

Kvalitetsberättelse

WeMind HVB 2020



Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Kvalitetsberättelse	3
Inledning	3
Sammanfattning	3
Verksamhetsbeskrivning	3
Personalgruppen	4
Ledning	4
Enhetsledning	5
Behandlingsteam	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 2020	9
Uppföljning av kvalitetsmålen	
1) Utvärdering av behandlingsresultaten	9
Placeringar under året	9
Utvärdering av behandlingen	9
Uppfyllelse av syfte med placeringen	10
Andel slutförda placeringar	10
Uppfyllelse av mål i vårdplan	13
Typ av insatser efter avslutad placering	16

Beteenderegistreringar	18
Skattningsskalor	19
WYFS-15	20
IFU-skalan	20
2) Följa evidensläget på relevanta områden	21
3) Placerade ungdomars delaktighet i vårdplaneringen	22
5) All fast anställd personal ska genomgå basutbildning i Tillämpad beteendeanalys (TBA)	23
6) Medarbetares trivsel	23
7) Aktivt följa utveckling i lagstiftningen	25
Systematiskt förbättringsarbete	25
Riskanalysprocesser	25
Löpande riskanalys	25
Egenkontroll	25
Behandlingsresultat	26
Dokumentation	26
Brandsäkerhet	26
Miljö och hälsa	26
Utvecklingsmål Miljö och Hälsa	27
Utredning av avvikelser rapporterade i ledningssystemet	27
Förbättrande åtgärder i verksamheten	28
Medicinhandtering	28
SoL-avvikelse	28
Övriga avvikelser	29
IVO - Tillsyner, granskningar och misstankar om missförhållanden	29
Tillsyner	29
Undersökningar vid misstanke om missförhållanden	29
Målsättningar och planerat utvecklingsarbete 2020	30
Kvalitetsmål för WeMind HVB 2020	31

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

2020 är verksamhetens sjätte verksamhetsår. Under året har vi ökat vår kapacitet från 18 till 23 vårdplatser genom att öppna upp en tredje HVB-avdelning på Gålö. Den nya avdelningen har fem platser. De tidigare avdelningarna har sedan tidigare elva respektive sju platser.

Belägningsgraden har varierat över året, från som högst 99,6% i februari till som lägst 82,3% i augusti. En större andel placeringar än vanligt avslutades i samband med starten av höstterminen, vilket gjorde att beläggningen var lägre i början av hösten. Öppnandet av nya vårdplatser har också påverkat belägningsgraden, då öppning naturligt innebär fler vakanta platser under en period, och för helåret blev siffran 84,8%.

Under året skrevs tjugo ungdomar in och sexton skrevs ut. Detta är en ökning jämfört med 2019 då sexton ungdomar skrevs in och elva skrevs ut. Ökningen kan relateras till att verksamheten ökat sin kapacitet. Andelen uppdrag som avslutats med genomförd vård slutade på 69%. Det är en något högre siffra än de fem senaste årens ackumulerade andel uppdrag med genomförd vård (65%). Siffran 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 2020 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 ett tvärprofessionellt team med en behandlingsansvarig psykolog, 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. Kontor och samtals- och mötessrum finns i separat byggnad liksom, replokal, gym, verkstäder, storkök och garage.

Personalgruppen

2020 gjordes en större organisationsförändring i och med tillkomsten av den nya avdelningen. I den nya organisationsformen har verksamheten placerat mer ledningsresurser närmare de placerade genom att ha färre verksamhetsövergripande ledningsroller och istället delat upp verksamheten i två enheter och skapat lokala ledningsfunktioner kallat enhetsledning. Den nya organisationsplanen omfattar 30 heltidstjänster och togs i bruk i mars 2020.

Fem personer nyanställdes till den nya organisationens igångsättande. Totalt har under året två personer ur den fasta personalgruppen slutat under 2020. En psykolog och en socionom, som båda slutade under sitt första år som anställda i verksamheten. Dessa har ersatts inför 2021. Tre behandlingsassistenter i och med vår nyöppnade avdelning.

Under året har vi haft

De 30 heltidstjänsterna har under majoriteten av 2020 utgjorts av:

- 2 st i ledningsfunktion, (VD/föreståndare/verksamhetschef, HR-chef)
- 4 st i enhetsledningsfunktion (2st ärendansvariga, 2st psykologiskt ledningsansvariga psykologer) . Dessa ingår även i behandlingsteamet
- 6 st i behandlingsteamet (3st ärendansvariga och 3st psykologer)
- 15 st behandlingsassistenter
- 3st i serviceteamet (bemanningansvarig, servicetekniker samt kock)
- Cirka 27 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.
- HR-chef. Med lång erfarenhet från IT branschen, konsult och bemanning. Anställdes under 2018.

Enhetsledningar

Nedan omnämnda ingår även i behandlingsteam

- Biträdande föreståndare (Enhet A). Socionom med åtta års erfarenhet av socialt arbete. Anställdes 2016.
- Psykologiskt ledningsansvarig psykolog (Enhet A). Legitimerad 2017 efter ptp i verksamheten. Anställdes 2016.
- Biträdande föreståndare (Enhet B/E). Socionom med fem års erfarenhet av socialt arbete. Anställdes 2016.
- Psykologiskt ledningsansvarig psykolog (Enhet B/E). Legitimerad från augusti 2019 efter ptp i verksamheten. Anställdes 2018

Behandlingsteam

I behandlingsteamet planeras och utvärderas verksamhetens behandlingsinsatser, som genomförs tillsammans med hela personalgruppen. Utökade med en ärendeansvarig tjänst samt en psykolog. En avgång under året

- Ärendeansvarig. Socionom med 5 års erfarenhet av socialt arbete. Anställdes 2018. Föräldraledig 100%
- Ärendeansvarig. Socionom med ny examen. Anställdes 2020.
- Ärendeansvarig Socionom, erfarenhet som socialsekreterare. Anställdes 2020 och slutade under året
- Psykolog. Med tidigare erfarenhet av att arbeta inom slutenvård och boendeverksamheter. Anställdes 2016. Arbetar 60%
- Psykolog. Började som ptp i verksamheten 2019. Legitimerades 2020
- Psykolog med erfarenhet från BUP, Anställdes 2020
- Psykolog. Erfarenhet från BUP i flera regioner. Anställdes 2020 och slutade under året.

Behandlingsassistenter

Arbetar i huvudsak med ungdomarnas fritidssysselsättning, vardagsrutiner, bemötande enligt TBA och med mängdträning i behandlingsarbetet. En behandlingsassistent är även kontaktperson för ungdomar. Under året har vi haft en avgång. Vi utökade med tre behandlingsassistent tjänster. Ersättningar och tillsättningar utfördes under året.

Enhet A

- Kock/Behandlingsassistent. Behandlingspedagog med examen 2010 med tidigare kockutbildning. I verksamheten sedan 2014.
- Behandlingsassistent. Med utbildning från Örebro Universitet till behandlingsassistent (2009). Jobbat på WeMind HVB sedan öppnandet 2015.
- Behandlingsassistent. Undersköterska med 90hp socialt arbete och pedagogik. Sex års tidigare erfarenhet av arbete på HVB. Anställd sedan 2014
- Behandlingsassistent. Behandlingspedagog med examen 2014.. Anställd sedan 2015.

- Behandlingsassistent. Utbildad behandlingsassistent med examen 2010 från Videbäcks folkhögskola. Examen som behandlingspedagog 2011 från June folkhögskola. Anställdes 2018.
- Behandlingsassistent, med examen 2016 från Tollare Folkhögskola, 5 års erfarenhet av HVB hem. Anställdes 2020
- Behandlingsassistent, med examen 2010 från Vansbro lärcentrum, Tidigare erfaren av SIS, kriminalvården. Anställdes 2020

Enhet B/E

- Behandlingsassistent. Behandlingspedagog med examen 2012 samt grundkurs i MI. - Anställd sedan 2014
- Behandlingsassistent. Utbildad socialpedagog, 2017 examinerad. Anställd sedan 2017
- Behandlingsassistent. Socialpedagog utbildad på Stensunds folkhögskola, examinerad 2011. Anställd sedan 2018.
- Behandlingsassistent. Har 20-årig erfarenhet av att arbeta inom HVB. Anställdes 2018
- Behandlingsassistent. Utbildad socialpedagog, examinerad 2018, Erfarenhet från skola och HVB. Anställdes 2020
- Behandlingsassistent med 12 års erfarenhet från SIS. Examen Tollare Folkhögsskola 2008. Anställdes 2020
- Behandlingsassistent, examen 2016 från Valbo utbildning, tidigare erfarenhet från behandlingshem då även som terapeut. Anställdes 2020 har vikarierat sedan 2019 som samordnare

Servicepersonal

Personal med fokus på att stödja ledningen med administration och vårda det totala fastigheterna och verksamhetsutrymmen som finns på verksamheten.

- Bemanningsansvarig. Tidigare haft tjänsten samordnare och assisterande behandlare. Behandlingspedagog med examen 2016.
- 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 måndag-fredag 8.30-16.30. två behandlingsassistenter arbetar dagtid 08:30-16:30. Två behandlingsassistenter bemannar enheten eftermiddag/natt 16:00-10.00.

I enhet B (7 vårdplatser) bemannas av en behandlingsassistent mån-fre 08:30-16:30 från kl 14:00-10:00 ansluter ytterligare en behandlingsassistent som även är på plats nattetid.

I enhet E (5 vårdplatser) bemannas av en behandlingsassistent mån-fre 08:30-16:30 från kl 14:00-10:00 ansluter ytterligare en behandlingsassistent som även är på plats nattetid.

Beroende på hur många vårdplatser som är tillsatta har vi i samtliga avdelningar resursförstärkning mellan kl 16:00-22:30.

Psykologerna och de ärendeansvariga har ett flextidsupplägg 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 2020 har gjorts och presenteras nedan.

Början av 2020 (män/kvinnor)	Slutet av 2020 (män/kvinnor)
Ledning, 50/50	Ledning, 50/50
Psykologgruppen, 60/40	Psykologgruppen, 60/40
Ärendeansvariga, 60/40	Ärendeansvariga, 60/40
Behandlingsassistenter, 37,5/62,5	Behandlingsassistenter, 37,5/62,5
Servicepersonal, 75/25	Servicepersonal, 100/0
Vikarier, 40/60	Vikarier 37/63
Totalt: 43% män och 57% kvinnor	Totalt: 43% män och 57% 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:

Föreståndare och Psykologiskt ledningsansvariga psykologer

Ansvarig för medbestämmande och verksamhetsutveckling:

Föreståndare och biträdande föreståndare

Ansvarig för brandskyddsrutiner:

Servicetekniker och husansvariga

Ansvarig för miljö- och hälsa:

Servicetekniker och köksansvarig

Forum för kvalitetsfrågor:

Enhetsledning. Gruppen sammanträder i ett veckomöte som protokollförs. Här tas ledningsfrågor upp som status i avdelningarna, in- och utskrivningar, ärendefördelning bland teamen samt riskbedömningar och avvikelsetredningar redovisas och beslutas.

Enhetsmöte. All personal som arbetar i respektive enhet samlas för ett protokollfört möte var tredje vecka. I dessa möten ingår enhetens enhetsledning, psykologer, ärendeansvariga, och behandlingsassistenter.

Behandlingsteam. Mötesforum för teamet kring varje ungdom där ansvarig psykolog, socionom och behandlingsassistent möts för att följa upp och planera vården utifrån genomförandeplanen. Mötetsytan finns var tredje vecka och enhetsledningen ansvarar för prioriteringen kring vilka ärenden som ska ha teammöte.

Ledningsgrupp. VD/Verksamhetschef/Föreståndare tillsammans med HR och enhetsledningar har haft månadsuppföljning kring de nyckeltal vi följer för respektive område.

Koncernuppföljning. Koncernledningen följer upp VD varje månad med fokus på vårdkvalitet och ekonomi.

Kvalitetspolicy och målsättningar

Under 2020 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 2020

1. Vården ska utvärderas genom regelbunden mätning av behandlingsresultaten och verksamheten ska uppnå IFU10 enligt den skala för vårdkvalitetsmätning 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 verksamheten. Tilläggande 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.

Kvalitetsmålen utvärderas vart och ett i nedanstående stycken.

Uppföljning av kvalitetsmålen

1) Utvärdering av behandlingsresultaten

Vården ska utvärderas genom regelbunden mätning av behandlingsresultaten och verksamheten ska uppnå IFU10 enligt den skala för vårdkvalitetsmätning som fastslagits för WeMind HVB.

Placeringar under året

Under 2020 skrevs 20 ungdomar in i verksamheten och 16 ungdomar skrevs ut. Beläggningsgraden har varierat över året, från som högst 99,6% i februari till som lägst 82,3% i augusti. En större andel placeringar än vanligt avslutades i samband med starten av höstterminen, vilket gjorde att beläggningen var lägre i början av hösten. Öppnandet av nya vårdplatser har också påverkat beläggningsgraden, då öppning naturligt innebär fler vakanta platser under en period, och för helåret blev siffran 84,8%

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 underskotts beteenden 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:

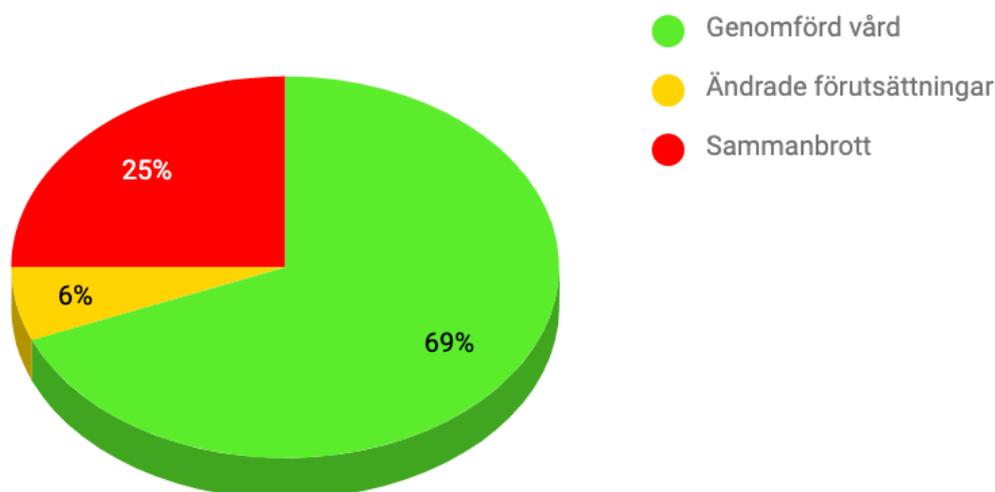
- a. Andel placeringar som slutförts respektive avbrutits i förtid
- b. I vilken utsträckning målen i vårdplanen kan anses uppfyllda
- c. Omfattningen på vårdinsatser där den unge flyttar in efter att placeringen på WeMind HVB avslutats

Andel slutförda placeringar

Av de 16 ärenden som avslutades under året var det 11 ärenden (69 %) 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.

Siffran för lyckade placeringar på 69% ligger något över verksamhetens aggregerade värde för de senaste fem åren (65%). Den genomsnittliga placeringslängden för de genomförda placeringarna var oförändrad och låg på 16,0 månader (jämfört med 16,1 månader 2019). Den kortaste genomförda placeringen var 5,1 månad och den längsta 33,7 månader.

Utskrivningsorsak 2020

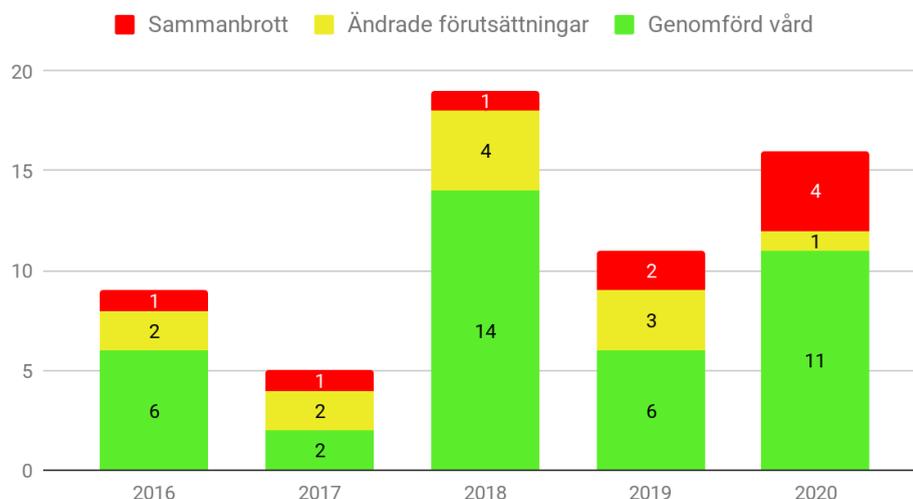


I ett fall (6%) fick placeringen avslutas på grund av att förutsättningarna hade förändrats och vården inte längre kunde genomföras i verksamheten. I detta fall var det att det uppdagades droganvändning som låg bakom att verksamheten avbröt placeringen. Behovsområdet var inte bedömt behöva insatser inför placeringen, men det visade sig inte fungera med endast en drogfri miljö. Placeringen avbröts efter fem månader. Detta är den lägsta siffran verksamheten haft i kategorin "ändrade förutsättningar" och förklaringen till det tros vara en förbättrad bedömningsprocess vid inskrivning där screeningen för drogproblem (som varit den vanligaste anledningen till utskrivningar i denna kategori) har blivit bättre.

Under 2020 ledde fyra placeringar (25%) till sammanbrott, vilket är en hög siffra jämfört det aggregerade värdet på 15% för de senaste fem åren. Sammanbrotten har olika orsaker. Två placeringar avbröts av verksamheten på grund av accelererande aggressivitet hos den inskrivne som nådde en intensitet verksamheten inte klarade av att möta. En placering avbröts av då en vårdnadshavare till en tvångsvårdad ungdom hämtade hem sitt barn utan socialtjänstens godkännande, där valde man senare att prova en annan vårdform. Det sista sammanbrottet inträffade när socialtjänsten i en kommun valde att omplacera en ungdom trots att verksamheten bedömde att goda förutsättningar att genomföra vården fanns. Den genomsnittliga placeringslängden för ett sammanbrott var 2,6 månader där den kortaste var 0,5 månad och den längsta 4,7 månader. Verksamheten har i analysen inte kunnat se några systematiska förklaringar till att andelen sammanbrott är högre 2020 än tidigare.

Nedanstående diagram visar utskrivningsorsak från åren 2016 till och med 2020:

Utskrivningsorsak 2016-2020 (andel)

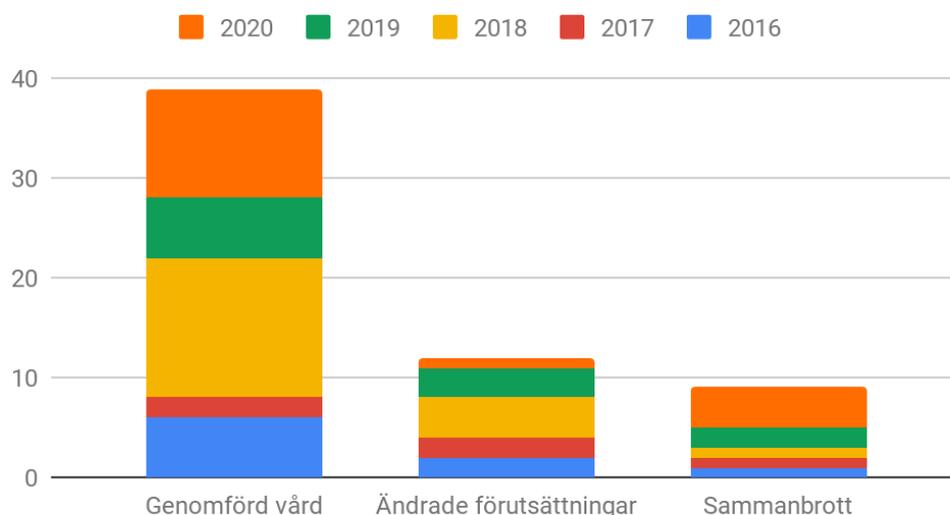


Som kan utläsas ur diagrammet ovan har antalet utskrivna barn skiftat kraftigt över dessa fem år. Som minst avslutades endast 5 placeringar (2017) till som mest 19 (2018). Detta beror till stor del på att verksamheten successivt har ökat antalet platser och därmed sin kapacitet. Den genomsnittliga placeringslängden under perioden (2016-2020) är 13,1 månad för genomförd vård, vilket gör att man vid analysen av utskrivningsstatistiken måste räkna in en viss fördröjning. Att verksamheten endast avslutade 11 placeringar under 2019 är till exempel ett resultat av en kraftig dip i beläggningen under 2018, då ett flertal långa placeringar, inskriva 2017, avslutades utan att nya kom in i önskad takt.

Gällande avbrutna placeringar (både kategorierna ändrade förutsättningar och sammanbrott) är förloppen generellt kortare och en genomsnittlig avbruten placering är 4,0 månader sett över fem år. Dessa tenderar alltså härröra till innevarande års inskrivningar. Tittar man på det faktiska antalet avbrutna placeringar så är det samma antal avbrutna placeringar de senaste tre åren och andelen avbrutna placeringar av den totala mängden utskrivningar är lägre än för fem år sedan. Det är verksamhetens målsättning att minska antalet uppdrag som inte genomförs enligt plan och analysen är att den viktigaste faktorn för att uppnå detta är en förbättrad bedömningsprocess inför inskrivning i kombination med en förbättrad process för att göra verksamheten synlig för handläggare med behov av insatser inom verksamhetens specialistområde.

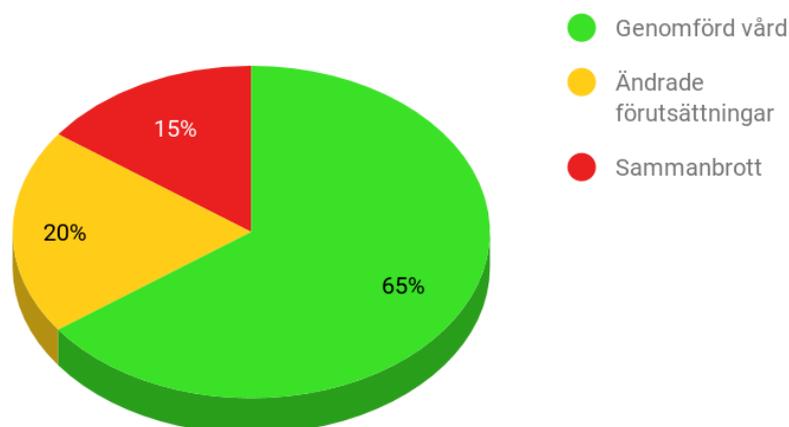
Här nedan kan utläsas hur utskrivningsorsak fördelar sig baserat på faktiskt antal uppdrag de senaste fem åren.

Utskrivningsorsak 2016-2020 (Antal)



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

Utskrivningsorsak 2016-2020



Uppfyllelse av mål i vårdplan

Ett annat sätt verksamheten använder för att utvärdera om placeringarna varit framgångsrika är genom att vid utskrivning skatta i vilken utsträckning målen i vårdplanen har uppfyllts. För att underlätta utvärdering bryts målen ner till konkreta och mätbara delmål som dokumenteras i en genomförandeplan vid placeringens start och som ska godkännas av placerande socialtjänst. Måluppfyllelsen skattas sedan av ansvarig psykolog i samråd med en kollega..

Uppfyllande av målen skattas i en av fyra kategorier:

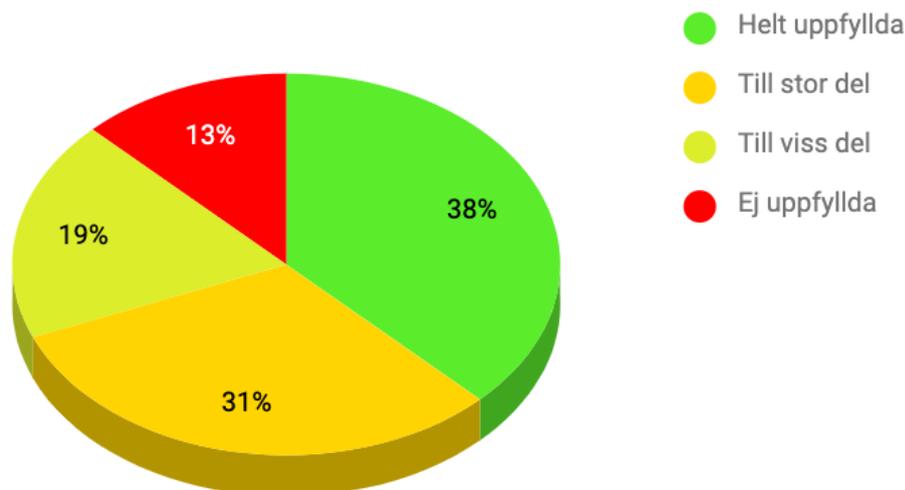
1. Helt uppfyllda

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.

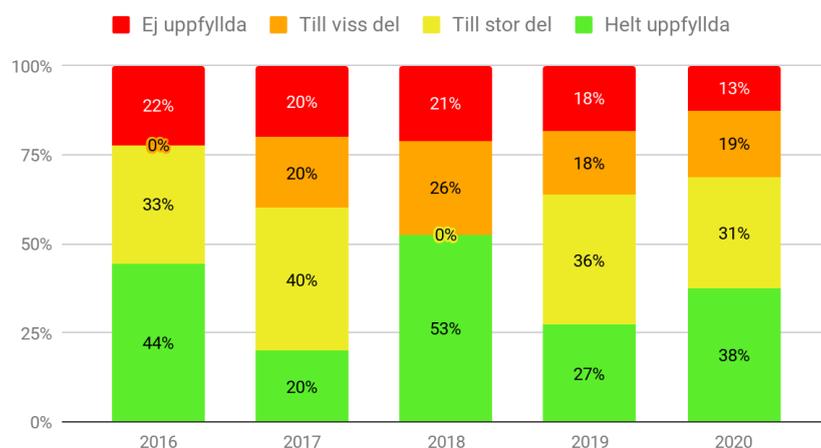
Av de 16 utskrivningar som gjordes under 2020 bedöms målen i 2 ärenden (13%) vara ej uppfyllda. Målen i 3 ärenden (19%) bedömdes vara till viss del uppfyllda, målen i 5 ärenden (31%) bedömdes vara till stor del uppfyllda samt målen i 6 ärenden (38%) bedömdes vara helt uppfyllda.

Uppfyllelse av mål i vårdplan 2020

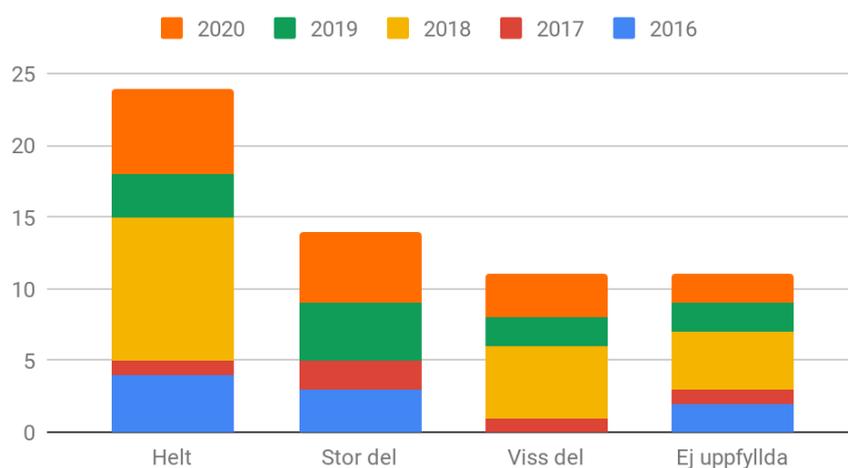


Nedanstående diagram visar uppfyllelse av mål över tid från 2016 till och med 2020 först i andelar och efter det i faktiska antal.

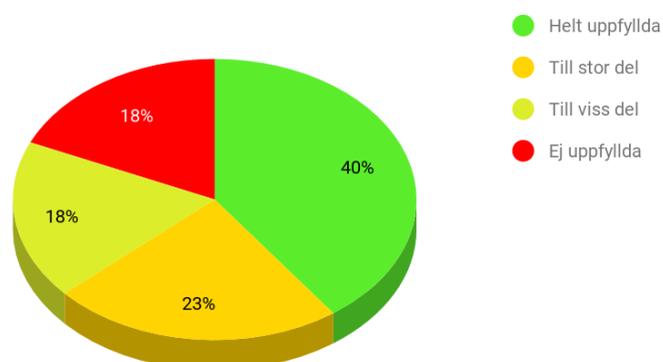
Uppfyllelse av mål i vårdplan 2016-2020



Måluppfyllelse 2016-2020 (Antal)



Uppfyllelse av mål i vårdplan 2016-2020



Den sammanlagda bilden för de fem senaste åren ger en bild där vi kan se att majoriteten (ca $\frac{2}{3}$) av de genomförda placeringarna sker med helt genomförda mål. 18% placeringarna skrivs ut med ej uppfyllda mål, en siffra som är lägre än de 35% vars placering avbryts i förtid. Detta tyder på att även en del av 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:

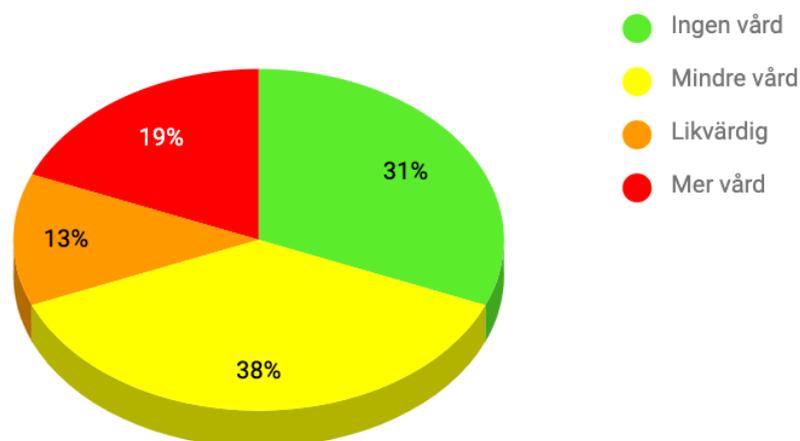
1. Lite eller ingen vård
2. Mindre vård
3. Likvärdig vård
4. Mer vård

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.

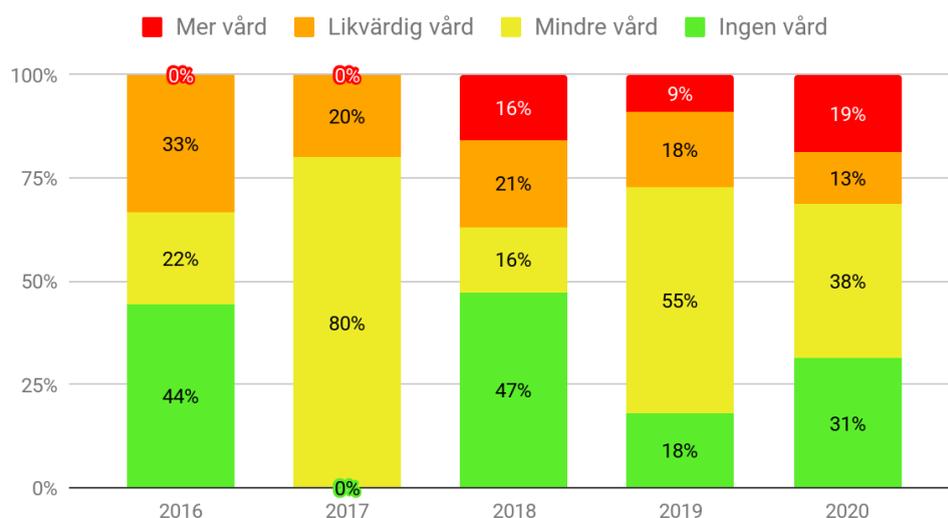
Av de 16 ärenden där placeringen avslutades under 2020 fick tre ungdomar (19%) mer vård efter utskrivning. Två av dessa placerades på SiS-institution och den tredje på slutna psykiatrisk avdelning. 2 ärenden (13%) fick likvärdiga insatser på andra HVB, 6 ärenden (38%) fick insatser med mindre vård genom LSS-boenden, stödboenden eller eftervård och 5 ärenden (31%) fick inga eller små fortsatta insatser.

De ärenden som gick till ingen eller mindre vård är samma andel som avslutade sin placering med genomförd vård vilket får oss att dra slutsatsen att om man genomfört vården kan man flytta till mindre resursintensiva insatser, men om vården avbrutits går man oftare till mer resursintensiva verksamheter.

Insats efter avslutad placering 2020

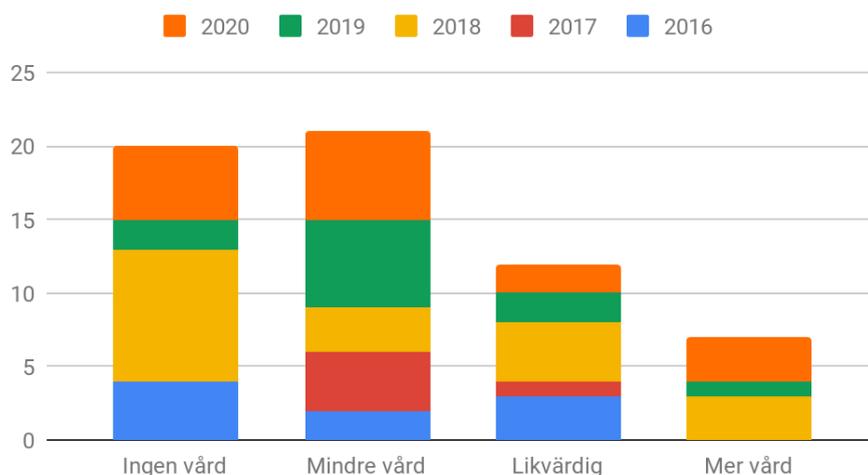


Insats efter avslutad placering 2016-2020



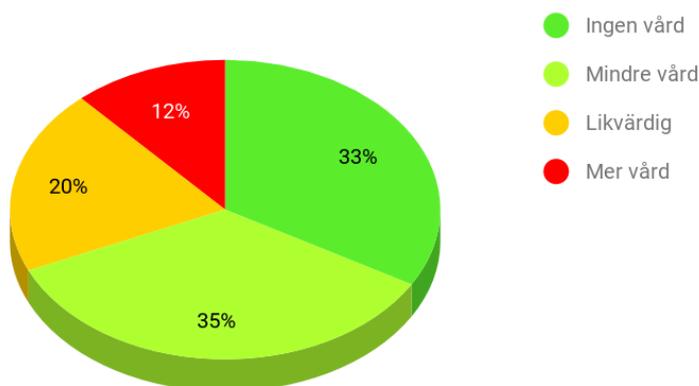
Som man kan utläsa ur diagrammen var det även 2020 en majoritet av utskrivningarna som gjordes till boendelösningar med mindre eller ingen vård. Nedan kan utläsas antalet placeringar som gick till vardera insatstyp de senaste fem åren.

Insats efter utskrivning 2016-2020 (Antal)



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

Insats efter avslutad placering 2016-2020



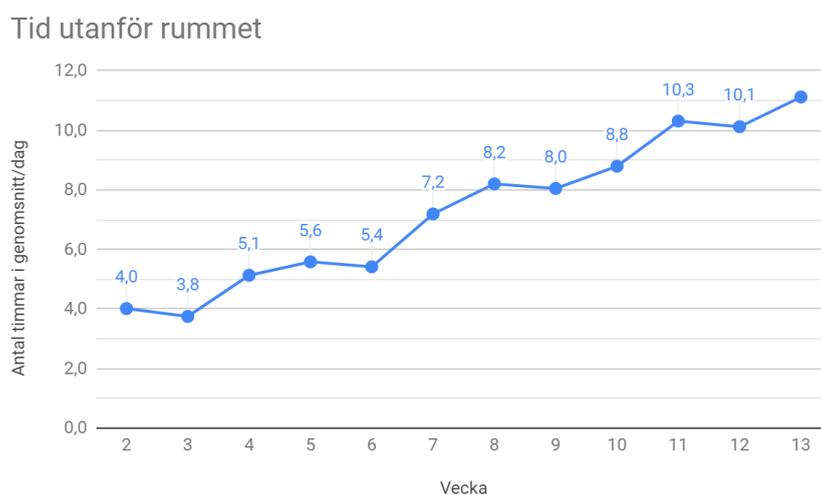
Sammantaget kan vi konstatera att en något större andel (68%) än de genomförda placeringarna (65%) går till mindre eller ingen vård. Även detta resultat visar att även de uppdrag där placeringen måste avbrytas verkar ge viss effekt, denna gång i form av ett mindre vårdbehov efter utskrivning. Vi kan även konstatera att genomförd vård leder till att mindre resurser behövs efter placeringen.

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 förändringsresa. Det kan vara ett beteende som förväntas minska som resultat av placeringen (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.



I diagrammet kan vi följa registreringarna för en fiktiv ungdom som har som mål att bryta sin isolering och spendera tid i den sociala miljön på boendet. I detta fall kan utläsas att den unge vid mätningens början spenderade endast fyra timmar om dagen utanför sitt rum, men efter tre månader hade denna siffra mer än fördubblats till mer än tio timmar om dagen. Detta är ett sätt att kvantifiera utvecklingsprocessen och på ett konkret sätt kunna visa både för den unge och andra hur det går. Att se sina staplar förändras är inte sällan en viktig motiverande omständighet för den unge att fortsätta utmana sig med det som är svårt.

Skattningsskalor

Under 2020 har verksamheten under hela året genomfört strukturerad mätning med skattningsskalorna PHQ-9 (depressionssymtom) och WYFS-15 (funktionsnivå) under hela året. Mätningen går till så att alla inskrivna fyller i skalorna varannan månad tillsammans med en psykologassistent som besöker verksamheten enbart för detta syfte. På detta sätt riskerar skattningsförfarandet inte ta resurser från det löpande behandlingsarbetet. Dessutom är psykologassistenten inte involverad i själva förändringsarbetet och kan förväntas påverka skattningarna i mindre utsträckning genom att olika svar blir mindre önskvärda i relation till denne.

PHQ 9

Är en skattningsskala som mäter depressionssymtom med nio items och är ett instrument för att bedöma allvarlighetsgrad och följa upp depressionsbehandling som används över hela världen. PHQ-9 är det allra vanligaste självskattningsformuläret för depression. Resultatet av en självskattning kan spänna mellan 0 och 27 poäng. Om ett resultat visar minst fem poäng indikerar det depressiva symtom som kan behöva behandling.

Under 12 månader har de sammanlagt 36 barn som haft behandlingsinsatser på WeMind HVB skattat sin hälsa med hjälp av formuläret PHQ-9.

Det är inte många ungdomar som placeras hos oss som specifikt har problembeskrivningen depression, utan huvuduppdraget handlar ofta om en kombination av sociala, emotionella och familjeproblem. Vi har dock valt att följa alla med den här självskattningsskalan, dels för att öka vår kunskap om hur depressionssymtom ser ut och förändras i målgruppen, dels för att lära oss om hur vår verksamhet eventuellt påverkar symtomen.

Resultaten visar att 18 av 36 barn hade en startskattning på över fem poäng. Medelpoängen för de barn som uppvisade symtom var 10,5 poäng och spridningen var från 5 till 26 poäng. Av 18 barn med tydliga depressionssymtom har sex hunnit avsluta sin behandling när 2020 var slut. Glädjande är att fyra av dessa (67%) vid avslutad behandling skattar under den kritiska siffran fem och därmed kan bedömas vara i klinisk remission, som innebär att symtomen avtagit eller delvis försvunnit.

Resultaten har uppnåtts utan specifika behandlingsinsatser mot depression och kan tolkas som en mer generell antidepressiv effekt av insatsen som helhet.

När verksamheten resonerat kring resultaten tar vi fasta på att ungdomarna ofta kommer från en dåligt fungerande och otrygg situation i livet när de placeras hos oss. Då depressivitet ofta har kontextuella inslag där rutiner, aktivitet och socialt stöd är betydelsefulla, känns det intuitivt att en placering för barn skulle kunna verka antidepressivt. Nu kan vi visa att så verkligen kan vara fallet även om underlaget är litet.

Verksamheten planerar fortsätta mätningarna kommande år och då förväntas en större mängd data kunna läggas till dessa nu redovisade.

WYFS-15

WeMind Youth Functioning Scale är en funktionsnivåskala med 15 items baserade på de vanligast förekommande målbeteendena i ungdomsgruppen på WeMind HVB. Skalan har skapats med utgångspunkt i verksamhetens beteenderegistreringar och tagit fasta på vilka beteenden, överskott som underskott, som vi har följt gällande de ungdomar som varit placerade. Skalan är avsedd 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 2020 har WYFS-15 använts i regelbundna skattningar varannan månad för alla ungdomar och verksamheten har utvecklat sin förståelse av instrumentet. Det har varit möjligt att detektera skillnader i uppmätt funktionsnivå under mätperioden, men skalan behöver fortsatt utveckling främst med avseende på naturliga säsongsvariationer i vissa vardagsrutiner.

IFU-skalan

Inom WeMind använder alla verksamheter sig av ett system för att utveckla sitt kvalitetssystem som kallas Införande-Följsamhet-Utfall eller IFU med syfte att mäta behandlingsresultat på ett strukturerat sätt. Verksamheterna sätter mål för året och får

poäng för uppfyllda mål. WeMind HVB hade för 2020 11 möjliga poäng i IFU-systemet och målet var att uppnå 10. Under året lyckades verksamheten att uppnå alla 11 mål.

IFU steg	Kriterium	Månadens resultat	Mål
I1	Startat mätning med PHQ-9	ja	✓
I2	Starta mätning med WYFS-11 varannan månad.	ja	✓
F1	Alla utskrivna ungdomar bedöms vad gäller måluppfyllelse i vårdplanen	ja	✓
F2	Alla utskrivna ungdomar bedöms i samband med utskrivning, vad gäller grad av insatser efter utskrivning: 4-gradig skala	ja	✓
F3	Minst 90 % av alla inskrivningsdagar har beteenderegistreringar för de 2 viktigaste målbeteendena, för alla inskrivna ungdomar.	ja	✓
F4	90 % av alla inskrivna ungdomar har skattats med PHQ-9 varannan månad.	ja	✓
F5	90 % av alla inskrivna ungdomar har skattats med WYFS-11 varannan månad.	ja	✓
U1	50 % av de utskrivna har uppfyllt målen i vårdplanen helt eller till stor del (dvs minst 3 på en 4-gradig skala). Ackumulerat för alla som skrivits ut senaste året, rullande 12.	69%	✓
U2	Minst 50 % av de utskrivna ungdomarna har gått till mindre resurskrävande insatser eller inga	64%	✓
U3	Depressionssymtomen har minskat med minst 50 %, gällande de ungdomar som har minst 5 i startvärde i PHQ-9. Ackumulerat för alla som skrivits ut senaste året, rullande 12.	50%	✓

2) Följa evidensläget på relevanta områden

Verksamheten följer hur forskningen kring placerade ungdomar i allmänhet och beteendeterapi för tillstånd inom barnpsykiatri och neuropsykiatri utvecklas genom att delta i sammanhang där forskning presenteras.

Under 2020 ställdes den stora majoriteten av sammankomster av detta slag in på grund av Covid-19 pandemin. Verksamheten försökte hålla sig ajour genom deltagande i digitala branschnätverk och myndighetsträffar. En förnyad läsning av vårdprocesskartor och behandlingsrekommendationer inom BUP genomfördes

Vi kan konstatera att ingen ny kunskap som föranledde verksamheten att utmana sina val av metoder kom till vår kännedom under året. Forskningen på vad som är fungerande metoder inom behandlingshemsvård för barn och unga ger även fortsatt inte några tydliga riktlinjer, speciellt när det kommer till en svensk kontext.

WeMind HVB har satsat på att handleda i tillämpad beteendeanalys för personalen som arbetar i boendemiljön, en metod som har lovande stöd i grundforskning och i liknande miljöer som beteenden i till exempel skolmiljöer, samt att ge evidensbaserade individualbehandlingar med KBT-inriktning för psykiatriska tillstånd inom ramen för behandlingshemsvistelsen. Detta följer vårdprogrammen för depression och ångestsyndrom inom barn- och ungdomspsykiatrin. All KBT ges av psykologer med adekvat metodutbildning.

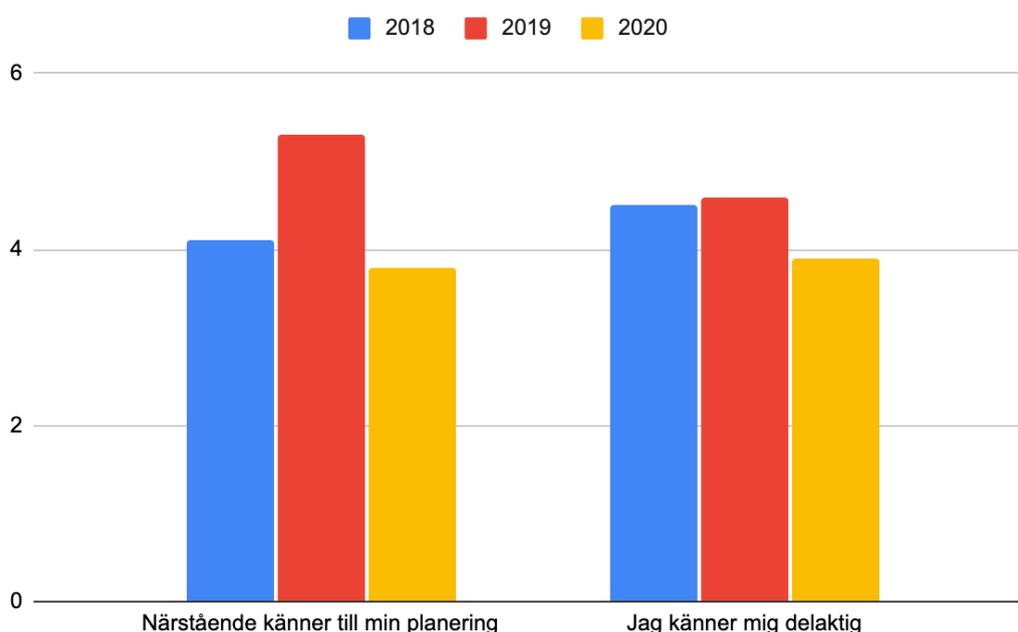
3) Placerade ungdomars delaktighet i vårdplaneringen

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 en strukturerad mätning av ungdomarnas uppfattningar om vården sammanställts. Det var vid den planerade årliga brukarundersökningen som genomfördes i egen regi i oktober.

I verksamhetens egna brukarenkät var skalan från 1-6, det vill säga att 1 representerade omdömet "stämmer inte alls" medan 6 stod för "stämmer helt". 15 av 17 då inskrivna ungdomar genomförde enkäten.



I brukarundersökningen kan noteras en minskning av upplevelsen av delaktighet. Verksamheten hade en målsättning att uppnå ett medeltal på 4,5 poäng av 6 möjliga på båda variablerna, men föll tillbaka i båda fallen. En teori är att föräldrars insyn kan ha påverkats av att verksamheten haft besöksrestriktioner under långa perioder på grund av pandemin. I svaren kan utöver delaktigheten utläsas en generell försämring på många

av undersökningens framförallt kopplat till hur miljön upplevs hemlik och hur väl maten upplevs vara god.

Inför 2021 har vi gjort en förnyad analys av förbättringsområdena och kommer införa en mer detaljerad uppföljning på utvecklingen i de frågor som tas upp i enkäten. Tyngdpunkten kommer vara i att lyfta upplevelsen av maten som serveras och hur vi lyckas få deltagande i husmöten.

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

Utbildningen i verksamhetens basmoduler för behandlingsmetoden TBA 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 ta del av varje år.

Under 2020 har 11 av 15 (73%) ur behandlingspersonalen genomgått fyra eller fler moduler under året. Det är en ökning från 2019 då 43% genomförde samma mål men verksamheten når inte målet om att utbilda 90% av personalgruppen. Det är tydligt att det är ett par individer med annorlunda tjänstgöringsschema (dag) som ligger bakom att vi inte nått målet.

Om man ser till de totala antalet möjliga moduler (15x4=60st) så har det genomförts 51 moduler av 60 möjliga, vilket utgör 85% av det maximala antalet. Det är en ökning mot de 79% som uppnåddes 2019.

Målsättningen att ta fram en metod för att mäta kunskapsutfall kopplat till utbildningsinsatsen har utvecklats och testats först med personer som inte gått handledningen och sedan i personalgruppen under slutet av året. I det kunskapstest som genomfördes är det förväntat att anställda på verksamheten genom erfarenhet och utbildning i metod kommer att få fler rätt jämfört med den testgrupp som gjort testet och ett resultat på 15 rätt av 24 möjliga anses vara ett godkänt resultat.

I behandlingsassistentgruppen har majoriteten av de med högsta poäng (över 20 p) gått samtliga moduler någon gång i handledning. Majoriteten har gjort det under 2020 och har arbetat minst 3 år alternativt jobbat mindre än ett år men då gått samtliga moduler. I ÄA gruppen har samtliga fått minst 20 poäng, med spridning både avseende antal år på boendet samt avseende närvaro på handledning.

Inför 2021 bör ett extra fokus läggas på följande områden:

- Beteendeanalys 1:
 - Vad är positiv/negativ förstärkare och försvagare, gärna utifrån fall exempel
- Beteendeanalys 2:
 - Intermittent förstärkning

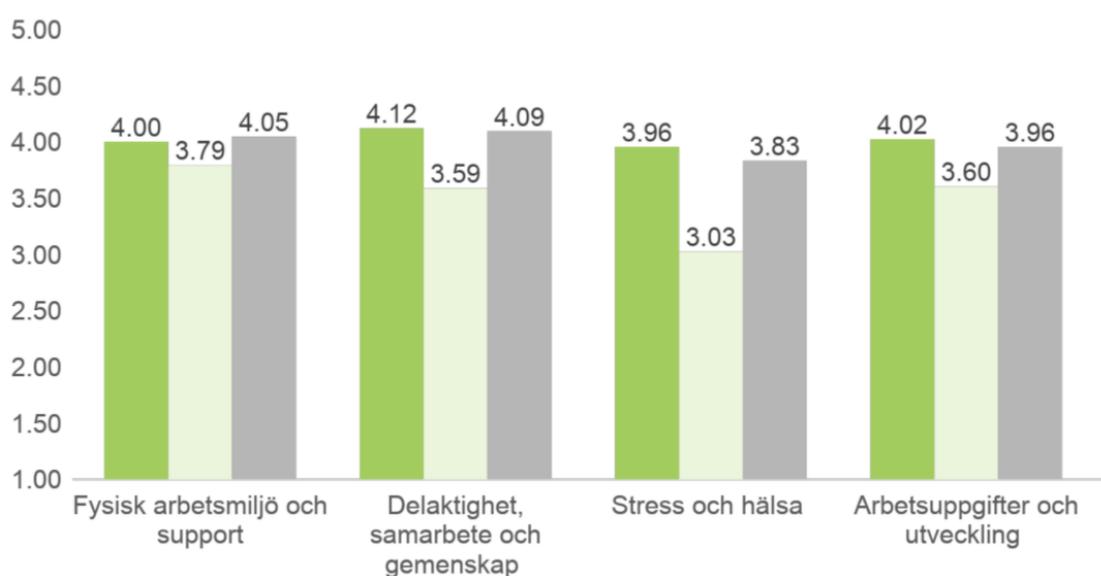
- Utsläkningskrevad
- Grundläggande principer
 - Positivt kapital
 - Långsiktighet och lagarbete (alla måste göra på samma sätt)

Ny mätning görs i slutet på 2021

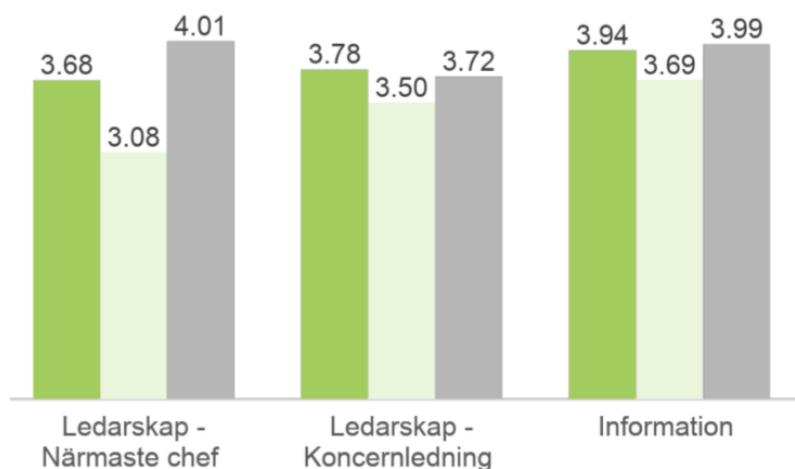
6) Medarbetares trivsel

Under hösten 2020 genomfördes en medarbetarenkät bland alla ordinarie anställda på WeMind HVB. I enkäten konstateras att verksamhetens Nöjd Medarbetar Index (MNI) hade ökat till talet 83/100, jämfört med modesta 67/100 för 2019. För jämförelse var detta ett betyg en bit över koncernens genomsnitt på 78/100, vilket gjorde att verksamheten nådde sitt mål gällande personalnöjdhet.

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 mörkgrå stapeln är årets mätning, den ljusgrå är den för 2019 och den gröna är WeMind koncernens medelresultat.



Genomgående är medarbetarnas uppfattning av arbetsplatsen i stor utsträckning förbättrad jämfört med förra året.



På frågan om huruvida man generellt är nöjd med WeMind som arbetsplats har skattningen ökat till 4,33 från 3,69 från 2019 och en bit påväg tillbaka på 4,63 från 2018.

De tydligaste förändringarna är en ökning i bedömning av det lokala ledarskapet samt en minskning i stress.

7) Aktivt följa utveckling i lagstiftningen

Under hela 2020 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 2020 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

Verksamhetsledningen initierade inga riskanalysprocesser mot bakgrund av förändringar i verksamheten.

Löpande riskanalys

Kartläggning av risk för att inte kunna genomföra dokumenterade arbetsätt görs löpande i verksamheten, speciellt vid nya moment. Inför varje arbetspass går personalen igenom vilka uppgifter som ska göras och hur de ska genomföras i ett överlämningsmöte. 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 29,8% på helåret. Målet är inte uppfyllt 2019.
- Att 30% av de pengar vi spenderar på städ- och hygienartiklar ska gå till miljömärkta produkter

Vi har bytt system för bokföring av hygieninköpen under året och kan konstatera att data inte samlats in på rätt sätt. Vi känner därför inte till kvoten avseende miljömärkta städ- och hygienartiklar för 2020. Målet kan därför inte anses uppfyllt

- 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 3,1% på helåret. Målet är inte uppfyllt 2020.
- 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 2020 har verksamheten bytt bilar och registreringen av körsträcka har inte följt med i bytet varför det inte finns fullständiga kördata för året.
- 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 2020 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.

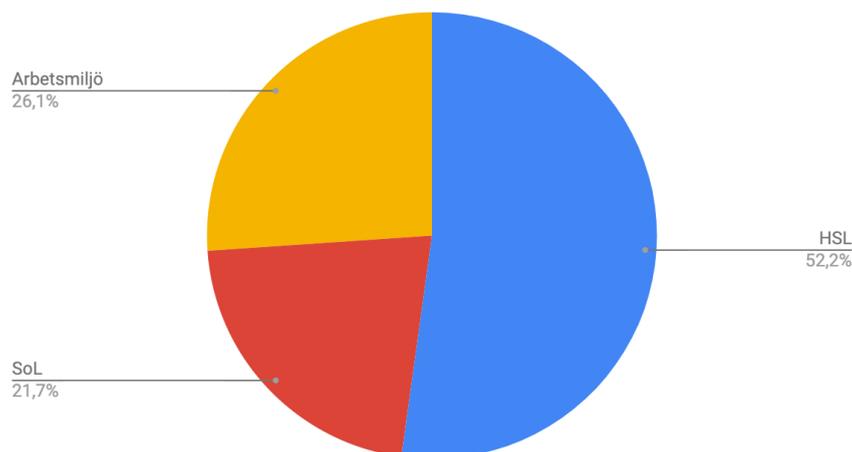
Utredning av avvikelser rapporterade i ledningssystemet

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

Under 2020 inkom 23 st avvikelserrapporter i verksamhetens kvalitetsledningssystem. Detta är en minskning till endast 40% av antalet från föregående år. Av dessa handlade 12 st (52%) 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. 5 st (22%) rapporter handlade om avvikelser inom SoL-delen av verksamheten (främst hot

och våld men även någon administrativ brist) och 6 st (26%) berörde arbetsmiljö (olyckor och risker i miljön kopplat till WeMind som arbetsplats).

Typ av avvikelser 2020



Förbättrande åtgärder i verksamheten

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

Medicinhantering

Liksom tidigare år 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

Fyra incidenter av hot och våld har rapporterats under 2020. Två av händelserna är av kraftigare karaktär sett till våldets allvarlighetsgrad och händelserna ledde till skadegörelse, sammanbrott i respektive placeringar och obehagliga upplevelser för både personal och ungdomar som var inblandade. Den femte avvikelser inom området avsåg klagomål på lukten i ett ungdomsrum från en anhörig.

Arbetsmiljöavvikelser

Flera mindre olyckor där personal gjort illa sig har rapporterats i arbetsmiljö.

IVO - Tillsyner, granskningar och misstankar om missförhållanden

Tillsyner

Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) har gjort en tillsyn av verksamheten under december 2020. 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. 16 av 20 ungdomar som var inskrivna vid tillsynens förstudie svarade på enkäten. Fyra ungdomar talade med inspektören på telefon inför tillsynen. De områden som undersöktes var även i år trygghet, behandlingen, bemötande, delaktighet och fritid.

Utifrån resultatet på enkäterna får IVO en föraning om på vilka områden verksamheten kan behöva granskas och årets tillsyn genomfördes som ett digitalt besök på grund av covid-19 pandemin.

Fokus under tillsynsbesöket var personalens kompetens, samverkan och verksamhetens historik gällande riskindikatorer. IVO konstaterade i tillsynen att verksamheten drivs enligt gällande tillstånd och hade inga ytterligare synpunkter på innehållet.

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

Undersökningar vid misstanke om missförhållanden

Under 2020 genomfördes inga utredningar som följd av misstankar om missförhållanden i verksamheten (Lex Sarah).

Målsättningar och planerat utvecklingsarbete 2021

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 2021

Ledningsgruppen har antagit följande kvalitetsmål för 2021:

- 1) Vården ska utvärderas genom regelbunden mätning av behandlingsresultaten och verksamheten ska uppnå IFU13 enligt den skala för vårdkvalitetmätning med maximalt 15 steg 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 som ska genomföras tre gånger under året.

- 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 ny mätning av behandlingspersonalens kompetens i TBA ska genomföras för att utvärdera årets handledning.
- 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 eNPS (Net Promoter Score) över 10
- 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 2021 kommer verksamheten att planera för ett första år med tre öppna avdelningar hela året, vilket är den storlek som anges i tillståndet. Verksamheten kommer fortsätta att utveckla och konsolidera den ledningsstruktur som implementerades under 2020.

Denna rapport är upprättad av ledningsgruppen på WeMind HVB

Gösta Liljeholm
VD, VC
Föreståndare

Jessica Nilsson
HR-Chef

Sammanställt: 2021-04-20

Godkänd i ledningsgruppen: 2021-04-29