammanställd: 2020-04-03

Godkänd i ledningsgruppen: 2020-04-06