

# Kvalitetsberättelse

**WeMind HVB 2018**



## Innehållsförteckning

<b>Kvalitetsberättelse</b>	<b>3</b>
<b>Inledning</b>	<b>3</b>
<b>Sammanfattning</b>	<b>3</b>
<b>Verksamhetsbeskrivning</b>	<b>3</b>
Personalgruppen	4
Bemanningen	6
<b>Jämställdhetsarbete</b>	<b>7</b>
<b>Kvalitetsarbetet under året</b>	<b>7</b>
Ansvarsfördelning i kvalitetsarbetet	7
Kvalitetspolicy och målsättningar	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
Beteenderegistreringar	14
Skattningsskalor och strukturerade intervjuer	15
<b>2) Följa evidensläget på relevanta områden</b>	<b>16</b>
<b>3) Tillägg av Dialektisk Beteendeterapi till behandlingsutbudet</b>	<b>16</b>
<b>4) Placerade ungdomars delaktighet i vårdplaneringen</b>	<b>16</b>
<b>5) All fast anställd personal ska genomgå basutbildning i Tillämpad beteendeanalys (TBA)</b>	<b>18</b>
<b>6) Medarbetares trivsel</b>	<b>18</b>
<b>7) Aktivt följa utveckling i lagstiftningen</b>	<b>21</b>
<b>Systematiskt förbättringsarbete</b>	<b>21</b>
Riskanalysprocesser	21
Egenkontroll	21
Miljö och hälsa	22

Utredning av avvikelser rapporterade i ledningssystemet	23
Förbättrande åtgärder i verksamheten	24
IVO - Tillsyner, granskningar och misstankar om missförhållanden	25
<b>Målsättningar och planerat utvecklingsarbete 2019</b>	<b>27</b>
Kvalitetsmål för WeMind HVB 2019	27

# 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

2018 är verksamhetens fjärde verksamhetsår. Året har präglats av att verksamheten flyttats från Nynäshamn till Haninge och expanderats med en ny enhet. Vi har haft 16 vårdplatser öppna fördelade på två avdelningar med nio respektive sju platser. Flytten och expansionen har inneburit stora organisatoriska och personalmässiga förändringar vilket varit föremål för ett intensivt utvecklingsarbete under året.

Beläggningen har varit mycket ojämn under året med en topp under våren och en dal under hösten (i april hade vi 15,2 placerade och i oktober 7,9 placerade på 16 platser, medelvärdet var 12,22). Verksamheten har haft många in- och utskrivningar jämfört med föregående år (20 in och 19 ut jämfört med 5 in och 5 ut 2017) men en högre andel uppdrag som avslutades med genomförd vårdplan (74% jämfört med 40% under 2017). Andelen uppdrag med genomförd vård är den högsta i verksamhetens historia. Det sammanlagda resultatet för 2016-2018 är 67% utskrivna med genomförd vårdplan. Det får anses som ett gott resultat med hänsyn till svårighetsgraden på de uppdrag verksamheten tar emot.

## Verksamhetsbeskrivning

WeMind HVB AB har under 2018 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 terapisaftal genomförs med psykolog.

Det sociala arbetet kring varje ungdom leds av dennes ärendansvarige som är ansvarig för nätverksarbetet. Detta innebär samordning och problemlösning kring skolgång,

familjekontakt, hemvistelser, uppdragsgivarkontakt, fritidssysselsättningar med mera. Varje ungdom har en ansvarig psykolog och en ärendeansvarig socionom.

Verksamhetslokalen på Gålö är en fastighet med 10 byggnader. Tre av husen innehåller boendeavdelningar med 11, 7 respektive 5 vårdplatser. Två av boendeavdelningarna har varit i bruk medan den minsta har varit stängd under 2018. Kontor och samtals- och mötessrum finns i separat byggnad liksom verkstäder, storkök och garage.

### Personalgruppen

Under 2018 har antalet heltidstjänster utökats till 24 från 23 vid årets början. Vi har under året haft fem avgångar i personalkategorierna ledning, behandlingsassistenter, ärendeansvariga och psykologer.

De 24 heltidstjänsterna utgörs av:

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

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

### Ledning

- VD/föreståndare/verksamhetschef. Psykolog som arbetat med ledning av HVB sedan 2009, innan dess som kliniker inom vuxenpsykiatri.
- Behandlingsansvarig psykolog. Arbetat med metodutveckling på detta HVB sedan 2015 med tidigare kliniskt arbete på specialistenhet inom BUP.
- Personalansvarig. Med lång erfarenhet från IT branschen, konsult och bemanning. Anställdes under 2018.

### Behandlingsteam

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

- Ärendeansvarig. Socionom med sju års erfarenhet av socialt arbete. Arbetar efter föräldraledighet 80% i verksamheten.
- Ärendeansvarig. Socionom med examen från 2016. Började på WeMind HVB 2016.
- Ärendeansvarig. Socionom med 5 års erfarenhet av socialt arbete.
- Psykolog. Tidigare tjänstgjort arbetat inom vuxenpsykiatri. Har arbetat på WeMind HVB sedan 2015. Har haft 60% tjänstgöringsgrad fram till augusti och har därefter varit föräldraledig resterande del av 2018.
- Psykolog. Med tidigare erfarenhet av att arbeta inom slutenvård och boendeverksamheter.

- PTP-psykolog. Utbildad på Karolinska Institutet med tidigare erfarenhet som psykologassistent inom öppenvården samt forskningsassistent.
- PTP-Psykolog. Med erfarenhet som psykologassistent och boendestödjare, anställdes 2018

### Samordnare

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

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

### Behandlingsassistenter

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

- Kock/Behandlingsassistent. Behandlingspedagog med examen 2010 med tidigare kockutbildning och sju års erfarenhet från socialt arbete. I verksamheten sedan 2014.
- Behandlingsassistent. Med utbildning från Örebro Universitet till behandlingsassistent (2009). Jobbat på WeMind HVB sedan öppnandet.
- Behandlingsassistent. Undersköterska med 90hp socialt arbete och pedagogik. Sex års tidigare erfarenhet av arbete på HVB. Påbörjade anställning på WeMind HVB 2014.
- Behandlingsassistent. Behandlingspedagog med examen 2012 samt grundkurs i MI.
- Behandlingsassistent. Behandlingspedagog med examen 2014. Har tio års erfarenhet från ungdomsarbete på Fryshuset och i boxningsklubb. Har haft en tjänstgöringsgrad på 50% större delen av året.
- Behandlingsassistent. Socialpedagog utbildad på Vaddö folkhögskola, nyexaminerad. Påbörjade sin anställning 2018
- Behandlingsassistent. Nyexaminerad socialpedagog från Cady training academy. Påbörjade sin anställning hos oss 2017
- Behandlingsassistent. Utbildad behandlingsassistent med examen 2010 från Videbäcks folkhögskola. Examen som behandlingspedagog 2011 från June folkhögskola. Anställdes 2018.
- Behandlingsassistent. Har 18 års erfarenhet av att arbeta inom HVB. Anställdes 2018

### Servicepersonal

Personal med fokus på att vårda det totala fastigheterna och verksamhetsutrymmen som finns på den nya verksamheten.

- Lokalvårdare. Tidigare erfarenhet av att arbeta på boende för ensamkommande. Bor på området.
- Servicetekniker. Utbildad snickare med mångårig erfarenhet som säljare av byggmaterial. Började som timvikarie på verksamheten sommaren 2015.

### Medicinsk personal

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

### Bemanningen

Bemanningsprofilen i verksamheten utgår från vilken typ av uppgifter som ska lösas på olika dagar i veckan och olika tider på dygnet.

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

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

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 2018 har gjorts och presenteras nedan.

<b>Början av 2018 (män/kvinnor)</b>	<b>Slutet av 2018 (män/kvinnor)</b>
Ledning, 100/0	Ledning, 67/33
Psykologgruppen, 50/50	Psykologgruppen, 25/ 75
Ärendeansvariga, 67/33	Ärendeansvariga, 67/33
Behandlingsassistenter 57/43	Behandlingsassistenter, 50/50.
Vikarier, 62/38.	Servicepersonal, 50/50
<b>Totalt: 62% män och 38% kvinnor</b>	<b>Totalt: 56% män och 44% 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 uppföljning av behandlingen:

Behandlingsansvarig psykolog

#### Ansvarig för brandskyddsrutiner:

Brandskyddsansvarig

#### Ansvarig för miljö- och hälsa:

Kock/Föreståndare

#### Forum för kvalitetsfrågor:

*Behandlingsteam.* Teamet sammanträder i ett veckomöte som protokollförs. Detta har genomförts löpande under hela året och tjänat syftet att fånga upp och problemlösa kring ärenden och rutiner och rapporterade avvikelser. I behandlingsteamet ingår verksamhetens psykologer, ärendeansvariga och samordnare.

*Lokal ledningsgrupp.* Föreståndare, behandlingsansvarig psykolog och personalansvarig har sammanträtt i protokollförda möten i syfte att följa upp verksamhetsutvecklingsfrågor samt jobba med riskbedömning och riskanalys.



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

### Kvalitetspolicy och målsättningar

Under 2018 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 2018

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

Kvalitetsmålen utvärderas vart och ett i nedanstående stycken.

# Uppföljning av kvalitetsmålen

## 1) Utvärdering av behandlingsresultaten

### Placeringar under året

Under 2018 skrevs 20 ungdomar in i verksamheten och 19 ungdomar skrevs ut. Beläggningen har fluktuerat under året och varierat mellan som mest 15,2 inskrivna i april och som minst 7,9 inskrivna i oktober. Snittantalet var 12,22 placerade ungdomar över året, vilket innebär en genomsnittlig beläggning på 76%. Vid utgången av 2018 fanns 16 vårdplatser till förfogande med 12,7 inskrivna ungdomar under december.

### 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.

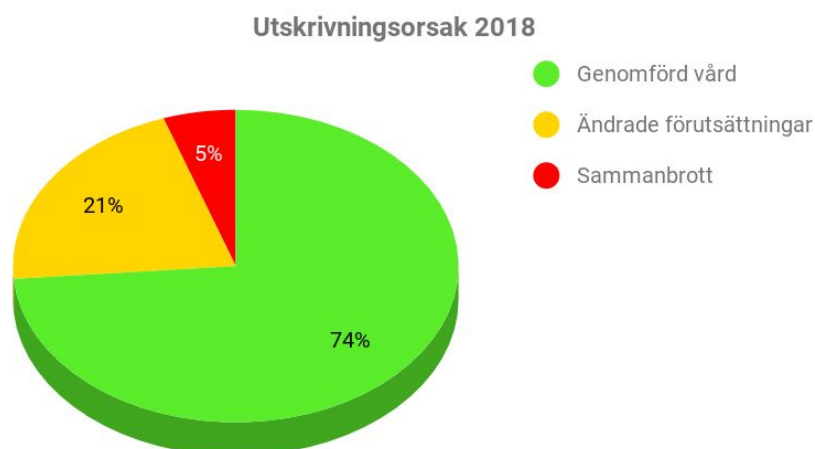
### Uppfyllelse av syfte med placeringen

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 de stipulerade målen i vårdplanen kan anses uppfyllda
- c. Omfattningen på vårdinsatser som ungdomen erhållit efter att placeringen på WeMind HVB avslutats

### Andel slutförda placeringar

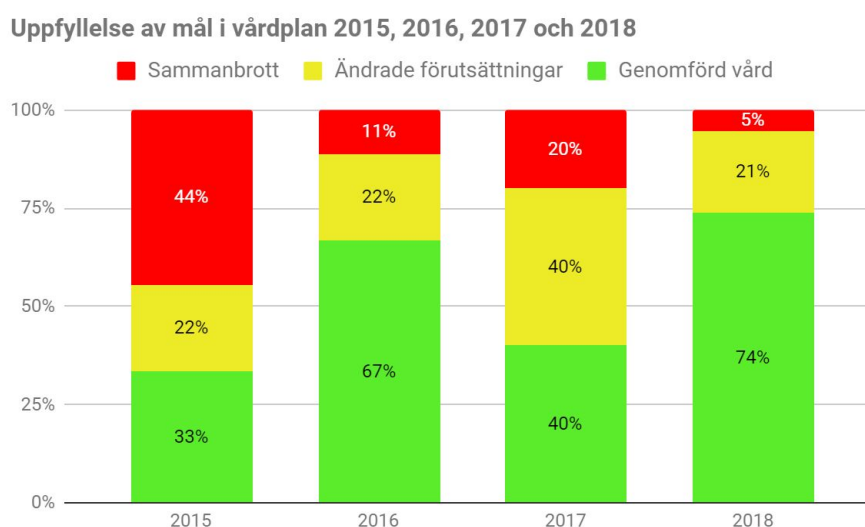
Av de 19 ärenden som avslutades under året var det 14 ärenden (74%) där uppdraget var slutfört, vilket innebär att målen var uppfyllda i tillräcklig grad för att den unge skulle kunna gå vidare i vårdkedjan och flytta vidare till annan vård, eget boende, stödboende eller hem till föräldrarna.



I 4 fall (21%) fick placeringen avslutas på grund av att förutsättningarna hade förändrats och vården inte längre kunde genomföras i verksamheten. I tre av fallen framkom det beteenden som utgör exklusionskriterier för placering då de inte ingår i den typ av problematik som verksamheten arbetar med (grovt våld, droganvändning och kriminalitet). Beteendena var antingen inte kända före placeringen eller hade rapporterats som avsevärt mindre i omfattning vid inskrivningsbedömningen. I det fjärde fallet drog vårdnadshavare in samtycke till placeringen på grund av missnöje med behandlingsresultatet.

I ett fall (5%) fick placeringen akut avbrytas då verksamheten inte klarade av den unges problembeteenden. I detta fall handlade det om att ungdomen utförde en grov våldshandling mot personal.

Nedanstående diagram visar utskrivningsorsak från 2015 till och med 2018:



Som kan utläsas har det varit minst antal avbrutna placeringar under 2018 sedan verksamheten startade.

### Uppfyllelse av mål i vårdplan

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

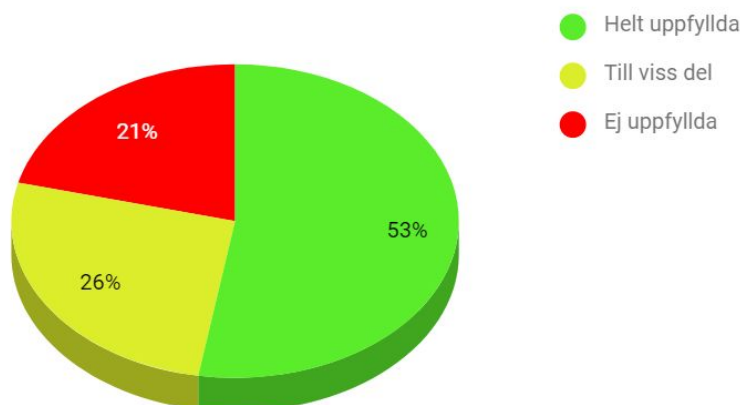
Uppfyllande av målen skattas i en av fyra kategorier:

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

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

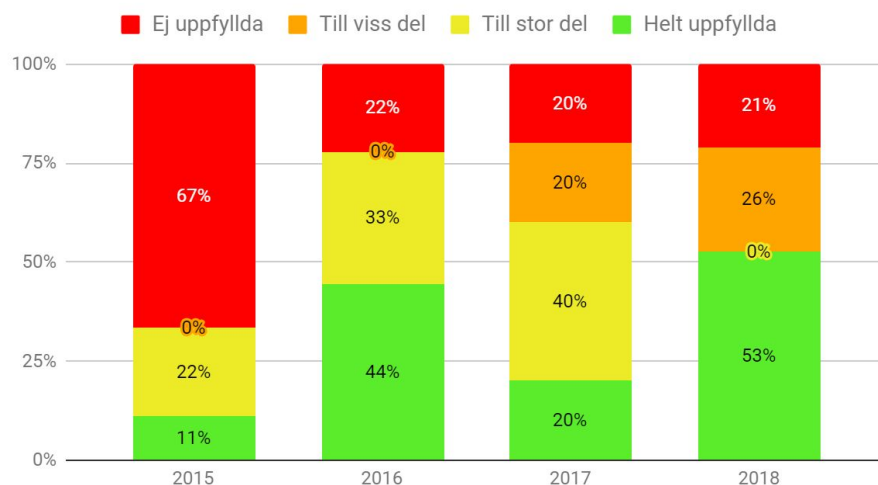
Av de 19 utskrivningar som gjordes under 2018 bedömdes målen i 4 ärenden (21%) vara ej uppfyllda. Målen i 5 ärenden (26%) bedömdes vara till viss del uppfyllda och målen i 10 ärenden (53%) bedömdes vara helt uppfyllda. Det var inga ärenden där målen bedömdes vara till stor del uppfyllda.

Uppfyllelse av mål i vårdplan 2018



Nedanstående diagram visar uppfyllelse av mål över tid från 2015 till och med 2018.

Uppfyllelse av mål i vårdplan 2015, 2016, 2017 och 2018



Som diagrammet visar innehöll 2018 en påtagligt större del ärenden än tidigare år där målen bedömdes vara helt uppfyllda. Samtidigt har det föregående år varit betydligt fler ärenden där målen bedömts vara uppfyllda till stor del. En möjlig förklaring till detta kan vara att verksamheten över åren har renodlat målgruppen och fördjupat bedömningen vid förfrågningar vilket resulterat i en större andel ärenden med den typ av problematik som verksamheten har bäst kompetens att kunna behandla framgångsrikt. Av de placeringar där målen bedömts vara ej uppfyllda eller uppfyllda till viss del utgörs 56% av de placeringar som avslutats på grund av ändrade förutsättningar eller sammanbrott.

### Typ av insatser efter avslutad placering

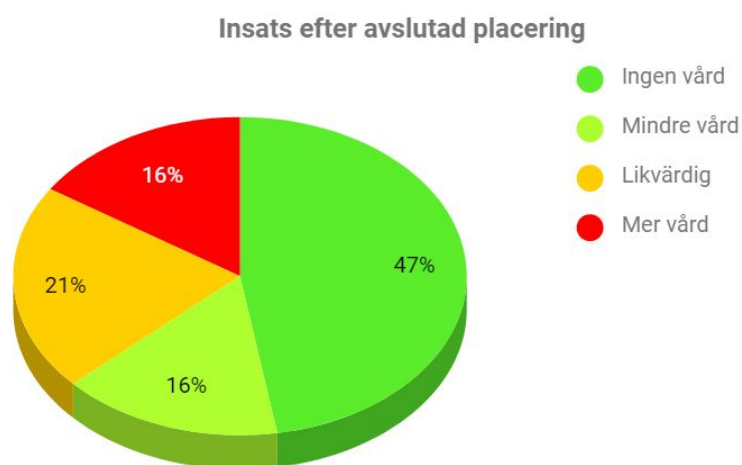
Den tredje nivån för att utvärdera behandlingsresultat utifrån socialtjänstens målformuleringar är genom att titta på vilken typ av insats som varje ungdom fått efter att placeringen har avslutats och vilken grad av vård och behandling insatsen innehåller.

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

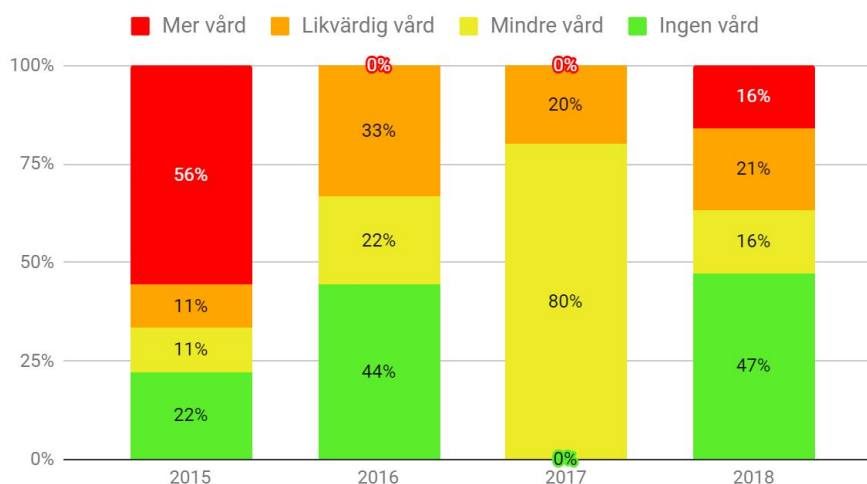
För att insatsen ska bedömas innehålla lite eller ingen vård krävs antingen att ungdomen inte erhåller någon vård alls efter placeringen eller endast erhåller insatser av mindre omfattning så som vård- eller stödinsatser som kan utföras när ungdomen bor hemma, till exempel kontaktperson via LSS, stödinsats 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 behandlingshem 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 19 ärenden där placeringen avslutades under 2018 fick 3 stycken (16%) insatser med mer vård. Samtliga av dessa var placeringar på SiS-institution. 4 ärenden (21%) fick likvärdiga insatser, 3 ärenden (16%) fick insatser med mindre vård och 9 ärenden (47%) fick inga eller små fortsatta insatser.



Nedanstående diagram visar insatser efter avslutande placering för 2015 till och med 2018:

### Insats efter avslutad placering 2015, 2016, 2017 och 2018



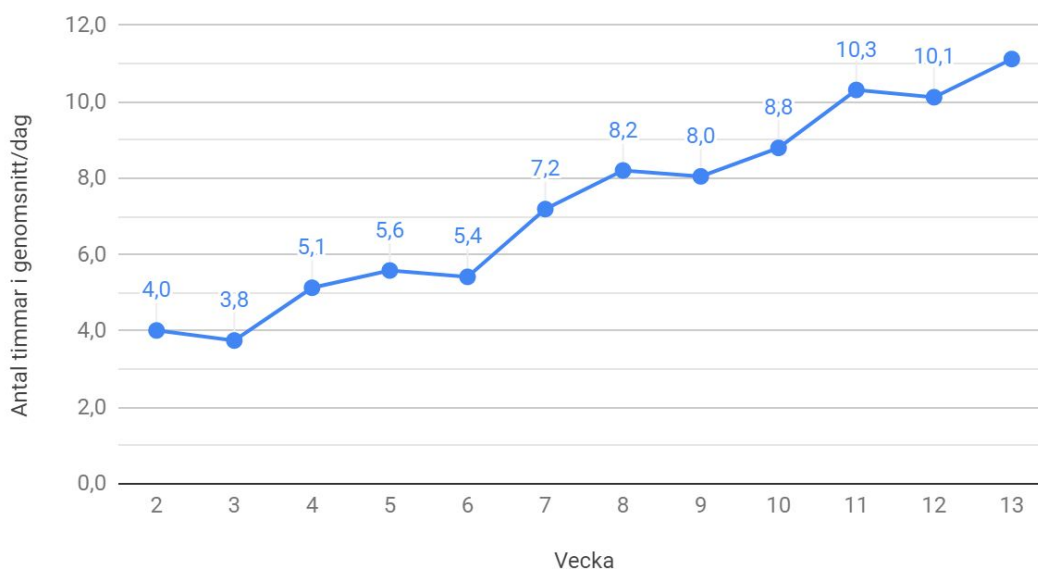
Som man kan utläsa ur diagrammet var det en avsevärt större andel avslutade placeringar under 2018 som inte krävde några fortsatta insatser jämfört med 2015 och 2017. Resultatet är likvärdigt med 2016. Dock är antalet placeringar som krävt insatser med mer vårdinnehåll påtagligt högre än föregående två år.

### Beteenderegistreringar

Verksamhetens viktigaste instrument för att löpande följa upp utvecklingen för varje individ är att tre gånger dagligen registrera förekomst av beteenden som är särskilt viktiga i individens problembild. Det kan vara ett beteende som förväntas minska som resultat av insatserna (till exempel hot, trots, självskada, att isolera sig) eller beteenden som förväntas öka av insatserna (till exempel social samvaro, sköta hygien, motion, sömn, gå till skolan, äta mat).

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

## Tid utanför rummet



*Exempel på utvärdering genom beteenderegistrering*

## Skattningsskalor och strukturerade intervjuer

Under 2018 har verksamheten arbetat med att prova ut lämpliga skattningsskalor och strukturerade intervjuer i syfte att mäta behandlingsresultat samt rutiner för hur dessa ska genomföras och presenteras. Önskan har varit att hitta instrument som på ett bra sätt fångar upp relevanta områden, som är utformade och normerade för barn och unga, har goda psykometriska egenskaper och är realistiska att genomföra med avseende på omfattning. Vidare har verksamheten haft ambitionen att genom mätning beskriva förändring både inom det sociala området samt det psykiatriska.

Psykologgruppen har påbörjat ett arbete med att ta fram en standardiserad procedur för diagnostisk bedömning och val av skattningsskalor. Det har även införts som rutin att genomgående genomföra diagnostisk intervju med M.I.N.I Kid (en bred strukturerad diagnostisk intervju) vid inskrivning av ungdomar där det bedöms genomförbart utifrån ungdomens funktionsnivå. I de fall en ungdom uppfyller kriterier för en diagnos används diagnosspecifika skattningsskalor för att utvärdera behandlingen. I nuläget används skattningsskalorna endast för att utvärdera individuella behandlingar, men över tid kommer det vara möjligt att aggregera datan för att utvärdera behandlingsresultaten för specifika diagnoser på gruppnivå.

Sammanfattningsvis kan verksamheten fortsatt inte presentera några aggregerade data baserade på skattningsformulär eller strukturerade intervjuer för att beskriva behandlingsresultaten. Även när den standardiserade proceduren är färdig kommer det att dröja innan tillräckligt med data har samlats in för att tillförlitliga resultat ska kunna sammanställas.



## 2) Följa evidensläget på relevanta områden

Under 2018 har verksamheten följt evidensläget genom att:

- Delta med alla psykologer (4) på en nationell konferens i beteendeterapi (BTF i Malmö) med flera internationella föreläsare där gruppen deltog i forskningsgenomgångar gällande evidensläget för flera områden inom psykiatrisk vård med fokus på migration och trauma .
- Psykologgruppen har gjort en litteraturgenomgång av forskningsunderlaget för behandlingar av olika tillstånd på unga samt vilka skattningsskalor som bör användas för att utvärdera resultaten.

Vi kan konstatera att forskningen på vad som fungerar inom behandlingshemsvården fortsatt är otydlig och att det är svårt att dra generella slutsatser om vilka insatser som bör erbjudas. WeMind HVB har satsat på att handleda i tillämpad beteendeanalys i boendemiljön, en metod som har lovande stöd, samt att ge evidensbaserade individualbehandlingar för psykiatriska tillstånd inom ramen för behandlingshemsvistelsen.

## 3) Tillägg av Dialektisk Beteendeterapi till behandlingsutbudet

Under 2018 har psykologgruppen genomgått en intensivutbildning i dialektisk beteendeterapi (DBT) som omfattade två heldagar och var anpassad utifrån gruppens förkunskaper. Psykologgruppen har även haft extern handledning en gång i månaden med utgångspunkt i DBT. Skälet att lägga till DBT i behandlingsutbudet är baserat på att det finns lovande forskning som visar på att DBT anpassad efter ungdomar skulle kunna vara gynnsamt för en relativt stor del av de ungdomar som placeras på WeMind HVB.

Målsättningen har varit att starta upp en gruppbehandling med DBT, men detta har inte gått att genomföra under 2018 då det varit för få placerade ungdomar med en problembild som lämpat sig för DBT-grupp och som bedömts ha förmåga att tillgodogöra sig behandlingsinnehåll i gruppformat. Det är planerat att gruppbehandling med DBT kommer att införas i behandlingsutbudet under 2019. Inslag av DBT har dock implementerats i bemötandestrategier och individualbehandlingar.

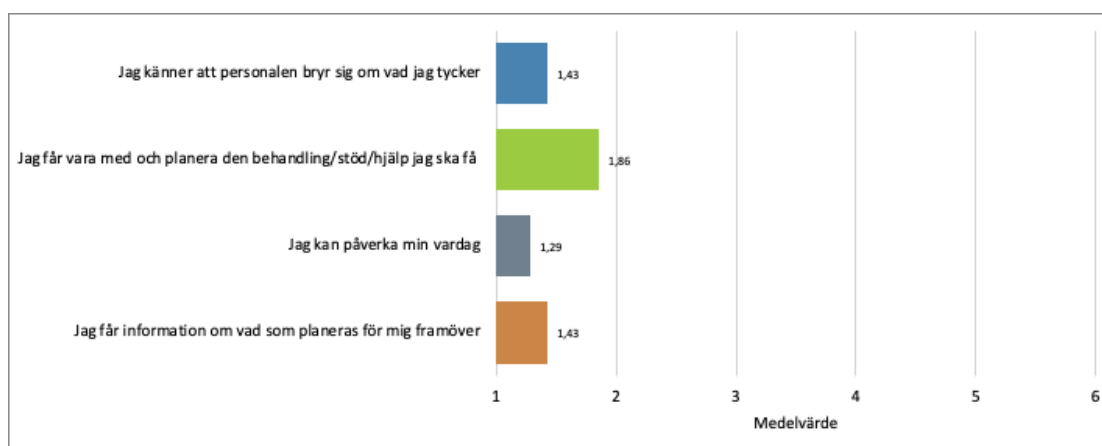
## 4) Placerade ungdomars delaktighet i vårdplaneringen

Verksamheten har arbetat med medbestämmandet enligt rutin under året. Denna rutin 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.

Under året har strukturerade mätningar av ungdomarnas uppfattningar om vården sammanställts i två omgångar. Dels vid IVOs tillsyn där man genomförde en förstudie i form av en enkätundersökning som delgavs verksamheten och dels vid den planerade brukarundersökningen som genomfördes i egen regi.

Nedan redovisas svaren på frågorna om delaktighet från IVOs förstudie till tillsynen 2018 som genomfördes i juni. Här skattade 7 av 8 då inskrivna ungdomar dessa frågor om delaktighet, tillsammans med en mängd andra frågor, på en skala 1-5 (där 1 betyder "alltid" och 5 betyder "aldrig"). Ett lågt resultat är alltså önskvärt.



I oktober genomfördes verksamhetens egna brukarenkät. I denna var skalan från 1-6 och var omvänd, det vill säga att 1 representerade omdömet "stämmer inte alls" medan 6 stod för "stämmer helt". 7 av 8 då inskrivna ungdomar genomförde enkäten. Här är alltså en hög siffra önskvärd.



Verksamheten har genom redovisade undersökningar vid två tillfällen under året kunnat konstatera att ungdomarna upplever en relativt hög nivå av delaktighet under

sin vistelse i verksamheten. Vi har satt upp en målsättning att nå ett mätresultat över 5 poäng i snitt i brukarundersökningen 2019 gällande delaktighet.

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

Under 2018 har vi arbetat med organisationens kompetens inom vår huvudsakliga metod tillämpad beteendeanalys i arbetsgrupperna. Behandlingsansvarig psykolog har tagit fram en introduktionskurs samt fyra basmoduler som medarbetarna ska utbildas i under året. Utbildningen sker under schemalagda handledningstillfällen och det är verksamhetens psykologer som har undervisar.

Totalt har 8 av 16 (50%) fast anställda genomgått alla modulerna under året.

Om man ser till de totala antalet möjliga moduler (16x4=64st) så har det genomförts 47 utbildningstillfällen av 64 möjliga, vilket utgör 73% av det maximala antalet.

Under våren 2018 gjordes en satsning och basmodulerna gavs på handledningstillfällena under januari-maj. Det är tydligt att personal som börjat senare under året har väsentligt färre genomförda utbildningstillfällen eftersom de inte var anställda under perioden då utbildningen gavs. Två personer har därför 0 genomförda tillfällen.

## 6) Medarbetares trivsel

Under november 2018 genomfördes en medarbetarenkät bland alla ordinarie anställda utom ledning. 18 av 18 medarbetare som var i tjänst under perioden svarade på enkäten.

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

Påstående	2016	2017	2018
<i>Delaktighet</i>			
Jag vet vad som förväntas av mig	5,25	5,27	5,22
Jag kan påverka innehållet i mina uppgifter	4,50	4,95	5,00
Jag kan bestämma arbetstakten	3,58	4,41	4,11
Jag kan påverka fördelningen av uppgifter	4,33	4,77	4,94
<i>Arbetsledning</i>			
Bra kontakt med närmaste chef	5,17	5,09	5,17

Närmaste chef fäster avseende på mina synpunkter	4,75	5,09	5,06
Jag får veta hur jag lyckas	4,92	4,50	5,06
Jag känner mig fri att tala om vad jag tycker	5,00	5,05	5,28
Närmaste chef har förmåga att leda gruppen mot gemensamma mål	5,00	5,00	5,11
Närmaste chef öppen för utveckling och nytänkande	5,33	5,18	5,17
<i>Utvecklingsmöjligheter</i>			
Min kompetens tas tillvara	4,58	5,14	4,94
Möjlighet att lära mig nya saker	4,92	5,33	5,11
Möjlighet utveckla min kompetens	5,17	5,19	4,61
Jag kan vidareutbilda mig med arb.giv. stöd	4,64	4,81	4,44
<i>Trivsel</i>			
Jag har ett intressant och stimulerande arbete	5,17	5,36	5,50
Jag känner mig förväntansfull på vägen till jobbet	4,25	4,86	5,11
Jag trivs med mina arbetskamrater	5,83	5,41	5,39
På min arbetsplats belönas bra prestationer	4,33	4,77	4,33
<i>Arbetsgemenskap</i>			
Jag pratar med mina kollegor om jobbet	5,50	5,59	5,50
Mina kollegor uppskattar mina insatser	5,67	5,59	5,06
Vi kan ha en öppen och fri diskussion	5,67	5,29	4,83
Det finns motsättningar mellan grupper	2,67	2,82	3,71
<i>Mobbning</i>			

Har du känt dig utfrusen	0%	9,09%	5,56%
Har du känt dig utsatt för mobbing/trakasserier	0%	4,55%	22,2%
<i>Information</i>			
Jag är nöjd med den information jag får	5,08	5,00	5,06
Jag vet hur jag ska söka den information jag behöver	5,17	5,45	5,00
<i>Arbetsbelastning</i>			
Jag känner mig ofta stressad	3,17	3,14	3,67
Jag känner mig ofta trött efter arbetspasset	4,73	3,73	3,83
Jag kan som regel ta paus när jag behöver	3,42	4,18	4,11
Helhetsbedömning av min jobbsituation	4,92	4,91	4,94
Skulle du rekommendera WeMind HVB som arbetsplats	-	5,50	5,39

Genomgående är medarbetarnas uppfattning av arbetsplatsen mycket god och resultaten på enkäten är jämförbara med förra året. Några försämringar kan dock noteras. Till exempel i hur medarbetarna upplever att organisationen ger möjligheter till att utvecklas i sitt yrke och belöna goda prestationer, arbetsgemenskapen i organisationen har försämrats ur några aspekter, stress har ökat och känsla av kontroll har minskat. Dock ska nämnas att skattningarna i alla dessa områden fortfarande är relativt goda, om än i vissa fall en försämring från tidigare års mycket höga nivåer.

Det resultat som sticker ut och som blev fokus för insatser är området mobbning och upplevda kränkningar från kollegor där 22% (4 individer) hade upplevt detta under det senaste året.

De försämrade resultaten i vissa delområden ska ses i ljuset av en oförändrad helhetsbedömning av jobbsituationen och att arbetsplatsen rekommenderas i samma utsträckning. Här får vi fortsatt mycket goda betyg från arbetsgruppen. Resultatet på medarbetarenkäten var en del i en riskanalys som ledde fram till beslut om ett antal åtgärder på arbetsmiljöområdet, som har plansatts och jobbas med under 2019.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att vi når upp till målet att vara en arbetsplats där personalen trivs och rekommenderar den till andra.

## 7) Aktivt följa utveckling i lagstiftningen

Under hela 2018 har verksamhetens föreståndare fortsatt varit ordinarie ledamot i styrelsen för Svenska Vård, som är en branschorganisation för fristående vård och omsorg som ofta agerar remissinstans i de flesta större förslag till regelförändringar på relevanta områden. Detta innebär att verksamheten har kännedom om kommande ändringar långt i förväg och ofta redan på förslagsstadiet.

Den lagändring som inneburit störst förändringsarbete för organisationen är den nya dataskyddsförordningen (GDPR). I och med den nya lagstiftningen har verksamheten arbetat fram en ny policy och nya rutiner för hur vi hanterar personuppgifter, både gällande de inskrivna, deras anhöriga, våra uppdragsgivare och personal.

I samband med att Arbetsmiljöverket har gjort tillsyner på ett stort antal HVB och LSS-verksamheter gällande deras arbete med hot och våld har ett stort arbete gjorts med att öka den upplevda säkerheten. Vi har arbetat fram dokumenterade säkerhetsrutiner kring flera arbetsmoment, utvecklat tryggheten i lokaler och fordon samt förfinat vårt jobb med riskbedömning inför och under placering.

## Systematiskt förbättringsarbete

### Risikanalysprocesser

Under verksamhetsåret 2018 har det genomförts ett stort arbete med kartläggning av risker kring hot och våld i verksamheten, både ur ett personal- och ungdomsperspektiv. Arbetet med åtgärderna påbörjades under vintern 2018 och fortgår under första halvan av 2019.

### Löpande riskanalys

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

Ett forum där en mer omfattande analys och beslut kring mer principiella frågor kring hur boendet är organiserat, när det finns risk att en rutin inte kan genomföras som den är dokumenterad, kring aktiviteter som ska planeras etcetera görs när behandlingsteamet har veckomöte. Dessa möten dokumenteras i protokoll.

### Egenkontroll

Utöver den redan beskrivna utvärderingen av verksamhetens behandlingsresultat (se uppföljning av kvalitetsmål 1) genomfördes under året följande egenkontroller:

### Behandlingsresultat

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

### Dokumentation

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

### Brandsäkerhet

12 gånger per år 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 32% på helåret. Målet är således uppfyllt 2018.*
- Att 30% av de pengar vi spenderar på städ- och hygienartiklar ska gå till miljömärkta produkter  
*Mätningen av miljömärkning på städ och hygienartiklar har inte fullföljts, så på detta område kan vi tyvärr inte presentera några siffror. Dock har vi fortsatt att använda en leverantör av tvätt och städprodukter som enbart levererar miljömärkta produkter.*
- Att kartlägga bilkörningen i verksamheten 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 2018 har verksamhetens bilar rullat 66857 km, vilket ger ett snitt på 5571 km/månad. Utslaget på medelantalet inskrivna ungdomar ger en medelkörsträcka på 456 km/ungdom och månad för året. Detta är en ökning med 25% från föregående år (då snittet var 364 km/ungdom/månad). Ökningen förklaras sannolikt av att 2018 var det första året med verksamhet på Gålö, ett läge där*

*verksamheten har längre sträckor att köra till skolor och affärer.*

- Att påverka fastighetsägaren att utöka möjligheterna till källsortering lokalt i fastigheten  
*På Gålö ser källsorteringsmöjligheterna annorlunda ut än i Nynäshamn. Verksamheten har sämre möjligheter att sortera lokalt utan får samla och åka och tömma på anvisade platser i kommunen. Vi har däremot mer resurser på servicenivån i organisationen och servicetekniker och lokalvårdare (som är nya befattningar) har samarbetat med behandlingspersonalen för att få källsorteringen att fungera i verksamheten.*
- Att öka inköpen av fullkornsspannmål, som pasta bröd och korn, till att utgöra 4% av den totala inköpskostnaden för livsmedel  
*Inköpen av fullkornsspannmål utgjorde 3,35% av de totala inköpen av livsmedel. Detta var en ökning från förra årets 2,69%. Här når vi trots ökningen inte upp till målet på 4% och kan konstatera att vi har ett fortsatt utvecklingsområde inför nästa år.*

### 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 har bytt ut plastbehållare och redskap och använder köksredskap i trä eller metall samt matlådor i glas. Utöver kosten och produkterna som används kring livsmedelshanteringen försöker vi aktivt uppmuntra ökad fysisk aktivitet hos ungdomarna genom att bland annat erbjuda träning och facilitera deltagande i sport som fritidsintresse.

### Utredning av avvikelser rapporterade i ledningssystemet

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

Under 2018 inkom 39 avvikelserrapporter i verksamhetens kvalitetsledningssystem. Detta är en minskning (53%) från 73 stycken föregående år. Avvikelsena har löpande hanterats av ledningsgruppen vartefter de har kommit in. Av dessa handlade 21 stycken (54%) om avvikelser inom Hälso- och Sjukvårdslagen, till exempel medicinhantering och då framförallt osäkerhet kring delade preparat och uteblivna medicintillfällen och signering i avsedd lista.

8 avvikelserrapporter (20%) handlade om bristande rutiner i verksamheten, till exempel att journalanteckningar skrivits i fel ungdoms journal. Utöver det innefattas olika typer av klagomål (5 st), rapporter gällande arbetsmiljö (3 st) och olika otillåtna aktiviteter (2 st), till exempel rökning inomhus.

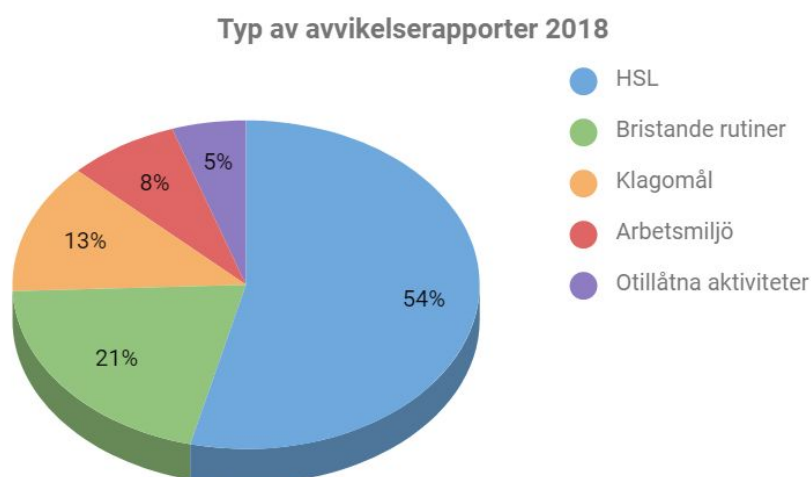
Att antalet avvikelserrapporter minskat i verksamheten kan ses ur olika perspektiv:



- Verksamheten håller en hög standard
- Det finns en underrapportering av avvikelser
- Att informationen om avvikelserapporteringssystemet avstannat

Det är svårt att avgöra vilken eller vilka faktorer som ligger till grund för 2018 års minskade inflöde av avvikelser.

Nedanstående diagram visar fördelningen mellan olika typer av avvikelserapporter som inkommit under 2018:



### Förbättrande åtgärder i verksamheten

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

### Medicinhantering

Trots det omfattande arbete som lades ner under förra året för att tydliggöra och förenkla rutinerna kring delning och administration av de läkemedel som hanteras i verksamheten har 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.

### Rutinavvikelser

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

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

### Övriga avvikelser

Till antalet är övriga avvikelser relativt få, tio stycken totalt. De avser klagomål, arbetsmiljö, hot- och våldssituationer samt otillåtna aktiviteter.

### Lokal/fast installationer

Inga avvikelser kring det som kallas felanmälan är gjorda under 2018. Däremot kommer informationen kring problem av den fysiska miljön till verksamhetens servicetekniker via e-post.

## IVO - Tillsyner, granskningar och misstankar om missförhållanden

### Tillsyner

Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) har gjort två tillsyner i verksamheten under 2018. Dels en ordinarie frekvenstillsyn i juni där man granskade hur verksamhetens uppdrag från socialtjänsten ser ut samt följde upp vårdplan och genomförandeplan för ett antal ärenden. Ärendena valdes ut genom stickprov och vid granskningen fann IVO att uppdrag och bedömningar stämmer väl överens med verksamhetens tillstånd och var gjorda med god kvalitet.

Den andra tillsynen under 2018 genomfördes som en del i ett utvecklingsprojekt från IVO:s sida där man valt ut 12 verksamheter i landet för att delta i en pilotversion av en ny tillsynsform. Tillsynsformen kallas riskbaserad tillsyn och går ut på att de inskrivna ungdomarna och föreståndare i en förstudie svarar på en enkät om sin upplevelse av verksamheten ur ett antal olika perspektiv (trygghet, behandlingen, bemötande, delaktighet och boendemiljö). Utifrån resultatet på enkäterna får IVO en föraning om på vilka områden verksamheten kan behöva granskas och genomför ett oförberett inspektionsbesök utifrån detta underlag. Enkätstudien genomfördes i juli månad 2018 och det oförberedda besöket i september.

Fokus för tillsynen blev att granska de placerade ungdomarnas delaktighet i vården, hur verksamheten anpassar insatsen efter den enskildes individuella behov och förutsättningar samt personalens kompetens. Tillsynen konstaterade att verksamheten har ett arbetssätt som bygger på samarbete med den enskilde och ger förutsättningar för att anpassa insatsen efter den enskildes individuella behov och förutsättningar. IVO konstaterar också att personalens kompetens ger förutsättningar för att möta barnens och de ungas behov och bidra till en trygg och säker vård.

Tillsynsbesluten publiceras på WeMind HVB:s hemsida för nedladdning.

### Granskning efter klagomål

Under sommaren 2018 inkom ett klagomål till IVO från en förälder till en tidigare inskriven ungdom. Föräldern var missnöjd med hur placeringen hade kommit till stånd,

hur vården hade genomförts och på vilket sätt verksamheten hade följt upp den unges behov under placeringstiden.

IVO samlade in relevanta handlingar från verksamhetens lämplighetsbedömning och genomförde intervjuer med föreståndare samt begärde ett yttrande rörande uppföljning och samverkan. I granskningen kunde IVO inte finna några brister i hur verksamheten arbetat kring den unge. Tillsynen konstaterar att verksamheten har följt upp den unges behov under pågående placering, att verksamheten har samverkat med socialtjänsten och barnpsykiatrien samt att den unge har erbjudits möjlighet att komma till tals under placeringstiden. Verksamheten ålades inte att vidta några åtgärder som följde av granskningen.

### Undersökningar vid misstanke om missförhållanden

Under 2018 rapporterades två händelser till IVO; en som följde av misstankar om missförhållanden i verksamheten (Lex Sarah) och en där en risk för vårdskada hade uppstått (Lex Maria).

#### *Lex Sarah*

Det kom till verksamhetsledningens kännedom att inskrivna ungdomar hade filmats av andra ungdomar och att filmen hade publicerats på internet. På filmen syntes ett uppgjort slagsmål mellan två ungdomar, där den ene upplevdes klart i underläge och utsatt för risk för kränkning i samband med händelsen. Händelsen utreddes skyndsamt och verksamhetens rutiner för personalnärvaro i ungdomsgruppen stramades upp.

Bedömningen från föreståndare var att det förelåg risk för allvarliga missförhållanden när händelser som den beskrivna kunde inträffa utan personalens vetskap och anmälde händelsen till IVO. IVO granskade de planerade och genomförda åtgärderna och konstaterade att verksamheten hade vidtagit åtgärder för att utan dröjsmål avhjälpa eller undanröja missförhållandet, hade identifierat bakomliggande orsaker till det inträffade och efter det vidtagit och planerat att vidta åtgärder för att förhindra att något liknande inträffar igen. Verksamheten ålades inte att vidta några ytterligare åtgärder som följde av granskningen.

#### *Lex Maria*

Under en helg i slutet av mars inträffade en förväxling av dosetter i en av verksamhetens avdelningar som ledde till att en ungdom fick en felaktig läkemedelsdos. Den unge märkte inte själv av händelsen.

IVO granskade den inkomna anmälan och de åtgärder verksamheten hade satt in för att förebygga framtida förväxlingar och beslutade att inte vidta några ytterligare åtgärder.

## Målsättningar och planerat utvecklingsarbete 2019

### Kvalitetsmål för WeMind HVB 2019

Ledningsgruppen har antagit följande kvalitetsmål för 2019:

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

### Organisatoriska och lokalmässiga förändringar

Under 2019 kommer verksamheten att bygga om en av avdelningarna så att den kan rymma 11 boenderum, det antal vårdplatser som tillståndet anger. Tidigare har endast 9 vårdplatser varit öppna. Processen väntas inledas i januari med riskanalys och projektering och vara färdig i mars/april. Denna förändring kommer dels att innebära utmaningar under byggnadstiden, men kanske framförallt genom att avdelningen får en ny planlösning och fler ungdomar.

Denna rapport är upprättad av Ledningsgruppen på WeMind HVB

Gösta Liljeholm  
VD, VC  
Föreståndare

Jessica Nilsson  
HR-Chef

Björn Persson  
Bitr. Föreståndare

Emil Rosander  
Behandlingschef  
Bitr. VC

Sammanställt: 2019-05-07

Godkänd i ledningsgruppen: 2019-05-08