

# Kvalitetsberättelse

**WeMind HVB 2022**



## Innehållsförteckning

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Innehållsförteckning</b>   | <b>1</b>  |
| <b>Kvalitetsberättelse</b>  | <b>2</b>  |
| <b>Inledning</b>  | <b>2</b>  |
| <b>Sammanfattning</b>   | <b>2</b>  |
| <b>Verksamhetsbeskrivning</b>   | <b>3</b>  |
| Personalgruppen   | 3         |
| Bemanningen   | 6         |
| <b>Jämställdhetsarbete</b>  | <b>6</b>  |
| <b>Kvalitetsarbetet under året</b>  | <b>7</b>  |
| Ansvarsfördelning i kvalitetsarbetet  | 7         |
| Kvalitetspolicy och målsättningar   | 7         |
| Kvalitetspolicy för WeMind HVB  | 8         |
| Kvalitetsmål för Wemind HVB 2022  | 8         |
| <b>Uppföljning av kvalitetsmålen</b>  |           |
| <b>1) Utvärdering av behandlingsresultaten</b>  | <b>9</b>  |
| Placeringar under året  | 9         |
| Utvärdering av behandlingen   | 9         |
| Uppfyllelse av syfte med placeringen  | 9         |
| Andel slutförda placeringar   | 9         |
| Uppfyllelse av mål i vårdplan   | 12        |
| Typ av insatser efter avslutad placering  | 15        |
| Beteenderegistreringar  | 18        |
| Skattningsskalor  | 19        |
| SDQ   | 19        |
| IFU-skalan  | 20        |
| <b>2) Följa evidensläget på relevanta områden</b>   | <b>21</b> |
| <b>3) Placerade ungdomars delaktighet i vårdplaneringen</b>                                     | <b>22</b> |
| <b>4) All fast anställd personal ska genomgå basutbildning i Tillämpad beteendeanalys (TBA)</b> | <b>23</b> |
| <b>5) Medarbetares trivsel</b>  | <b>24</b> |
| <b>6) Aktivt följa utveckling i lagstiftningen</b>  | <b>26</b> |
| <b>7) Uppfattas som en konstruktiv samarbetspartner</b>   | <b>27</b> |
| <b>Systematiskt förbättringsarbete</b>  | <b>28</b> |
| Riskanalysprocesser   | 28        |
| Egenkontroll  | 29        |
| Utredning av avvikelser rapporterade i ledningssystemet   | 29        |
| Förbättrande åtgärder i verksamheten  | 30        |
| IVO - Tillsyner, granskningar och misstankar om missförhållanden                                | 31        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Målsättningar och planerat utvecklingsarbete 2023</b> | <b>31</b> |
| Kvalitetsmål för WeMind HVB 2023                         | 31        |
| Organisatoriska och lokalmässiga förändringar            | 32        |

## 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

2022 är verksamhetens åttonde verksamhetsår. Under hela året har vi haft våra tre avdelningar med sammanlagt 23 vårdplatser i HVB öppna. Avdelningarna har fem, sju respektive elva platser.

Beläggningsgraden har varit hög under hela året (91,4% jämfört med 79,4% under 2021) och varierade från som högst 98,9% i maj till som lägst 85,7% i augusti. Det är ett återkommande mönster att verksamheten har en puckel av uppdrag som avslutas under sommaren, då den perioden ofta blir en naturlig övergång till skola på hemmaplan eller påbörjande av gymnasiestudier. Under 2022 var dock denna effekt något mindre än förväntat.

Under året skrevs arton ungdomar in och sexton skrevs ut. Andelen uppdrag som avslutats med genomförd vård slutade på 63% (78%) vilket är något lägre än verksamhetens snittresultat för genomförd vård för de senaste sju åren (68%). Bakgrunden till de något svagare resultaten kan vara den höga beläggningsgraden i kombination med personalomsättningen på psykosidansidan.

### Verksamhetsbeskrivning

WeMind HVB AB har under 2022 fortsatt 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, föräldraövernattning och garage.

### Personalgruppen

Under 2022 har verksamhetens organisation inte förändrats vilket inneburit att verksamhetens ledning består i en föreståndare, en Psykologiskt ledningsansvarig psykolog samt två biträdande föreståndare (en per enhet). Verksamheten är fortsatt organiserad i två enheter.

De 30 heltidstjänsterna under 2022 har utgjorts av

- 2 st i ledningsfunktion,(VD/Föreståndare/Verksamhetschef, Psykologiskt ledningsansvarig
- 4 st i enhetsledningsfunktion (3st ärendansvariga, 1st psykologiskt ledningsansvarig).
- 8 st i behandlingsteamet ( 4st ärendansvariga och 4st psykologer)
- 15 st behandlingsassistenter
- 3 st i serviceteamet (bemanningsansvarig, servicetekniker samt kock)
- Cirka 30 vikarier som hjälper till att bemanna verksamheten vid ordinarie personals frånvaro.

Totalt har fem personer ur den fasta personalgruppen slutat och sex personer nyanställdes under 2022. Inför starten av 2023 har verksamheten inga vakanser.

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.
- Psykologiskt ledningsansvarig psykolog . Legitimerad 2017 efter genomförd ptp i verksamheten. Anställdes 2016. Har under 2022 studerat socialrätt.

- Biträdande föreståndare (Enhet A). Socionom med mer än 10 års erfarenhet av socialt arbete. Anställdes 2016.
- Biträdande föreståndare (Enhet B/E). Socionom med sju års erfarenhet av socialt arbete. Anställdes 2016.

### Behandlingsteam

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

- Ärendeansvarig socionom med 7 års erfarenhet av socialt arbete. Anställdes 2018.
- Ärendeansvarig socionom med 8 års erfarenhet bl a som socialsekreterare BoU. Anställdes 2021
- Ärendeansvarig Socionom, erfarenhet som socialsekreterare EKB. Anställdes 2019.
- Ärendeansvarig Socionom, erfarenhet som LSS-handläggare. Anställdes under 2022.
- Assisterande Ärendeansvarig, Behandlingsassistent. Anställdes 2020
  
- Leg. psykolog. Anställdes 2015. Arbetar 60%
- Leg. psykolog. Anställes 2021.
- PTP psykolog, Började i verksamheten februari 2022
- PTP psykolog, började i verksamheten september 2022
- Leg. psykolog började i verksamheten i slutet av 2022

### 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 har utökat med tre 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, 6 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. Socialpedagog med examen 2020- Anställd 2022.
- 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 Folkhögskola 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. Socialpedagog 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 flexitidsupplägg 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 har gjorts och presenteras nedan.

| <b>Början av 2022 (män/kvinnor)</b>        | <b>Slutet av 2022 (män/kvinnor)</b>        |
|--|--|
| Ledning och enhetsledning, 60/40           | Ledning, 60/40                             |
| Psykologgruppen, 0/100                     | Psykologgruppen, 40/60                     |
| Ärendeansvariga, 0/100                     | Ärendeansvariga, 25/75                     |
| Behandlingsassistenter 40/60               | Behandlingsassistenter, 40/60              |
| Servicepersonal, 100/0                     | Servicepersonal, 100/0                     |
| Vikarier, 42/58                            | Vikarier 42/58                             |
| <b>Totalt: 43,8% män och 56,1% kvinnor</b> | <b>Totalt: 46,6% män och 53,3% kvinnor</b> |

### 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 ledningsansvarig psykolog

##### 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 2022 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 2022

1. Vården ska utvärderas genom regelbunden mätning av behandlingsresultaten och verksamheten ska uppnå IFU14 enligt den skala för vårdkvalitetsmätning med maximalt 15 steg som fastställts 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 tre gånger 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 behandlingsassistenterna ska nå målet att ha deltagit på samtliga fyra utbildningsmoduler i vårt internutbildningsprogram.  
90% av vikarierna ska ha deltagit i minst en handledningsdag.  
Handledningen ska göras om till fasta handledningsgrupper med fasta handledare. Vikarier ska erbjudas handledningsfilmer när de börjar på WeMind HVB.  
Kunskapstestet ska utvärderas med en ny kontrollgrupp. Den nya kontrollgruppen kommer vara studenter i början av en socialpedagogutbildning eller motsvarande.
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 25
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. Detta ska utvärderas genom att låta SSiL intervjua handläggare efter avslutad placering.

Kvalitetsmålen utvärderas vart och ett i nedanstående stycken.

## Uppföljning av kvalitetsmålen

### 1) Utvärdering av behandlingsresultaten

#### Placeringar under året

Under 2022 skrevs 18 ungdomar in i verksamheten och 16 ungdomar skrevs ut. Beläggningsgraden har varit hög och hållit sig relativt stabil, snittbeläggningsgraden för helåret blev 91,4%.

#### 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

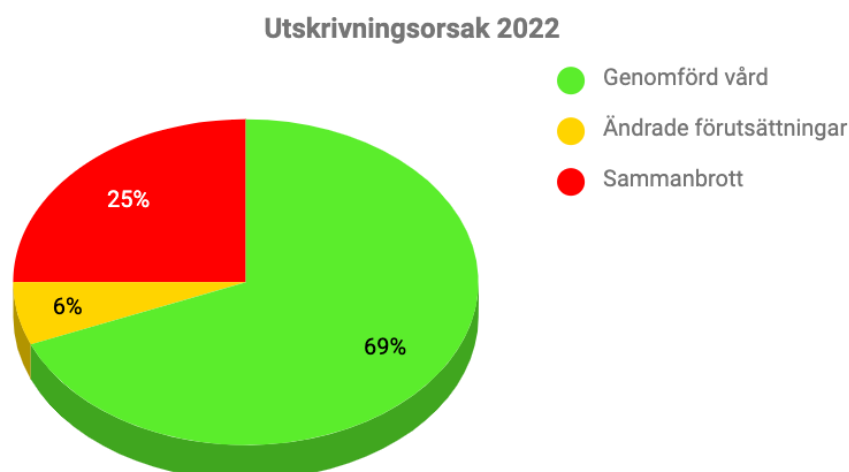
Utvärderingen av måluppfyllelsen utgår från den vårdplan som upprättas av socialtjänsten för varje placerad ungdom och utvärderas på tre undernivåer:

- 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 10 ärenden (63 %) 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 ligger en bit under verksamhetens aggregerade värde för de senaste sex åren (68%). Den genomsnittliga placeringens längden för de genomförda placeringarna var 17,2 månader (medelvärde för 2016-2022 är 14,4 månader). Den kortaste genomförda placeringen var 3,5 månader och den längsta 44,0 månader.

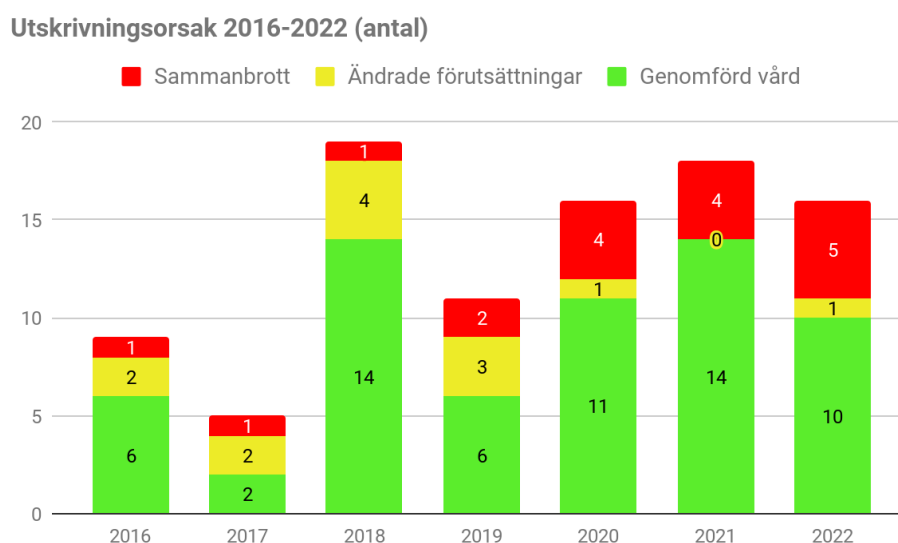


Under 2022 ledde fem placeringar (25%) till sammanbrott, vilket är i samma nivå som förra året (22%) men en högre siffra jämfört det aggregerade värdet på 17% för perioden 2016-2022.

Sammanbrotten har olika orsaker under året. Fyra 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 socialtjänsten då man inte var nöjd med utvecklingstakten för den unge och verksamheten hade svårt i samarbetet med familjen..

Den genomsnittliga placeringens längden för ett sammanbrott var 5,1 månader där den kortaste var 0,7 månader och den längsta 11,4 månader. Den genomsnittliga placeringens längden vid avbruten vård för perioden 2016-2022 var 4,7 månader.

Nedanstående diagram visar utskrivningsorsak från åren 2016 till och med 2022:



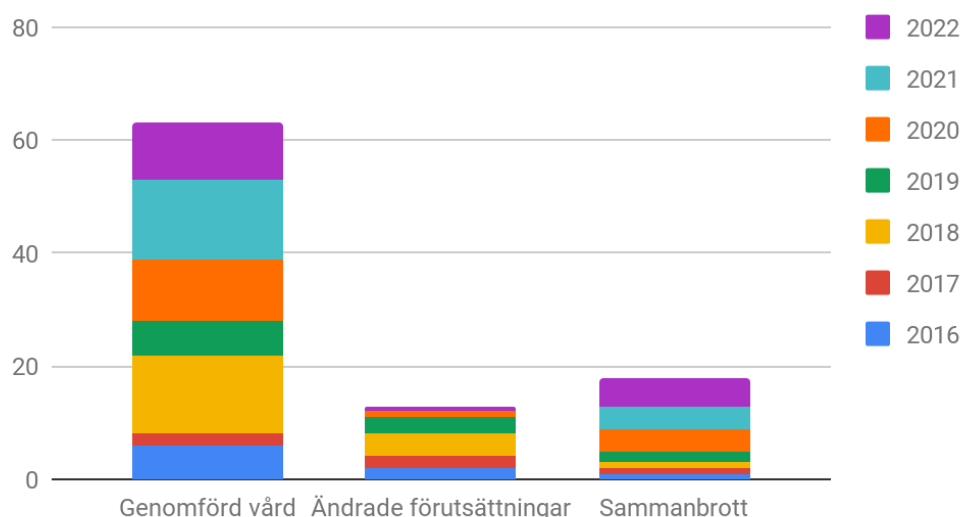
Som kan utläsas ur diagrammet ovan har antalet utskrivna barn skiftat över åren. Som minst avslutades endast 5 placeringar (2017) till som mest 19 (2018). Detta beror till stor del på att verksamheten successivt har ökat antalet platser och därmed sin kapacitet. Den genomsnittliga placeringslängden under perioden (2016-2022) är 14,4 månader för genomförd vård, vilket gör att man vid analysen av utskrivningsstatistiken måste räkna in en viss fördröjning.

Gällande avbrutna placeringar (både kategorierna ändrade förutsättningar och sammanbrott) är förloppen generellt kortare och en genomsnittlig avbruten placering är 4,7 månader sett över 2016-2022. Dessa tenderar alltså härröra till innevarande års inskrivningar. Under 2022 är andelen avbrutna placeringar något högre än snittet (37%) men skillnaden mot tidigare år i faktiska tal är endast en placering. En möjlig anledning till den förhöjda siffran är att verksamheten haft hög belastning som resultat av den höga beläggningsgraden samt en ovanligt stor omsättning i psykologgruppen under 2022, där tre kliniker lämnade verksamheten.

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 fortsatt förbättrad bedömningsprocess inför inskrivning i kombination med en förbättrad process för att göra verksamheten synlig för handläggare med behov av insatser inom verksamhetens specialistområde. Att behålla nyckelkompetenser över tid och kunna erbjuda kontinuitet är även det en viktig faktor.

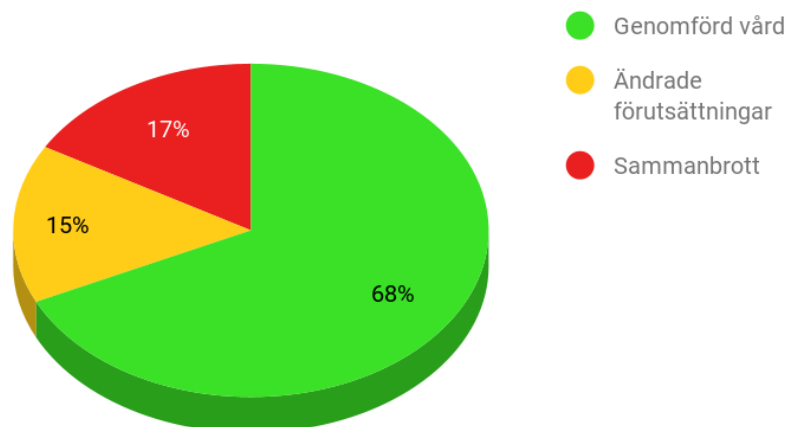
Här nedan kan utläsas hur utskrivningsorsak fördelar sig baserat på faktiskt antal uppdrag de senaste sex åren.

Utskrivningsorsak 2016-2022 (Antal)



Och här under hur utskrivningsorsakerna fördelar sig över samma år.

Utskrivningsorsak 2016-2022



### 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.

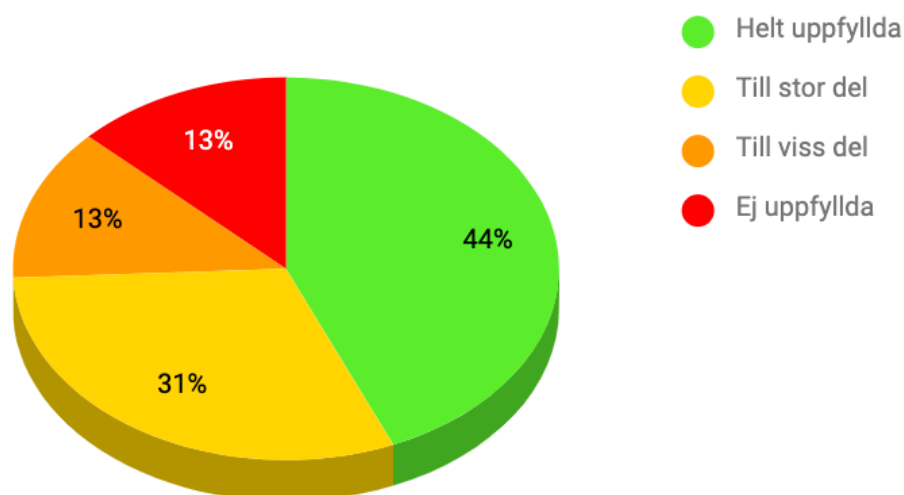
Uppfyllande av målen skattas i en av fyra kategorier:

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.

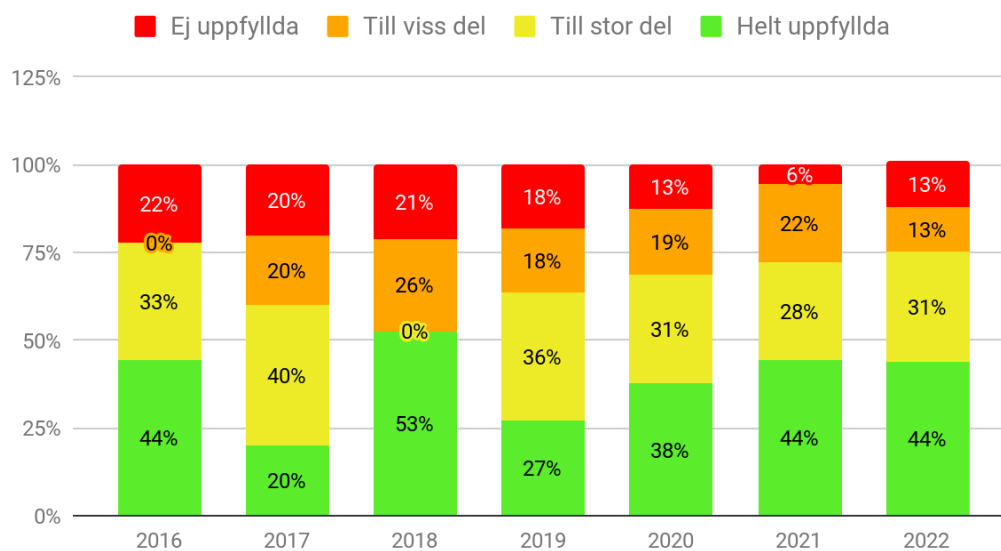
Av de 16 utskrivningar som gjordes under 2022 bedöms målen i 2 ärenden (13%) vara ej uppfyllda. Målen i 2 ärenden (13%) bedömdes vara till viss del uppfyllda, målen i 5 ärenden (31%) bedömdes vara till stor del uppfyllda samt målen i 7 ärenden (44%) bedömdes vara helt uppfyllda.

### Uppfyllelse av mål i vårdplan 2022

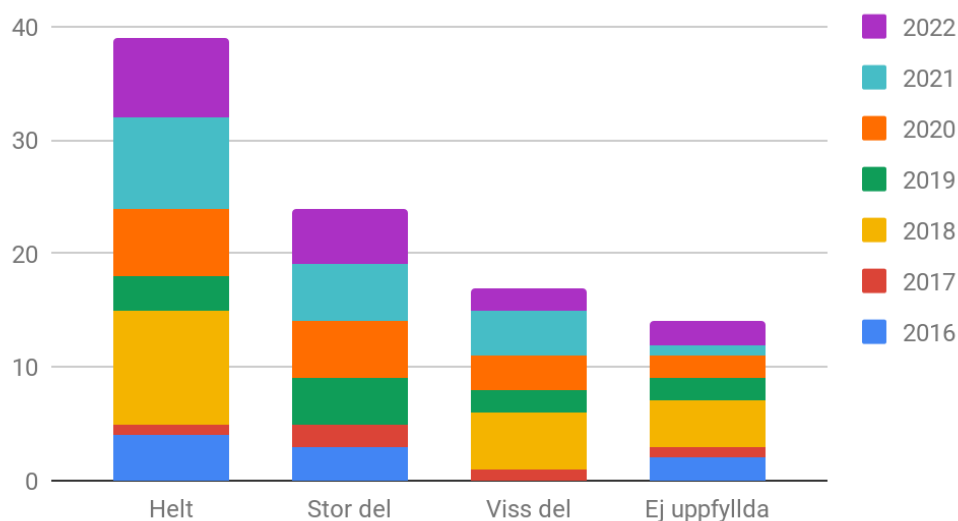


Nedanstående diagram visar uppfyllelse av mål över tid från 2016 till och med 2022 först i andelar och efter det i faktiska antal.

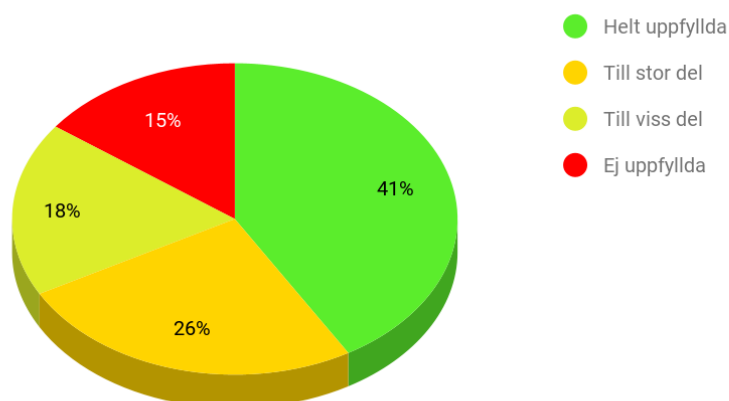
### Uppfyllelse av mål i vårdplan 2016-2022



Måluppfyllelse 2016-2022 (Antal)



Uppfyllelse av mål i vårdplan 2016-2022



Den sammanlagda bilden för 2016-2022 ger en bild där vi kan se att majoriteten (67%) av placeringarna skrivs ut med sker med helt eller till stor del genomförda mål. 15% placeringarna har skrivits ut med ej uppfyllda mål, en siffra som dock är lägre än den andel 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.

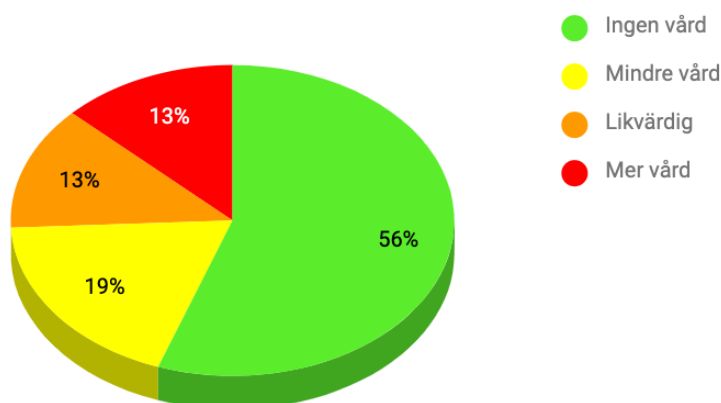
Detta är ett tämligen konkret mått på huruvida vårdbehovet ökat eller minskat efter placeringen. Nivån av efterföljande insatser delas in i fyra kategorier:

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.

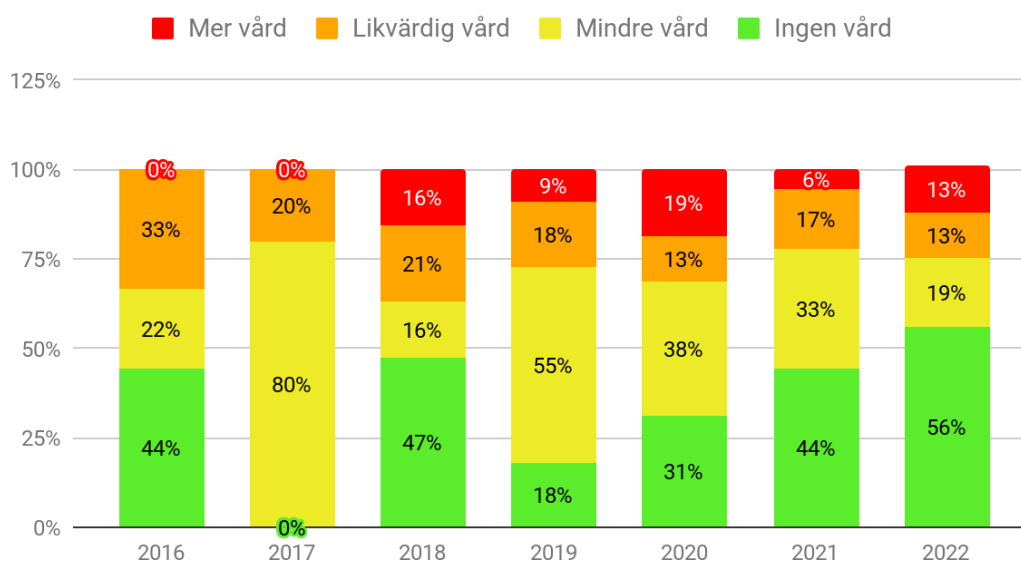
Av de 16 ärenden där placeringen avslutades under 2022 fick två ungdomar (13%) mer vård efter utskrivning. Dessa två placerades på SiS-institution. I två ärenden (13%) fick den unge vad som bedömdes som likvärdiga insatser, i båda fallen på andra HVB. I tre ärenden (19%) fick den unge insatser med mindre vård efter utskrivning, två fick lägenhet med insatser genom socialtjänsten och en flyttade till föräldrahemmet med omfattande stöd. I nio ärenden (56%) fick den unge inga eller små fortsatta insatser efter avslutad vård.

**Insats efter avslutad placering 2022**



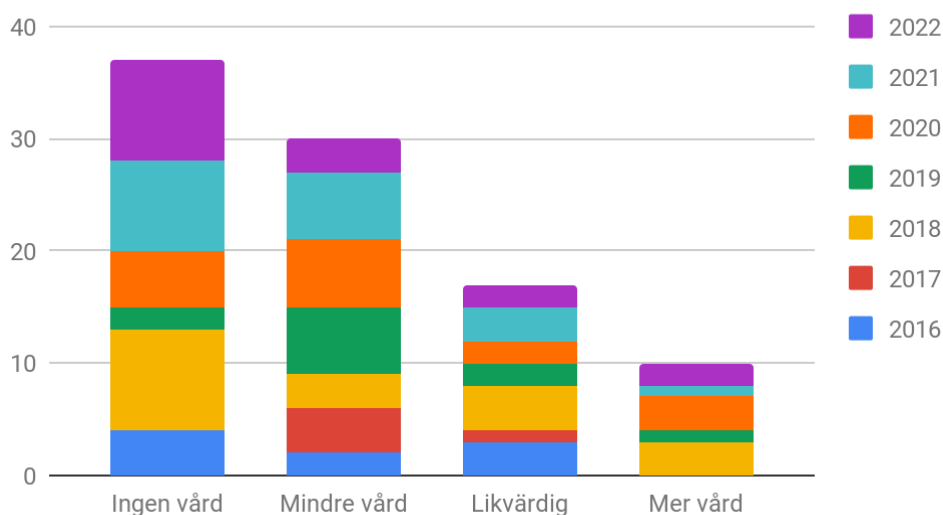


### Insats efter avslutad placering 2016-2022



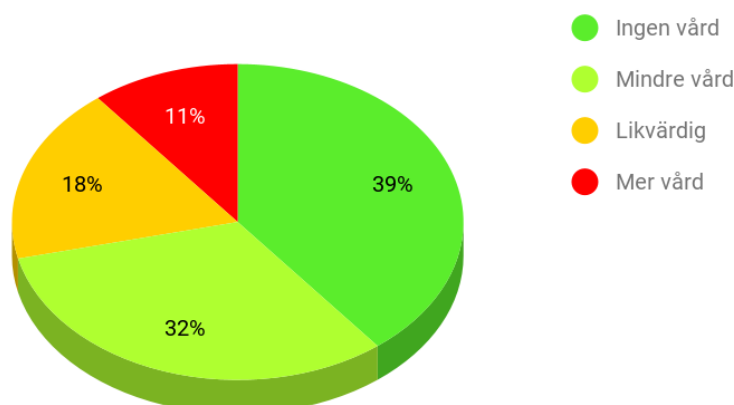
Som man kan utläsa ur diagrammen får en klar majoritet av de ungdomar som skrivs ut boendelösningar med mindre eller ingen vård. Nedan kan utläsas antalet placeringar som gick till vardera insatstyp de senaste sex åren.

### Insats efter utskrivning 2016-2022 (Antal)



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

### Insats efter avslutad placering 2016-2022

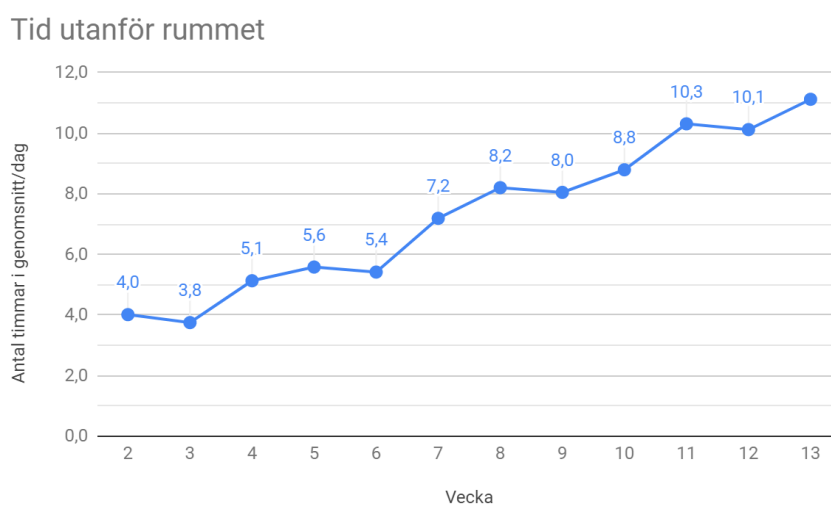


Sammantaget kan vi konstatera att en något större andel (71%) än de genomförda placeringarna (68%) går till mindre eller ingen vård. Även detta resultat visar att även de uppdrag där placeringen måste avbrytas verkar ge viss effekt, denna gång i form av ett mindre vårdbehov efter utskrivning. Vi kan även konstatera att genomförd vård leder till att mindre resurser behövs efter placeringen.

### Beteenderegistreringar

Ett centralt och viktigt verktyg som verksamheten använder sig av, för att följa och utvärdera utvecklingen för varje placerad ungdom, är beteenderegistreringar. Den ansvariga psykologen i varje individärende identifierar och beslutar vilka beteenden som ska följas över tid. Personalen som arbetar i avdelningarna registrerar, tre gånger per dygn, förekomsten av dessa nyckelbeteenden. Beteendena som väljs ut är sådana som bedöms vara centrala för den enskilda ungdomens hälsa och funktion och är nyckelbeteenden som förväntas öka eller minska under placeringens gång. Beteenden som förekommer för sällan eller lite, kallas för beteendeunderskott, och beteenden som förekommer för ofta eller mycket, kallas för beteendeöverskott. Vanliga beteenden som registreras på WeMind HVB och som vanligen minskar under placeringen är till exempel verbalt eller fysiskt våld, självskada, hot, med mera. Parallellt med dessa beteenden registreras önskvärda beteenden som förväntas öka om verksamheten lyckas implementera rätt behandlingsinsatser, detta är till exempel skolnärvaro, att sköta sin hygien, motionera, deltagande i sociala aktiviteter, med mera.

Resultatet från dessa mätningar redovisas i diagramform och analyseras i den behandlingsrapport som uppdragsgivare tar del av 10 gånger per år. I det stora flertalet ärenden tar även vårdnadshavare del av rapporterna på månadsbasis. Utöver att illustrera en utveckling, så är registreringarna ett viktigt sätt för verksamheten att säkerställa att behandlingsinsatserna är effektiva och tar ungdomen närmare målen för placeringen. Ett exempel på hur ett diagram för ett nyckelbeteende kan se ut illustreras i nedanstående bild.



I diagrammet kan vi se hur utvecklingen kan se ut för en fiktiv ungdom. Ett centralt mål i denna ungdoms behandling är att bryta isolering och öka mängden tid som ungdomen vistas utanför sitt rum och därmed istället deltar i den sociala miljön på boendet. I diagrammet kan det 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. Över tid implementeras och utvärderas olika interventioner genom, bland annat registreringarna, för att se vad som är verksamt i individens ärende. Om utvecklingen avstannar eller går åt fel håll i registreringarna så kan behandlingsteamet runt ungdomen analysera möjliga bakomliggande orsaker och sätta in åtgärder för detta.

### Skattningsskalor

Verksamheten genomför regelbundna och strukturerade mätningar med skattningsskalorna PHQ-9 och SDQ sedan ett antal år för att följa de ungas mående ur några relevanta perspektiv. Mätningen går till så att alla inskrivna fyller i skalorna varannan månad tillsammans med en psykologassistent som besöker verksamheten enbart för detta syfte. Även ungdomarnas behandlare fyller i SDQ under samma tidsintervall, men oberoende av ungdomarnas skattningar. Det är ett aktivt val från verksamhetens sida att använda sig av en person som står utanför den ordinarie verksamheten och behandlingsarbetet. Genom att använda en psykologassistent så riskerar skattningsförfarandet inte ta resurser från det löpande behandlingsarbetet och det kan förväntas påverka skattningarna i mindre utsträckning genom att olika svar blir mindre önskvärda i relation till denne.

### PHQ 9

Patient Health Questionnaire (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.

Det är inte många ungdomar som placeras i verksamheten 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.

Under 2022 har verksamheten inte kunnat sammanställa utfallsdata för PHQ som tidigare år utan data presenteras här på ett annat sätt. Utfallsmåttet för PHQ landade på att 21% av utskrivna ungdomar är kliniskt signifikant förbättrade vid utskrivning (målsättningen var 50%). Dock så visar årets siffra alla placerade barn oavsett om man hade en startskattning som indikerade kliniskt signifikanta symtom eller inte, vilket minskar antalet barn som kan uppfylla målet. I ljuset av detta är det svårt att uttala sig om huruvida behandlingsutfallet mätt med PHQ uppfyller målet eller skiljer sig från tidigare år. Vi jobbar på med att justera målformuleringen till vad datasystemet kan svara på och får återkomma med en ny utvärdering på gruppnivå.

### SDQ

The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) är en skala som börjades användas regelbundet på WeMind HVB från årsskiftet 20/21. Skalan finns i form av självskattning, föräldraskattning samt lärarskattning. På verksamheten används föräldraskattningen vid in- och utflytt och självskattningen varannan månad, då även en behandlarskattning görs. Verksamheten inledde mätning med denna skala då det är en skala som har använts storskaligt internationellt och till och med förekommer i forskningsrapporter på HVB-placerade ungdomar. Vidare är det en skala som används flitigt inom barn- och ungdomspsykiatri i Sverige vilket ger verksamheten möjlighet att jämföra resultaten med andra ungdomsgrupper både nationellt och internationellt.

Skalan är mer omfattande jämfört med PHQ-9 och består av frågor gällande hyperaktivitet och koncentrationssvårigheter, beteendeproblem, emotionella symtom samt kamratproblem, instrumentet mäter även prosocialt beteende.

2022 är första året då verksamheten kunnat aggregera utfallsdata för SDQ och vi kan konstatera att 57% av de ungdomar som skrivits ut ur verksamheten har en svårighetspoäng på 14 eller lägre. 77% av de som skrevs ut hade en belastningspoäng på 0 eller 1. Målet var att nå andelen 50% på båda utfallsmåtten och dessa uppnåddes i båda fallen.

Inför 2023 ska utfallsmåtten för SDQ fortsätta samlas in och relevanta jämförelsepopulationer ska tas fram för att sätta resultaten i relation till dessa.

### IFU-skalan

Inom WeMinds organisation använder alla verksamheter sig av ett system för att utveckla sitt kvalitetsarbete som kallas Införande-Följsamhet-Utfall eller IFU. Syftet är att mäta behandlingsresultat på ett strukturerat sätt så det ska bli möjligt att säga hur det

går för de som tar emot vården på gruppnivå. Verksamheterna sätter mål för hur de vill utveckla sina mätsystem för året och får poäng för uppfyllda mål.

WeMind HVB hade inför 2022 satt målet att uppnå 14 av dessa 15 poäng under året, men på grund av att vi inte kunde se en tillräcklig effekt på depressionssymtom (U3) och att nöjdhetsgraden i brukarundersökningen (U6) inte heller nådde målet för året (41% jämfört med målet på 80%) så blev slutpoängen på IFU 13 poäng och verksamheten missade målet med en poäng. Vi utvecklar resonemanget om de ungas delaktighet under område 3 i denna rapport.

De två nya målen (U4 och U5) ang SDQ blev möjliga att nå för första gången under året då tillräckligt med data samlats in genom att ungdomarfyllt i både start- och slutskattningar med denna skala. Det är mycket glädjande att båda dessa mål uppnås.

| IFU steg | Kriterium   | Förra mån.               | Månadens resultat           | Mål       |
|----------|---|--------------------------|-----------------------------|-----------|
| I1       | Startat mätning med PHQ-9   | ja                       | ja                          | ✓         |
| I2       | Startat mätning med SDQ varannan månad  | ja                       | ja                          | ✓         |
| I3       | Startat brukarundersökning 3ggr/år  | ja                       | ja                          | ✓         |
| F1       | Alla utskrivna ungdomar bedöms vad gäller måloppfyllelse i vårdplanen   | ja                       | ja                          | ✓         |
| F2       | Alla utskrivna ungdomar bedöms i samband med utskrivning, vad gäller grad av insatser efter utskrivning: 4-gradig skala   | ja                       | ja                          | ✓         |
| F3       | Minst 90% av alla inskrivningsdagar har beteenderegistreringar för de 2 viktigaste målbeteendena, för alla inskrivna ungdomar   | ja                       | ja                          | ✓         |
| F4       | 80% svarsfrekvens på PHQ-9 & SDQ  | PHQ-9: 82%<br>SDQ: 69%   | PHQ-9: 81%<br>SDQ: 68%      | ✓         |
| F5       | Minst 80% av patienterna har en start- och slutskattning med PHQ-9 & SDQ  | PHQ-9: 100%<br>SDQ: 100% | PHQ-9: 100%<br>SDQ: 100%    | ✓         |
| F6       | 80% svarsfrekvens brukarenkäten vid senaste mättillfället   | 85%                      | 85%                         | ✓         |
| 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          | 67%                      | 67%                         | ✓         |
| U2       | Minst 50% av de utskrivna ungdomarna har gått till mindre resurskrävande insatser eller inga insatser, efter utskrivning. Ackumulerat för alla som skrivits ut senaste året | 67%                      | 69%                         | ✓         |
| U3       | Minst 50% av ungdomarna är kliniskt signifikant förbättrade vid utskrivning avseende depressionssymptom mätt med PHQ-9.   | 29%                      | 21%                         | ✗         |
| U4       | Minst 50% av ungdomarna har en SDQ svårighetspoäng 14 eller lägre vid utskrivning.  | 57%                      | 57%                         | ✓         |
| U5       | Minst 50% av ungdomarna har en SDQ belastningspoäng av 0 eller 1 vid utskrivning.   | 85%                      | 77%                         | ✓         |
| U6       | På frågan "Hur nöjd är du med hjälpen/rådgivningen som helhet?" har minst 80% svarat 7 eller mer vid senaste mättillfället brukarenkäten (10-gradig skala).                 | 41%                      | 41%                         | ✗         |
|          |   |                          | <b>Månadens IFU utfall:</b> | <b>13</b> |
|          |   |                          | <b>Månadens IFU budget:</b> | <b>14</b> |

## 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 2022 har samtliga psykologer gått en utbildning i DBT-SS, en metod som har implementerats i individualterapi för de ungdomar där det varit relevant. DBT-SS är anpassat för patienter med kognitiv funktionsnedsättning och emotionella svårigheter.

Verksamheten har hållit sig ajour genom deltagande i digitala branschnätverk och myndighetsträffar. Genom extern utredningshandledning har psykologerna blivit uppdaterade inom forskning gällande de diagnoser som finns hos ungdomarna på verksamheten. .

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 ungdomspsykiatri. All KBT ges av psykologer med adekvat metodutbildning. De har även extern handledning med psykolog med stor erfarenhet av forskning och behandling inom området.

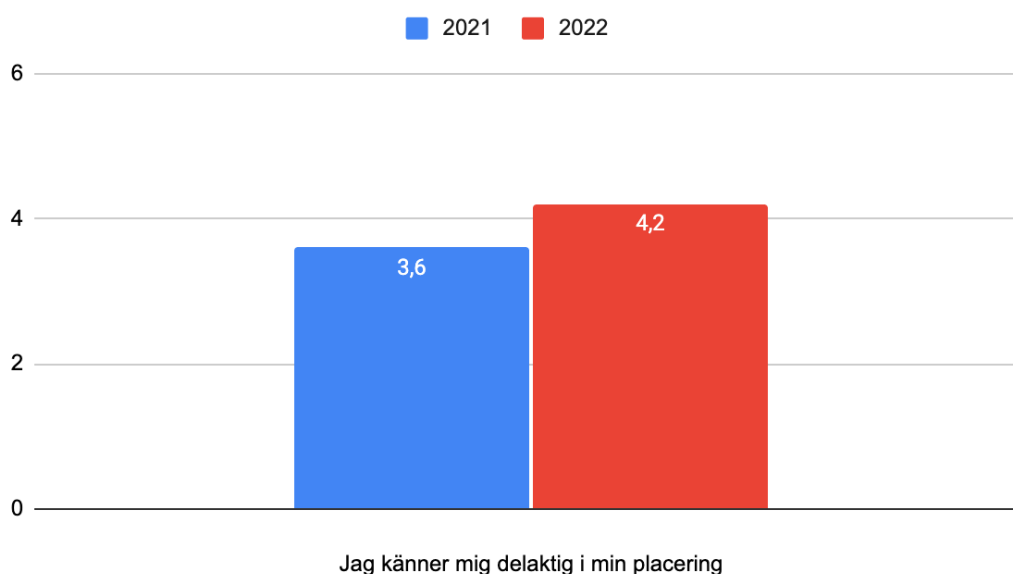
### 3) Placerade ungdomars delaktighet i vårdplaneringen

Verksamheten har arbetat med att utveckla delaktighet 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. Mötet leds alltid av en ordinarie personal i ansvarsroll. Utöver detta forum finns förslagslådor där ungdomarna kan ta upp saker till mötet de kommer på mellan mötestillfällena.

Under året har två stycken strukturerade mätningar av ungdomarnas uppfattning av vården sammanställts. Den ena i april och den andra i augusti. Vid båda mätningarna deltog 85% av den totala ungdomsgruppen vilket gör att svarsfrekvensen sett till helåret också landar på 85%.

## Delaktighet i placering



I verksamhetens egna brukarenkät är skalan 1 - 6, där 1 representerar omdömet "stämmer inte alls" och 6 "stämmer helt". År 2022 landar den upplevda delaktigheten i vården på 4,2 poäng. Verksamheten hade en målsättning att uppnå ett medeltal på 4,5 poäng av 6 möjliga, som tyvärr alltså inte uppnåddes. Trots att vi inte nådde målet kan vi utläsa en förbättring jämfört med förra årets mätning.

Utöver de två mätningarna som gjorts på Wemind HVB har även en nationell undersökning av SKR genomförts, där Wemind HVB deltog. I SKR:s undersökning ställdes en fråga om delaktighet. 55% av ungdomarna svarade på enkäten. I och med den låga svarsfrekvensen saknas det underlag för att kunna dra några slutsatser av resultatet.

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

En förändring som gjordes under året har varit att handledningstiderna ligger på en enhetsdag där alla behandlingsassistenter, vare sig man arbetar dag eller skift, har varit schemalagda och inte haft andra åtaganden.Handledningsgrupperna har även gjorts om till mindre grupper med en fast handledare. Det var ett mål för 2022 och har därmed uppnåtts. Utbildningshandledningen är fortfarande i två större grupper och kommer vara kvar så under 2023.

Utbildningen i verksamhetens basmoduler för behandlingsmetoden TBA sker under schemalagda handledningstillfällen och det är verksamhetens psykologer som har undervisat. I handledningsprogrammet ingår fyra grundmoduler och en introduktionsmodul och målsättningen är att all fast anställd behandlingspersonal ska ta del av alla moduler varje år.

Under 2022 har 17 av 17 (100%) ur behandlingspersonalen genomgått fyra eller fler moduler under året. Det är en ökning från 2021 då 82% genomgick fyra eller fler moduler (2019 var siffran 73%). Det innebär att verksamheten för första gången uppnår målet att 90% av behandlingsassistenterna ska genomgå 4 handledningsmoduler under ett år.

Eftersom varje person kan gå fyra olika moduler mäts även täckningsgrad, det vill säga hur många av antalet möjliga moduler som genomförts. 64 av 64 möjliga moduler har genomförts vilket ger 100% täckningsgrad. Det är en ökning från 94% som uppnåddes 2021.

Även 2022 genomfördes ett kunskapstest som utvecklats för att mäta hur väl utbildningshandledningen leder till önskade kunskapsnivåer inom TBA. 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 (2020) och ett resultat på över 15 rätt av 24 möjliga anses vara ett godkänt resultat.

I behandlingsassistentgruppen fick 14 av 16 över 15 poäng. De som fick högst poäng i behandlingsassistentgruppen (över 20 poäng) hade alla gått modulerna under 2022. Av de två som fick resultat på 15 poäng eller sämre hade hälften gått modulerna 2022. Det beror på att en i den gruppen blev anställd sent på året och därför inte haft möjlighet att gå modulerna, varför denne inte heller räknas med i hur stor del som gått alla moduler. Det är emellertid en observation varför det resultatet räknas med. Det är en relativ liten grupp som gjort testet varför några större slutsatser inte kan dras. Det verkar dock vara en trend över åren att ju längre man arbetat och därmed ju fler moduler man gått, desto bättre resultat verkar man få på testet.

Verksamheten har inte uppnått målet att låta en kontrollgrupp göra testet. Meningen var att till exempel en folkhögskola skulle kontaktas för att låta personer som går socialpedagogutbildningen göra testet. Detta har dock inte gått att genomföra under året trots att några försök att uppvakta utbildningsanordnare har genomförts.

Under året har två tillfällen erbjudits till vikarier för att få tre timmars handledning. Med tanke på hur många vikarier som arbetat under året och att det varierar i hur mycket dessa arbetar är det svårt att räkna på exakt hur många procent av vikarierna som deltagit. Men under de två handledningstillfällen som erbjudits deltog 8 respektive 9 vikarier. Alla vikarier som börjat har erbjudits att se handledningsfilmer, vilket var ett mål för 2022.

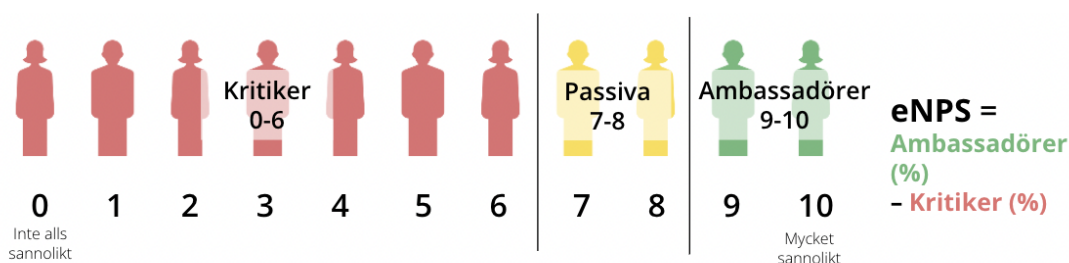


Inför 2023 bör ett extra fokus läggas på följande områden:

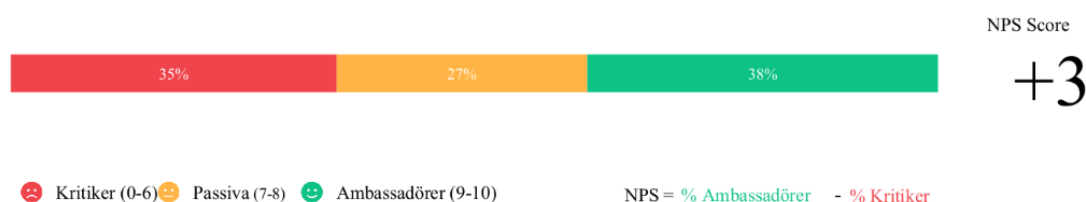
- Göra testet på en annan kontrollgrupp som är mer lik vår arbetsgrupp (typ Tollare folkhögskola sista terminen)
- Fler handledningstillfällen ska erbjudas vikarier, med fokus på dem som arbetar mycket i verksamheten.
- Genomföra modulhandledningen för större delen av behandlingsassistenterna under vårterminen för att sedan kunna fokusera utbildningshandledningen på andra delar.

## 5) Medarbetares trivsel

Under hösten 2022 genomfördes en medarbetarundersökning bland anställda på Wemind HVB Gålö. Nytt för undersökningen detta år var att både fast anställda och alla vikarier som arbetat minst fem arbetspass i verksamheten under året blev tillfrågade att delta i undersökningen. Tidigare år har endast fast anställda deltagit. Det mål som sattes upp för 2022 var att medarbetare ska trivas och rekommendera att arbeta hos oss. Målsättningen var att ha ett eNPS (Net promoter score) över +25. Detta mål sattes utifrån 2021 års resultat som då låg på +24. Net Promoter Score (NPS) är ett lojalitetsmått och undersökningsmetod som utvecklats av Fred Reichheld, Bain & Co och Satmetrix. Det ger ett mått på hur lojala medarbetare (eNPS) är och bygger på en enda fråga: "Hur sannolikt är det att du skulle rekommendera din arbetsgivare till andra?"



eNPS-värdet beräknas genom att subtrahera andelen ambassadörer (9 & 10) med kritiker (0-6). Skalan för resultatet går från minimivärdet -100 till det maximala värdet 100.

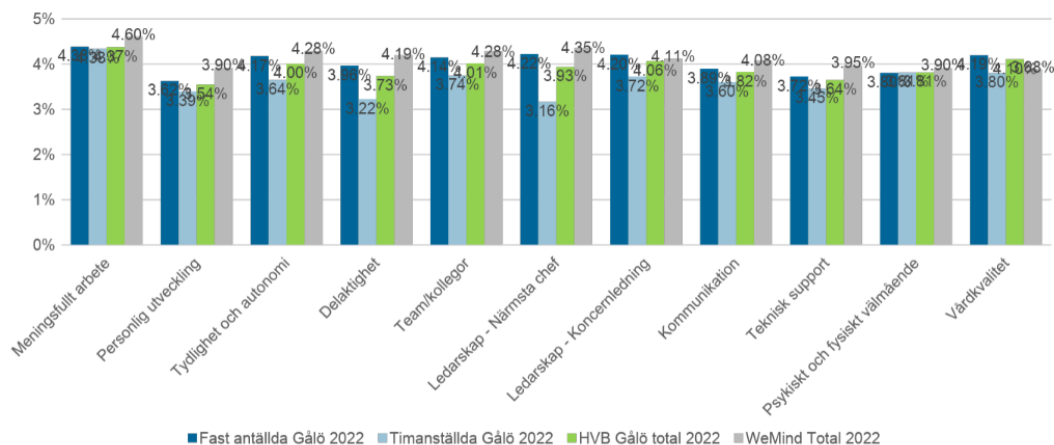


Gälö Timanställda 2022: -25  
 Gälö Fastanställda 2022: +16  
 WeMind Totalt 2022: +32  
 Gälö HVB 2021: +24

I enkäten konstateras att eNPS för hela undersökningsgruppen 2022 var +3, vilket innebär att målet för 2022 inte är uppfyllt. Man kan se en tydlig skillnad mellan timanställda och fast anställda där eNPS var -25 respektive +16. Svarsfrekvensen för hela gruppen var 42/61 (69%), för fast anställda 26/30 (87%) och för timanställda 16/31 (52%). Detta innebär att resultatens generaliserbarhet är möjligt för gruppen fast anställda, men att resultaten för hela gruppen samt för timanställda istället får tolkas med försiktighet. 2022 är första året som timanställda erbjudits att delta i undersökningen.

På frågan om huruvida man generellt är nöjd med WeMind som arbetsgivare har skattningen för hela gruppen minskat från 4,12 till 3,98. Resultatet visar dock att gruppen bestående av fast anställd personal, som är den grupp vars resultat går att jämföra med 2021 och även bedöms vara generaliserbart, ligger kvar på 4,12 medan timanställda skattar den lägre siffran 3,75.

I medarbetarundersökningen skattades även olika påståenden med bäring på arbetsmiljö och trivsel på en skala 1-5 där 1 är lågt betyg och 5 är högsta möjliga betyg. Undersökningens huvudområden har bytts ut för hela Wemind-koncernen under 2022 och grafen nedan presenterar de genomsnittliga resultaten för de nya huvudområdena.



Grafen visar att de huvudområden som skattas högst bland fast anställda under 2022 är *meningsfullt arbete, ledarskap - närmsta chef* och *ledarskap - koncernledning*. De områden som istället skattas lägst är *personlig utveckling, teknisk support* och *psykiskt och fysiskt välmående*. Bland timanställda skattas områdena *meningsfullt arbete, psykiskt och fysiskt välmående* och *vårdkvalitet* högst medan områdena *ledarskap närmsta chef, delaktighet* och *personlig utveckling* skattas lägst.

Utifrån resultatet för medarbetarundersökningens huvudområden har ledningsgruppen på WeMind HVB Gålö tagit fram en handlingsplan där planerade åtgärder för 2023 syftar till att höja de resultat som skattas lägst i respektive yrkesgrupp. Åtgärderna i handlingsplanen grundar sig i att säkerställa att information om resultatet når ut till alla anställda och därefter aktivt lyfts i verksamhetens regelbundna mötesforum under året.

Målsättningen för 2023 är även detta år att ha eNPS (Net Promoter Score) över 25 för fast anställda. Målsättningen för timvikarierna är att få en tillräckligt hög svarsfrekvens för ett generaliserbart resultat och förhoppningen är att eNPS blir ett positivt tal (dvs över 0).

## 6) Aktivt följa utveckling i lagstiftningen

Under hela 2022 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 2022 har verksamhetens psykologiskt ledningsansvarig läst 7,5 hp socialrätt vid Marie Cederschiölds högskola.

Biträdande föreståndare har deltagit vid Almegas grundkurs i arbetsrätt vid två tillfällen i september.

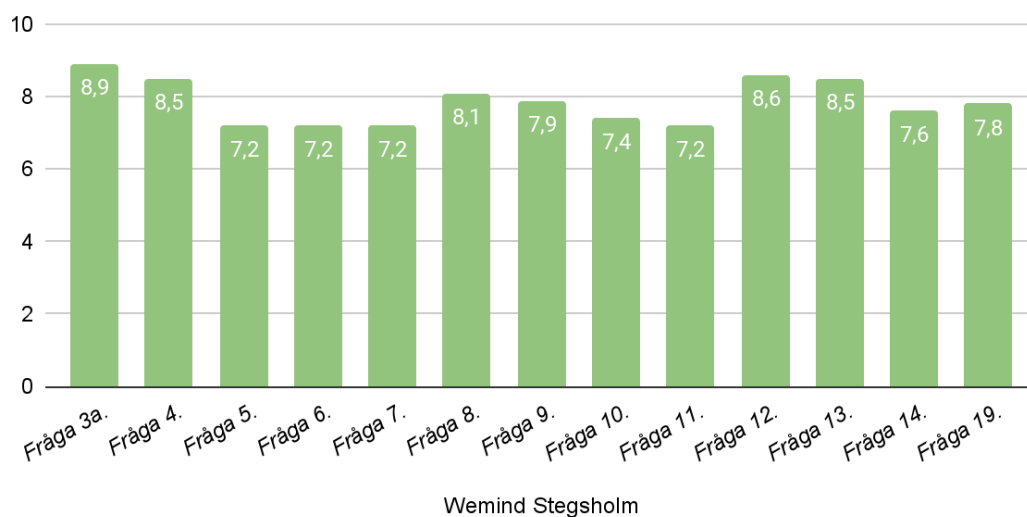
## 7) Uppfattas som en konstruktiv samarbetspartner

Vi har även under 2022 tilldelat SSiL i uppdrag att genom en kvalitativ undersökning mäta uppdragsgivares upplevelse av Wemind HVB som en konstruktiv samarbetspartner. Detta är den andra mätningen och vi har valt att låta intervju handledare i avslutade ärenden under tidsperioden vilket är en utökning av underlaget

jämfört med föregående år.

## Kvalitetsindex

Medelbetyg totalt samt på respektive fråga



|   |                         |
|---|-------------------------|
| Medelbetyg bygger på intervjuer genomförda:       | 2021-11-25 - 2022-11-24 |
| Antal intervjuer:                                 | 19                      |
| Medelbetygen för samtliga frågor (av 13 möjliga): | 7,9                     |
| Antal bortfall:                                   | 5                       |

|           |  |     |
|-----------|--|-----|
| Fråga 3a. | Information om verksamheten                    | 8,9 |
| Fråga 4.  | Mottagande och introduktion                    | 8,5 |
| Fråga 5.  | Verksamhetens arbete kring genomförandeplanen  | 7,2 |
| Fråga 6.  | Verksamhetens omvårdnadsinsatser               | 7,2 |
| Fråga 7.  | Verksamhetens arbete med att motivera klienten | 7,2 |
| Fråga 8.  | Social kontroll                                | 8,1 |
| Fråga 9.  | Arbete och studier                             | 7,9 |
| Fråga 10. | Fritidsaktiviteter                             | 7,4 |
| Fråga 11. | Nätverksarbete                                 | 7,2 |
| Fråga 12. | Uppföljning och rapportering kring klienten    | 8,6 |
| Fråga 13. | Utslussning                                    | 8,5 |
| Fråga 14. | Placeringens lämplighet                        | 7,6 |
| Fråga 19. | Helhetsbedömning                               | 7,8 |

I intervjuerna framkommer värdefull feedback på verksamhetens insatser ur ett uppdragsgivarperspektiv. Verksamhetens förberedelsearbete, introduktion och rapportering får lite högre betyg, medan arbete med pågående behandling, motivation och nätverk får lite lägre. Helhetsbedömningen av verksamheten landar på 7,8 av 10 möjliga. Det är 19 av 24 uppdragsgivare som lämnats in under året som har svarat på intervjun. Anledningen till det är att verksamheten och SSiL inte har lyckats samordna sig för att följa upp det exakta kalenderåret 2022, så tidsperioden för när placeringen avslutades är något annorlunda (och längre). Då urvalet/datainsamlingen skett på ett annat sätt, endast avslutade placeringar jmf alla pågående placeringar, så går den dock inte att jämföra med SSiLs jämföresledata.

Det är svårt att utvärdera målet om verksamheten uppfattas konstruktiv samarbetspartner baserat på ovan intervjuer mer än genom att se skattningarna på de olika områdena och anta att ett högt betyg motsvarar en bedömning åt det hållet. Bedömningen på 7,8 av 10 får anses peka mot en hög grad av nöjdhet efter avslutad placering, vilket är en hög siffra men inte svarar på exakt rätt fråga. Till nästa år föreslås verksamheten att utvärdera dessa mål på annat sätt än genom SSiLs enkät under nästa år, till exempel att ta fram en egen enkät.

## 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 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.

### 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. Ingen riktad utvärdering har gjorts av dessa mål under 2022.

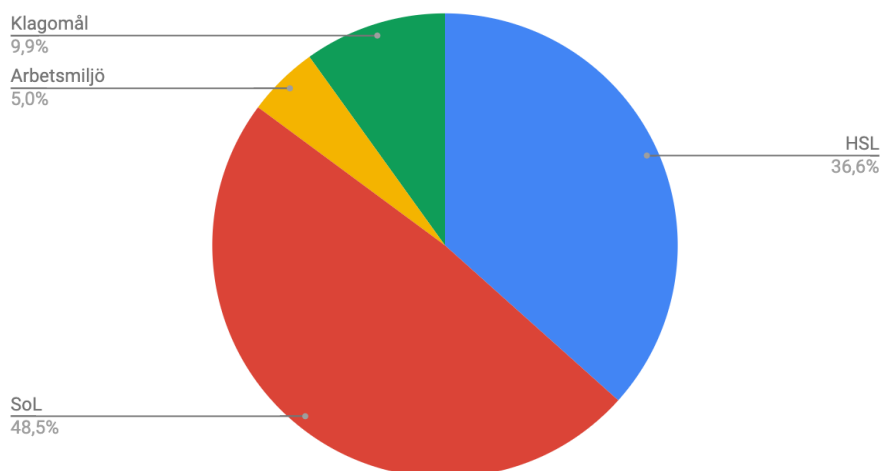
- Att vägleda ungdomar och personal till en hälsosammare livsstil
- Att verksamhetens negativa miljöpåverkan så långt som möjligt elimineras

### 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 2022 inkom 41 stycken avvikelserrapporter i verksamhetens kvalitetsledningssystem. Detta är en ökning med 7 % av antalet från föregående år. Av dessa handlade 15 st (37 %) 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. 20 st (49 %) rapporter handlade om avvikelser inom SoL-delen av verksamheten (främst hot, våld och olämpligt beteende från ungdomar) och 2 st (5 %) berörde arbetsmiljö (olyckor och risker i miljön kopplat till WeMind som arbetsplats).. Avvikelserna har inte alltid rapporterats in under rätt kategori (till exempel har många hot och våld hamnat under HSL) men har korrigerats för att kunna sammanställas på ett tillfredsställande sätt.

### Avvikelser 2022



### Förbättrande åtgärder i verksamheten

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

#### Medicinhantering

Antalet avvikelser som gäller medicinhantering är ett fåtal fler än under 2021 (15 jämfört med 13 stycken 2021). De flesta avvikelserna gällde utebliven signering eller felaktig dos. I de allra flesta fall följer man rutinen och gör rätt åtgärder vid misstanke om fel, det vill säga kontaktar verksamhetsjour för vägledning och skriver avvikelserapport.

Boendets sjuksköterska är den som ansvarar för delning och utbildning i administration. Ny delegeringsutbildning ges med jämna intervaller. Inga allvarliga förväxlingar har skett under året. Under 2023 har ett rum gjorts om till att endast vara till för att innehålla läkemedel och där sjuksköterska ska dela läkemedel, för att främja arbetsro och minska stök kring denna koncentrationskrävande uppgift.

#### SoL-avvikelser

20 incidenter av hot, våld eller olämpligt beteende från ungdomar har rapporterats under 2022. En stor andel av årets avvikelser kring problembeteenden rör en och samma ungdom som under en period var obehaglig och gjorde inviter mot en kvinnlig kollega. En del av resterande avvikelser gäller en annan ungdom som ägnade mycket tid åt skadegörelse i ett hus. Ungdomen var inte våldsam mot personal men hotfull och uppfattades obehaglig när han slog sönder saker. Under 2023 har en extern leverantör fått uppdraget att utbilda personalgruppen i förebyggande strategier kring hot och våld. Under 2023 kommer även överfallslarm att införas i verksamheten efter en lång process för att hitta rätt lösning.

### Arbetsmiljöavvikelser

4 stycken klagomål angående arbetsmiljön har inkommit. Synpunkterna har hanterats löpande och verksamheten jobbar med hyresvärden angående inomhusklimat (temp och lukt).

## IVO - Tillsyner, granskningar och misstankar om missförhållanden

### Tillsyner

Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) har gjort en tillsyn av verksamheten under oktober månad. Tillsynen gjordes genom ett verksamhetsbesök där inspektörerna samtalade med föreståndaren, visades runt i verksamheten samt gavs tillfälle att samtala med de ungdomar som visade intresse för det. 8 ungdomar talade med inspektörerna under besöket.

IVO konstaterade i tillsynen att verksamheten drivs enligt gällande tillstånd. Det framkom emellertid synpunkter på att en person inte lämnat in utdrag ur belastning- och misstankeregistret innan de påbörjade sin anställning, och två personer innan deras första dag under praktik. Med i tillsynsprotokollet var de faktum att personerna inte fått vara i husen där ungdomarna finns eller träffa ungdomar, utan fick uppehålla sig i kontorsdelen tills utdragen kommit, vilket var dagen efter respektive två dagar efter deras anställning började. IVO valde dock att uppmärksamma det som en brist men avslutade ärendet ändå och konstaterade att verksamheten följer sitt tillstånd, ungdomarna är till stor del nöjda med det stöd verksamheten ger dem, personalen har kompetens att utföra sitt uppdrag och verksamheten ger förutsättningar för trygghet och säkerhet.

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

### Undersökningar vid misstanke om missförhållanden

Under 2022 inträffade ingen händelser som ledde till att verksamheten gjorde Lex Sarah-utredning.

## Målsättningar och planerat utvecklingsarbete 2023

Genom årets målsättningar siktar vi på att ytterligare stärka metodförankringen 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 2023

**Ledningsgruppen har antagit följande kvalitetsmål för 2023:**

- 1) Vården ska utvärderas genom regelbunden mätning av behandlingsresultaten och verksamheten ska uppnå IFU 11 enligt den omarbetade skala för vårdkvalitetmätning med maximalt 13 steg som fastställts för HVB inom WeMind IoF.



- 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 två gånger per år. Utfallsmått . "Får du vara med och bestämma om saker som är viktiga för dig i boendet?" har minst 50 % svarat "Ja, ibland" eller "Ja, ofta"
- 4) Personalen ska utvecklas i sin metodförståelse genom att vi ska: Göra om kunskapstestet i TBA och göra det på en annan kontrollgrupp som är mer lik vår arbetsgrupp. Fler än 10 vikarier ska ha deltagit i handledningstillfällen under året, med fokus på dem som arbetar mycket i verksamheten. Vi vill ha genomfört modulhandledningen för 90% av behandlingsassistenterna under vårterminen (senast 30/6) för att sedan kunna fokusera utbildningshandledningen på andra delar.
- 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 25 för den fasta personalen. Målsättningen för timvikarierna är att få en tillräckligt hög svarsfrekvens och förhoppningen är att eNPS blir ett positivt tal (dvs över 0).
- 6) Vi ska aktivt följa utvecklingen i lagstiftning som är tillämplig på verksamheten. Tillägnande av nya lagar och föreskrifter ska dokumenteras.
- 1) WeMind IoF ska upplevas som en konstruktiv och utvecklingsorienterad samarbetspartner av landets socialtjänster och myndigheter. Vi ska göra en undersökning av socialtjänstens uppfattning om insatserna hos verksamheten som följer upp denna frågeställning.

## Organisatoriska och lokalmässiga förändringar

Under 2023 kommer verksamheten på Gålö att drivas med oförändrad målgrupp och storlek.

En stor nyhet är att verksamheten på Gålö fått en ny föreståndare i årsskiftet inför 2023, i form av Sabina Hahn som jobbat länge som psykolog i verksamheten. Gösta Liljeholm, som förestått verksamheten sedan starten, har gått vidare i organisationen för att arbeta med att utveckla HVB-verksamheter för nya målgrupper. Först ut blir starten av WeMind HVB Vendelsö som vänder sig till flickor med liknande utmaningar som pojkar på Gålö. Projektet kommer att drivas som ett samarbetsprojekt mellan Gålö och Vendelsö och även involvera Evias HVB-verksamhet som under året integrerats långsamt i WeMinds affärsområde Individ och Familj.

Denna rapport är upprättad av ledningsgruppen på WeMind HVB Stegsholm

Gösta Liljeholm  
VD, VC, Föreståndare

Viktor Lundberg  
Bitr. föreståndare

Anton Lyberg  
Bitr. förestånd

Sabina Hahn  
PLA

Kousay Miled  
Bemanningsansvarig

Elin Krantz  
Ansvarig säkerhet och utveckling

Sammanställd: 2023-03-03

Godkänd i ledningsgruppen: 2023-04-17