

Kvalitetsrapport 2024

WeMind HVB Vendelsö



Om verksamhetens arbete
kring att säkra och förbättra
kvaliteten under 2024.



Inledning	2
Sammanfattning	2
Verksamhetsbeskrivning	2
Personal och kompetens.....	3
Bemanningsplan.....	5
Kompetenshöjande insatser	6
Om verksamhetens systematiska kvalitetsarbete	7
Övergripande kvalitetsmål.....	7
Kvalitetsledningssystem.....	7
Ansvar och roller i kvalitetsarbetet	8
Forum för kvalitetsfrågor	8
Forum för ungdomarnas medbestämmande.....	9
Systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete 2024	9
Egenkontroll.....	9
Riskanalyser	23
Avvikelser/klagomål/förbättringsförslag	23
Extern tillsyn/Granskning.....	24
Förbättringsarbete 2024	25
Förbättringsförslag inför 2025.....	25

Inledning

Denna kvalitetsberättelse är upprättad som en del i WeMind HVB Vendelsös arbete med att fortlöpande utvärdera och utveckla verksamhetens kvalitet. Kvalitetsberättelsen utgår från bestämmelserna i SOSFS:9 samt grunderna i ISO 9001 och SS 41000 gällande systematiskt kvalitetsarbete och ger en samlad bild över verksamhetens arbete kring att säkra och förbättra kvaliteten under 2024.

WeMind HVB Vendelsö är en del av WeMind Individ och Familj (IoF).

Sammanfattning

Under 2024 har WeMind HVB Vendelsös båda avdelningar, med sex platser i respektive avdelning, varit öppna. Verksamheten har tillstånd för ytterligare en plats för en inskriven i en separat byggnad, denna del har ej utnyttjats under året som varit.

Då 2024 är verksamhetens andra år så har det varit ett tydligt fokus under året att utvärdera det första året och utifrån detta utveckla verksamheten. Detta har skett genom att än tydligare etablera och utveckla rutiner, metodutveckling och en kunskapshöjning i arbetsgruppen och utvärdering samt utveckling av ledningsfunktioner till nuvarande etablerade ledningsgrupp. Verksamheten har arbetat mycket med att etablera kontakter och samarbeten med viktiga parter i närområdet, bland annat med olika skolor och praktikplatser, somatisk och psykiatrisk vård med mera.

Verksamhetsbeskrivning

WeMind HVB Vendelsö är ett behandlingshem som ligger beläget i södra Stockholm. Boendet ligger hemtrevligt till i en trivsamt villa om tre våningsplan i ett villaområde med närhet till centrum och flertalet skolor. Boendet har tillstånd för flickor och pojkar men tar endast emot flickor och transflickor 14–18 år. Verksamheten har två avdelningar med sex platser per avdelning, samt möjlighet att i ett separat hus ha en extra ungdomsplats där avtalet tillåter ett annat åldersintervall (upptill 20 års ålder). Denna del av verksamheten har ej använts under 2024.

Verksamheten vänder sig till ungdomar med olika beteendeproblem där skolfrånvaro blivit ett problem och/eller relationen till familjemedlemmar präglas av konflikter. Verksamheten är specialiserad för ungdomar med neuropsykiatriska funktionsvariationer och beteendeproblem samt omfattande psykiatriska behov.

Runt varje placerad ungdom finns ett behandlingsteam med en ärendansvarig socionom, behandlingsassistent som agerar kontaktperson och en behandlingsansvarig psykolog. Tanken bakom teamarbetet är att ungdomens olika behov av vardagligt stöd och färdighetsträning, behov av psykologisk bedömning, utredning och behandling samt nätverksarbete, skolgång och fritid ska kunna tillgodoses av de olika teamfunktionerna och rollerna.

Verksamhetens metod är Tillämpad beteendeanalys (TBA) som är en väletablerat och erkänd metod för att analysera och förstå olika funktionella- och dysfunktionella beteendemönster, uppkomst och vidmakthållande av dessa och genomföra beteendeförändringar. I verksamheten bedrivs vidare en färdighetsträningsgrupp enligt Dialektisk beteendeterapi (DBT) som leds av två psykologer och erbjuds de ungdomar som bedöms vara hjälpta av att, i grupp, lära sig om känslor, känsloreglering, medveten närvaro samt relations- och krisfärdigheter.

Personal och kompetens

En förutsättning för att verksamheten ska nå sina mål och sträva mot verksamhetens vision är att personal genom sin utbildning, erfarenhet och personlig lämplighet ger insatser av högsta kvalitet. I verksamheten arbetar personal med olika utbildningar och erfarenheter sida vid sida för att ge ungdomarna de bästa förutsättningarna att nå sina mål.

Personalens sammansättning

Resurserna är fördelade enligt följande:

- Tre i ledningsfunktion (föreståndare, psykologiskt ledningsansvarig och biträdande föreståndare) från och med december 2024.
- Behandlingsteamet består av två socionomer samt två legitimerade psykologer, samtliga verksamma på heltid. Utöver dessa är även två ur ledningsgruppen (föreståndare och psykologiskt ledningsansvarig psykolog) aktivt delaktiga och ansvariga i ungdomsärenden.
- Verksamheten har 10 behandlingsassistenter. En av dessa har hus- och matansvar, en är ansvarig för bemanningsfrågor och är med i rekryteringsprocessen av behandlingsassistenter samt en behandlingsassistent som benämns som senior behandlingsassistent och är delaktig i bland annat introduktion av ny personal samt kontaktperson för verksamhetens sjuksköterska. Behandlingsassistenterna är fördelade enligt fyra per avdelning och två som stöttar upp i den avdelning som har behov av extra stöd just då.

Ledningsgrupp

Under 2024 har omorganiseringar gjorts inom ledningsgruppen. Under första halvan av året bestod ledningsgruppen av en föreståndare samt biträdande föreståndare. Under juli 2024

avslutade föreståndaren sin anställning och i väntan på en ny föreståndare tillträdde biträdande föreståndare rollen som tillfälligt förordnad föreståndare. I ledningsgruppen fanns även en person med rekryterings- och bemanningsansvar. Under oktober tillsattes en psykologiskt ledningsansvarig psykolog som ett tillskott till ledningsgruppen. Från och med årsskiftet (2024–2025) består ledningsgruppen av en föreståndare, biträdande föreståndare och psykologiskt ledningsansvarig. Samtliga personer arbetar heltid inom verksamheten.

Föreståndare för WeMind HVB Vendelsö är legitimerad psykolog och specialist i klinisk vuxenpsykologi och har arbetat inom WeMind Individ och Familj sedan 2024. Hon har tidigare arbetat på SiS samt har som mest nyligen arbetat inom vuxenpsykiatri. Ewa har 20 års erfarenhet från att ha arbetat med psykologiskt utrednings- och behandlingsarbete i olika kliniska sammanhang samt över 15 års erfarenhet av att bedriva DBT med bland annat unga kvinnor.

Biträdande föreståndare för WeMind HVB Vendelsö är socionom. Hon har arbetat inom WeMind Individ och Familj sedan 2018 och har erfarenhet från socialt arbete sedan 2013 inom socialpsykiatri och öppenvårdsbehandling inom socialtjänsten.

Psykologiskt ledningsansvarig (PLA) för WeMind HVB Vendelsö är legitimerad psykolog med fyra års arbetslivserfarenhet från WeMind Individ och Familj och erfarenhet från utredning- och behandlingsarbete på mottagning.

Behandlingsteam

På verksamheten har det under 2024 funnits flertalet heltidsanställda socionomer samt psykologer. I gruppen har det skett förändringar och i slutet av 2024 var resurserna fördelade enligt följande. I behandlingsteamet ingår även föreståndare och PLA.

- Ärendansvarig socionom som tidigare har arbetat på Eviaskolan (behandlingsskola) och på specialiserad ätstörningsenhet. Hon har arbetat på WeMind HVB Vendelsö sedan juni 2023.
- Ärendansvarig socionom har sedan tidigare många års erfarenhet som socialsekreterare inom barn och familj och har varit anställd i verksamheten sedan mars 2024.
- Legitimerad psykolog som tidigare har arbetat inom vuxenpsykiatri och har även under psykologutbildningen arbetat inom beroendevård samt på ett av WeMind Individ och Familjs pojkböenden. Psykologen har arbetat på WeMind HVB Vendelsö sedan februari 2024.

Medicinskt team

Tätt knutet till verksamheten finns en legitimerad sjuksköterska samt en legitimerad psykiater.

Sjuksköterskan är utöver legitimerad sjuksköterska med lång erfarenhet från arbete inom psykiatri även KBT-terapeut och biträdande verksamhetschef på en separat psykiatrimottagning under WeMind. Sjuksköterskan besöker ungdomarna en gång i veckan för hälsoundersökning, medicinföljsamhet och dosettindelning av läkemedel. Utöver detta konsulterar sjuksköterskan verksamhetens personal i medicinfrågor per telefon vid behov.

Den läkare som är knuten till WeMind HVB Vendelsö är specialist inom barn- och vuxenpsykiatri och har lång erfarenhet av att arbeta inom psykiatri med barn- och vuxna och inom HVB. Läkaren har varit en tillgång för WeMind Individ och Familjs HVB sedan starten för 10 år sedan. Läkaren besöker verksamheten en gång i månaden för uppföljning av de placerade ungdomarna. Han ordinerar läkemedel och gör medicinuppföljningar samt är ansvarig psykiater i de neuropsykiatriska utredningar som genomförs på verksamheten. Utöver fysiska besök gör Anders vid behov digitala uppföljningar och finns tillgänglig för personal för konsultation per telefon.

Övrig personal

Kvalitetsansvarig för samtliga HVB inom WeMind har ett särskilt fokus på att utveckla verksamhetens ledningssystem och samordna det systematiska kvalitetsarbetet.

Etablerings- och utvecklingschef för HVB-verksamheterna inom WeMind har särskilt fokus på omvärldsbevakning och utbildningsinsatser. I det ingår att arrangera ett föreståndarkollegium där verksamhetsgemensamma frågor lyfts och kvalitetssäkras.

Fastighetsskötare och servicetekniker finns tillgänglig för skötsel av lokal på WeMind Vendelsö.

Bemanningsplan

Verksamheten har en generell bemanningsplan som revideras utifrån verksamhetens behov. Det innebär att den fungerar som en riktlinje och där personaltätheten styrs av de placerade ungdomarnas och personalens behov. Eventuella behov av förändringar i bemanningsplanen, till exempel vid inskrivningar eller förändrade risknivåer, stäms av dagligen. Verksamheten har inget planerat ensamarbete och det finns alltid personal i verksamhetens lokaler.

- Dagtid vardagar:
Två behandlingsassistenter, tre psykologer och tre socionomer (inkluderar ledningsgrupp).
- Kväll/Helg:
Tre behandlingsassistenter vid en lägre beläggning på upp till nio inskrivna ungdomar.
Fyra behandlingsassistenter vid en beläggning på 10–12 inskrivna ungdomar.

- Natt:
Tre behandlingsassistenter

Utöver detta har verksamheten telefonjour som utanför kontorstid alltid bemannas av någon av verksamhetens psykologer, socionomer eller mest erfarna behandlingsassistenter med seniora ansvarsroller.

Kompetenshöjande insatser

Handledning varit i fokus och under utveckling under det gångna året. Under 2024 har handledning getts till verksamhetens psykologer av extern neuropsykiatrisk utredningshandledare ungefär var sjätte vecka. Verksamhetens psykolog- och socionomgrupp har erhållit gemensam metodhandledning av extern handledare regelbundet, ungefär en gång i månaden till var sjätte vecka. Under året har anställda inom verksamheten gått flertalet utbildningar och deltagit i kompetenshöjande insatser.

- Det har hållits en extern hot- & våldsutbildning för hela den ordinarie personalgrupp. Denna hölls av Henrik Persson som är certifierad terapeut, kursledare och föreläsare inom ämnet förebyggande av hot och våld.
- Föreståndare och biträdande föreståndare tog båda del av WeMinds interna rekryteringsutbildning för chefer.
- Under vår och höst gick ordinarie personalgrupp en extern brandutbildning och HLR-utbildning genom BOL säkerhet.
- Under hösten gick Biträdande föreståndare en extern ledarskapsutbildning om kvalitetssäkring inom HVB genom Piku utbildning.
- Under hösten närvarade verksamhetens tre socionomer samt senior behandlingsassistent på socionomdagarna 2024.
- Föreståndare, biträdande föreståndare och bemanningsansvarig behandlingsassistent tog alla del av WeMinds interna arbetsmiljöutbildning under året och verksamhetens lokala skyddsombud medverkade vid WeMinds interna arbetsmiljöutbildning för skyddsombud.

Utbildning och handledning i verksamhetens behandlingsmetod, Tillämpad beteendeanalys (TBA), har skett under schemalagda handledningstillfällen till hela den ordinarie arbetsgruppen på verksamhetens personalmöten. Utbildningsprogrammet delas in i fyra grundmoduler där grunderna i TBA lärs ut kombinerat med bemötandestrategier och grundläggande principer för verksamheten, som naturligtvis utgår ifrån TBA. All handledning utgår ifrån metoden, vilket inkluderar att stötta och stärka personalgruppens samarbete samt handleda i hur de ska hantera svåra och utmanande beteenden såsom till exempel utåtagerande beteende, suicidnära

beteende och självskada. En viktig del av verksamhetens personalgrupp består även av vikarier. Under den andra halvan av året har vikarier erbjudits regelbunden lunchutbildning och handledningar digitalt.

Under 2024 har sju av elva behandlingsassistenter ur den fast anställda behandlingspersonalgruppen fått utbildning i verksamhetens samtliga moduler. I ärendansvarig socionomgruppen har båda fastanställda socionomer genomgått utbildningsmodulerna. Sammantaget ger detta att (avrundat) 69% av personalgruppen har genomgått samtliga fyra moduler under 2024.

I samband med årsskiftet har personalgruppens kunskapsnivå i metoden (TBA) testats genom ett kunskapsprov. Detta är ett sätt för verksamheten att få ett mått på hur väl verksamhetens utbildningsinsatser leder till önskad teoretisk kunskap i behandlingsmetoden. Det är första gången som testet har använts på WeMind HVB Vendelsö, varför det inte finns någon data att jämföra med från föregående år. 2024 års resultat visar dock på att arbetsgruppen generellt har god kännedom om verksamhetens metod och resultatet kommer att ligga till grund för att ytterligare förbättra metodhandledningen 2025.

Om verksamhetens systematiska kvalitetsarbete

Övergripande kvalitetsmål

Verksamheten delar sitt övergripande mål med övriga verksamheter inom koncernen. Detta mål är att bedriva långsiktigt hållbara verksamheter med välmående personal som erbjuder högklassig vård och skola. Viktiga värdeord i arbetet mot det övergripande målet är vänlighet, resursmedvetenhet, evidens och behandlingsresultat.

Verksamheten ska bedrivas med hög kvalitet, och med det menas att verksamheten ska uppnå de krav och mål som gäller för verksamheten med än högre nivå än vad som förväntas. Principer för verksamhetens kvalitetsarbete regleras i kvalitetspolicyn.

Kvalitetsledningssystem

Verksamheten har ett kvalitetsledningssystem som följer SOSFS 2011:9 samt grunderna i standarden för kvalitetsledning ISO 9001 och standarden för kvalitetssäkring av HVB SS 41000. I kvalitetsledningssystemet finns verksamhetens processer och rutiner beskrivna.

Ansvar och roller i kvalitetsarbetet

Styrelsen för verksamheten har det övergripande ansvaret som vårdgivare. Verksamheten har en föreståndare tillika verksamhetenschef för HSL. I denna tjänst ingår det övergripande ansvaret för att säkra och utveckla verksamhetens kvalitet samt att skapa förutsättningar för god vård och god patientsäkerhet genom systematiskt kvalitetsarbete och ständiga förbättringar.

Samtlig personal som arbetar i verksamheten har del i ansvaret gällande kvaliteten och alla ska arbeta för att intressenters behov ska tillgodoses och förväntningar överträffas. För att möjliggöra detta arbetar verksamheten med ett systematiskt kvalitetsarbete i samtliga verksamhetsprocesser. Till varje process finns utsedd processägare som övervakar och driver det systematiska kvalitetsarbetet. Tydighet kring ansvar för aktiviteter synliggörs i verksamhetens styrdokument (processkartor, riktlinjer, rutiner etcetera).

Forum för kvalitetsfrågor

Som ett led i att säkerställa en hög kvalitet i vård och behandling i verksamheten har WeMind HVB Vendelsö flertalet forum för samverkan och kontrollfunktion. Nedan beskrivs forum som fyller de olika delfunktionerna för detta.

Personalmöte

Verksamhetens ordinarie personalgrupp har personalmöten en heldag var tredje vecka. Halva dagen tillägnas till personalmöte/APT där verksamhetsrelaterade frågor lyfts såsom gällande rutiner, trygghet- och säkerhetsfrågor, arbetsmiljö och olika vardagsnära beslut fattas. I detta forum informeras även gruppen om in- och utskrivningar, förändringar i personalgrupp med mera. Samtliga i forumet får möjlighet att på förhand lägga till punkter. Även frågor och punkter från vikarier lyfts på detta möte. Samtliga beslut dokumenteras och tillgängliggörs för samtlig personal i efterhand. Den andra halvan av dagen används till handledning som hålls av verksamhetens psykologer.

Verksamhetsledning

En gång i veckan samlas verksamhetens ledningsgrupp tillsammans med etablerings- och utvecklingschef för HVB-verksamheterna inom WeMind Individ och Familj. Mötet syftar till att bland annat lyfta frågor om förfrågningar, placeringar- och omplaceringar, fördelning och hantering av avvikelser, personalrelaterade frågor, verksamhetsutveckling och kvalitetssäkring.

Psykologmöten

Var tredje till var fjärde vecka samlas psykologgruppen. Syftet är att planera och utvärdera handledningar, identifiera verksamhetsövergripande behov i ungdomsgruppen och planera insatser och åtgärder för detta.

Behandlingskonferens

Var fjärde till var sjätte vecka samlas samtliga socionomer och psykologer för genomgång av ungdomsärenden; vilka delområden som är i särskilt fokus i det enskilda ärendet och en möjlighet för teamet att delge planeringen framåt avseende behandling.

Måndagsmöten

En gång i veckan samlas all personal som arbetar vardagar dagtid för att fördela arbetsuppgifter efter helgen samt planera för veckan som kommer.

Avstämning husansvar

En gång var fjärde vecka har husansvarig uppföljning med biträdande föreståndare avseende verksamhetens aktuella behov mot budget.

Föreståndaravstämning

En gång i veckan följer etablerings- och utvecklingschef upp eventuella frågor kopplat till föreståndarskapet.

Koncernuppföljning

Chef för WeMind Individ och Familj följer upp föreståndare varje månad med fokus på vårdkvalitet och ekonomi.

Forum för ungdomarnas medbestämmande

Varje ungdom har vårdplansmöte ca var 6:e vecka med sin ansvarige psykolog, socionom samt kontaktperson där vi går igenom vårdplan och genomförandeplan. Ungdomen har möjlighet att berätta vad hen önskar att eventuellt ändra med sitt belöningschema samt komma med andra önskemål gällande vårdplanen.

Avdelningarna har husmöte varje vecka där ungdomarna kan ta upp frågor samt önskemål gällande aktiviteter, kost, inköp, regler och rutiner. Det förs protokoll och frågeställningarna tas vidare till föreståndare som sedan kan godkänna önskemål. Det finns även en brevlåda där ungdomarna kan skriva förslag om de hellre vill ta upp sina önskemål anonymt.

Systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete 2024

Egenkontroll

Verksamheten har en fastställd egenkontrollplan som tydliggör verksamhetens systematiska uppföljning och utvärderingar av den egna verksamheten med syfte att säkerställa hög kvalitet. En del av egenkontrollen är inkluderat i verksamhetens uppsatta kvalitetsmål för 2024.

Följande är resultat av egenkontrollen, inklusive kvalitetsmålsuppfyllelse, för 2024.

Koncerngemensam kvalitetsrapportering- IFU

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 resultat på ett strukturerat sätt för att det ska bli möjligt att se på gruppnivå hur det går för dem som tar emot vården och hur de uppfattar vården de får. Samtliga WeMinds HVB-verksamheter har samma 13 punkter i IFU som mäter både införande av mätmetoder, följsamhet till mätmetoder och resultat av mätningarna. Varje verksamhet sätter mål för hur många items de utifrån sina specifika förutsättningar förväntas uppnå under året. WeMind Vendelsö hade dock inte satt något sammantaget IFU-mål under året då verksamheten var under uppstart. Nedan redovisas resultatet för samtliga items.

Mål	Uppfyllt Ja/Nej/Delvis
Startat mätning med PHQ-9 och GAD-7 varannan månad	Ja
Startat mätning med SDQ varannan månad	Ja
Startar brukarundersökning minst 2 ggr/år	Ja
Alla utskrivna ungdomar bedöms var gäller måluppfyllelse i vårdplanen	Ja
Alla utskrivna ungdomar bedöms i samband med utskrivning vad gäller grad av insatser efter utskrivning på en 4-gradig skala	Ja
80% svarsfrekvens på PHQ-9, GAD-7 och SDQ	Ja
80% svarsfrekvens brukarenkäten vid senaste mättillfället	Ja
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.	Nej
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.	Nej
Minst 50% av ungdomarna är kliniskt signifikant förbättrade vid utskrivning avseende depressionssymtom mätt med PHQ-9, av de ungdomar som innan eller under placeringar har haft en poäng över 9.	Nej
Minst 50% av ungdomarna har en SDQ svårighetspoäng 14 eller lägre vid utskrivning (max 3 mån gammal utskrivningsskattning)	Ja
Minst 50% av ungdomarna har en SDQ belastningspoäng av 0 eller 1 vid utskrivning (max 3 mån gammal utskrivningsskattning).	Ja
På frågan "hur nöjd är du med hjälpen/rådgivningen som helhet" har minst 50% svarat "nöjd" eller "mycket nöjd".	Ja
Sammantaget: Andel av alla 13 möjliga kriterier	10

Utifrån 2024 års resultat så kommer ett viktigt fokus för WeMind HVB Vendelsö inför 2025 vara att arbeta med måluppfyllelse och att stötta inskrivna ungdomar till att efter fullföljd insats ha behov av mindre omfattande insatser och vård. Detta inkluderar flertalet olika aspekter och faktorer såsom att ytterligare spetsa verksamhetens inskrivningsprocess för att säkerställa att ungdomar som bedöms kunna vara hjälpt av verksamhetens insatser är de ungdomar som skrivs in, detta för att minska risk för sammanbrott i placeringar. Detta görs genom gedigen bedömning samt matchning inför inskrivning. I dagsläget genomförs vanligen flertalet intervjuer med olika aktörer runt ungdomen, vanligen studiebesök i verksamheten eller i ungdomens tidigare boende samt genom inhämtande av relevant skriftlig dokumentation. Att arbeta nära med uppdragsgivare gällande att formulera relevanta och realistiska mål för ungdomens placering samt att ytterligare inkludera ungdom och nätverk i målsättningen för placeringen bedöms vidare vara insatser som verksamheten behöver fortsätta arbeta med för att nå verksamhetens ställda IFU-mål. Gällande målet kopplat till depressiva symtom så är placeringen på WeMind HVB inte en renodlad depressionsbehandling. Hypotesen är dock att tillgång till kompetent personal och tillgång och närhet till psykologisk och farmakologisk behandling kombinerat med stöd i vardagen gällande att öka aktivitetsgrad, stabilisera vardagsrutiner med mera, skulle kunna ha inverkan på depressiva symtom. Därför är detta ändå är ett mått som följs.

Behandlingsresultat på gruppnivå

Den viktigaste delen av IFU-systemet är att mäta utfall av de insatser som görs. Därav gör vi en djupdykning i dessa punkter. På gruppnivå mäts i vilken utsträckning syftet med placeringarna uppnåtts genom att sammanställa 1) andel slutförda placeringar enligt planering, 2) i vilken utsträckning målen i vårdplanen kan anses uppfyllda, samt 3) omfattningen av vårdinsatser när en ungdom flyttar ut efter att placeringen i verksamheten avslutas. Vidare sammanställs resultat av de skattningsskalor som ungdomar och personal genomför under placeringens gång.

Andel slutförda placeringar

Verksamheten har under året haft totalt 19 ungdomar inskrivna. Under året har 14 ungdomar skrivits in och 10 ungdomar har skrivits ut varav fyra efter sammanbrott, fyra efter ändrade förutsättningar och två med anledning av att uppdraget i huvudsak i enlighet med vårdplan varit genomfört. Övriga uppdrag pågår enligt planering.

I nedanstående diagram redovisas antalet utskrivna ungdomar totalt 2023 och 2024 samt utskrivningsorsak.



Som det går att utläsa ur diagrammet så är det färre ungdomar som har flyttat som följd av genomfört uppdrag och fullföljd vård jämfört med antalet som flyttat som följd av ändrade förutsättningar eller sammanbrott. Att flertalet utskrivningar sker som följd av sammanbrott eller ändrade förutsättningar är i viss utsträckning förväntat under en verksamhets inledande år. Detta utifrån att en lyckad placering generellt oftast är en betydligt längre placering i tid medan till exempel sammanbrott ofta kan ske inom några få månader eller kortare från att placeringen startat.

Flera av ungdomarna som placeras på verksamheten har en historik av att till exempel ha omfattande kontakt med BUP och tidigare heldygnsinläggningar, alternativt historik av tidigare placering inom SiS. För vissa ungdomar har steget till ett öppnare HVB varit för stort och verksamheten har då bedömt att de ej kan tillgodose ungdomens aktuella behov och placeringen avbrutits. Det är tydligt att bedömning och matchning inför inskrivning är centralt för att säkerställa att en ungdom får rätt förutsättningar till en lyckad placering och fullföljd vård.

Måluppfyllelse

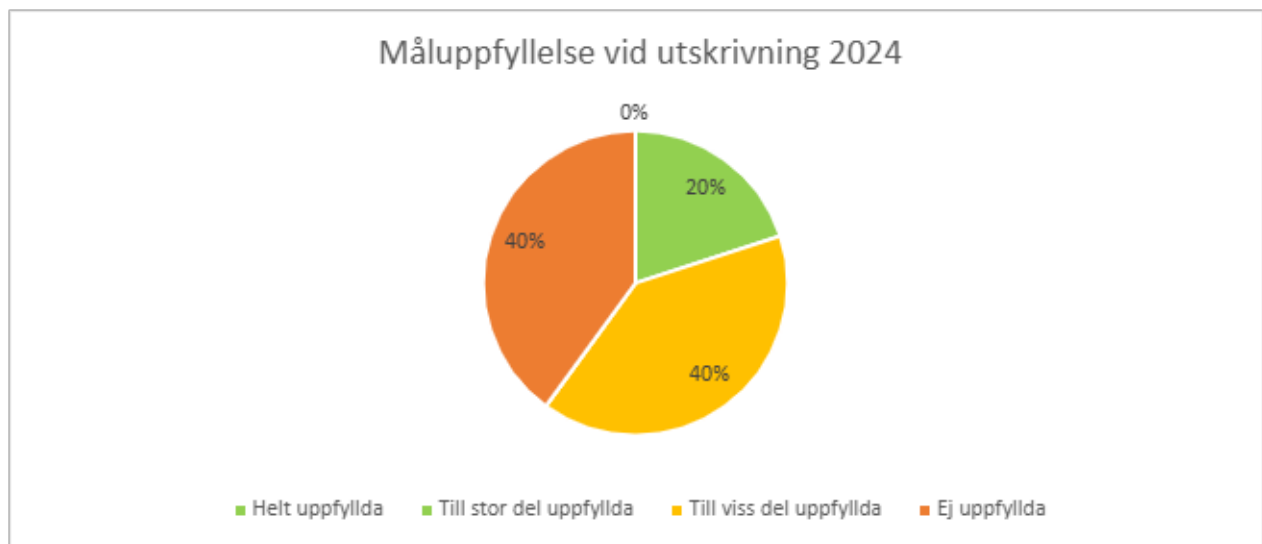
Vid utskrivning skattar ansvarig psykolog, i samråd med kollega, i hur stor utsträckning målen i vårdplanen är uppfyllda.

Uppfyllande av målen skattas i en av fyra kategorier:

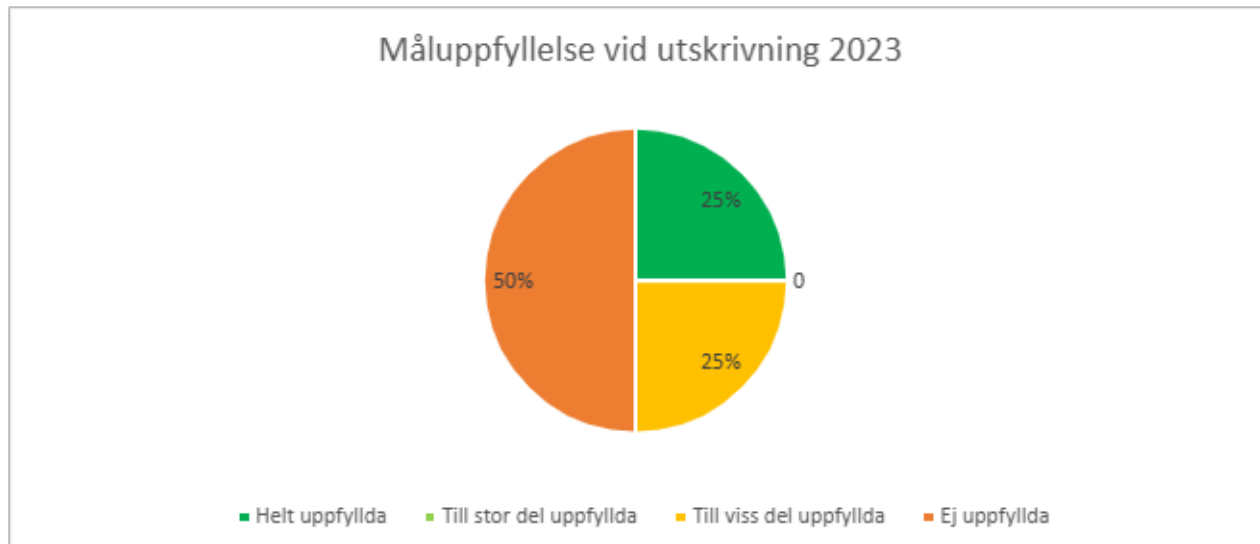
1. Helt uppfyllda
2. Till stor del uppfyllda

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.



Under 2024 hade 60% av ungdomarna som avslutade sin placering på WeMind Vendelsö uppnått en måluppfyllelse som varit till viss del, till stor del eller helt uppfyllda vid tillfället för flytt medan 40% av ungdomarna inte hade uppfyllt målen alls. Jämfört med 2023 där 50% inte hade uppnått målen alls.



Förändringen kan ses som försiktigt positiv där även ungdomar som får sin placering avbruten i vissa fall har uppnått vissa av målen för placeringen. Givet att data baseras på förhållandevis få ungdomar och verksamheten först 2024 haft sitt första år med båda avdelningarna öppna så ska siffrorna tolkas med försiktighet.

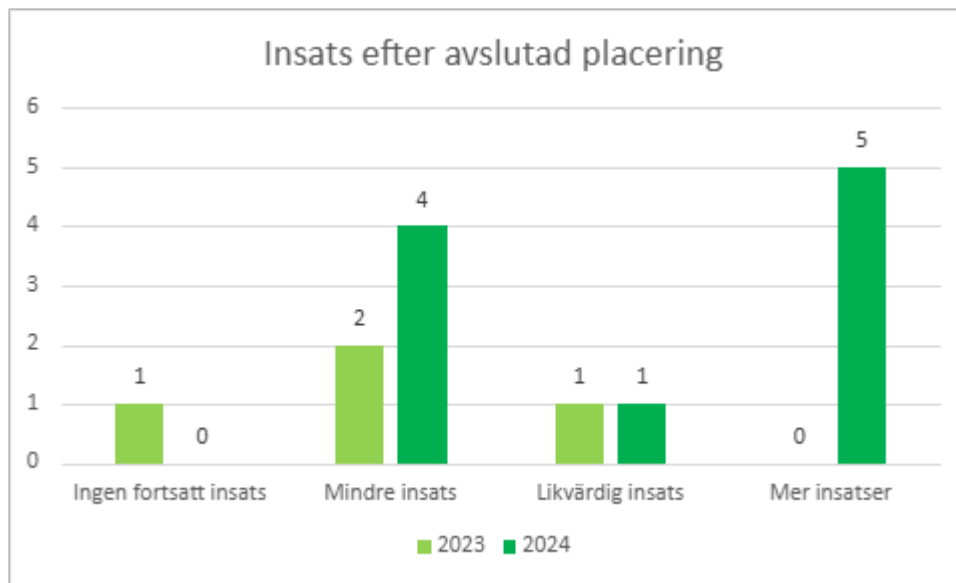
Typ av insats efter avslutad placering

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 Vendelsö. 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 Vendelsö 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.



De flesta ungdomar som har bott på verksamheten under 2023 och 2024 har gått till en mindre omfattande insats i samband med avslutad placering. Sammanlagt har fem ungdomar placerats inom en mer omfattande insats såsom SiS eller psykiatrisk heldygnsvård. Detta har kommit sig av att deras vårdbehov- och/eller skyddsbehov bedömts vara högre än vad verksamheten kan tillgodose som ett öppet HVB som följd av till exempel svårt utagerande beteende, att missbruksproblematik uppdagats eller suicidalitet/svårt självskada. Som tidigare beskrivits så är lyckade placeringar generellt längre än sammanbrott eller omplacering som följd av ändrade förutsättningar, varför det är delvis förväntat att verksamhetens utskrivningar inledningsvis kommer ha en överrepresentation av sammanbrott, och där sammanbrott vanligen medför att ungdomen har behov av mer hjälpsinsatser.

Behandlingsresultat på individnivå

Under året har behandlingsutfallet för varje inskriven ungdom följts upp i enlighet med egenkontrollplanen. Resultatet av uppföljningen på individnivå finns att se i det specifika ärendets dokumentation.

Beteenderegistreringar

Ett centralt och viktigt verktyg som verksamheten använder sig av, för att följa och utvärdera utvecklingen för varje placerad ungdom, är beteenderegistreringar. Varje dag registreras nyckelbeteenden som bedöms vara centrala för den enskilda ungdomens hälsa och funktion och 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. 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.

Resultat och analys av mätningarna har redovisats i månatliga behandlingsrapporter som delgivits uppdragsgivare, vanligen även vårdnadshavare och (i de fall där det bedöms lämpligt) ungdomen själv.

Skattningsskalor

Verksamheten genomför regelbundna och strukturerade mätningar med skattningsskalorna PHQ-9, GAD-7 och SDQ för att följa de ungas mående ur några relevanta perspektiv. Ungdomarna fyller i skalorna varannan månad. Även ungdomarnas behandlare fyller i SDQ under samma tidsintervall, men oberoende av ungdomarnas skattningar.

Resultaten på skattningarna används kliniskt i mötet med ungdomarna, som en hjälp att sätta ord och allvarlighetsgrad på sina tankar och känslor. Utöver det ger resultaten på skattningarna verksamheten en möjlighet att förstå hur insatsen påverkar de symtom som mäts med skalorna på en mer global nivå och hur symtomen kan förväntas förändras i och med en placering i verksamheten. Resultaten följs upp månadsvis i den koncerngemensamma kvalitetsuppföljningen av vårdutfall.

Uppfyllelse av mål i vårdplan

Verksamheten följer regelbundet upp målen i ungdomens vårdplan i samband med uppföljningsmöten tillsammans med uppdragsgivande socialtjänst var tredje månad.

Utöver detta forum så bjuder behandlingsteamet till varje ungdom (socionom, psykolog och kontaktperson) in den enskilda ungdomen till vårdplansmöte var sjätte vecka. Detta för att stärka ungdomens medbestämmande, gå igenom vårdplan samt planera för kommande period av placeringen.

Behandlingsrapporten som behandlingsansvarig psykolog skriver sammanfattar ungdomens utveckling utifrån BBiC rubrikerna och ungdomens vårdplan. Rapporten ger en indikation gällande huruvida ungdomen rör sig i riktning mot eller ifrån satta mål för placeringen. I rapporten förmedlas vanligtvis även en analys av vad som påverkar utfallet samt genomförda och/eller planerade insatser utifrån detta.

Uppföljning av läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling har under året följts upp var fjärde vecka i samband med medicinsk rond med verksamhetens psykiater.

Dokumentationsgranskning

I samband med sammanställande av månadsrapport granskas dokumentationen rörande varje inskriven ungdom. Loggkontroller av journal har genomförts under året.

Patientsäkerhet

Utifrån identifierat utvecklingsområde har WeMinds HVB-hem ett gemensamt patientsäkerhetsmål för 2024. Verksamheterna ska arbeta aktivt för att säkerställa att varje ungdom har en aktuell genomförandeplan samt kontinuerligt uppdaterade och aktuella riskbedömningar.

Mål	Resultat	Uppfyllt
Samtliga ungdomar ska ha en aktuell genomförandeplan samt att riskbedömningar ska vara uppdaterade minst var tredje månad	Samtliga ungdomar har haft en genomförandeplan. Riskbedömningar har gjorts för samtliga inskrivna ungdomar men har inte uppdaterats skriftligen i den utsträckning som målet är ställt (var tredje månad).	Delvis

Målgruppsutvärdering

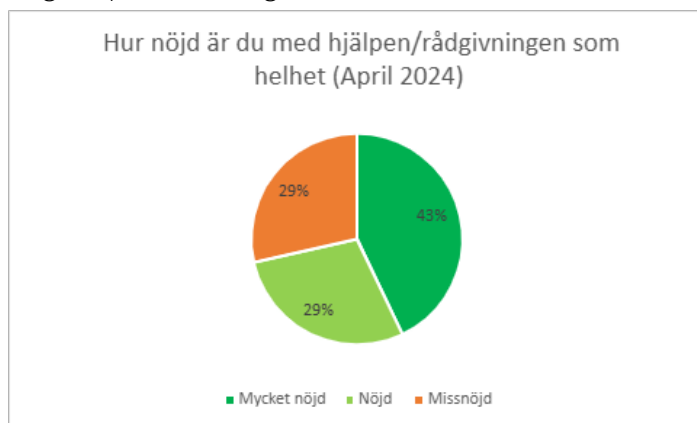
Verksamheten har under året genomfört enkätundersökningar med ungdomar, vårdnadshavare och uppdragsgivare som en del av det systematiska förbättringsarbetet. Ungdomsenkäten har samma utformning som SKR:s brukarenkät, med tillägg av en fråga som mäter en av verksamhetens målsatta nyckeltal- hur nöjd är du med vården i sin helhet. Enkäten har fyllts i av ungdomarna vid två tillfällen under året.

Enkäten till vårdnadshavare och uppdragsgivare är ny i sin utformning och genomfördes under hösten 2024.

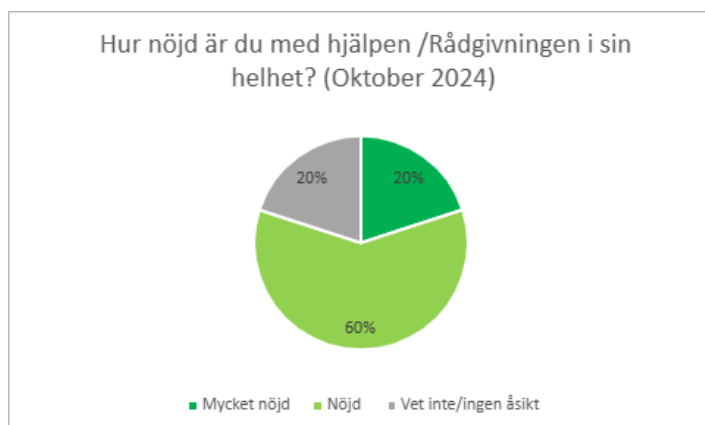
Ungdomar

Ungdomarna har under året fått möjlighet att fylla i brukarenkät. Utöver det har WeMind även deltagit i SKR årliga nationella brukarundersökning för placerade barn på HVB under hösten 2024. Svarefrekvensen var 75% (motsvarar svar från sex av åtta inskrivna ungdomar).

WeMind följer särskilt svaret på frågan "Hur nöjd är du med hjälpen i sin helhet?", som är en tilläggsfråga till SKR:s brukarundersökning. Vid aprils mätning 2024 var svarefrekvensen 100% på tilläggsfrågan, sju av sju ungdomar svarade på tilläggsfrågan. I oktobers mätning var svarefrekvensen 62,5 %, fem av åtta inskrivna ungdomar svarade på tilläggsfrågan. Att en ungdom valde att svara på grundundersökningen men inte på tilläggsfrågan kan troligen förklaras av att tilläggsfrågan gavs vid ett senare tillfälle än de övriga frågorna på grund av ett tekniskt problem. Framöver kommer samtliga frågor ges vid samma tillfälle. Här nedan kan resultatet på nämnda fråga i aprils mätning utläsas.



Vid den senare mätningen i oktober svarade ungdomarna enligt nedan diagram.

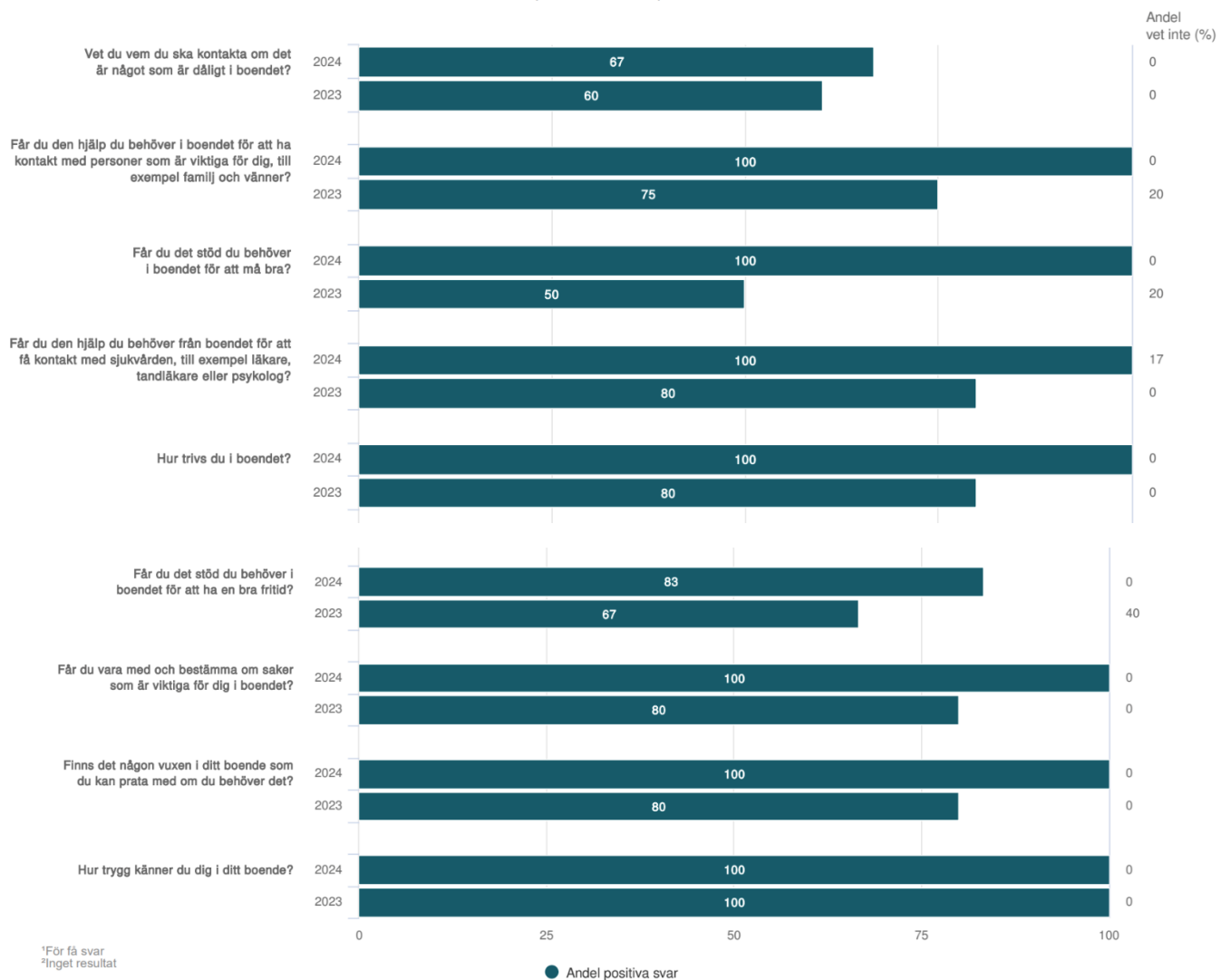


En positiv utveckling är att ingen ungdom svarade "Missnöjd" i årets andra enkät.

I nedanstående diagram redovisas svaren för SKR:s mätning 2024 i jämförelse med föregående års mätning 2023. Diagrammet redovisar andel positiva svar, vilket är svar som är näst högst eller högst ("Ja, ofta" och "Ja, ibland" eller "Mycket" och "Ganska"). För tre av frågorna var svarsfrekvensen för låg för att resultatet skulle sammanställas: "Får du det stöd du behöver på boendet för att det ska fungera för dig i skolan/på praktiken/på arbetet", "Får du den hjälp du med dina läxor i boendet?" samt "Får du det stöd du behöver i boendet för att planera din framtid, till exempel utbildning och arbete?". Dessa frågor är finns därför inte med i resultatsammanställningen nedan.

Jämfört med tidigare mätningar

WeMind HVB Vendelsö - Hem för vård eller boende (6 svar, 75%)



Som det går att utläsa ur diagrammet så har en positiv förändring skett mellan undersökningen 2023 och 2024 inom flertalet frågor. Dock bör det tas i beaktande att under 2023 svarade samtliga

placerade ungdomar på verksamheten på frågorna medan det under 2024 var en lägre svarsfrekvens. Målsättningen är att samtliga ungdomar ska delta i undersökningen.

Uppdragsgivare

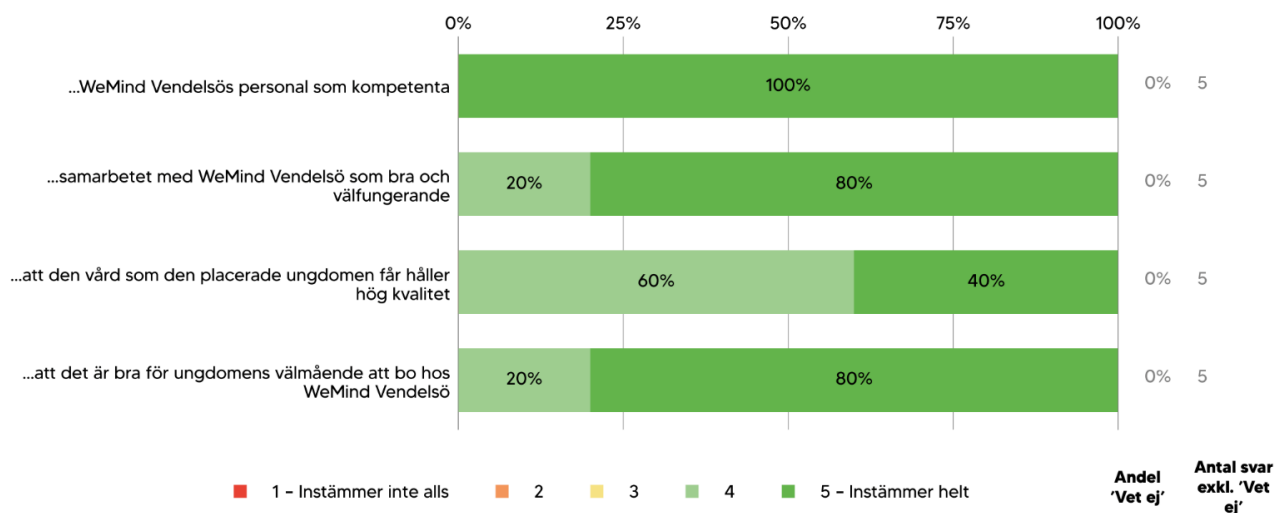
Under 2024 har WeMind Vendelsö, med hjälp av extern part, genomfört en nöjdhetsundersökning bland sina uppdragsgivare (socialtjänster med placerade ungdomar på verksamheten).

Undersökningen gjordes vid ett tillfälle under våren och de socialtjänster som kontaktades var de som hade placerade ungdomar på Vendelsö vid just detta tillfälle. Svarsfrekvensen var 83%. Ett värde som togs fram vid undersökningen var NPS (net promoter score) som är ett värde som mäter rekommendationsbenägenhet för en viss verksamhet. NPS-värdet baseras således på frågan om hur sannolikt det är att de som deltagit i undersökningen skulle rekommendera verksamheten till andra. Frågan besvaras på en skala från 0–10 där 0 står för ”Inte alls sannolikt” och 10 står för ”Mycket sannolikt”. NPS antar ett värde mellan -100 och 100. Verksamheten fick resultatet att 20% skattade 9 och 80% skattade 10, detta ger verksamheten NPS-värde 100. Vilket är ett mycket positivt resultat.

Här nedan visas ett urval från resultatet på undersökningen på specifika frågor.

Hur väl instämmer du i följande påståenden?

Jag upplever...



Medarbetarnöjdhet

Årligen genomförs en medarbetarundersökning i verksamheten. I denna medarbetarundersökning tas måttet eNPS (Net promoter score) fram, vilket är ett lojalitetsmått som bygger på frågan ”hur sannolikt är det att du skulle rekommendera din arbetsgivare till andra”. Även detta mått beräknas genom att subtrahera andelen ambassadörer (de som skattar 9

och 10) med andelen kritiker (de som skattar från 0 till 6). Skalan för resultatet går från minimivärdet -100 till det maximala värdet +100.

I april 2024 var eNPS 11 och i oktober var eNPS 22.

Mål	Resultat	Uppfyllt
eNPS 24 poäng	eNPS 22 poäng	Delvis

Verksamheten var mycket nära att nå målet gällande eNPS vid den sista mätningen varför målet betraktas som delvis uppfyllt.

Här nedan visas vilka frågor som Vendelsö fick högst resultat på vid medarbetarundersökningen under hösten.

Högst värde

Frågor med högst medelvärde



Min närmaste chef visar förtroende för mig som medarbetare	4.7/5
Jag har förtroende för min närmaste chef	4.7/5
Min närmaste chef finns tillgänglig för konsultation i mitt arbete	4.7/5
Min närmaste chef visar uppskattning för mina arbetsinsatser	4.6/5
Min närmaste chef finns tillgänglig för stöd i personliga frågor	4.6/5

Resultatet indikerar att det finns ett högt förtroende till närmaste chef samt att personalgruppen upplever sig få förtroende av och stöd av sin närmaste chef. Utifrån undersökningen beslutades det i ledningsgruppen att följande områden ska få särskilt fokus under kommande året:

- Förtydliga utvecklingsmöjligheter för arbetstagare,
- Arbeta med matchning och målgrupp- samt resursplanering för att skapa en rimlig arbetsbelastning,
- Ombyggnation av delar av verksamhetens lokaler för förbättrad fysisk arbetsmiljö,
- Förbättra informationsflöde,
- Motarbeta kränkande behandling inom arbetsgrupp,
- Förtydligande av målsättning för verksamheten samt öka känsla av trygghet.

Åtgärderna kommer att genomföras bland annat på individnivå (i medarbetarsamtal), i helgrupp (APT) och handledning samt genom tekniska och byggnadsmässiga lösningar.

Personalomsättning och frånvaro

Under 2024 anställdes ytterligare två behandlingsassistenter och fyra psykologer och socionomer. Under året slutade två psykologer, varav en av dessa var föreståndare. Två av psykologerna som anställdes hade även funktionerna psykologiskt ledningsansvarig samt föreståndare. Under 2023 och 2024 har inga behandlingsassistenter slutat. Dock har föreståndare slutat under 2024. Personalomsättningen under 2024 var 12,9%

Systematiskt arbetsmiljö/Miljöarbete

Verksamheten har ett systematiskt arbetsmiljöarbete där en årsplanering ligger till grund för de aktiviteter som planeras, genomförs, följs upp och utvärderas.

Verksamheten följer kontinuerligt upp arbetsmiljön genom forum som överlämningsmöten, personalmöten samt verksamhetsledningsmöten. Arbetsmiljömöten mellan personalansvariga och skyddsombud sker även utifrån behov i verksamheten.

Arbetsmiljön säkerställs ytterligare genom att en arbetsgrupp med fokus på HR arbetar med att planera, utvärdera och utveckla personal- och arbetsmiljöarbetet inom koncernen. HR-arbetet genomförs av personalansvarig och föreståndare, och leds av WeMinds HR-chef.

Under året som har varit har en skydds rond genomförts, vilket är enligt rutin. Utöver detta har lokalt skyddsombud och biträdande föreståndare gjort en kompletterande skydds rond under hösten. Verksamhetens övergripande säkerhetsrutiner uppdaterades efter detta.

Verksamheten har som rutin att en person ur den ordinarie personalgruppen gör brandrond en gång i månaden samt extern part, BOL säkerhet, genomför en rond per kvartal samt en större årsbesiktning kopplat till brandsäkerhet.

Gällande den organisatoriska och sociala arbetsmiljön har verksamheten fortsatt att arbeta med behovsområden som uppmärksammats utifrån mätningar vid tidigare års skydds rond/medarbetarenkät.

Risکانالyser

Verksamheten arbetar löpande och i samtliga processer med systematisk riskhantering för att minimera risken att oönskade händelser inträffar. Riskanalyser genomförs på två nivåer - på individnivå och på verksamhetsnivå. Det kan i praktiken handla om kartläggning av vardagliga risker i det praktiska behandlingsarbetet, och riskanalyser inför förändringar i verksamheten.

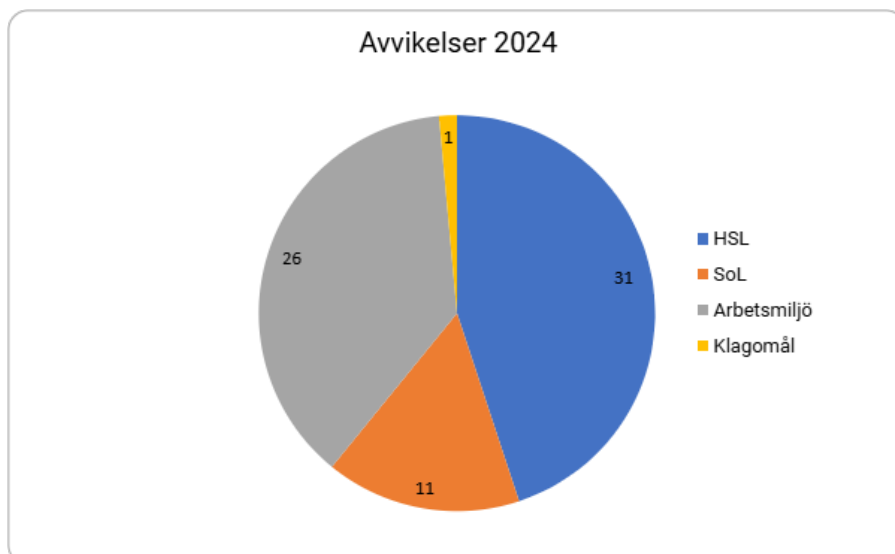
Under 2024 genomfördes skyddsron och verksamheten hade besök av Arbetsmiljöverket för inspektion, utifrån detta gjordes en riskanalys och åtgärdsplan kopplat till arbetsmiljö.

Avvikelser/klagomål/förbättringsförslag

En stor del av verksamhetens förbättringsarbete bygger på att det finns en fungerande avvikelsehantering. Verksamhetens avvikelsehantering omfattar intern avvikelse rapportering och externa rapportering. Intern avvikelse rapportering sker av samtlig personal i verksamheten om omfattar både avvikelser som rör vård- och behandlingsprocessen samt avvikelser som rör övriga processer i verksamheten. De externa avvikelse rapporteringarna såsom kundklagomål/förbättringsförslag inkommer via möten, e-post till företrädare, och vid externa tillsyner.

Samtliga avvikelser tas upp på aktuellt mötesforum och hanteras enligt fastställd rutin. Avvikelserna utreds och en handlingsplan kring åtgärder, ansvar och tidsram fastställs. Föreståndare har det huvudsakliga ansvaret för avvikelsehanteringen i verksamheten även om delar av hanterandet kan delegeras till andra personer.

I nedanstående diagram redovisas hur avvikelserna fördelats inom respektive område. Under året har sammanlagt 69 avvikelser rapporterats.



Av samtliga avvikelser för 2024 var 45% (31) relaterat till HSL, 35% (11) till SoL, 38% (26) var relaterat till arbetsmiljö och det inkom även ett klagomål (1%). Ingen lex Sara eller lex Maria gjordes. Majoriteten av HSL avvikelserna (19) handlade om att medicin inte delades till ungdomar enligt rutin. Dessa inkluderade fall där ungdomen inte tog medicinen eller där personal inte kunde säkerställa att ungdomen tagit medicinen. Övriga HSL avvikelser (12) handlade om att läkemedel var felaktigt delad i dosetten, inte stämde överens med läkemedelslistan eller att det saknades medicin i dosetten. Sol-avvikelse handlade i tre fall om ungdomar som varit hotfulla mot personal, två fall där ungdomar varit våldsamma mot andra ungdomar, och två fall där personal inte följt rutiner. Arbetsmiljö-avvikelse handlade nästintill uteslutande om ungdomar som hotat (21) eller slagit (1) personal. Två fall där personal försökt nå jouren men inte kommit fram och ett fall där ett farligt föremål (kökskniv) legat framme fanns också med.

Verksamheten har systematiskt hanterat avvikelser vid ledningsgruppens veckovisa möten. Flertalet åtgärder har gjorts utifrån avvikelser som inkommit; bland annat förbättringar i informationsöverföring och skärpta rutiner gällande medicinhantering. Ett arbete som kommer att fortsätta under 2025 med flertalet planerade förbättringar. Ett omfattande arbete gällande arbetsmiljö och genomgång av säkerhetsrutiner samt förbättring av dessa har genomförts. Vilket inför 2025 bland annat kommer medföra att personallarm installeras i verksamheten. Säkerhet- och trygghet har adresserats vid flertalet personalmöten i helgrupp och i handledning samt förtydligande av rutiner och bemötande för att minska risken för hot- och våld samt stärka arbetsgruppen i arbetet med ungdomar med riskbeteenden.

Extern tillsyn/Granskning

Verksamheten har haft en tillsyn från IVO under året. Inspektionen genomfördes på plats i verksamheten i maj. Till grund för tillsynen låg enkäter ifyllda av ungdomar och samtal med ungdomar, personal och föreståndare. Vid IVO:s tillsyn konstaterades en brist, vilket var att ett belastningsregister från en nyanställd inte kontrollerats enligt Polisens kontrolltjänst för digitala registerutdrag. Utdraget var äkta, men IVO konstaterade att rutinen inte följts vid detta tillfälle. Verksamheten har anställt flera nya medarbetare både innan och efter tillsynen och har alltid kontrollerat registerutdrag. Efter IVO:s konstaterande så skärptes denna rutin ytterligare.

Arbetsmiljöverket har gjort en tillsyn på plats på verksamheten utifrån att verksamheten själva anmälde en hot- och våldsincident under hösten. I utredningen ingick att Arbetsmiljöverket tog in avvikelseanmälan, verksamhetens utredning samt de dokumenterade rutiner som finns i verksamheten och som var relevanta gällande verksamhetens hantering av och förebyggande arbete inom hot- och våld. Arbetsmiljöverket hade vidare även samtal med flertalet nyckelroller i verksamheten. Arbetsmiljöverket har stängt ärendet under början av 2025. Verksamhetens arbete gällande hot- och våld har fortsatt under våren 2025.

Förbättringsarbete 2024

Verksamheten använder sig av PDCA-modellen i kvalitets- och förbättringsarbetet. Det betyder att vi planerar, utför, följer upp och förbättrar verksamheten på ett systematiskt vis. Genom användandet av modellen och genom att vara nyfikna och engagerade uppmärksammar vi förbättringsområden och arbetar kontinuerligt för att skapa hållbar förbättring och utveckling.

Förbättringsförslag inför 2025

Handledning och metodkunskap

- Öka täckningsgraden gällande deltagande vid utbildningsmoduler, målsättningen är att samtliga inom den ordinarie arbetsgruppen som arbetar i ungdomsnära arbete ska ha gått igenom samtliga moduler 2025
- Genomföra vikariedag minst en gång per termin där vikariegruppen i sin helhet bjuds in till handledning i verksamhetens metod och en fördjupad introduktion till verksamheten. Fortsatta digitala handledningstillfällen till vikarier var tredje vecka.
- Samtliga i den ordinarie personalgruppen ska uppnå godkänt vid kunskapstestet, som är en konkret metod för att mäta kunskapsnivån i verksamhetens metod
- Identifiera upplevda handledningsbehov i personalgruppen och planera samt genomföra handledning som kan tillgodose detta (till exempel höja kunskapsnivån om neuropsykiatriska funktionsvariationer, affektiva tillstånd, konflikthantering eller liknande).

Rutiner och säkerhet samt arbetsmiljö

- I samarbete med verksamhetens sjuksköterska utveckla och förbättra rutiner gällande läkemedelshantering, läkemedelsdelegering samt rondning med psykiater och sjuksköterska. Detta för att minska risk för HSL-relaterade avvikelser och säkerställa god och säker vård.
- Utveckla rutinen för introduktion av nyanställda vikarier utifrån erfarenheter från verksamhetens två första år
- Verksamheten kommer installera personallarm samt fasta larm som kommer att finnas på vissa fysiska platser i verksamheten (till exempel personalsovrum, samtalsrum med mera). Detta för att personal med enkelhet ska kunna påkalla uppmärksamhet från personal som befinner sig i andra delar av verksamheten när detta bedöms behövas. Till exempel vid akuta sjukdomsfall eller hot- och våldssituationer.

Kvalitet och genomförd vård

- I och med att verksamheten går in i sitt tredje verksamhetsår så förväntas verksamheten stabiliseras och bli än mer bättre på att göra gedigna bedömningar inför inskrivning. Utifrån detta även dra slutsatser gällande vilka ungdomar som har störst chans att bli hjälpt av verksamhetens insats och på så viss få fler genomförda och lyckade placeringar med uppfyllda mål.



WEMIND

Rapporten är upprättad av ledningsgruppen på WeMind HVB Vendelsö

Ewa Hjort

Föreståndare

Leg. Psykolog och
psykoterapeut

Elin Krantz

Biträdande föreståndare

Socionom

Sofia Elfving

Psykologiskt ledningsansvarig

Leg. Psykolog

Sammanställt: April 2025

Godkänd i ledningsgruppen: Maj 2025