

# Kvalitetsberättelse

**WeMind HVB 2021**



## Innehållsförteckning

<b>Innehållsförteckning</b>	<b>1</b>
<b>Kvalitetsberättelse</b>	<b>3</b>
<b>Inledning</b>	<b>3</b>
<b>Sammanfattning</b>	<b>3</b>
<b>Verksamhetsbeskrivning</b>	<b>4</b>
Personalgruppen	4
Ledning	5
Enhetsledning	5
Behandlingsteam	5
Behandlingsassistenter	6
Servicepersonal	7
Medicinsk personal	7
Bemanningen	7
<b>Jämställdhetsarbete</b>	<b>7</b>
<b>Kvalitetsarbetet under året</b>	<b>8</b>
Ansvarsfördelning i kvalitetsarbetet	8
Kvalitetspolicy och målsättningar	9
Kvalitetspolicy för WeMind HVB	9
Kvalitetsmål för Wemind HVB 2021	9
<b>Uppföljning av kvalitetsmålen</b>	
<b>1) Utvärdering av behandlingsresultaten</b>	<b>10</b>
Placeringar under året	10
Utvärdering av behandlingen	10
Uppfyllelse av syfte med placeringen	10
Andel slutförda placeringar	11
Uppfyllelse av mål i vårdplan	13
Typ av insatser efter avslutad placering	16

Beteenderegistreringar	19
Skattningsskalor	20
WYFS-15	23
IFU-skalan	23
<b>2) Följa evidensläget på relevanta områden</b>	<b>24</b>
<b>3) Placerade ungdomars delaktighet i vårdplaneringen</b>	<b>25</b>
<b>4) All fast anställd personal ska genomgå basutbildning i Tillämpad beteendeanalys (TBA)</b>	<b>26</b>
<b>5) Medarbetares trivsel</b>	<b>28</b>
<b>6) Aktivt följa utveckling i lagstiftningen</b>	<b>29</b>
<b>Systematiskt förbättringsarbete</b>	<b>29</b>
Riskanalysprocesser	30
Löpande riskanalys	30
Egenkontroll	30
Behandlingsresultat	30
Dokumentation	30
Brandsäkerhet	30
Miljö och hälsa	30
Utvecklingsmål Miljö och Hälsa	31
Utredning av avvikelser rapporterade i ledningssystemet	32
Förbättrande åtgärder i verksamheten	32
Medicinhandling	32
SoL-avvikelser	33
Arbetsmiljöavvikelser	33
IVO - Tillsyner, granskningar och misstankar om missförhållanden	33
Tillsyner	33
Undersökningar vid misstanke om missförhållanden	34
<b>Målsättningar och planerat utvecklingsarbete 2022</b>	<b>34</b>
Kvalitetsmål för WeMind HVB 2022	34

## 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

2021 är verksamhetens sjunde verksamhetsår. Under hela året har vi haft våra tre avdelningar med sammanlagt 23 vårdplatser i HVB öppna. Avdelningarna har fem, sju respektive elva platser.

Beläggningsgraden har varit något lägre än förra året (79,4% jämfört med 84,4%) och varierade från som högst 87,0% i maj till som lägst 70,4% i september. Det är ett återkommande mönster att verksamheten har en puckel av uppdrag som avslutas under sommaren, då den perioden ofta blir en naturlig övergång till skola på hemmaplan eller påbörjande av gymnasiestudier. Under 2021 avslutades hela 50% av uppdragen under perioden juni-augusti vilket gjorde att beläggningen var lägre i början av hösten. Efterfrågan har dock varit god hela året och platserna fylldes på löpande under årets sista tredjedel.

Under året skrevs arton ungdomar in och arton skrevs ut. Andelen uppdrag som avslutats med genomförd vård slutade på 78%. Det är den högsta siffran hittills för ett kalenderår sedan verksamheten startade och en tydlig bit över den sammanlagda andelen uppdrag med genomförd vård för de senaste sex åren (68%). Att verksamheten börjar närma sig att 8 av 10 barn som tar emot vård flyttar med genomfört uppdrag är något vi är mycket stolta över.

### Verksamhetsbeskrivning

WeMind HVB AB har under 2021 drivit ett behandlingshem på Gålö i Haninge kommun, Stockholms Län. Målgruppen är pojkar (14-18 år) med psykosociala problem som relationsproblem i familjen, skolfrånvaro eller utagerande beteenden. De unga har ofta psykiatrisk tilläggsproblematik och/eller neuropsykiatriska funktionshinder. Verksamheten tar inte emot unga med problem inom områdena missbruk eller kriminalitet.

Som metod för beteendeförändring arbetar verksamheten med Tillämpad Beteendeanalys (TBA). Detta innebär att personalens bemötande är planerat och utgår

från inlärningspsykologiska principer. Alla i personalgruppen har handledning i metoden av verksamhetens psykologer. Individuellt förändringsarbete (terapi) bedrivs som en förlängning av bemötandestrategierna med inriktning Kognitiv beteendeterapi (KBT), vilket är den kliniska grenen av inlärningspsykologi. Alla terapisaamtal genomförs med psykolog.

Det sociala arbetet kring varje ungdom leds av en socionom med titel ärendansvarig. Denne är ansvarig för nätverksarbetet som innefattar samordning och problemlösning kring skolgång, familj, socialtjänst och fritid. Varje ungdom har ett tvärprofessionellt team med en behandlingsansvarig psykolog, en ärendansvarig socionom samt en kontaktperson i behandlingsassistentgruppen.

Verksamhetslokalen på Gålö är en fastighet med 10 byggnader. Tre av husen innehåller boendeavdelningar med 11, 7 respektive 5 vårdplatser. Kontor och samtals- och mötessrum finns i separat byggnad liksom, replokal, gym, verkstäder, föräldraövernattning och garage.

### Personalgruppen

2020 gjordes en större organisationsförändring. Under 2021 har nya organisationsformen landat vilket inneburit att verksamheten placerat mer ledningsresurser närmare de placerade genom att ha färre verksamhetsövergripande ledningsroller och istället delat upp verksamheten i två enheter och skapat lokala ledningsfunktioner kallat enhetsledning. Den nya organisationsplanen omfattar 30 heltidstjänster och togs i bruk i mars 2020.

Fyra personer nyanställdes under året. Totalt har tre personer ur den fasta personalgruppen slutat under 2021. Dessa har ersatts inför 2021.

De 30 heltidstjänsterna har under 2021 utgjorts av:

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

### Enhetsledning

Nedan omnämnda ingår även i behandlingsteam

- Biträdande föreståndare (Enhet A). Socionom med mer än 10 års erfarenhet av socialt arbete. Anställdes 2016.
- Psykologiskt ledningsansvarig psykolog (Enhet A). Legitimerad 2017 efter ptp i verksamheten. Anställdes 2016.
- Biträdande föreståndare (Enhet B/E). Socionom med sju års erfarenhet av socialt arbete. Anställdes 2016. Föräldraledig 6 mån. Ersattes med vikarierande Socionom med 6 års erfarenhet av socialt arbete. Anställdes 2018.
- Psykologiskt ledningsansvarig psykolog (Enhet B/E). Legitimerad från augusti 2019 efter ptp i verksamheten. Anställdes 2018

### Behandlingsteam

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

- Ärendansvarig socionom med 5 års erfarenhet av socialt arbete. Anställdes 2018.
- Ärendansvarig socionom med sju års erfarenhet bl a som socialsekreterare. Anställdes 2021
- Ärendansvarig Socionom, erfarenhet som socialsekreterare. Anställdes 2020 och slutade under året
- Assisterande Ärendansvarig, vikariat senare delen av året. Behandlingsassistent, med examen 2016 från Tollare Folkhögskola, 5 års erfarenhet av HVB hem. Anställdes 2020
- Leg. psykolog med tidigare erfarenhet av att arbeta inom slutenvård och boendeverksamheter. Anställdes 2016. Arbetar 60% - 100% Föräldraledig senare del av året
- Leg. psykolog. Började som ptp i verksamheten 2019. Legitimerades 2020.
- Leg. psykolog Legitimerades 2020, erfarenhet från allmänpsykiatri. Anställdes 2021

### Behandlingsassistenter

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

Enhet A

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

- Behandlingsassistent. Behandlingspedagog med examen 2014.. Anställd sedan 2015.
- Behandlingsassistent. Utbildad behandlingsassistent med examen 2010 från Videbäcks folkhögskola. Examen som behandlingspedagog 2011 från June folkhögskola. Anställdes 2018.
- Behandlingsassistent, med examen 2016 från Tollare Folkhögskola, 5 års erfarenhet av HVB hem. Anställdes 2020
- Behandlingsassistent, med examen 2010 från Vansbro lärcentrum, Tidigare erfaren av SIS, kriminalvården. Anställdes 2020

### Enhet B/E

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

### Servicepersonal

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

- Bemanningsansvarig. Tidigare haft tjänsten samordnare och assisterande behandlare. Behandlingspedagog med examen 2016.
- Servicetekniker. Utbildad snickare med mångårig erfarenhet som säljare av byggmaterial. Började som timvikarie på verksamheten sommaren 2015.

### Medicinsk personal

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

### Bemanningen

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

I enhet A (11 vårdplatser) arbetar en kock måndag-fredag 8.30-16.30. två behandlingsassistent arbetar dagtid 08:30-16:30. Två behandlingsassistenter bemannar enheten eftermiddag/natt 16:00-10.00.

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

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

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

Psykologerna och de ärendeansvariga har ett flexitidsupplägg som ger dem större rörelsefrihet och möjlighet att anpassa sin arbetstid på ett effektivare sätt utifrån verksamhetens behov. Psykologer och ärendeansvariga samverkar runt varje ungdom i olika konstellationer vilket gör att de långa stunder under dagen befinner sig i de olika enheterna.

## Jämställdhetsarbete

Under 2017 antogs verksamhetens första jämställdhetspolicy. Ett av målen som kom ur arbetet med policyn var att aktivt arbeta mot en jämnare könsfördelning i arbetsgruppen. En analys av fördelningen i arbetsgruppen för 2021 har gjorts och presenteras nedan.

<b>Början av 2021 (män/kvinnor)</b>	<b>Slutet av 2021 (män/kvinnor)</b>
Ledning, 50/50	Ledning, 50/50
Psykologgruppen, 33,3/66,6	Psykologgruppen, 33,3/66,6
Ärendeansvariga, 50/50	Ärendeansvariga, 25/75
Behandlingsassistenter 43,75/56,25	Behandlingsassistenter, 37,5/62,5
Servicepersonal, 100/0	Servicepersonal, 100/0
Vikarier, 28,6/71,4	Vikarier 41,2/58,8
<b>Totalt: 39,2% män och 60,8% kvinnor</b>	<b>Totalt: 45,5% män och 54,5% kvinnor</b>

## Kvalitetsarbetet under året

### Ansvarsfördelning i kvalitetsarbetet

Följande ansvarsområden har funnits i kvalitetsarbetet:

#### Övergripande ansvar:

Föreståndare



Specifika ansvar har funnits för följande områden under året:

### **Ansvarig för metodutveckling och utvärdering av behandlingen:**

Föreståndare och Psykologiskt ledningsansvariga psykologer

### **Ansvarig för medbestämmande och verksamhetsutveckling:**

Föreståndare och biträdande föreståndare

### **Ansvarig för brandskyddsrutiner:**

Servicetekniker och husansvariga

### **Ansvarig för miljö- och hälsa:**

Servicetekniker och köksansvarig

### **Forum för kvalitetsfrågor:**

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

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

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

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

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

## **Kvalitetspolicy och målsättningar**

Under 2021 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 2021

1. Vården ska utvärderas genom regelbunden mätning av behandlingsresultaten och verksamheten ska uppnå IFU13 enligt den skala för vårdkvalitetsmätning med maximalt 15 steg som fastställts för WeMind HVB
2. Verksamheten ska följa evidensläget för relevanta områden och säkerställa att vi arbetar med insatser som har vetenskapligt stöd genom att delta i minst tre sammanhang där relevanta forskningsresultat presenteras.
3. Placerade ungdomar ska uppleva delaktighet i vårdplaneringen och deras upplevelse ska mätas med brukarenkät en gång per år. De ska bedöma sin delaktighet som i snitt 4,5 på en skala 1-6 i brukarenkäten som ska genomföras tre gånger under året.
4. 90% av den fast anställda personalen ska genomgå minst fyra utbildningsmoduler i vårt internutbildningsprogram och närvaron på den externa handledningen ska vara minst 90%. En ny mätning av behandlingspersonalens kompetens i TBA ska genomföras för att utvärdera årets handledning.
5. Medarbetare ska trivas med och rekommendera att jobba hos oss och deras upplevelse ska mätas med medarbetarenkät en gång per år. Målsättningen är att ha eNPS (Net Promoter Score) över 10
6. Vi ska aktivt följa utvecklingen i lagstiftning som är tillämplig på verksamheten. Tillägnande av nya lagar och föreskrifter ska dokumenteras.
7. WeMind HVB ska upplevas som en konstruktiv och utvecklingsorienterad samarbetspartner av landets socialtjänster och myndigheter. En metod för att undersöka detta ska tas fram under året.

Kvalitetsmålen utvärderas vart och ett i nedanstående stycken.

## Uppföljning av kvalitetsmålen

### 1) Utvärdering av behandlingsresultaten

#### Placeringar under året

Under 2021 skrevs 18 ungdomar in i verksamheten och 18 ungdomar skrevs ut. Beläggningsgraden har varierat över året, från som högst 83,6% (99,6% 2020) i januari och december till som lägst 70,4% (82,3%) i september. En större andel placeringar än

verksamheten räknat med avslutades under sommaren, vilket gjorde att beläggningsgraden var lägre i början av hösten. Beläggningsgraden för helåret blev 79,4%

### Utvärdering av behandlingen

När resultatet av verksamhetens insatser utvärderas finns tre perspektiv vi tar tillvara:

1. Att utifrån socialtjänstens vårdplan utvärdera i vilken utsträckning syftet med placeringen har uppnåtts
2. Att mäta förekomst av överskotts- och underskotts beteenden över tid och följa individens utveckling i relation till dem
3. Att mäta psykiatriska symtom, livskvalitet, funktionsnivå och förekomst av problembeteenden med skattningsskalor och strukturerade intervjuer

Dessa tre perspektiv kompletterar varandra i strävan att uppnå en helhetsbild av den genomgripande och långvariga insats en placering på ett behandlingshem innebär. Det är förväntat att insatsen påverkar individen på en stor mängd områden och det kan variera mellan individer vilka områden som är mest relevanta. Nedan redogörs för verksamhetens resultat för varje område.

### Uppfyllelse av syfte med placeringen

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

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

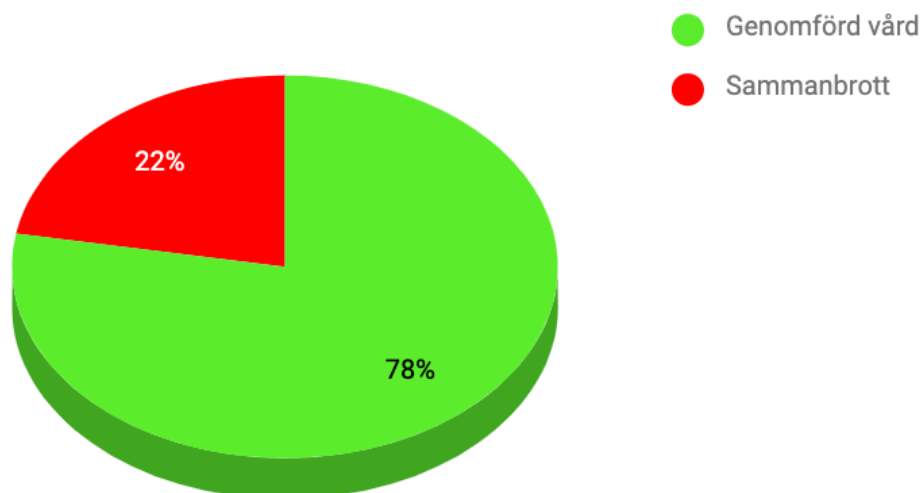
### Andel slutförda placeringar

Av de 18 ärenden som avslutades under året var det 14 ärenden (78 %) där uppdraget var slutfört, vilket innebär att målen var uppfyllda i tillräcklig grad för att den unge skulle kunna gå vidare i vårdkedjan och flytta vidare till annan vård, eget boende, stödboende eller hem till föräldrarna.

Siffran för lyckade placeringar på 78% ligger tydligt över verksamhetens aggregerade värde för de senaste sex åren (68%). Den genomsnittliga placeringstiden för de genomförda placeringarna var något kortare än förra året och låg på 15,3 månader (jämfört med 16,0 månader 2020 och 16,1 månader 2019). Den kortaste genomförda placeringen var 3,6 månader och den längsta 41,3 månader.

Resultatet gällande placeringar som avslutas planerat är den högsta i verksamhetens historia och det är intressant att den genomsnittliga placeringstiden samtidigt blivit kortare. Gällande placeringstid är dock variationen stor och minskningen ska tolkas med försiktighet.

### Utskrivningsorsak 2021



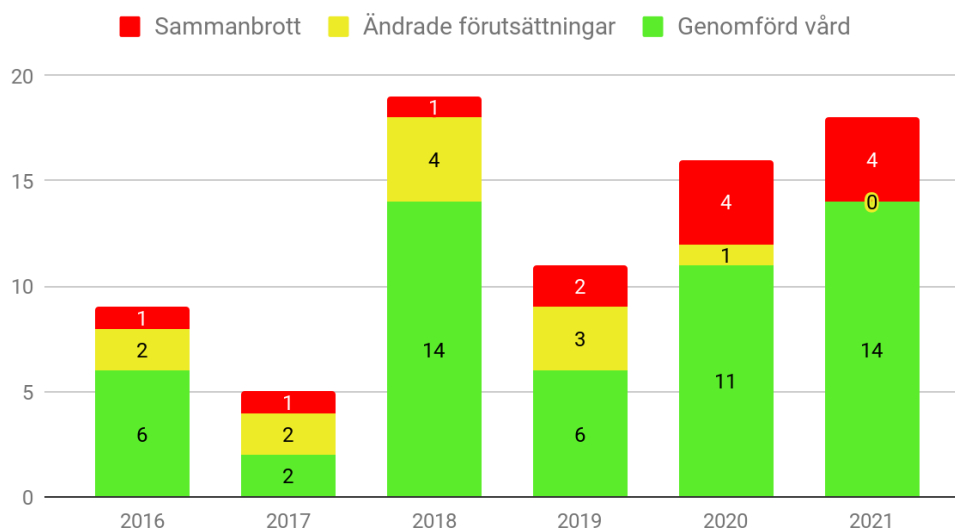
Under 2021 ledde fyra placeringar (22%) till sammanbrott, vilket är samma nivå (och antal) som förra året men en högre siffra jämfört det aggregerade värdet på 16% för de senaste sex åren.

Sammanbrotten har olika orsaker under året. Tre placeringar avbröts av verksamheten på grund av accelererande aggressivitet hos den inskrivne som nådde en intensitet verksamheten inte klarade av att möta. En placering avbröts av socialtjänsten för att den unge inte trivdes och ville flytta tillbaka till familjehem.

Den genomsnittliga placeringslängden för ett sammanbrott var 7,8 månader där den kortaste var 4 månader och den längsta 15,9 månader. Denna siffra skiljer sig markant från 2020 då den genomsnittliga placeringslängden vid avbruten vård var endast 3,1 månader. Den största anledningen till denna skillnad är ett ärende där vården avbröts efter ett drygt år, något som är mycket ovanligt. I de allra flesta fallen blir det tydligt inom det första månaderna om placeringen inte kommer bli lyckosam.

Nedanstående diagram visar utskrivningsorsak från åren 2016 till och med 2021:

### Utskrivningsorsak 2016-2021 (antal)

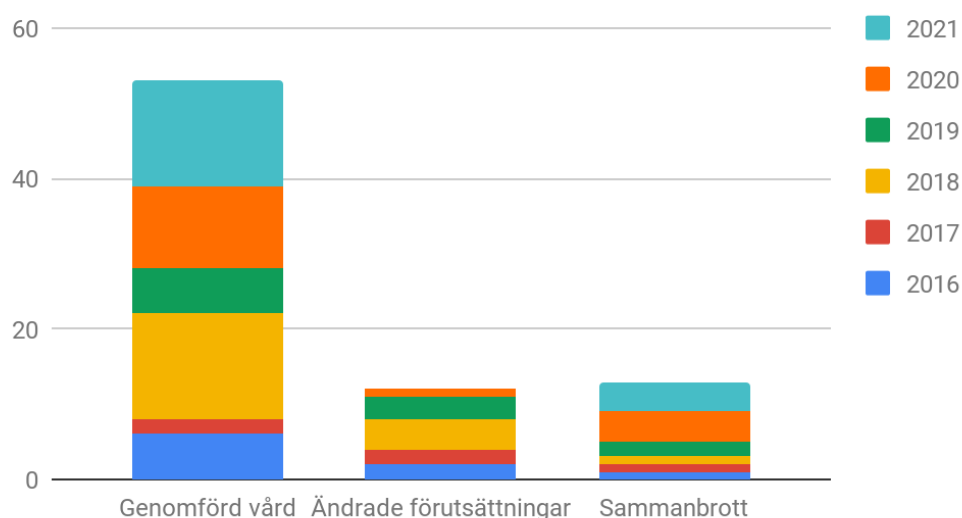


Som kan utläsas ur diagrammet ovan har antalet utskrivna barn skiftat över åren. Som minst avslutades endast 5 placeringar (2017) till som mest 19 (2018). Detta beror till stor del på att verksamheten successivt har ökat antalet platser och därmed sin kapacitet. Den genomsnittliga placeringslängden under perioden (2016-2021) är 13,9 månad för genomförd vård, vilket gör att man vid analysen av utskrivningsstatistiken måste räkna in en viss fördröjning. Att verksamheten endast avslutade 11 placeringar under 2019 är till exempel ett resultat av en kraftig dipp i beläggningen under 2018, då ett flertal långa placeringar, inskrivna 2017, avslutades utan att nya kom in i önskad takt. Under 2021 har verksamheten inte varierat antalet öppna platser (tidigare år har vi ofta öppnat nya) och har för första gången balans i antal inskrivna jämfört med antal utskrivna (18 in respektive ut under året).

Gällande avbrutna placeringar (både kategorierna ändrade förutsättningar och sammanbrott) är förloppen generellt kortare och en genomsnittlig avbruten placering är 4,6 månader sett över de senaste sex åren. Dessa tenderar alltså härröra till innevarande års inskrivningar. Tittar man på det faktiska antalet avbrutna placeringar så är det med ett undantag (2021 när det var en färre) samma antal avbrutna placeringar de senaste fyra åren och andelen avbrutna placeringar av den totala mängden utskrivningar är lägre än för fem år sedan. Det är verksamhetens målsättning att minska antalet uppdrag som inte genomförs enligt plan och analysen är att den viktigaste faktorn för att uppnå detta är en förbättrad bedömningsprocess inför inskrivning i kombination med en förbättrad process för att göra verksamheten synlig för handläggare med behov av insatser inom verksamhetens specialistområde.

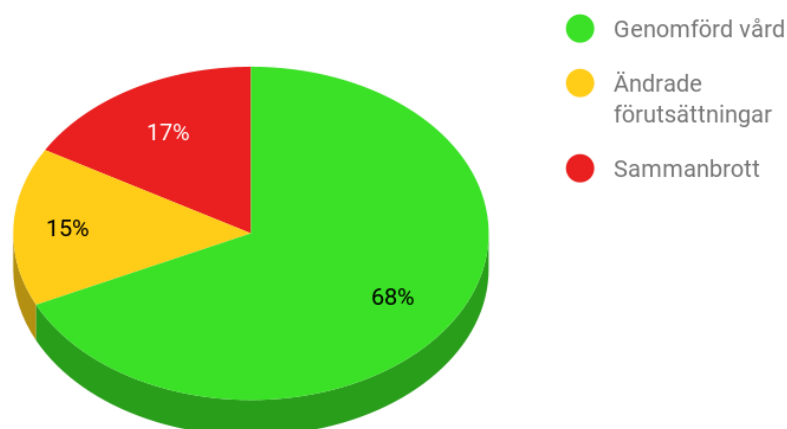
Här nedan kan utläsas hur utskrivningsorsak fördelar sig baserat på faktiskt antal uppdrag de senaste sex åren.

Utskrivningsorsak 2016-2021 (Antal)



Och här under hur utskrivningsorsakerna fördelar sig över samma år.

Utskrivningsorsak 2016-2021



### Uppfyllelse av mål i vårdplan

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

Uppfyllande av målen skattas i en av fyra kategorier:

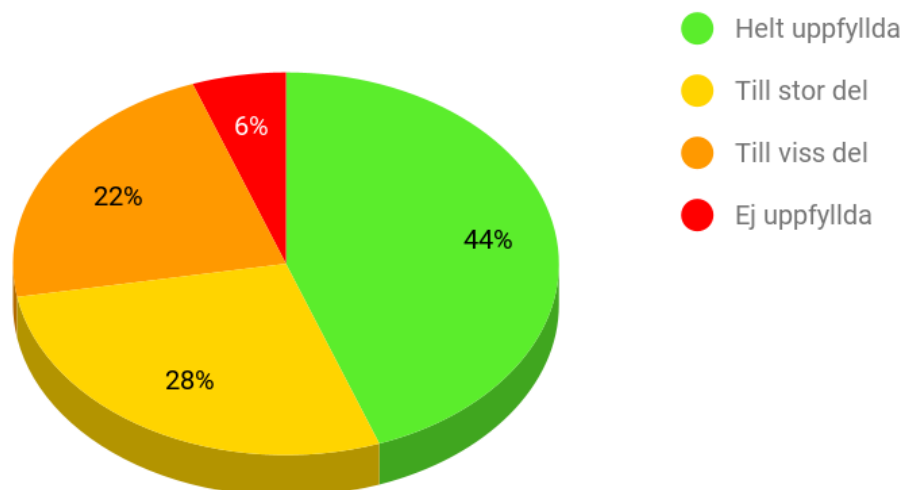
1. Helt uppfyllda

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

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

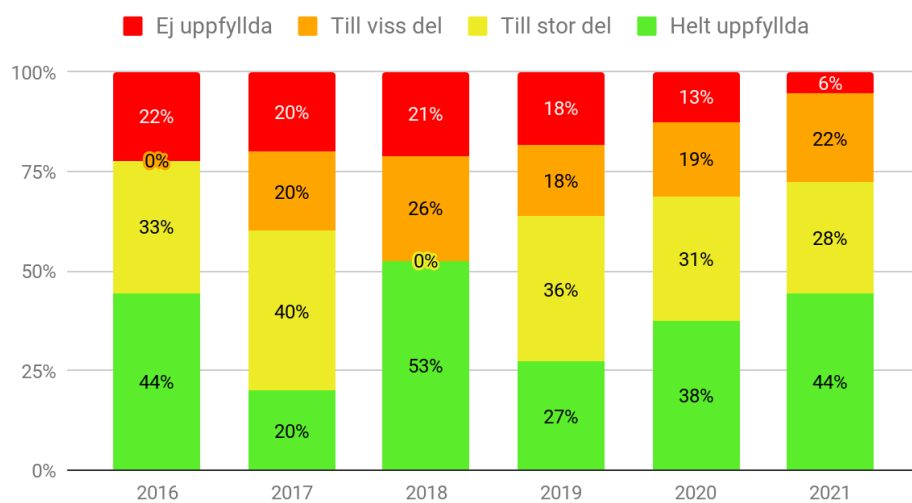
Av de 18 utskrivningar som gjordes under 2021 bedöms målen i 1 ärende (6%) vara ej uppfyllda. Målen i 4 ärenden (22%) bedömdes vara till viss del uppfyllda, målen i 5 ärenden (28%) bedömdes vara till stor del uppfyllda samt målen i 8 ärenden (44%) bedömdes vara helt uppfyllda.

Uppfyllelse av mål i vårdplan 2021

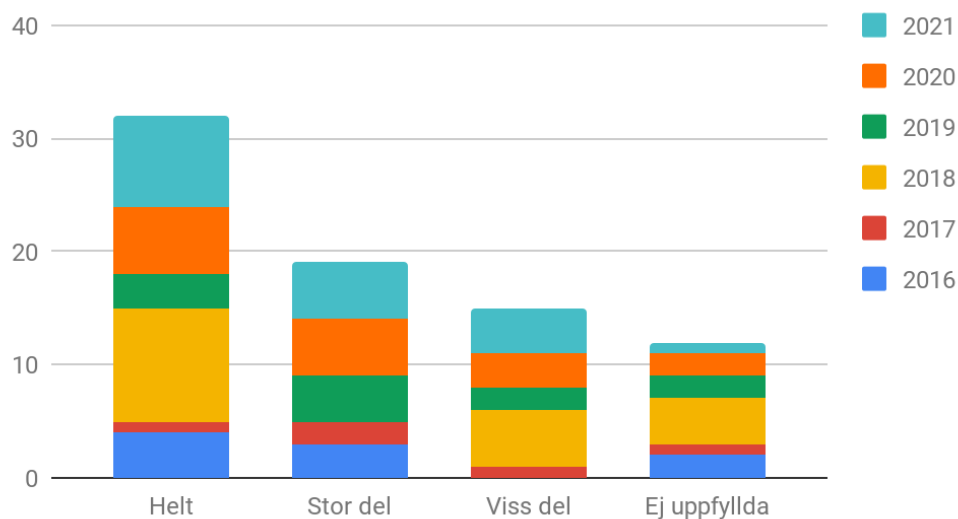


Nedanstående diagram visar uppfyllelse av mål över tid från 2016 till och med 2021 först i andelar och efter det i faktiska antal.

Uppfyllelse av mål i vårdplan 2016-2021

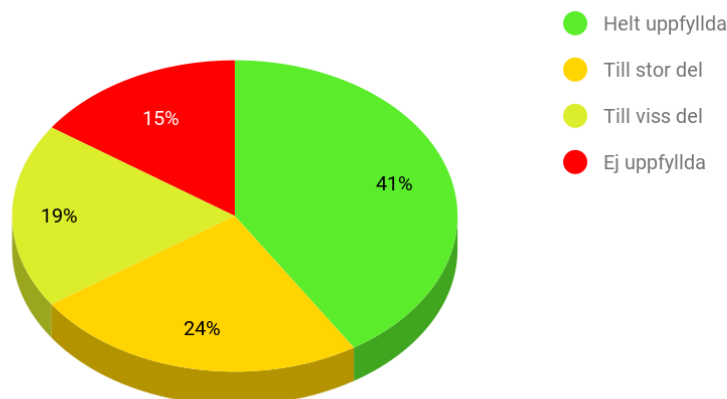


Måluppfyllelse 2016-2021 (Antal)





### Uppfyllelse av mål i vårdplan 2016-2021



Den sammanlagda bilden för de sex senaste åren ger en bild där vi kan se att majoriteten (65%) av placeringarna skrivs ut med sker med helt eller till stor del genomförda mål. 15% placeringarna har skrivits ut med ej uppfyllda mål, en siffra som dock är lägre än de 32% vars placering avbryts i förtid. Detta tyder på att även en del av de ungdomar där verksamheten inte lyckas genomföra en fullständig placering skrivs ut med vissa mål uppfyllda efter placeringstiden.

#### Typ av insatser efter avslutad placering

Den tredje nivån för att utvärdera behandlingsresultat utifrån socialtjänstens målformuleringar är genom att titta på vilken typ av insats som varje ungdom fått efter att placeringen har avslutats och vilken grad av vård och behandling insatsen innehåller. Detta är ett tämligen konkret mått på huruvida vårdbehovet ökat eller minskat efter placeringen. Nivån av efterföljande insatser delas in i fyra kategorier:

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

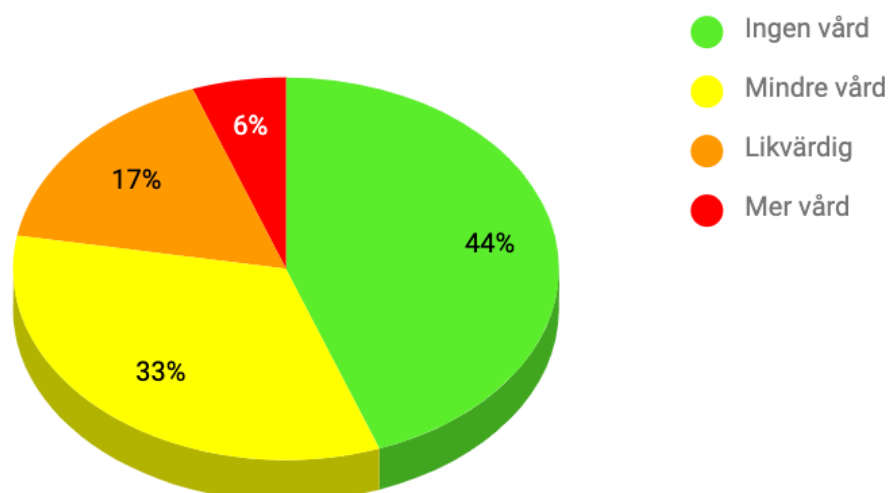
För att insatsen ska bedömas innehålla lite eller ingen vård krävs antingen att ungdomen inte erhåller någon vård alls efter placeringen eller endast erhåller insatser av mindre omfattning så som vård- eller stödinsatser som kan utföras när ungdomen bor hemma, till exempel kontaktperson via LSS, stödinsats via socialtjänsten eller kontakt inom BUP:s öppenvård. Till denna kategori räknas även stödboenden för ungdomar som saknar ett hem att flytta till. För att insatsen ska bedömas innehålla mindre vård krävs att den har ett mindre intensivt behandlingsinnehåll än WeMind HVB. Detta kan till exempel vara ett LSS-boende eller ett HVB utan psykiatriska insatser. För att en insats ska bedömas innehålla likvärdig vård krävs en insats med motsvarande intensiva behandlingsinsatser som WeMind HVB eller ett så stort antal mindre behandlingsinsatser att de tillsammans når upp i motsvarande vårdmängd. En insats som bedöms innehålla mer vård ska ha omfattande psykiatriska insatser i kombination

med högre bemanningsgrad. Exempel på insatser som bedöms innehålla mer vård är SiS-institution eller psykiatrisk heldygnsvård.

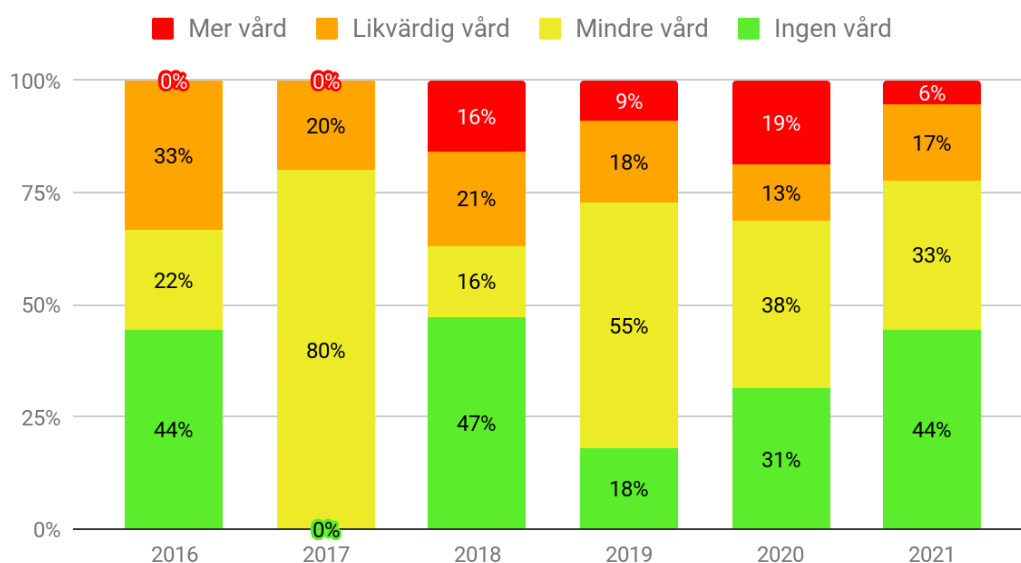
Av de 18 ärenden där placeringen avslutades under 2021 fick en ungdom (6%) mer vård efter utskrivning. Denne placerades på SiS-institution. I tre ärenden (17%) fick den unge vad som bedömdes som likvärdiga insatser, i två fall på andra HVB och i ett tredje i hemmet men med stora kvarstående vårdbehov. I sex ärenden (33%) fick den unge insatser med mindre vård efter utskrivning, två flyttade till familjehem, två fick lägenhet med insatser genom socialtjänsten, en flyttade till ett av kommunens HVB med mindre specialiserade resurser och en ungdom utvisades från Sverige med sin mamma. I nio ärenden (44%) fick den unge inga eller små fortsatta insatser efter avslutad vård.

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

### Insats efter avslutad placering 2021

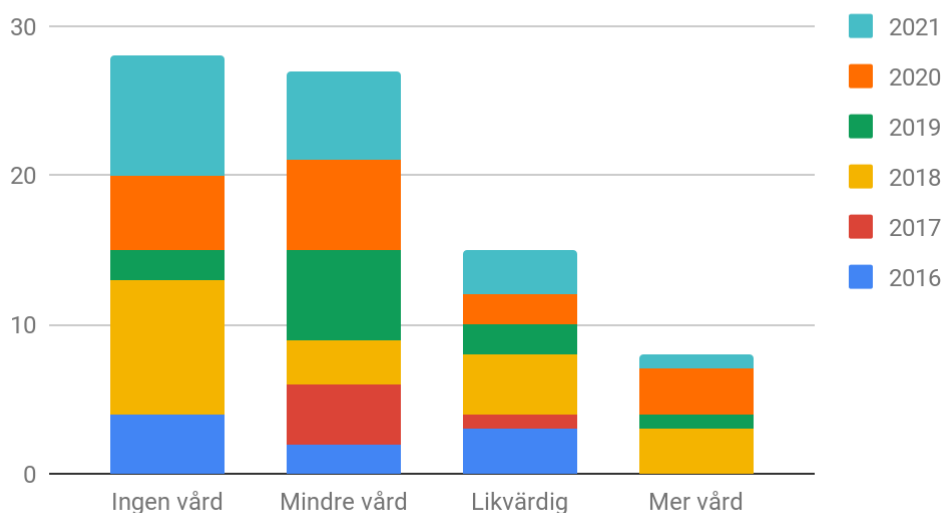


### Insats efter avslutad placering 2016-2021



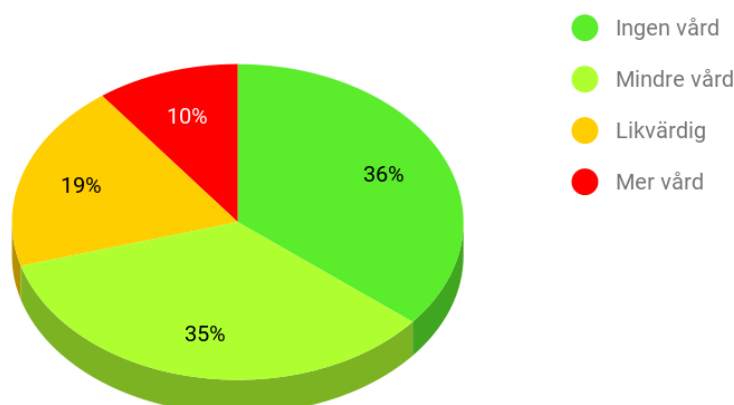
Som man kan utläsa ur diagrammen får en klar majoritet av de ungdomar som skrivs ut boendelösningar med mindre eller ingen vård. Nedan kan utläsas antalet placeringar som gick till vardera insatstyp de senaste sex åren.

### Insats efter utskrivning 2016-2021 (Antal)



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

### Insats efter avslutad placering 2016-2021

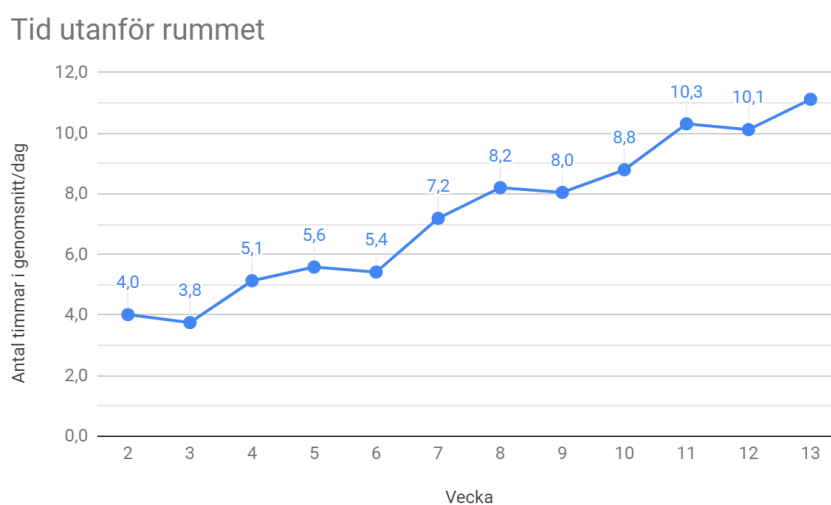


Sammantaget kan vi konstatera att en något större andel (71%) än de genomförda placeringarna (68%) går till mindre eller ingen vård. Även detta resultat visar att även de uppdrag där placeringen måste avbrytas verkar ge viss effekt, denna gång i form av ett mindre vårdbehov efter utskrivning. Vi kan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

### Beteenderegistreringar

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

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



I diagrammet kan vi se hur utvecklingen kan se ut för en fiktiv ungdom. Ett centralt mål i denna ungdoms behandling är att bryta isolering och öka mängden tid som ungdomen vistas utanför sitt rum och därmed istället deltar i den sociala miljön på boendet. I diagrammet kan det utläsas att den unge vid mätningens början spenderade endast fyra timmar om dagen utanför sitt rum, men efter tre månader hade denna siffra mer än fördubblats till mer än tio timmar om dagen. Över tid implementeras och utvärderas olika interventioner genom, bland annat registreringarna, för att se vad som är verksamt i individens ärende. Om utvecklingen avstannar eller går åt fel håll i registreringarna så kan behandlingsteamet runt ungdomen analysera möjliga bakomliggande orsaker och sätta in åtgärder för detta.

### Skattningsskalor

Verksamheten genomför regelbundna och strukturerade mätningar med skattningsskalorna PHQ-9 och WYFS-15 sedan ett antal år för att följa de ungas mående ur några relevanta perspektiv. Under 2021 har ytterligare ett formulär lagts till, vilket är The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Mätningen går till så att alla inskrivna fyller i skalorna varannan månad tillsammans med en psykologassistent som besöker verksamheten enbart för detta syfte. Även ungdomarnas behandlare fyller i SDQ och WYFS-15 under samma tidsintervall, men oberoende av ungdomarnas skattningar. Det är ett aktivt val från verksamhetens sida att använda sig av en person som står utanför den ordinarie verksamheten och behandlingsarbetet. Genom att använda en psykologassistent så riskerar skattningsförfarandet inte ta resurser från det löpande behandlingsarbetet och det kan förväntas påverka skattningarna i mindre utsträckning genom att olika svar blir mindre önskvärda i relation till denne.

### PHQ 9

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

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

### Mätningar under 2021

Under 2021 har sammanlagt 13 av 18 nyinskrivna (72%) på WeMind HVB gjort en startskattning av sin psykiska hälsa med hjälp av formuläret PHQ-9. Skattningarna visar att 10 av dessa 13 individer (77%) hade en startskattning på över fem poäng. Medelpoängen för de 10 som uppvisade symtom var 12,5 poäng och spridningen var från 6 till 26 poäng (2020, m10,5, max26 min 5).

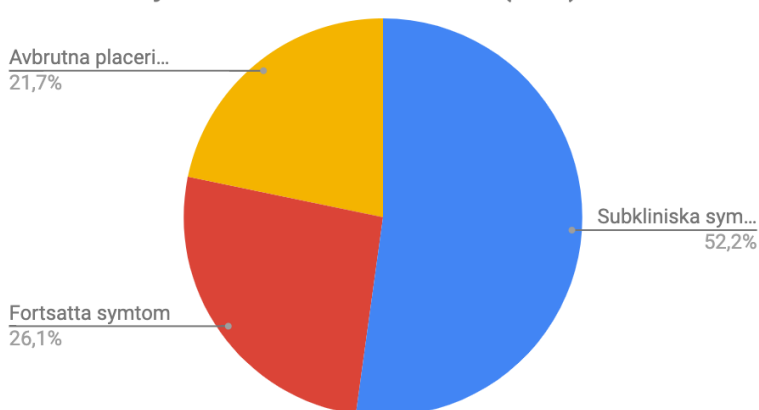
Av de 18 individer som skrevs ut under 2021 hade 15st haft en startskattning över 5p på PHQ9. Förekomsten av symtom vid inledningen av placeringen var alltså hela 83%. Åtta av dessa 15 (53%) skattade under den gränsen fem poäng vid avslutad behandling och kan därför bedömas vara i remission, som innebär att symptomen avtagit och inte längre är kliniskt signifikanta

### Mätningar sedan mätperiodens början

2020 påbörjades mätningarna med PHQ9 i verksamheten och det året var det åtta individer som avslutade placeringen som hade haft en startskattning över 5p och 4st (50%) som skrevs ut med subkliniska symtom. När vi slår ihop de två årens mätningar ger det följande bild av hur det går för ungdomar med depressionssymtom i verksamheten.

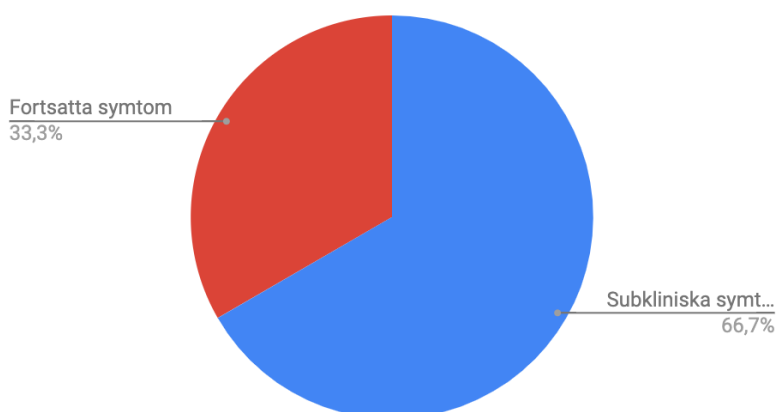
Nedan diagram visat alla utskrivna som skattat kliniskt signifikanta initiala symtom.

#### Kliniska symtom, vad hände sen (n23)



Om vi tittar på de placeringar av dessa totalt 23st (med initiala symtom) som genomförts enligt plan över dessa två år (18st) och räknar bort de som avbrutits i förtid (5st) så kan vi se att 12 av 18 (67%) uppnått en klinisk signifikant symtomreduktion visavi depressionssymtom

### Symtom vid utskrivning, genomförd vård (n18)



Efter två år av mätningar har vi alltså kunnat samla 18 mätserier där individer som haft kliniskt signifikanta depressionssymtom (definierat som PHQ9>5p) och följt vad som hänt med dessa symtom under placeringen. Vi kan således att konstatera att resultatet från den lilla piloten verkar stå sig och att fortsatt 2/3 av individer med depressionssymtom skrivs ut med subkliniska symtom.

Liksom förra året resonerat teamet kring resultaten och tar fasta på att ungdomarna ofta kommer från en dåligt fungerande och otrygg situation i livet när de placeras hos oss. Då depressivitet ofta har kontextuella inslag där rutiner, aktivitet och socialt stöd är betydelsefulla, känns det intuitivt att en placering för barn skulle kunna verka antidepressivt. Det är trots det mycket glädjande att se att det också verkar fungera precis så.

### SDQ

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

Skalan är mer omfattande jämfört med PHQ-9 och består av frågor gällande hyperaktivitet och koncentrationssvårigheter, beteendeproblem, emotionella symtom samt kamratproblem, instrumentet mäter även prosocialt beteende. Således har den ett överlapp med de redan använda skalorna, men bedöms kunna utgöra ett bra komplement då det även inkluderar områden som inte mäts med övriga skalor.

Eftersom 2021 är det första år som SDQ används så har det inte varit möjligt att dra några slutsatser gällande resultaten för verksamhetens ungdomsgrupp då en för liten grupp ungdomar har både start och slutskattningar med skalan. Målet och förhoppningen är dock att kunna uppmäta eventuella förändringar i skattningarna över

placeringen med hjälp av skalan. Ytterligare en styrka som identifierats med skalan är att denna finns översatt till flertalet olika språk vilket möjliggöra för, till exempel anhöriga, att få skattningen på det andra språk än svenska.

### WYFS-15

WeMind Youth Functioning Scale är en funktionsnivåskala med 15 items baserade på de vanligast förekommande målbeteendena i ungdomsgruppen på WeMind HVB. Skalan har skapats med utgångspunkt i verksamhetens beteenderegistreringar och tagit fasta på vilka beteenden, överskott som underskott, som vi har följt gällande de ungdomar som varit placerade. Skalan är avsedd att användas för upprepad skattning av funktionsnivå av både den unge och en vuxen i dess närhet. Skalan fokuserar på observerbara beteenden och ska gå att fylla i på kort tid.

Under 2021 har WYFS-15 använts i regelbundna skattningar varannan månad för alla ungdomar och verksamheten har utvecklat sin förståelse av instrumentet. Det har varit möjligt att detektera skillnader i uppmätt funktionsnivå under mätperioden för individer, men för att kunna säga mer om resultaten på gruppnivå behöver skalan normeras på en normalpopulation, ett arbete som fortfarande ligger framför oss.

### IFU-skalan

Inom WeMinds organisation använder alla verksamheter sig av ett system för att utveckla sitt kvalitetsarbete som kallas Införande-Följsamhet-Utfall eller IFU. Syftet är att mäta behandlingsresultat på ett strukturerat sätt så det ska bli möjligt att säga hur det går för de som tar emot vården på gruppnivå. Verksamheterna sätter mål för hur de vill utveckla sina mätsystem för året och får poäng för uppfyllda mål. WeMind HVB hade inför 2021 höjt ribban och lagt till 4 målsättningar inom ramen för IFU, vilket ökade antalet möjliga poäng i IFU-systemet från 11 till 15.

Målet var att uppnå 12 av dessa 15 poäng under året, men på grund av en för låg ifyllnadsgrad på brukarundersökningen i november (F6) uppnåddes endast 11 poäng på helåret. Nöjdhetsgraden i brukarundersökningen (U6) nådde inte heller målet för året (43% jämfört med målet på 80%). Vi utvecklar resonemanget om de ungas delaktighet under område 3 i denna rapport.

Två av målen (U4 och U5 om SDQ) blev inte möjliga att nå under året då inte tillräckligt med ungdomar ännu fyllt i både start- och slutskattningar med denna skala. Dessa siffror kommer att börja kunna redovisas under 2022.



IFU steg	Kriterium	Förra mån.	Månadens resultat	Mål
I1	Startat mätning med PHQ-9	ja	ja	✓
I2	Startat mätning med SDQ varannan månad	ja	ja	✓
I3	Startat brukarundersökning 3ggr/år	ja	ja	✓
F1	Alla utskrivna ungdomar bedöms vad gäller målpuppfyllelse i vårdplanen	Ja	Ja	✓
F2	Alla utskrivna ungdomar bedöms i samband med utskrivning, vad gäller grad av insatser efter utskrivning: 4-gradig skala	Ja	Ja	✓
F3	Minst 90 % av alla inskrivningsdagar har beteenderegistreringar för de 2 viktigaste målbeteendena, för alla inskrivna ungdomar	Ja	Ja	✓
F4	80 % av alla inskrivna ungdomar har skattats med PHQ-9 & SDQ	PHQ-9: 93% SDQ: 93%	PHQ-9: 85% SDQ: 74%	✓
F5	Minst 80% av patienterna har en start- och slutskattning med PHQ-9 & SDQ	PHQ-9: 84% (SDQ: 28%)	PHQ-9: 81% (SDQ: 33%*)	✓
F6	80% svarsfrekvens brukarenkäten	-	78%	✗
U1	50% av de utskrivna har uppfyllt målen i vårdplanen helt eller till stor del (dvs minst 3 på en 4-gradig skala). Ackumulerat för alla som skrivits ut senaste året	73%	75%	✓
U2	Minst 50 % av de utskrivna ungdomarna har gått till mindre resurskrävande insatser eller inga insatser, efter utskrivning. Ackumulerat för alla som skrivits ut senaste året	-	*	✓
U3	Minst 50% av ungdomarna är kliniskt signifikant förbättrade vid utskrivning avseende depressionssymptom mätt med PHQ-9.	53%	61%	✓
U4	Minst 50% av ungdomarna har en SDQ svårighetspoäng 14 eller lägre vid utskrivning.		*	!
U5	Minst 50% av ungdomarna har en SDQ belastningspoäng av 0 eller 1 vid utskrivning.		*	!
U6	På frågan "Hur nöjd är du med hjälpen/rådgivningen som helhet?" har minst 80% svarat 7 eller mer vid utskrivning (10-gradig skala).	-	43%	✗
		<b>Månadens IFU utfall:</b>		<b>11</b>
		<b>Månadens IFU budget:</b>		<b>12</b>

## 2) Följa evidensläget på relevanta områden

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

Även under 2021 ställdes den stora majoriteten av sammankomster av detta slag in på grund av Covid-19 pandemin. Verksamheten försökte hålla sig ajour genom deltagande i digitala branschnätverk och myndighetsträffar. Genom extern utredningshandledning har psykologerna blivit uppdaterade inom forskning gällande de diagnoser som finns hos ungdomarna på verksamheten. .

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

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

adekvat metodutbildning. De har även extern handledning med psykolog med stor erfarenhet av forskning och behandling inom området.

### 3) Placerade ungdomars delaktighet i vårdplaneringen

Verksamheten har arbetat med att utveckla delaktigheten under året. Den rutin som funnits sedan innan innehåller både formuleringar kring den unges inflytande i den individuella vårdplaneringen samt ett system för medbestämmande kring vardagsrutiner i verksamheten.

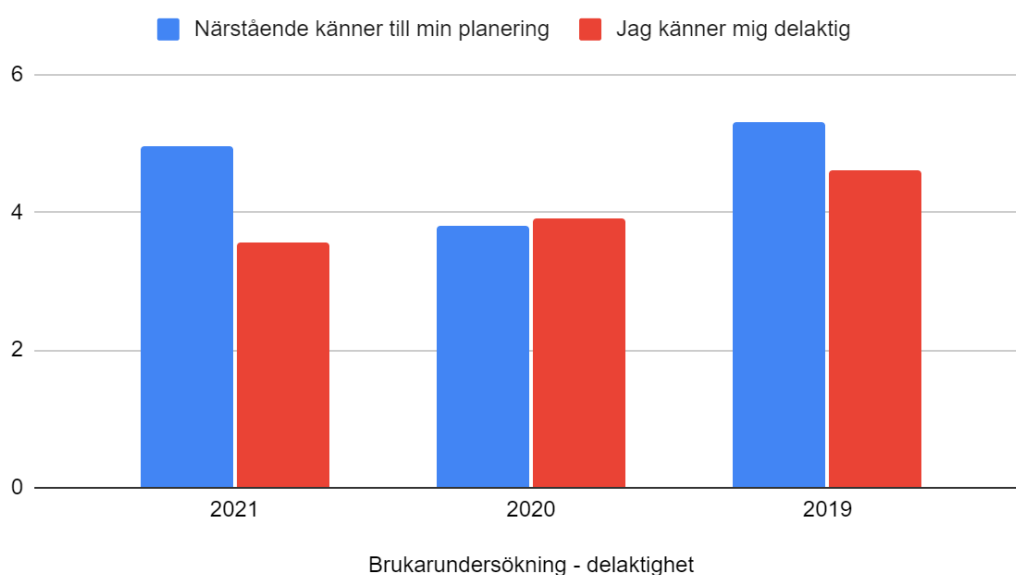
Delaktighet i den individuella vårdplaneringen uppnås framförallt genom den unges deltagande i vårdplaneringsmöten samt efterföljande samtal med psykolog och kontaktperson kring innehållet. Medbestämmandet kring vardagsrutiner har ett gemensamt forum per avdelning där de unga samlas för ett protokollfört husmöte en gång i veckan. Mötet leds alltid av en ordinarie personal i ansvarsroll samt att det finns förslagslådor där ungdomarna kan ta upp saker till mötet de kommer på mellan mötestillfällena. Tyngdpunkten inför år 2021 var att lyfta ungdomarnas generella känsla av delaktighet, upplevelsen av maten som serveras samt boendemiljön genom att öka deltagandet i husmöten. Vi ville även öka vår kunskap om förbättringsområden kopplade till delaktighet genom att föra in nya frågor för mätning under året för att kunna utvärdera dessa vid årets slut.

Under året har två stycken strukturerade mätningar av ungdomarnas uppfattning av vården sammanställts. Den ena i april och den andra i december. Under april var det 84% av ungdomarna som svarade och i december 88%, vilket ger oss en 86,4 % svarsfrekvens totalt över året. Utöver de två mätningarna som gjorts på Wemind HVB har även en nationell undersökning av SKR genomförts, där Wemind HVB deltog. I SKR:s undersökning ställdes en fråga kring delaktighet. 83% svarade på enkäten och 60% svarade att de ofta får vara med och bestämma om saker som är viktiga för de i boendet.

#### Får du vara med och bestämma om saker som är viktiga för dig i boendet?

	Nationellt 2021	WeMind HVB Stegsholm 2021
<i>Antal svar exkl. Vet inte</i>	246	15
Ja, ofta	50 %	60 %
Ja, ibland	38 %	20 %
Nej, sällan	7 %	7 %
Nej, aldrig	5 %	13 %
Vet inte	4 %	0 %

## Delaktighet Wemind HVB



I verksamhetens egna brukarenkät var skalan från 1-6, det vill säga att 1 representerade omdömet "stämmer inte alls" medan 6 stod för "stämmer helt". I brukarundersökningen kan noteras en minskning av upplevelsen av delaktighet där den upplevda delaktigheten i vården landar 3,8. Verksamheten hade en målsättning att uppnå ett medeltal på 4,5 poäng av 6 möjliga på båda variablerna, men vi kunde inte uppnå det målet gällande att ungdomen känner sig delaktig. Den pandemi som varit högst påtaglig även under 2021 kan tänkas påverka föräldrars möjlighet till insyn. Vad gäller ungdomens egna känsla av delaktighet så kan vi möjligtvis finna svaret i det närvarotalet på husmöten. Genomsnittet för delaktigheten på husmöten i hela verksamheten ligger under året på 43%.

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

Utbildningen i verksamhetens basmoduler för behandlingsmetoden TBA sker under schemalagda handledningstillfällen och det är verksamhetens psykologer som har undervisat. I handledningsprogrammet ingår fyra grundmoduler och en

introduktionsmodul och målsättningen är att all fast anställd behandlingspersonal ska ta del av alla moduler varje år.

Under 2021 har 13 av 16 (82%) ur behandlingspersonalen genomgått fyra eller fler moduler under året. Det är en ökning från 2020 då 73% genomgick fyra eller fler moduler (2019 var siffran 43%). Trots ökningen når inte verksamheten målet om att utbilda 90% av personalgruppen. Liksom 2020 har det varit svårt att få med dagpersonal på handledningen eftersom den legat under deras arbetspass. För resterande grupp ligger handledningen där de inte har några andra åtaganden. Under 2022 kommer handledningsupplägget göras om med förhoppning att förbättra både kvalitet och göra det enklare för alla att delta.

Eftersom varje person kan gå fyra olika moduler mäts även täckningsgrad, det vill säga hur många av antalet möjliga moduler som genomförts. 60 av 64 möjliga moduler har genomförts vilket ger 94% täckningsgrad. Det är en ökning från 85% som uppnåddes 2020.

Även 2021 genomfördes ett kunskapstest som utvecklats för att mäta hur väl utbildningshandledningen leder till önskade kunskapsnivåer inom TBA. I det kunskapstest som genomfördes är det förväntat att anställda på verksamheten genom erfarenhet och utbildning i metod kommer att få fler rätt jämfört med den testgrupp som gjort testet (2020) och ett resultat på över 15 rätt av 24 möjliga anses vara ett godkänt resultat.

I behandlingsassistentgruppen fick 12 av 16 över 15 poäng. De som fick högst poäng i behandlingsassistentgruppen (över 20 poäng) hade alla gått modulerna under 2021. Av de fyra som fick resultat på 15 poäng eller sämre hade hälften gått modulerna 2021. Fortfarande är gruppen för liten för att kunna dra några större slutsatser kring resultatet. Testet kommer göras igen 2022 och möjligheten att analysera resultatet ytterligare kommer ses över efter det.

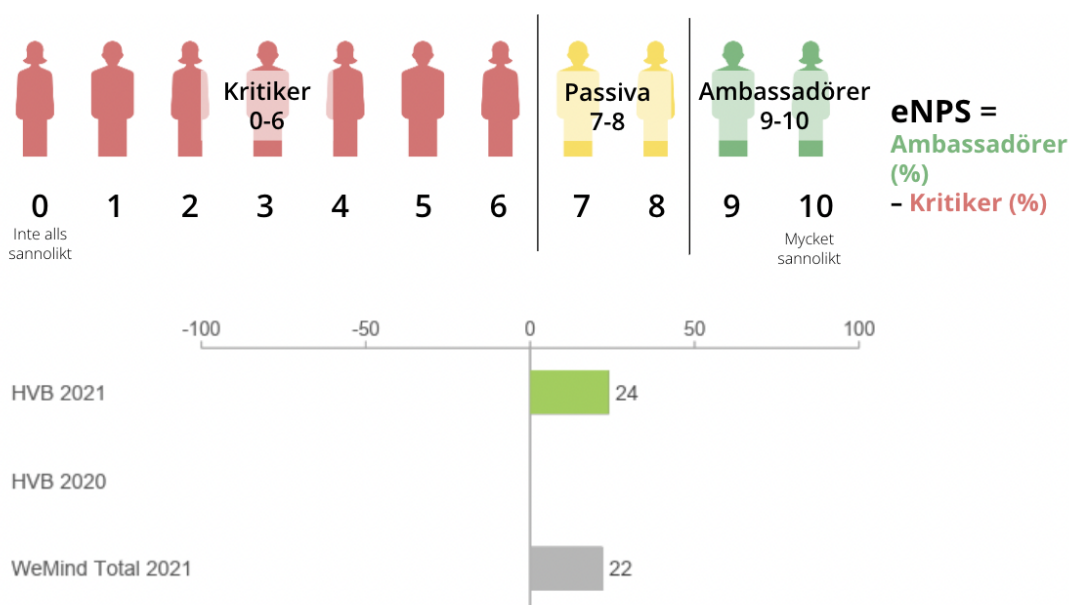
Inför 2022 bör ett extra fokus läggas på följande områden:

- Handledning ska göras om till fasta handledningsgrupper med fast handledare
- Göra testet på en annan kontrollgrupp som är mer lik vår arbetsgrupp (typ Tollare folkhögskola sista terminen)
- 90% av de vikarier vi använder mest ska ha deltagit i minst en handledningsdag
- Vikarier ska erbjudas handledningsfilmer när de börjar hos oss
- Nå målet att 90% av behandlingassistenterna ska gå alla moduler

## 5) Medarbetares trivsel

Under hösten 2021 genomfördes en medarbetarenkät bland alla ordinarie anställda på WeMind HVB. Det mål som sattes upp inför 2021 var att medarbetare ska trivas och rekommendera att arbeta hos oss. Målsättningen var att ha ett eNPS (Net promoter score) över 10. Net Promoter Score (NPS) är ett lojalitetsmått och undersökningsmetod som utvecklats av Fred Reichheld, Bain & Co och Satmetrix. Det ger ett mått på hur lojala medarbetare (eNPS) är och bygger på en enda fråga: "Hur sannolikt är det att du skulle rekommendera din arbetsgivare till andra?".

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

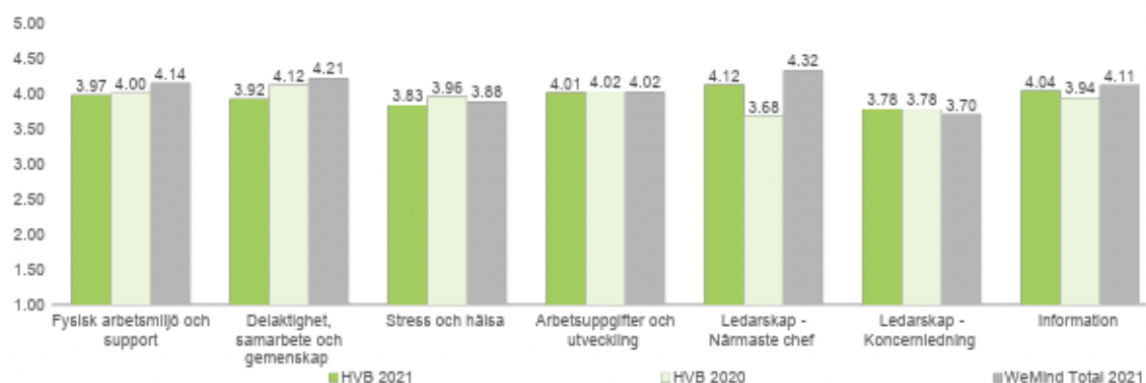


I enkäten konstateras att eNPS för 2021 var 24, vilket innebär att målet för 2021 är uppfyllt och resultatet eNPS 24 var en bra bit över målet eNPS 10. Resultatet ligger även ett par poäng högre än resultatet för hela WeMind som låg på eNPS 22.

I enkäten konstateras emellertid att verksamhetens Nöjd Medarbetar Index (MNI) hade minskat något till talet 78/100, jämfört med modesta 83/100 för 2020. För jämförelse var detta ett betyg en liten bit under koncernens genomsnitt på 81/100.

I medarbetarenkäten skattades olika påståenden med bäring på arbetsmiljö och trivsel på en skala 1-5 där 1 är lågt betyg och 5 är högsta möjliga betyg. Nedan redovisas graferna för undersökningens huvudområden där den mörkgråa stapeln är årets mätning, den ljusgråa är den för 2020 och den gröna är WeMind koncernens medelresultat.

Grafen nedan presenterar de genomsnittliga resultaten för undersökningens huvudområden.



Genomgående är medarbetarnas uppfattning av arbetsplatsen i stor utsträckning rätt lik den som var 2020. De största skillnaderna finns i områdena "delaktighet, samarbete och gemenskap" och "stress och hälsa" där resultatet var sämre 2021 jämfört med 2020. Under området "Ledarskap - närmaste chef" var resultatet betydligt bättre 2021 jämfört med 2020. En del av anledningen till att ledarskap har skattats så pass mycket bättre 2021 tros vara att det efter organisationsförändringar har blivit tydligare för medarbetare vem som är deras närmaste chef. Men det är också det området som har fått generellt högst poäng vilket tyder på att nöjdheten med ledarskapet är relativt högt.

På frågan om huruvida man generellt är nöjd med WeMind som arbetsgivare har skattningen minskat från 4,33 till 4,12.

Fokus för 2022 bör vara på huvudområdena "stress och hälsa" och "delaktighet, samarbete och gemenskap". Målsättningen gällande eNPS höjs till 25.

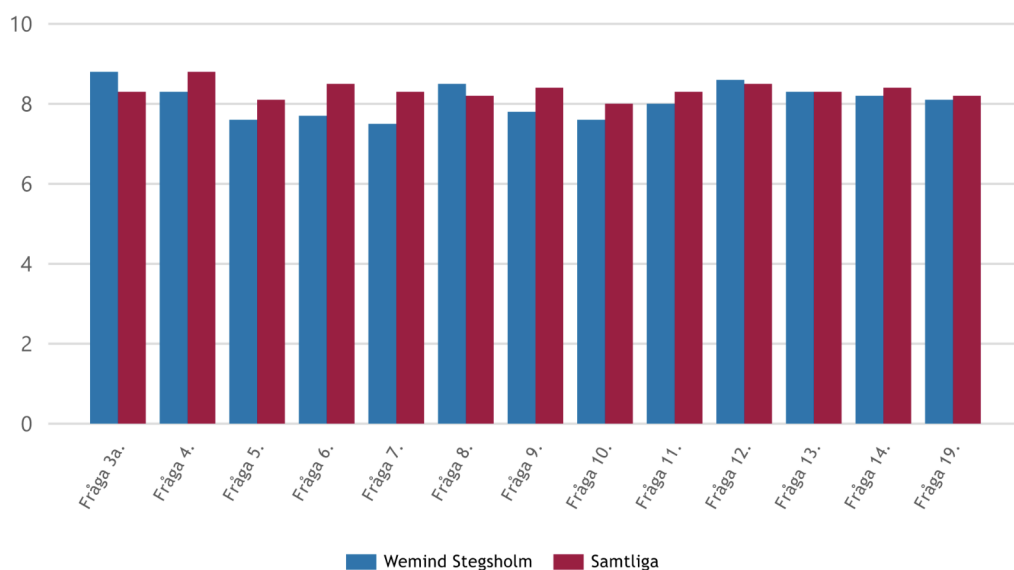
## 6) Aktivt följa utveckling i lagstiftningen

Under hela 2021 har verksamhetens VD/föreståndare fortsatt varit ordinarie ledamot och kassör i styrelsen för Svenska Vård. Genom detta engagemang får verksamheten snabbt kännedom om lagförslag ofta redan på remisstadiet.

Under 2021 gjordes inga större ändringar i verksamhetens rutiner mot bakgrund av någon lagändring.

## 6) Uppfattas som en konstruktiv samarbetspartner

Efter utgången av 2021 har verksamheten låtit SSiL intervjua handläggarna i alla placeringar som avslutades under året. Detta är den första mätningen och en skillnad mot jämförelsedata är att vi endast intervjuat handläggare i avslutade ärenden.



Medelbetygen bygger på intervjuer genomförda:	2021-03-17 - 2022-03-16	2021-03-01 - 2022-02-28
Antal intervjuer:	13	3234
Medelbetygen för samtliga frågor (av 13 möjliga):	8,1	8,3
Antal bortfall:	3	
Fråga 3a. Information om verksamheten	8,8	(8,3)
Fråga 4. Mottagande och introduktion	8,3	(8,8)
Fråga 5. Verksamhetens arbete kring genomförandeplanen	7,6	(8,1)
Fråga 6. Verksamhetens omvårdnadsinsatser	7,7	(8,5)
Fråga 7. Verksamhetens arbete med att motivera klienten	7,5	(8,3)
Fråga 8. Social kontroll	8,5	(8,2)
Fråga 9. Arbete och studier	7,8	(8,4)
Fråga 10. Fritidsaktiviteter	7,6	(8,0)
Fråga 11. Nätverksarbete	8,0	(8,3)
Fråga 12. Uppföljning och rapportering kring klienten	8,6	(8,5)
Fråga 13. Utslussning	8,3	(8,3)
Fråga 14. Placeringens lämplighet	8,2	(8,4)
Fråga 19. Helhetsbedömning	8,1	(8,2)

## Systematiskt förbättringsarbete

Under denna rubrik beskriver vi det systematiska förbättringsarbete som genomförts under året i form av riskanalys inför verksamhetsförändringar och hantering av rapporterade avvikelser.

### Riskanalysprocesser

Verksamhetsledningen initierade inga riskanalysprocesser mot bakgrund av förändringar i verksamheten.

### Löpande riskanalys

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

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

### Egenkontroll

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

#### Behandlingsresultat

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

#### Dokumentation

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

#### Brandsäkerhet

12 gånger per år ronderar brandansvarig verksamheten enligt checklista. Mindre avvikelser i brandskyddet har påträffats vid några tillfällen under året och då åtgärdats. Verksamheten använder en leverantör för upprättande av egenkontrollistor och ett verktyg för dokumentation och uppföljning av brandsäkerhet (BOL-net). Denna rutin har fungerat tillfredsställande under året.



## Miljö och hälsa

På området miljö och hälsa har verksamheten fortsatt arbetet med de övergripande målen:

- 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 22,6% på helåret.  
Målet är inte uppfyllt 2021.*
- Att 30% av de pengar vi spenderar på städ- och hygienartiklar ska gå till miljömärkta produkter  
*Har inte dokumenterats på rätt sätt under året  
Målet kan därför inte anses uppfyllt*
- Att öka inköpen av fullkornsspannmål, som pasta bröd och korn, till att utgöra 4% av den totala inköpskostnaden för livsmedel  
*Vi har löpande bokfört inköpen under året och kan konstatera att kvoten fullkornsspannmål är 1,2% på helåret.  
Målet är inte uppfyllt 2021.*
- 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 2021 har registreringen av körsträcka har inte fungerat varför det inte finns fullständiga kördata för året. Målet är inte uppfyllt 2021.*
- Att utveckla vårt arbete med källsortering efter förutsättningarna på Gålö  
*Den enda sophämtningen på gården är av restavfall där alla avfallstyper slängs i samma kärl, övrig sortering gör behandlingspersonalen och åker till kommunens insamlingskärl. Detta arbete har förbättrats under året.  
Målet är uppfyllt 2021.*

### Utvecklingsmål Miljö och Hälsa

Under året har vi även jobbat med ett antal utvecklingsmål som vår hälsopedagog tagit fram tidigare år som led i att närma oss de övergripande målen inom miljö och hälsa. Vi har i detta arbete aktivt arbetat med att tillföra grövre grönsaker som broccoli, morötter och vitkål i måltiderna. Vi försöker minska på mängden processat kött, på konsumtionen av socker och inköp av konserver.

Vi byter löpande ut plastbehållare och redskap och använder köksredskap i trä eller metall samt matlådor i glas. Utöver kosten och produkterna som används kring

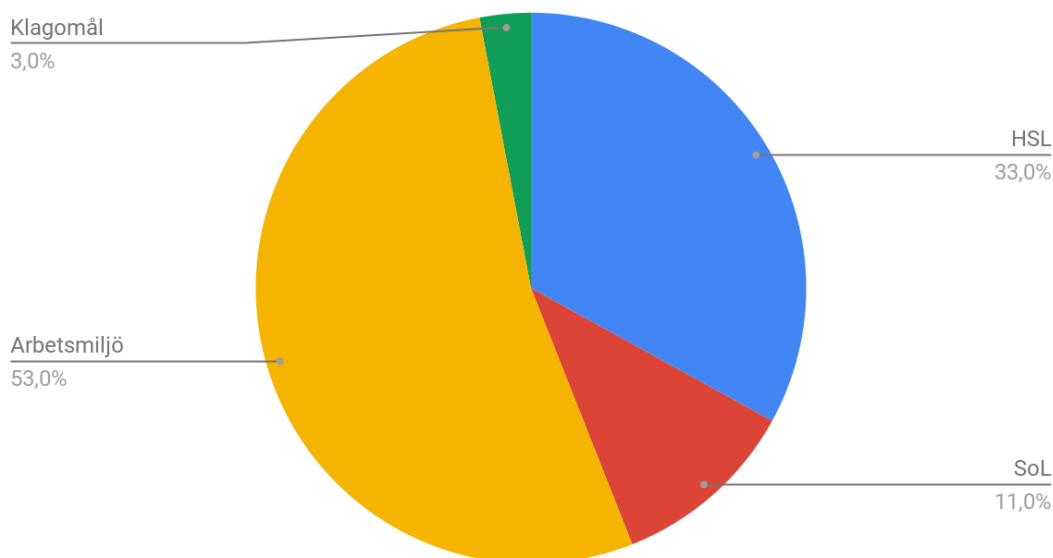
livsmedelshanteringen försöker vi aktivt uppmuntra ökad fysisk aktivitet hos ungdomarna genom att bland annat erbjuda träning och facilitera deltagande i sport som fritidsintresse.

### Utredning av avvikelser rapporterade i ledningssystemet

En viktig del i det löpande kvalitetsarbetet är 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 2021 inkom 38st avvikelserapporter i verksamhetens kvalitetsledningssystem. Detta är en ökning med 60% av antalet från föregående år. Av dessa handlade 11 st (32%) om avvikelser inom Hälso- och Sjukvårdslagen, till exempel medicinhantering och då framförallt osäkerhet kring delade preparat och uteblivna tillfällen för medicinadministrering och signeringar som fattats i avsedd lista. 4 st (11%) rapporter handlade om avvikelser inom SoL-delen av verksamheten (främst hot och våld) och 19 st (51%) berörde arbetsmiljö (olyckor och risker i miljön kopplat till WeMind som arbetsplats).

#### Avvikelse 2021



### Förbättrande åtgärder i verksamheten

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

#### Medicinhantering

Antalet avvikelser som gäller medicinhantering är ungefär lika många som 2020. En tredjedel av de rapporter som kommit in handlar om utebliven dos. En fjärdedel handlar om felaktig dos och ett par stycken om att den personal som administrerat medicin inte

har signerat den på avsett vis. Det har skett en incident där dosetter förväxlades och en ungdom fick fel medicin. Felet upptäcktes av den personal som arbetade passet efter och sjuksköterska kontaktades. Sjuksköterska meddelade att det inte var någon fara för ungdomen som fått fel medicin.

Trots att det vid ett tillfälle administrerats fel medicin har övrig noggrannhet med medicinhantering varit så pass hög att ledningen även fortsatt dragit slutsatsen att uppmärksamhetsnivån hos den personal som administrerar läkemedel är hög. I de allra flesta fall följer man rutinen och gör rätt åtgärder vid misstanke om fel, det vill säga kontaktar verksamhetsjour för vägledning och skriver avvikelserapport. Det är dock en avdelning som inte har rapporterat någon medicinavvikelse alls. Det är högst troligen en underrapportering och bör åtgärdas under 2022.

Det är vidare ett observandum att läkemedelsadministrationen är den process i verksamheten som är mest kringgärdad av särskilda riktlinjer. Personal ska gå en separat utbildning för att få ge medicin, varje administrationstillfälle ska signeras och rutinen innehåller en stor mängd kontrollmoment. Detta torde öka benägenheten att uppmärksamma även mindre fel och rapportera dessa.

### SoL-avvikelser

Fyra incidenter av hot och våld har rapporterats under 2021. Vid ett tillfälle handlade om en situation där flera ungdomar gaddade ihop sig och var kränkande och hotfulla mot en annan ungdom. Två andra handlade om situationer där en utagerande ungdom kastat saker på personal och andra ungdomar. En av händelserna är av kraftigare karaktär sett till våldets allvarlighetsgrad och händelserna ledde till skadegörelse, sammanbrott i respektive placeringar och obehagliga upplevelser för både personal och ungdomar som var inblandade.

### Arbetsmiljöavvikelser

Arbetsmiljöavvikelsena har ökat under 2021 jämfört med 2020. Flera avvikelser har handlat om hot och våld från ungdomar mot personalen. Bilden är inte att detta ökat men att personal använder sig av avvikelssystemet i större utsträckning. Flera mindre olyckor där personal gjort illa sig har även rapporterats i arbetsmiljö.

## IVO - Tillsyner, granskningar och misstankar om missförhållanden

### Tillsyner

Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) har gjort en tillsyn av verksamheten under maj månad. Tillsynen gjordes genom ett verksamhetsbesök där inspektörerna samtalande med föreståndaren, visades runt i verksamheten samt gavs tillfälle att samtala med de ungdomar som visade intresse för det. En ungdom talade med inspektörerna under besöket. Vid tillsynen följde inspektörerna även upp ett klagomål från en anhörig som inkommit till IVO.

IVO konstaterade i tillsynen att verksamheten drivs enligt gällande tillstånd och hade inga ytterligare synpunkter på innehållet.

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

### Undersökningar vid misstanke om missförhållanden

Under 2021 inträffade två händelser som ledde till att verksamheten gjorde Lex Sarah-utredning. Den ena händelsen handlade om ett olycksfall där en ungdom föll från ett fönster och den andra om en situation mellan ungdomar där det fanns misstanke om sexuellt utnyttjande. Utredningen om olycksfallet bedömdes inte vara av allvarlig art medan utredningen som misstanken om sexuellt utnyttjande skickades in och utreddes av IVO som konstaterade att verksamhetens egna åtgärder efter händelserna var tillräckliga.

## Målsättningar och planerat utvecklingsarbete 2022

Genom årets målsättningar siktar vi på att ytterligare stärka metodförankringen hos behandlingspersonalen, en högre känsla av delaktighet och trivsel hos de placerade och deras familjer och ett mer träffsäkert utvärderingsarbete kring behandlingsresultaten.

### Kvalitetsmål för WeMind HVB 2022

Ledningsgruppen har antagit följande kvalitetsmål för 2022:

- 1) Vården ska utvärderas genom regelbunden mätning av behandlingsresultaten och verksamheten ska uppnå IFU14 enligt den skala för vårdkvalitetmätning med maximalt 15 steg som fastställts för WeMind HVB
- 2) Verksamheten ska följa evidensläget för relevanta områden och säkerställa att vi arbetar med insatser som har vetenskapligt stöd genom att delta i minst tre sammanhang där relevanta forskningsresultat presenteras.
- 3) Placerade ungdomar ska uppleva delaktighet i vårdplaneringen och deras upplevelse ska mätas med brukarenkät tre gånger per år. De ska bedöma sin delaktighet som i snitt 4,5 på en skala 1-6 i brukarenkäten som ska genomföras tre gånger under året.
- 4) 90% av behandlingsassistenterna ska nå målet att ha deltagit på samtliga fyra utbildningsmoduler i vårt internutbildningsprogram.  
90% av vikarierna ska ha deltagit i minst en handlednings dag.  
Handledningen ska göras om till fasta handledningsgrupper med fasta handledare. Vikarier ska erbjudas handledningsfilmer när de börjar på WeMind HVB.  
Kunskapstestet ska utvärderas med en ny kontrollgrupp. Den nya kontrollgruppen kommer vara studenter i början av en socialpedagogutbildning eller motsvarande.
- 5) Medarbetare ska trivas med och rekommendera att jobba hos oss och deras upplevelse ska mätas med medarbetarenkät en gång per år. Målsättningen är att ha eNPS (Net Promoter Score) över 25
- 6) Vi ska aktivt följa utvecklingen i lagstiftning som är tillämplig på verksamheten. Tilläggande av nya lagar och föreskrifter ska dokumenteras.

- 7) WeMind HVB ska upplevas som en konstruktiv och utvecklingsorienterad samarbetspartner av landets socialtjänster och myndigheter. Detta ska utvärderas genom att låta SSiL intervjua handläggare efter avslutad placering.

### Organisatoriska och lokalmässiga förändringar

Under 2022 kommer verksamheten på Gålö att drivas med oförändrad målgrupp och storlek.

En stor nyhet är att två verksamheter inom socialtjänstens område (ett HVB och en behandlingsskola) har förvärvats i början av året och under 2022 kommer WeMind HVB att bilda ett gemensamt affärsområde med dessa verksamheter, WeMind Individ och Familj. WeMind HVB kommer under året att avsätta resurser för samverkan och ömsesidigt lärande i detta gemensamma projekt.

Tillsammans kommer en ny verksamhet inom HVB att planeras som är tänkt att komplettera befintliga verksamheters målgrupper genom att erbjuda vård för flickor.

Denna rapport är upprättad av ledningsgruppen på WeMind HVB

Gösta Liljeholm  
VD, VC

Jessica Nilsson  
HR-Chef

Viktor Lundberg  
Bitr. föreståndare

Anton Lyberg  
Bitr. förestånd

Föreståndare

Sabina Hahn  
PLA

Sofia Kronström  
PLA

Sammanställd: 2022-

Godkänd i ledningsgruppen: 2021-04-29