

Kvalitetsrapport 2024

WeMind HVB Evia



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

Innehåll

Inledning	2
Sammanfattning	2
Verksamhetsbeskrivning	2
Personal och kompetens.....	3
Bemanningsplan.....	4
Kompetenshöjande insatser	4
Övergripande kvalitetsmål	5
Verksamhetens specifika kvalitetsmål	5
Kvalitetsledningssystem	5
Ansvar och roller i kvalitetsarbetet	5
Forum för kvalitetsfrågor	6
Systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete 2024	6
Egenkontroll.....	6
Riskanalyser	18
Extern tillsyn/Granskning.....	21
Förbättringsarbete 2024	22

Inledning

Denna kvalitetsberättelse är upprättad som en del i WeMind HVB Evias 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 Evia är en del av WeMind Individ och Familj (IoF).

Sammanfattning

Under 2024 har WeMind HVB Evia tillsammans med sina systerverksamheter fortsatt det gemensamma arbetet med att bilda ett enhetligt WeMind Individ och Familj (IOF). Tillsammans står vi starka i vår vision om att bedriva verksamheter med fokus på hög kvalitet inom samhällsvården. Förändringar har gjorts under året i och med att verksamheten har bytt lokal, namn och föreståndare. Innehållet i verksamhetens behandlingsarbete och kvalitetsarbete är dock det samma som tidigare.

Verksamhetsbeskrivning

WeMind HVB Evia inriktar sig på behandling med heldygnsupplägg där fokus är på att hjälpa ungdomar att förändra problembeteenden och ge tillgång till en utökad positiv beteenderepertoar som är hjälpsam framåt i livet.

På WeMind HVB Evia bor pojkar i åldrarna 13–19 år som har en neuropsykiatrisk diagnos eller är i behov av utredning därav. Diagnoser inom autismspektrumet och ADHD är vanligt bland ungdomar som är placerade i verksamheten. Ofta har ungdomarna också annan psykiatrisk problematik såsom tvångssyndrom, social fobi, depression, trottsyndrom och uppförandestörning.

Verksamhetens behandlingsarbete har sin grund i Kognitiv beteendeterapi (KBT), närmare bestämt inlärningspsykologi och tillämpad beteendeanalys (TBA). Denna metodik genomsyrar såväl individuella terapi-insatser genomförda av psykologer och terapeuter som samtlig personalens dagliga bemötande av ungdomarna. Med stöd av beteendeterapeutiska metoder skapar verksamhetens individuellt anpassade behandlingsupplägg som möjliggör att målen med placeringarna kan uppnås.

Verksamheten har funnits sedan 2006 och har under merparten av 2024 bedrivits i Mälarhöjden, Stockholm. I början av december flyttade verksamheten till Skrubba Allé, Stockholm (i närheten av Tyresö), en naturskön plats med nära till vattnet och tillgång till brygga. Den nya lokalen ligger nära Strandkyrkogårdens busshållplats och det tar endast 20 minuter med kollektivtrafik till Stockholms centralstation. Evia har även två behandlingslägenheter som flyttat från Bredäng till Vega. Från Vega är det knappt 25 minuter till Stockholms centralstation med pendeltåg.

I samband med flytten omprövades IVO:s tillstånd och från och med 2024-12-01 gäller tillståndet 11 platser i huvudbyggnaden och 2 platser i behandlingslägenheter.

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 för att nå sina mål.

Personalens sammansättning

Föreståndare

Efter tio år av kontinuerligt föreståndarskap skiftade verksamheten föreståndare under hösten 2024. Den nytilträdde föreståndaren har tidigare arbetat som behandlingsansvarig i verksamheten och har god kännedom om verksamheten och gedigen erfarenhet av målgruppen från tidigare arbete på Evia och inom SiS. Tidigare och nuvarande föreståndare är båda legitimerade psykologer.

Behandlingspersonal

WeMind HVB Evia har 3 behandlingsansvariga på plats i verksamheten. De behandlingsansvariga ansvarar för att planera, leda och följa upp behandlingsarbetet med ungdomarna. De kan genomföra KBT-behandlingar både i grupp och individuellt, och handleder personal. Verksamhetens personalansvarig & behandlingsansvarig terapeut är utbildad KBT-terapeut och har arbetat i verksamheten i 19 år. Han arbetar idag med personalfrågor samt specifika behandlingsinsatser till våra ungdomar i behandlingslägenheter. Två av verksamhetens behandlingsansvariga är legitimerade psykologer och har tidigare erfarenhet av skolpsykologarbete, öppenvård psykiatri och barn och ungdomspsykiatri. Övrig behandlingspersonal består av socionomer, socialpedagoger och behandlingsassistenter. De arbetar tillsammans med behandlingsansvariga med bemötande, behandlingsinsatser på individ- och gruppnivå samt med vardagens struktur och rutiner. Samtliga behandlingsassistenter har grundutbildning inom socialt arbete samt vidareutbildningar i metoder utifrån inlärningspsykologi/KBT såsom TBA, ACT, Repulse och ART.

Medicinskt team

Evias medicinska team består av en legitimerad sjuksköterska samt en psykiatriläkare, specialist på barn & ungdom. Evias sjuksköterska har gedigen erfarenhet av yrket och specialistkunskaper inom första hjälpen/HLR. Sjuksköterskan finns tillgänglig i verksamheten och för ungdomarna varannan vecka, för planering, uppföljning och utvärdering av den medicinska behandlingen samt verksamhetens läkemedelshantering. Verksamhetens psykiatriläkare har bland annat lång erfarenhet från arbete inom Barn och ungdomspsykiatri och Maria Ungdom. Evias läkare finns tillgänglig i verksamheten och för våra ungdomar var fjärde vecka för planering, uppföljning och utvärdering av den medicinska behandlingen.

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.

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 inte ensamarbete och det finns alltid personal i verksamhetens lokaler.

Generell bemanningsplan för verksamheten vid 9–11 ungdomar inskrivna:

- Dagtid:
2 behandlingspersonal samt 4 ur arbetsledningen (behandlingsansvariga, föreståndare).
- Kväll/Helg:
3 behandlingspersonal
- Natt:
2 behandlingspersonal (sovande jour mellan kl. 01-06)

Utöver detta har verksamheten telefonjour under kvällar och helger som bemannas av verksamhetens behandlingsledning samt av en erfaren behandlingsassistent.

Kompetenshöjande insatser

Flertalet personal går kompetenshöjande utbildningar. Tre personer har läst socialpedagogutbildning under 2024 varav en blev färdig under året och de övriga fortsätter sin utbildning enligt plan. Två personer läser beteendevetenskaplig universitetsutbildning (på kandidatnivå). I samband med personalmöten har behandlingsansvarig psykolog haft fyra utbildningstillfällen i DBT-SS för behandlingspedagogerna.

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.

Verksamhetens specifika kvalitetsmål

Med kvalitetspolicyn och utvärdering av föregående år har ledningsgruppen antagit följande mål följande kvalitetsmål för året. Målen beskrivs närmare och resultaten presenteras under redovisningen av verksamhetens egenkontroll.

Mål
Behandlingskvalitet Uppnå 10 av 12 IFU-punkter (WeMinds behandlingskvalitetsindex)
Patientsäkerhet Samtliga ungdomar ska ha en aktuell genomförandeplan samt att riskbedömningar ska vara uppdaterade minst var tredje månad
Medarbetarnöjdhet Uppnå 30 i eNPS i medarbetarundersökning

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

Personalmöten

Personalmöten genomförs varannan vecka. Deltagare är samtliga ordinarie behandlingspedagoger, behandlingsansvariga psykologer och personalchef. Om möjligt är även föreståndare och vikarier som arbetar frekventa pass med på mötet. Frågor som avhandlas är verksamhetsinformation, inkomna placeringsförfrågningar, avvikelser och incidenthantering, åsiktshantering (inkomna klagomål, förslag eller idéer från klienter, anhöriga, uppdragsgivare eller personalgruppen), ärendedragning (beteendeanalys, sammanbrottsanalys, utskrivningsanalys samt risker/säkerhetshantering). Vartannat möte (d.v.s. månadsvis) arbetar vi med verksamhetsutveckling och/eller kompetensutveckling och vartannat möte avhandlas arbetsplatsfrågor, d.v.s. fysisk och psykosocial arbetsmiljö samt genomgång av skyddsround.

Verksamhetsledning

Föreståndare, personalchef och behandlingsansvariga psykologer har verksamhetsledningsmöte varannan vecka. Frågor som avhandlas är avvikelser och kundklagomål, inkomna placeringsförfrågningar, behandling/ärendedragning (med fokus på säkerhet, särskilda bemanningsbehov och planering framåt i vårdprocessen), personal- och arbetsmiljöfrågor, lokal-/fordonsfrågor, ekonomi, målbete/verksamhetsutveckling och övriga frågor (såsom verksamhetsövergripande punkter).

Koncernuppföljning

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

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.

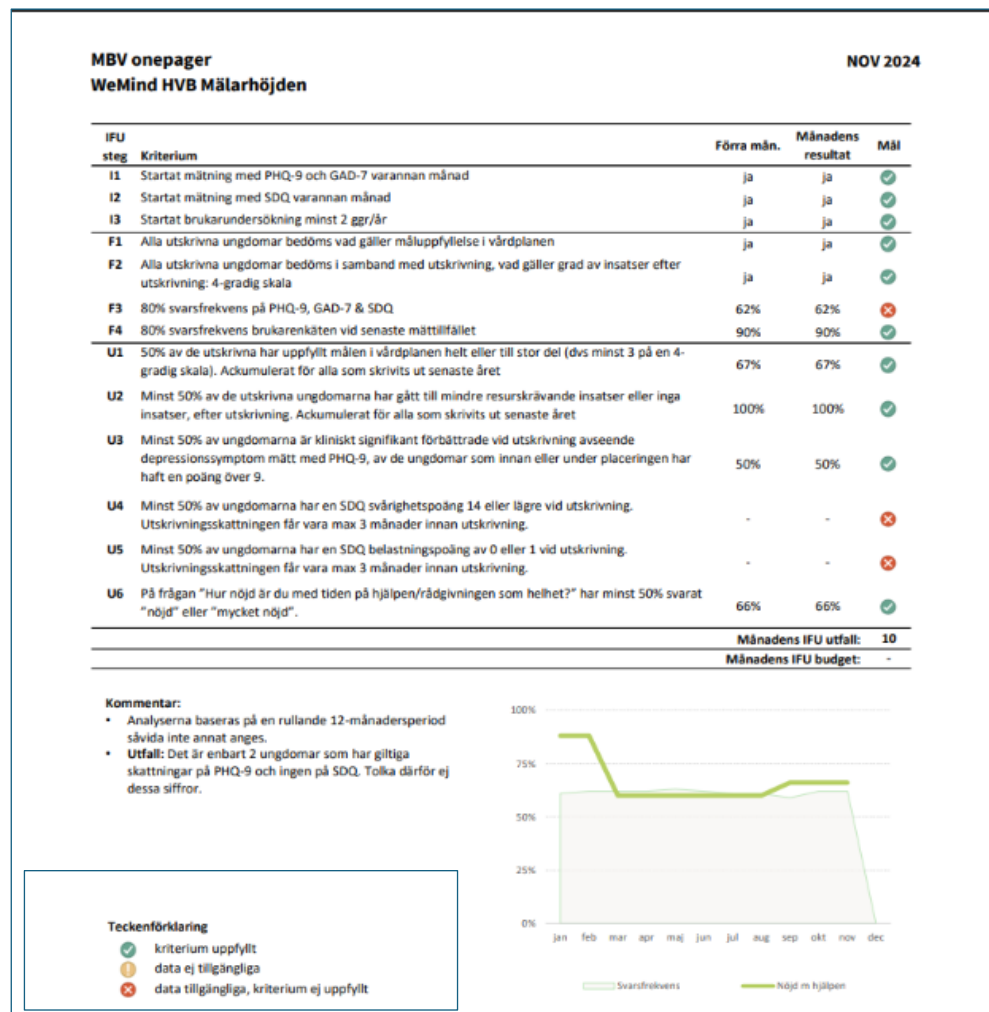
Följande är resultat av egenkontrollen, inklusive kvalitetsmålsuppfyllelse, för 2024.

Koncerngemensam kvalitetsrapportering- IFU

WeMind HVB Evia mäter behandlingsresultat med WeMinds IFU-system. IFU står för Införande, Följsamhet och Utförande. Syftet är att mäta behandlingsresultat på ett strukturerat sätt så att det ska bli möjligt att säga 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 förväntas uppnå under året utifrån sina specifika förutsättningar. WeMind HVB Evia hade som mål att uppnå 10 av 12 punkter. Detta mål uppnådde verksamheten under oktober och november.

Mål	Resultat	Uppfyllt
Uppnå 10 av 12 IFU-punkter	Verksamheten uppfyller 10 IFU-punkter i slutet av året	Ja



Behandlingsresultat på gruppnivå

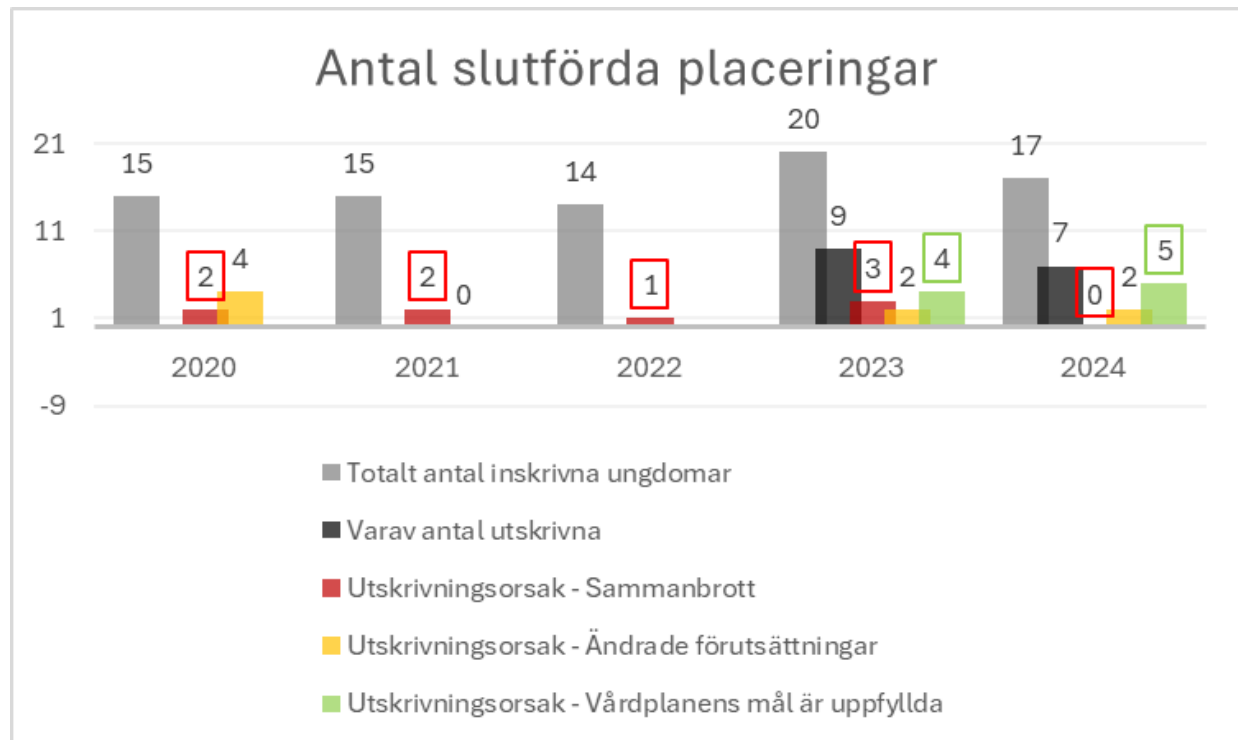
Den viktigaste delen av IFU-systemet är att mäta utfall av de insatser som görs. Därav gör vi en djupdykning i dessa punkter. Resultatet av verksamhetens insatser sammanställs och utvärderas på gruppnivå för att säkerställa att verksamhetens arbete bedrivs med hög kvalitet och når goda behandlingsresultat. 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 17 ungdomar inskrivna. 7 ungdomar har skrivits ut varav inga till följd av sammanbrott. I snitt har verksamheten haft 10,5 ungdomar placerade under året.

2 ungdomar skrevs ut efter ändrade förutsättningar och 5 ungdomar skrevs ut med anledning av att uppdraget i huvudsak i enlighet med vårdplan varit genomfört. Övriga uppdrag pågår enligt planering. I grafen nedan presenteras slutförda placeringar från de senaste fem åren. För åren 2020–2022 finns endast data utifrån kategorin ”Enligt uppdrag” sparat vilket gör att staplarna antal pågående placeringar respektive utskrivning till följd av måluppfyllnad inte går att redovisa.



Måluppfyllelse

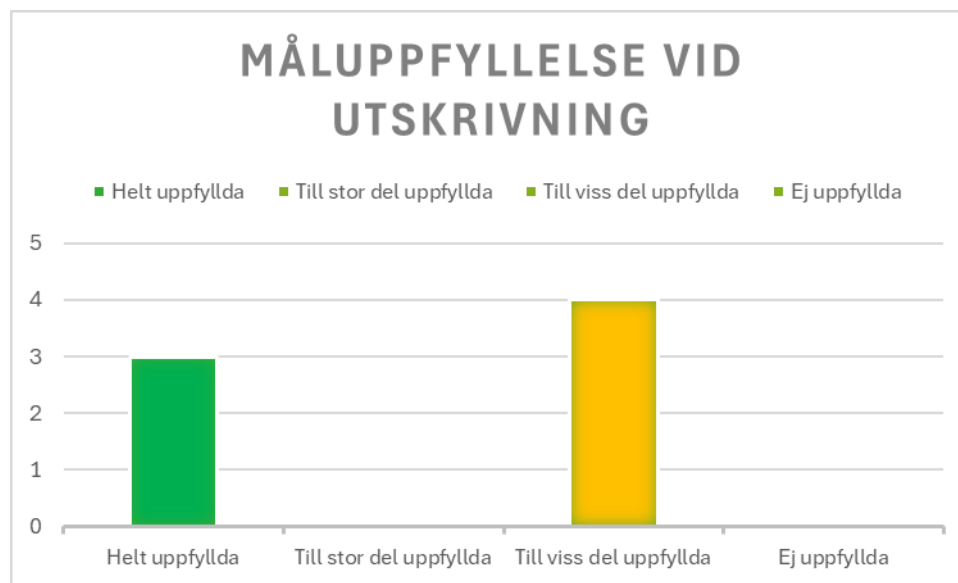
Vid utskrivning skattar ansvarig psykolog, i samråd med kollega, i hur stor utsträckning målen i vårdplanen är uppfyllda.

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 år 2024 hade 43% av de utskrivna ungdomarna helt uppfyllda mål och 57% till viss del uppfyllda mål.



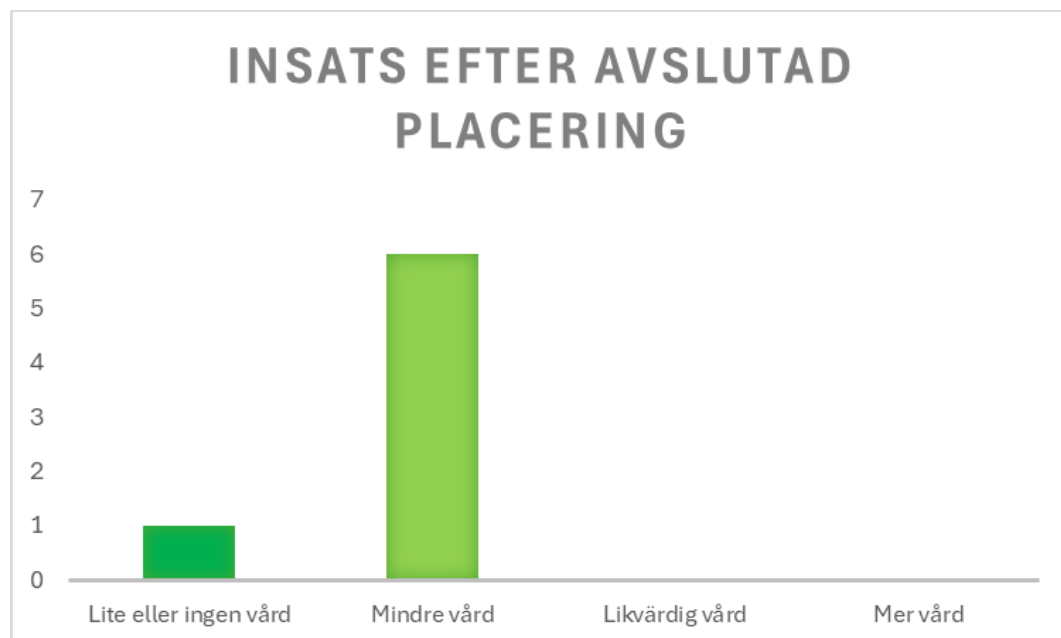
Typ av insats efter avslutad placering

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 på WeMind HVB Evia. 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 på WeMind HVB Evia 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.

Under 2024 gick 14 % av de utskrivna ungdomarna till liten eller ingen vård (flytt till föräldrahemmet) och 86 % av de utskrivna till mindre vård såsom stödboende eller träningslägenhet.



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, vårdnadshavare och ungdom.

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 dels 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 var tredje månad.

Uppföljning av läkemedelsbehandling

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

Dokumentationsgranskning

I samband med sammanställande av månadsrapport granskas dokumentationen (SoL och HSL-journal) rörande varje inskriven ungdom. Detta har genomförts minst 9 gånger under året. Utöver det sker kontinuerlig uppföljning av journaldokumentation utförd av behandlingsansvarig & föreståndare. 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	Verksamheten har följt upp målet var tredje månad, och samtliga ungdomar har haft genomförandeplan och uppdaterad riskbedömning	Ja

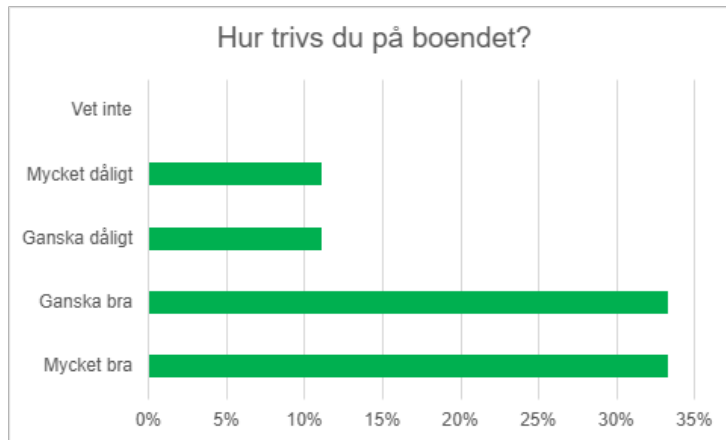
Målgruppsutvärdering

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.

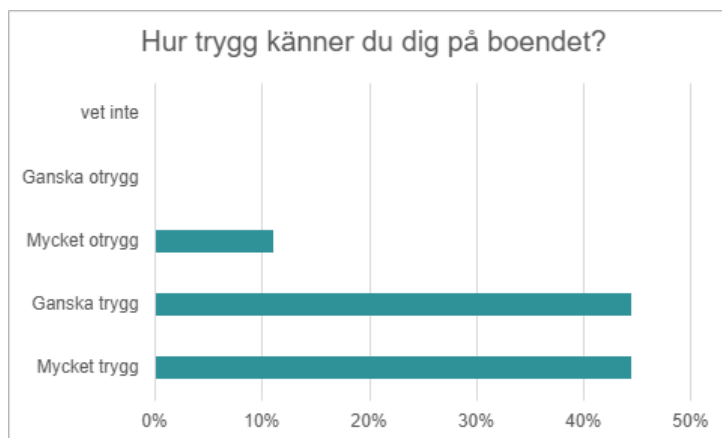
Enkäten till vårdnadshavare och uppdragsgivare är ny i sin utformning och genomfördes under hösten 2024.

Ungdomar

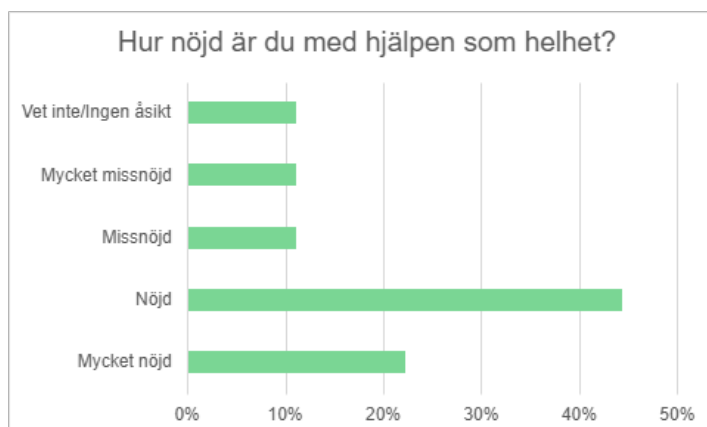
I oktober 2024 genomfördes senaste enkätundersökningen med ungdomarna. Svarsfrekvensen var 90 % (9 av 10 ungdomar deltog). På frågan om allmän trivsel på boendet svarar 66 % att de trivs bra eller mycket bra. Lägst nöjdhet får Evia på frågan om ungdomarna upplever att de får vara med och bestämma om saker som är viktiga för dem på boendet. Där svarar 55% att de ofta eller ibland får det, 22 % att de sällan eller aldrig får det och 22 % "vet ej".



På frågan om hur trygga de känner sig på boendet svarar 89% av ungdomarna att de känner sig trygga eller mycket trygga på boendet.



På frågan om hur nöjda de är med hjälpen de får hos oss som helhet skattar 67% att de är nöjda eller mycket nöjda.



Vårdnadshavare

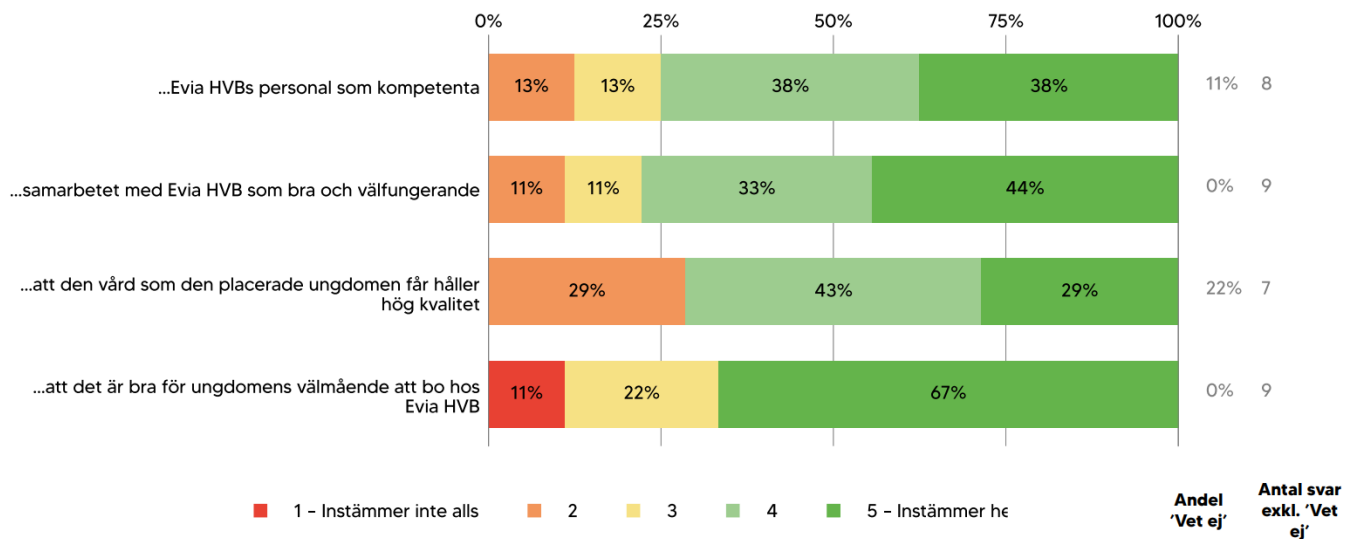
9 anhöriga deltog vilket innebar en svarsfrekvens på 100% av de tillfrågade respondenterna.

Vad gäller generell uppfattning om Evia uttrycker de flesta en hög nöjdhet. Positiva aspekter som lyfts är att Evia arbetar individanpassat, personalens höga kompetens, att de håller tät dialog med föräldrarna och även tillgängligheten till olika professioner (såsom läkare och psykolog). Utvecklingsområden som lyfts är Evias interna kommunikation, dosen av insatser (man önskar mer högintensiv behandling) samt brist på sysselsättning (få i gång skola och fritidsaktiviteter).

Uppdragsgivare

Hur väl instämmer du i följande påståenden?

Jag upplever...



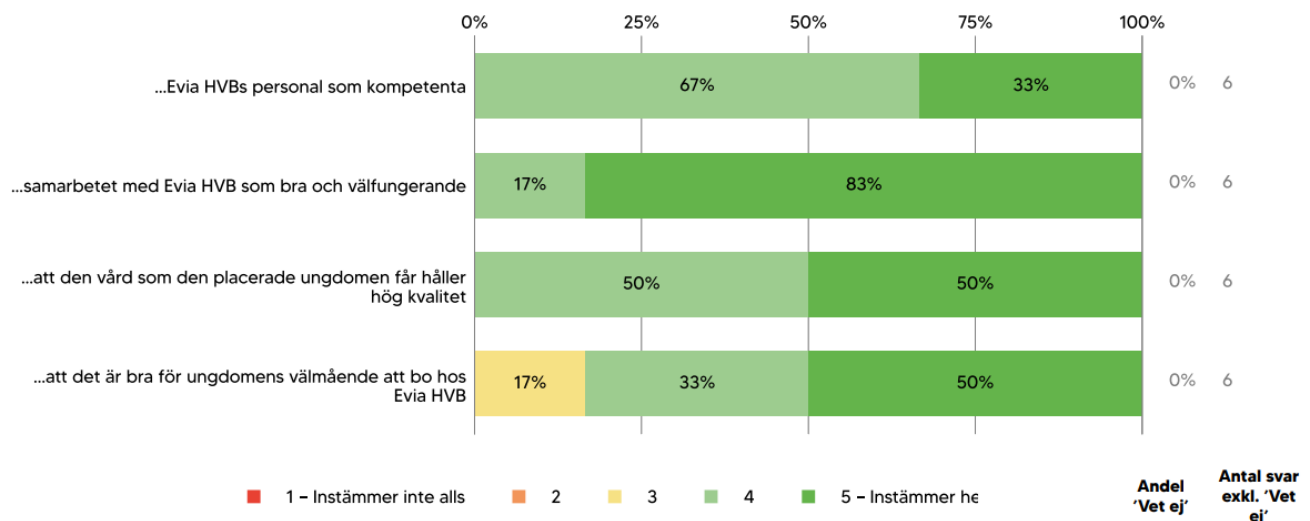
I ett urval av 13 socialtjänsthandläggare deltog 6 handläggare i undersökningen (46% svarsfrekvens).

Den generella uppfattningen om Evias arbete är väldigt god. Flera respondenter uttrycker en hög nöjdhet med hur deras kontakt med Evia ser ut. Andra positiva aspekter som nämns flertalet gånger är personalens kompetens och bemötande (både gentemot ungdomar och handläggare). Kommunikationen är också något som lyfts som särskilt positivt. Exempelvis påpekas transparensen i hur vårdplanen efterlevs, samt återkoppling i månadsrapporter som bidragande till den positiva uppfattningen.

Net Promotor Score (NPS)

Hur väl instämmer du i följande påståenden?

Jag upplever...



I enkäten till anhöriga och uppdragsgivare mäts Net Promoter Score (NPS). NPS anger rekommendationsbenägenheten för ett visst företag. Värdet baseras på frågan om respondenten skulle rekommendera företaget till andra. Frågan besvaras på skalan 0–10 där 0 står för ”Inte alls sannolikt” och 10 står för ”Mycket sannolikt”. Utifrån svaren kategoriseras respondenterna i Promoters (skattning 9–10), Neutrals (skattning 7–8) och Detractors (skattning 0–6). NPS beräknas sedan genom att ta procentandelen promoters subtraherat med procentandelen detractors och man får då ett värde mellan -100 och 100.

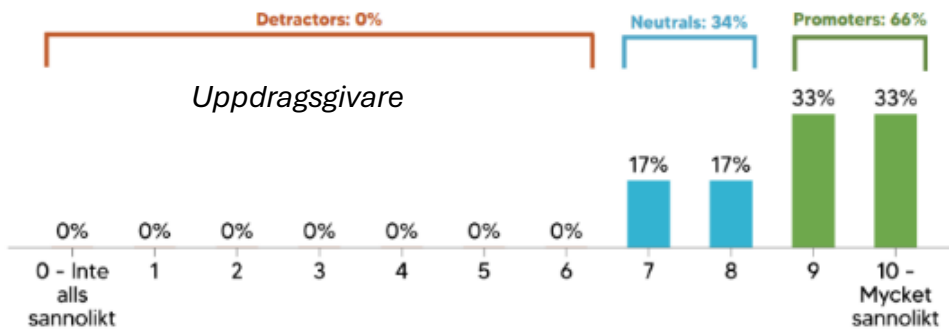
Evias NPS-värde från anhöriga är 45 och från uppdragsgivare 66.

Net Promoter Score

Hur sannolikt är det att du skulle rekommendera Evia HVB till kollegor inför framtida placeringar?

Evias NPS uppgår till

66



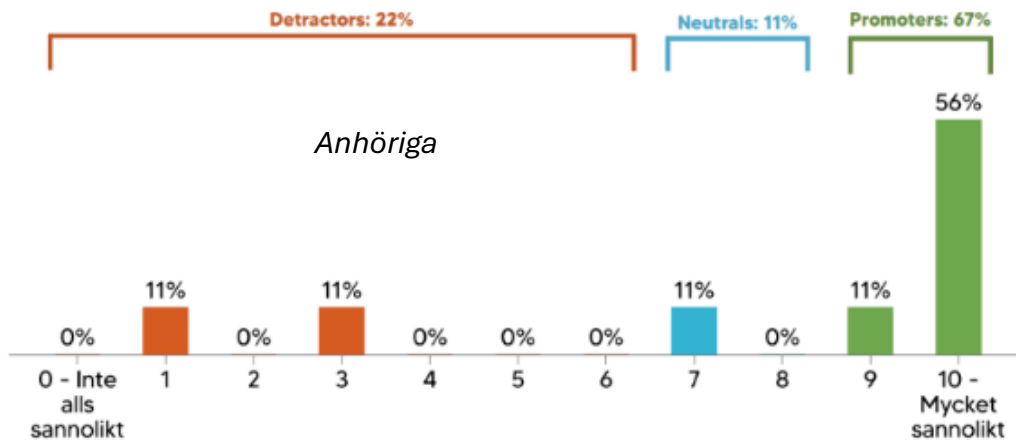
Antal svar: 6

Net Promoter Score

Hur sannolikt är det att du skulle rekommendera en familj i liknande situation som er att låta sin ungdom placeras på Evia HVB?

Evias NPS uppgår till

45



Antal svar: 9

Medarbetarnöjdhet

Årligen genomförs en medarbetarundersökning i verksamheten. I denna medarbetarundersökning tas måttet eNPS (Employee 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.

För 2024 sattes 30 som mål på eNPS, vilket verksamheten inte nådde upp till. 2024-års eNPS blev 15, vilket generellt räknas som en godtagbar eller bra nivå men lägre än Evia Mälarhöjdens målsättning. Under 2023 var Evias eNPS 20 och under 2022 var det 46, så det har således skett en markant sänkning under senaste åren. Vid uppföljning med personal framkommer att sänkningen kan härledas till en osäkerhet kring vad WeMind har för förändringsplaner för verksamheten, missnöje med IT-arbetsmiljön och påfrestningar i samband med flytt till ny lokal.

Mål	Resultat	Uppfyllt
Uppnå 30 i eNPS i medarbetarundersökning	15	Nej

Personalomsättning och frånvaro

Under 2024 har Evia haft fortsatt låg personalomsättning. Under 2024 har det skett en nyanställning och två personer som avslutat sin tjänst (varav den ena gått vidare till annan befattning inom koncernen). I december 2024 fanns sammanlagt 10 fast anställda och/eller visstidsanställda behandlingspedagoger, 3 psykologer (varav en är föreståndare) och 1 biträdande föreståndare med grundläggande psykioterapiutbildning i KBT (f.d. "steg 1"). Personalomsättningen har således varit 13 %.

Sjukfrånvaron under 2024, genomsnitt jan-december, var på 8 % vilket är att räkna som en normal grad av sjukfrånvaro. 73% av denna frånvaro var i form av långtidssjukskrivningar (definierade som minst 60 dagars sammanhängande sjukfrånvaro). En behandlingspedagog har varit sjukskriven (i olika omfattning) under hela 2024. Denna sjukskrivning har berott på en icke arbetsrelaterad skada.

Systematiskt arbetsmiljö och 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 verksamhetsmöten. Arbetsmiljömöten mellan personalansvarige och skyddsombudet 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 2024 har samtliga skyddsronder genomförts enligt fastställd planering. Interna brandronder har genomförts med en gång i månaden och externa brandrond har genomförts en gång i kvartalet.

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

Risikanalyser

Verksamheten arbetar löpande och i samtliga processer med systematisk riskhantering för att minimera risken att oönskade händelser inträffar. Riskanalyser genomförs på två nivåer i verksamheten- 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 har riskanalyser genomförts vid följande förändringar i verksamheten:

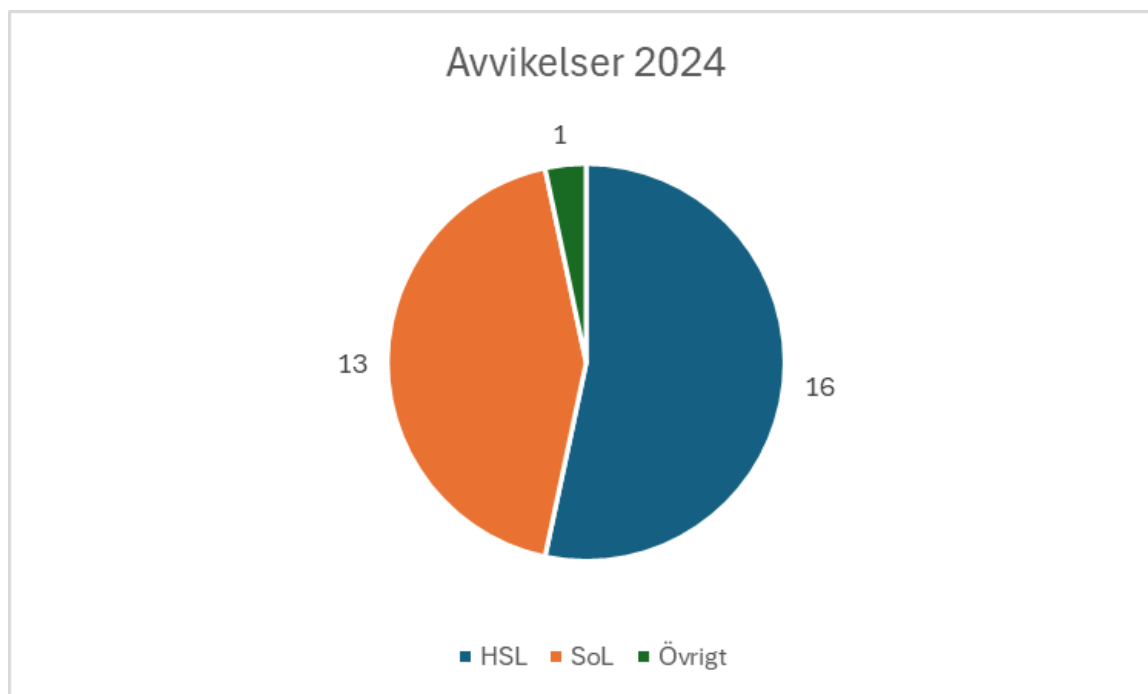
- Byte av lokal

Avvikelser/klagomål/förbättringsförslag

En stor del av verksamhetens förbättringsarbete bygger på att det finns en fungerande avvikelshantering. Verksamhetens avvikelshantering omfattar intern avvikelserapportering och externa rapportering. Intern avvikelserapportering 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 avvikelserapporteringarna 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 avvikelshantering i verksamheten även om delar av hanterandet kan delegeras till andra personer.

Under 2024 inkom 31 avvikelserapporter och både omedelbara åtgärder och långsiktiga åtgärder aktualiserades för att säkerställa kvalitet och förhindra att avvikelserna upprepas. Vi ser ett fortsatt bra arbete med att rapportera in avvikelser, vilket pekar på ett gott engagemang och förbättringsfokus hos personalen i verksamheten. Två Lex Sarah anmälningar och utredningar har genomförts under året. Inga kundklagomål har inkommit.



Kategori & antal	Kvalitativ beskrivning	Åtgärder
Brist i läkemedelshantering: 16 st	Narkotikaklassad medicin har saknats vid kontrollräkning. Boendet har saknat den ordinerad medicinen vid ett par tillfällen. Dosett har saknats samt varit ofullständigt delad vid ett par tillfällen. Personal har missat att administrera ordinerad medicin och vid några tillfällen gett fel dos. Signering har saknats för administrerad medicin och signeringslistorna ibland blivit fulla utan att bytas ut. Ungdom har haft medicin på sitt boenderum vid ett tillfälle.	Vid samtliga brister har omedelbara åtgärder vidtagit för att korrigera/hantera felet. Personalansvarig eller föreståndare har vid flera tillfällen haft enskild uppföljning med berörd personal. Uppföljning av rutiner och förtydligande av hövdingens ansvar för medicinadministrering har tagit upp vid flera tillfällen på personalmöten.
Brist i dokumentation: 8 st	Avvikelse har främst handlat om att behandlingsriktlinjer inte har uppdaterats i tid och att månadsrapporter blivit försenade (därför har flera månader slagits ihop i samma rapport för vissa placerade ungdomar).	Föreståndare har bistått med tät arbetsledning kring dokumentation för berörd psykolog och lex Sarah-utredning har genomförts. Bakomliggande orsak bedöms vara för hög arbetsbelastning på verksamhetens psykologer. Därefter har man i högre grad delegerat logistiska uppgifter till behandlingspedagogerna.
Övrigt: 6 st	Tillfälliga problem att nå dokument i samband med byte av IT-miljö. Ungdom som nekats att gå extra dagar i Evias skola. Missad tid på vårdcentral. Planering framåt saknades nära inpå utskrivningsdatum för en ungdom. Sekretesspapper låg i verksamhetens bil. Ungdom utsatt för brott vid vistelse utanför Evia.	Merparten av dessa avvikelser löstes utan att organisatoriska åtgärder behövde vidtas. Rutin för sekretessinformation följdes dock upp på personalmöte. Lex Sarah-utredning genomfördes kring prevention och hantering av brottsutsatthet. I den bedömdes att brister i verksamheten inte förelåg.

Extern tillsyn/Granskning

Verksamheten har haft en tillsyn från IVO under året. Inspektionen genomfördes på plats i verksamheten i maj månad. Till grund för tillsynen låg enkäter ifyllda av ungdomar, och samtal med ungdomar, personal och föreståndare. Även skriftliga handlingar (anställningsavtal och avtal om praktik med tillhörande registerutdrag samt sammanställning av avvikelser lämnades till IVO i samband med inspektionen.

IVO konstaterade att det finns brister i kontrollen av Polismyndighetens belastnings- och misstankeregister inför anställning eller andra uppdrag i verksamheten genom att äktheten inte kontrollerats i de digitala registerutdrag som inhämtats inför anställning av personal (Dnr 3.2.2-09460/2024-12). IVO fann i övrigt inga brister avseende verksamhetens arbete för att förebygga, uppmärksamma och agera vid hot, våld och övergrepp.

Efter att IVO uppmärksammat avsaknaden av äkthetsintyg skrevs en intern avvikelse rapport. I samband med det sågs rutinen för registerutdrag över, och 2024-11-27 infördes en ny rutin där det tydligt framgår att äkthetsintyg ska inhämtas vid digitala registerutdrag. Rutinen har repeterats för samtliga som ansvarar för inhämtande av registerutdrag.

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.

Ungdomarnas vardag

- En gemensam fast aktivitet infördes i form av en stående träningsgrupp.
- Rutiner och regler för ungdomarna uppdaterades och tydliggjordes (ingår nu som en del i ungdomspärmen).
- Morgonrutinen har förbättrats genom att personal numera dukar ut frukost till ungdomarna (i motsats till att de ska ta detta själva). Det har medfört att fler börjat äta frukost.

Information och medbestämmande för ungdomarna

- En brevlåda för åsikter monterades i de allmänna utrymmena. Ny rutin att behandla ungdomarnas förslag/klagomål på personalmötena och återkoppla till dem i såväl skrivs som vid morgonmöten.
- Ungdomspärmen uppdaterades. Utöver rutiner och regler har en beskrivning av Evias metod adderats liksom information om aktiviteter i närområdet.

Kognitivt stöd till ungdomarna

- Arbetsterapeut Utbult konsulterade Evia och gav rekommendationer om verksamhetsutveckling. Därefter implementerades en gemensam visuell veckoplanering för ungdomarna (anslagstavla i allmänutrymme).

Byte av lokal

- I december flyttade Evia från Mälarhöjden till en nyrenoverad lokal i Skrubba. I och med det ges nya behandlingsförutsättningar, exempelvis i form av större boenderum och bättre översikt av hela ytan för personal. Det finns färre avskilda ytor och i stället ett stort vardagsrum. En omedelbar effekt av detta som observerats har varit minskade isolationsbeteenden, d.v.s. att ungdomarna interagerar mer med både varandra och personal.

Behandling

- En handlingsplan/checklista för att screena och hantera risk för kriminalitet har utarbetats.

Personal

- 2024-11-27 uppdaterades rutinen kring belastningsregister med noggrann instruktion om att säkerställa äktheten i digitala belastningsregister.
- De dagliga personalöverlämningarna har fått en tydligare styrning/struktur.
- Rollerna som arbetsledare och kontaktperson har förtydligats och mer ansvar för logistiska samt praktiska uppgifter har lagts där. Detta har frigjort utrymme för psykologerna att i högre grad ägna sig åt bedömning, utredning och behandling.

Kvalitetssäkring

- Under november 2024 bytte Evia digitalt system, från Google- till Microsoft-miljö. Detta som ett led i att integrera sig med WeMinds verksamhet.
- Gösta Liljeholm har under 2024 anordnat ett föreståndarkollegium där föreståndare från hela IoF samlas för erfarenhetsutbyte och verksamhetsutveckling.
- I oktober 2024 fick då tillförordnade föreståndare Mia Jörgensen utbildningsbevis i Diplomerad ledarutbildning för HVB. Kursen fokuserade på HVB-verksamhet och avhandlade socialrätt, arbetsrätt, arbetsmiljöansvar, hälso- och sjukvårdsrätt samt evidensbaserad praktik.

Förbättringsförslag inför 2025

Stärka medarbetarnöjdhet

Arbeta utifrån upprättad handlingsplan för detta med målet att nå 20 poäng på eNPS.

Stärka kompetens inom personalgruppen

Dels genom en gemensam kompetensutvecklingsplan som IoF tagit fram för alla HVB-verksamheter, dels genom att ta fram ett årshjul över viktiga kunskapsområden som vi repeterar på personalmöten (bland annat behandlingsmetod, journalföringskvalitet, agerande under hot- och våldssituationer).

Stärka metodföljsamhet med tillämpad beteendeanalys och positivt beteendestöd

Detta genom att skapa psykologforum för att arbeta med beteendeanalys men även regelbundet skatta följsamhet med metoderna utifrån gemensamt fastställda kriterier. Även genom att etablera en god vardagsrutin för ungdomarna som skapar en behandlingsvänlig och NPF-anpassad miljö (vilket är i linje med positivt beteendestöd). I det ingår att i högre grad strukturera olika moment i vardagen (såsom mornar, kvällar och fria lov dagar, matlagning), att strukturera tillvägagångssätt vid skolk, strukturera arbetssättet vid brist på fritidsaktivitet och strukturera arbetssättet vid brist på daglig sysselsättning.

Öka följsamheten med MBV

Detta genom att på ett strukturerat vis återkoppla och diskutera resultaten från personalens registreringar med ungdomar, vårdnadshavare och uppdragsgivare.

Öka graden av kognitivt stöd i verksamheten

Ha regelbunden extern handledning av arbetsterapeut och arbeta utifrån de rekommendationer hon ger.

Öka graden av strukturerade samtal och behandlingsmoment för ungdomarna

Bland annat genom att införa en stående grupp där allmänna områden av relevans för målgruppen avhandlas (exempelvis internetssäkerhet, känsloskola, sömnskola, sex- och samlevnadskunskap o.s.v.). Även genom att skapa metodstöd och forum för fler riktade MI-samtal.

Stärka kvalitetsarbetet

Detta genom att förflytta ledningssystemet till WeDo- en WeMind gemensam plattform. Detta möjliggör enklare orientering i systemet samt gemensamma rutiner inom hela WeMind IoF.

Samordning

Se över möjligheten att inrätta en samordnande roll som arbetar dagtid genom att förändra behandlingspedagogernas schema. WeMind IoF kommer anställa en sjuksköterska som ansvarar för samtliga HVB-verksamheter inom koncernen. Detta kommer innebära en större kontinuitet och samordning än vad dagens konsultsjuksköterska kan erbjuda, och därigenom stärka kvaliteten gällande medicinska insatser.



Rapporten är upprättad av ledningsgruppen på WeMind HVB Evia

Mia Jörgensen, Föreståndare

Sammanställd: Mars 2025

Godkänd i WeMind IOF ledningsgrupp: Maj 2025