



Kvalitetsberättelse 2019

Evia Mälarhöjden HVB



Rapport upprättad av:
Madeleine Malmquist, Kvalitetsansvarig Evia MälarhöjdenAB
2020-04-06

Innehållsförteckning

Kvalitet- och verksamhetsår 2019	3
Verksamhetsbeskrivning- Evia Mälarhöjden HVB	3
Evias vision & värdegrund	3
Aktuellt om verksamheten	4
Personal	5
Kvalitetsarbete under 2018	7
• Kvalitetsmål 1.	7
• Kvalitetsmål 2	8
• Kvalitetsmål 3.	8
• Kvalitetsmål 4.	10
Systematiskt förbättringsarbete	11
Verksamhetens egenkontroll	11
• Individ/Grupputvärdering gällande behandling/ livskvalité	11
• Verksamhetsutvärdering	12
• Kundutvärdering	12
• Extern tillsyn	14
• Dokumentationsgranskning	14
• Arbetsmiljö/miljö	14
• Riskanalyser	15
• Verksamhetens avvikelshantering	15
Förbättringsarbete under 2019	17

Kvalitet- och verksamhetsår 2019

Evia Mälarhöjden AB har under 2019 fortsatt arbetet med att utveckla och förbättra verksamheten och denna kvalitetsberättelse är en del av det kontinuerliga förbättringsarbetet. Verksamheten följer, utöver aktuell lagstiftning, SOSFS 2011:9 samt grunderna i ISO 9001, SS 41000 gällande kvalitetsarbetet.

1. Verksamhetsbeskrivning- Evia Mälarhöjden HVB

Evia HVB inriktar sig på behandling med heldygnsupplägg där fokus är på att hjälpa ungdomar att förändra problembeteenden och ge tillgång till en utökad positiv beteenderepertoar i syfte att ge ungdomen fler val.

På Evia Mälarhöjden HVB 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, trotssyndrom och uppförandestörning

Verksamhetens behandlingsarbete har sin grund i Kognitiv beteendeterapi (KBT), närmare bestämt inlärningspsykologi och tillämpad beteendeanalys (TBA). Denna metodik genomsyrar såväl individuella terapiinsatser genomförda av psykolog 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.

Evia Mälarhöjden har ett behandlingsteam och ett medicinsk team på plats i verksamheten för att utföra social/psykologisk samt medicinsk behandling där ungdomarna är.

2. Evias vision & värdegrund

Evia ska vara det första och mest attraktiva alternativet för uppdragsgivare, föräldrar och ungdomar när det kommer till placering på HVB gällande vård och behandling av ungdomar i aktuell målgrupp.

Verksamheten ska nå visionen genom att utgå från Evias värdegrund:

Beteendeförändring

Vi har fokus på att förstå och förändra beteenden
Våra insatser har en inlärningspsykologisk grund och vi arbetar med evidensbaserade metoder

Flexibilitet

Vi möter individens behov genom anpassningar, engagemang och uthållighet
Vi är innovativa och arbetar lösningsfokuserat

Kunskap

Utbildning och hög kompetens är nödvändigt för att använda våra metoder på ett korrekt sätt
Genom utvärdering får vi förståelse och utvecklas till det bättre
Vi både lär oss och lär ut

Utveckling

Vi är övertygade om att alla kan utvecklas och vi tar ansvar för att ständigt förbättras
Vi bidrar med kunskap och forskning inom vårt arbetsfält

Vi

Med lyhördhet, omtanke och delaktighet skapar vi en vi-känsla med kollegor, ungdomar och uppdragsgivare

Vi arbetar engagerat tillsammans mot gemensamma mål

3. Aktuellt om verksamheten

Evia Mälarhöjden AB har bedrivit HVB verksamhet sedan 2006 och verksamheten finns idag i Mälarhöjden, Stockholm.

Verksamheten hette fram till mars-19 Nackagården Mälarhöjden HVB men bytte därefter namn till Evia Mälarhöjden HVB. Syftet med bytet av namn var att samla alla verksamheter som tillhör verksamhetsgruppen under samma namn dvs Evia.

Med Stockholms city på lagom avstånd och Mälaren som granne erbjuds ungdomen, utöver behandling, en stimulerande vardag med vacker miljö. Samtidigt har ungdomen möjlighet att utveckla sin kreativa sida i hemmets verkstad och musikrum.

Verksamheten kan ta emot upp till 12 +2 (utsluss) ungdomar (verksamheten har tillstånd från IVO för 15+2 platser).

Under 2019 var snittet på antalet placerade ungdomar varit 8,83 placeringar i verksamheten.

4. Personal

En förutsättning för att verksamheten ska nå sin vision är att det arbetar personal tillsammans ungdomen som genom sin utbildning, erfarenhet och personlig lämplighet ger insatser av högsta kvalitet. Hos oss arbetar personal med olika utbildningsnivåer och erfarenheter sida vid sida för att ge ungdomen de bästa förutsättningarna att nå sina mål.

- *Verksamhetens behandlingspersonal*

Verksamhetens föreståndare är legitimerad psykolog med lång erfarenhet av målgruppen samt rollen som föreståndare. Hon har varit föreståndare sedan 2014 i aktuell verksamhet och tidigare varit föreståndare på behandlingsskola samt arbetat kliniskt inom primärvård och inom HVB specialiserat på OCD-behandling.

Evia Mälarhöjden har 3 st behandlingsansvariga på plats i verksamheten. Verksamhetens personalansvarig & behandlingsansvarig terapeut är utbildad KBT terapeut och har arbetat i verksamheten i mer än 10 år. Han arbetar idag med personalvård samt specifika behandlingsinsatser till våra utslussungdomar. Han har lång erfarenhet av behandling av aktuell målgrupp både i boende- och skolmiljö.

Verksamhetens behandlingsansvarig terapeut är utbildad KBT terapeut och började arbeta inom verksamheten våren 2018. Han har tidigare erfarenheter av att arbeta med ungdomar i utsatta situationer. Verksamhetens tredje behandlingsansvariga terapeut är även hon utbildad KBT terapeut med en grundutbildning i socialt arbete. Hon har lång erfarenhet av aktuell målgrupp både i boende- och skolmiljö och har arbetat inom koncernen i mer än 10 år.

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.

- *Behandlingsteam*

Evia har ett verksamhetsöverskridande behandlingsteam som säkerställer, utvärderar och utvecklar evidensbaserade behandlingsmetoder som används i aktuellt behandlingsarbete på Evia Mälarhöjden HVB. Teamet består av legitimerade psykologer, terapeuter, beteendeanalytiker och psykiater.

- *Medicinskt team*

Verksamhetens medicinska team består bland annat av en legitimerad sjuksköterska med gedigen erfarenhet av yrket och specialistkunskaper inom första hjälpen/HLR. Sjuksköterskan finns tillgänglig i verksamheten och för ungdomarna varje vecka för planering, uppföljning och utvärdering av den medicinska behandlingen samt verksamhetens läkemedelshantering.

I det medicinska teamet ingår även verksamhetens psykiatriläkare som är specialist inom barn & ungdomspsykiatri med lång erfarenhet från bland annat BUP, Maria Ungdom. Evias läkare finns tillgänglig i verksamheten och för våra ungdomar var tredje vecka för planering, uppföljning och utvärdering av den medicinska behandlingen.

- *Övriga*

Verksamhetens kvalitetsansvarig är utbildad socionom med erfarenhet av att arbeta på HVB sedan 2008. Hon har vidareutbildningar inom ledarskap, arbetsrätt och kvalitetsarbete.

Ekonomiansvarig har arbetat i verksamheten i ca 12 år och har lång erfarenhet innan dess av aktuellt område.

- *Bemanningsplan*

Generell bemanningsplan för verksamheten vid 1-9 ungdomar inskrivna (2019):

Dagtid: 5 behandlingspersonal plus admin

Kväll/Helg: 3 behandlingspersonal plus jour (ansvariga chefer)

Natt: 2 behandlingspersonal (sovande jour mellan kl 01-06) plus jour (ansvariga chefer)

Bemanningsplanen ska alltid utgå från verksamhetens behov, dvs. den fungerar som en riktlinje och där bemanningsbehovet styrs av de placerades och personalens behov. Eventuella behov av förändringar i bemanning (ex. behov av extra personal vid inskrivning) tas upp i dagliga möten, alternativt personalmöten varannan vecka och beslut tas under verksamhetsmöten om inte omgående av ansvarig. Verksamheten har inte ensamarbete och det finns alltid personal i verksamhetens lokaler.

5. Kvalitetsarbete under 2019

Verksamhetens mål är att sätta kundens (ungdom/vårdnadshavare/uppdragsgivare) önskemål och behov i centrum och med hjälp av evidensbaserade beteendeterapeutiska metoder ta fram och genomföra den bästa möjliga individuella behandlingen för ungdomarna.

Samtlig personal som arbetar i verksamheten har del i ansvaret gällande kvalitén och alla ska arbeta för att kundernas behov ska tillgodoses och förväntningar ska överträffas. För att göra detta möjligt har verksamheten ett kvalitetsledningssystem som regelbundet uppdateras och aktualiseras.

Aktuella fokusområden för verksamheten under 2019

- 1. Evia ska bedriva högklassig vård utifrån inlärningspsykologiska principer, med tydlighet kring insatser och resultat.*
- 2. Evia ska uppfylla de externa krav som ställs på oss med särskilt fokus på utvalda områden utifrån HVB standarden.*
- 3. Evia ska främja en välmående personalgrupp och där insatser kring stress, kommunikation samt hot & våld ska uppmärksammas och aktiveras.*
- 4. Evia ska vara förstahandsval för uppdragsgivare gällande placering av aktuell målgrupp och verksamheten ska få förfrågningar från minst 7 nya uppdragsgivare (kommuner).*

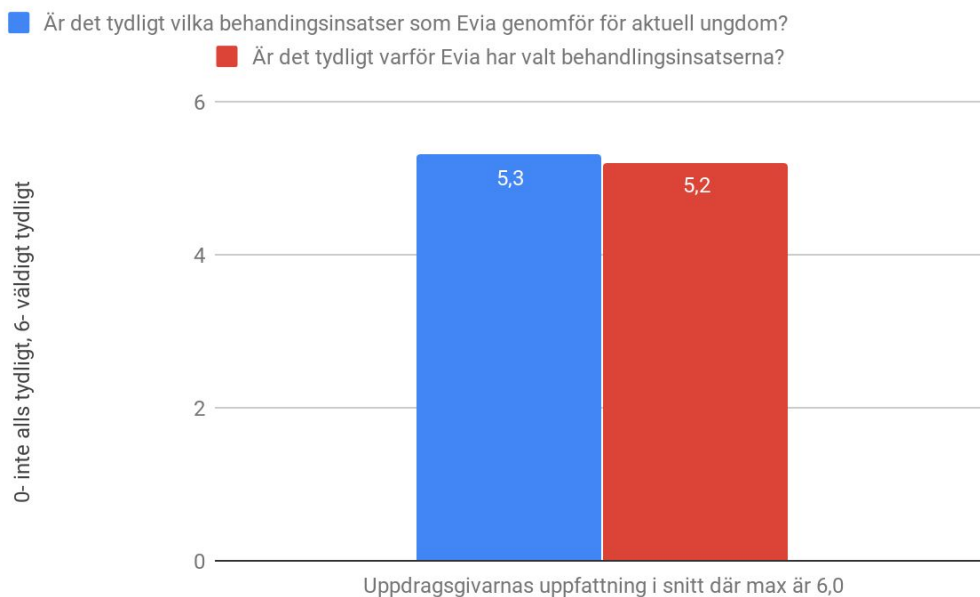
- 1. Vi ska bedriva högklassig vård utifrån inlärningspsykologiska principer, med tydlighet kring insatser och resultat.*

Gällande verksamhetens kontinuerliga förbättringsarbete i att utveckla mätning och redovisning av behandlingsresultat så har användning av individspecifika skattningsskalor tagit ytterligare steg framåt. Under 2019 började verksamheten använda C-GAS, ett verktyg för bedömmarskattning gällande ungdomarnas funktionsnivå där utbildning och handledning i och med användandet har genomförts. Samtliga ungdomar som har skrivits in under 2019 har C-GAS skattats vid inflytt. För att säkerställa hög kvalitet var hela behandlingsteamet involverade i skattningarna till en början till dess att verktyget arbetades in.

Under 2019 har verksamheten fokuserat på att tydliggöra och uppmärksamma funktionell analys i fler forum/miljöer än tidigare såväl interna som externa. Interna forum där verksamheten har ökat användningen av funktionella analyser är personalmöten, KP handledning, dagliga möten, individuella terapier med ungdomar. Externt så har vi fokuserat på att än mer visualisera och tydliggöra funktionella analyser på uppföljningsmöten och i specifika möten med vårdnadshavare/nätverk.

Utöver de manualstyrda behandlingar (ex; ACT, Repulse, ART, KOMET) som verksamheten sedan innan erbjuder har utbudet utökats med KONTAKT (färdighetsträning i grupp). Under hösten 2019 genomfördes gruppbehandlingen för ungdomarna på Evia Mälarhöjden HVB.

I och med det utsedda fokusområdet så har verksamheten mätt uppdragsgivarnas uppfattning kring om behandlingsinsatserna som Evia genomför för ungdomen är tydliga samt om det är tydligt varför vi har valt behandlingsinsatserna. Resultatet av mätningen har uppvisat positivt resultat där uppdragsgivarna i genomsnitt skattade 5,3 (6 är max och är väldigt tydligt) kring tydlighet gällande behandlingsinsatser som Evia genomför för aktuell ungdom och 5,2 kring tydlighet varför Evia valt de aktuella insatserna.



- Evia ska uppfylla de externa krav som ställs på verksamheten med särskilt fokus på utvalda områden utifrån HVB standarden.*

Personal från Evia har under 2019 utbildat sig i HVB standarden samt deltagit på samtliga informationsmöten som anordnats i Stockholm gällande SS 41000. Ytterligare utbildningar planeras att genomföras under 2020.

Verksamheten har under året fortsatt sitt utvecklingsarbete genom att granska samtliga av verksamheternas processer med fokus på att ställa kraven i HVB standarden mot våra styrdokument. Utifrån det arbetet valdes 3 prioriterade områden ut och en handlingsplan fastställdes kring hur arbetet med kvalitetsmålet och de prioriterade områdena skulle se ut.

1: Ungdomars delaktighet och inflytande

2: Skolgång/praktik

3: Hälsa/Fritid

Ett vidare steg i arbetet har varit att tydliggöra vilka förutsättningarna som verksamheten har i och med de utvalda områdena dels utifrån lag men också utifrån de rekommendationer som finns i branschen. Ett arbete med att engagera hela personalgruppen har påbörjats för att uppmärksamma ytterligare förbättrings- och utvecklingsmöjligheter.

Utöver dessa områden har verksamheten även arbetat specifikt med värdegrund, uppföljning och resultat som är andra områden som HVB standarden omfattar.

Verksamheten kommer att arbeta vidare med detta fokusområde under 2020.

3. Evia ska främja en välmående personalgrupp och där insatser kring stress, kommunikation samt hot & våld ska uppmärksammas och aktiveras.

Under året har verksamheten utvecklat och byggt upp en "bank"/ett program kring hur vi kan förebygga stress och främja kommunikation i vår personalgrupp. Målet var att genomföra olika teman utifrån banken/programmet vid minst 6 tillfällen under året, detta har verksamheten inte hunnit genomföra fullt ut och arbetet kommer fortsätta under 2020.

I vår verksamhet möter personalen ibland hot & våldssituationer i och med ungdomarnas beteendeproblematik. Det är därmed av största betydelse att vi har ett aktivt arbete kring förebyggande insatser samt handlingsplan kring hur hantera när en situation uppstår. Under året har samtliga personal genomfört en extern utbildning i konflikthantering. Utöver det har verksamhetens hot & våldsplån reviderats och utvecklats där personal har gått igenom och tränat på nya planen.

Upplägget kring APT har granskats och ett nytt och tydligare upplägg har arbetats fram och kommer att införlivas i början av 2020. Personalen har även arbetat med områden som stress och kommunikation genom diskussioner kopplat till verksamhetens värdegrund.

Evia lanserade i slutet av 2018 vår reviderade värdegrund som arbetats fram av samtliga inom verksamheten. Under konferens och på personalmöten har verksamheten arbetat med värdegrundens innebörd kopplat till praktiken. Vi kommer att fortsätta arbetet kring vår värdegrund under 2020 för personal och ungdomar.

Under 2019 erbjöds ACT utbildning för samtliga personal i syfte att främja en välmående personalgrupp.

Beslut kring att göra en mätning i slutet av 2020 kring fokusområdet är taget.

- 4. Vi ska vara förstahandsval för uppdragsgivare gällande placering av aktuell målgrupp och verksamheten ska få förfrågningar från minst 7 nya kommuner under 2019 (kommuner som inte har haft en placering hos Evia sedan 2015)*

Under 2019 bytte verksamheten och hela koncernen namn till Evia, detta med främsta syfte att äntligen kunna samla samtliga verksamheter under samma namn och ett tydliggörande internt och externt kring vad Evia erbjuder för insatser. I och med namnändringen har ett större fokus lagts på marknadsföring och resurser kring det.

Under året har verksamheten haft en mer tydlig plan kring marknadsföring vilket resulterat i ökad frekvens kring uppdatering (nyheter) på hemsidan, annonsering samt aktivitet på linkedin, deltagandet på mässor.

Verksamheten har även under året börjat samarbeta med en ny leverantör gällande digital marknadsföring och där samarbetet och utvecklingsarbetet kommer fortsätta under 2020.

Resultatet av måluppfyllnaden är positiv då verksamheten har fått förfrågningar från mer än 7 nya kommuner (som vi inte haft som kunder sedan 2015) gällande våra insatser.

6. Verksamhetens systematiska kvalitetsarbete

Verksamhetens egenkontroll

Evia har en fastställd egenkontrollplan som tydliggör verksamhetens systematiska uppföljningar och utvärderingar för att säkra hög kvalitet. Under 2019 var följande egenkontroller aktuella för Evia Mälarhöjden:

- **Individutvärdering gällande behandling/ livskvalité**

Mätningen av det individuella behandlingsarbetet:

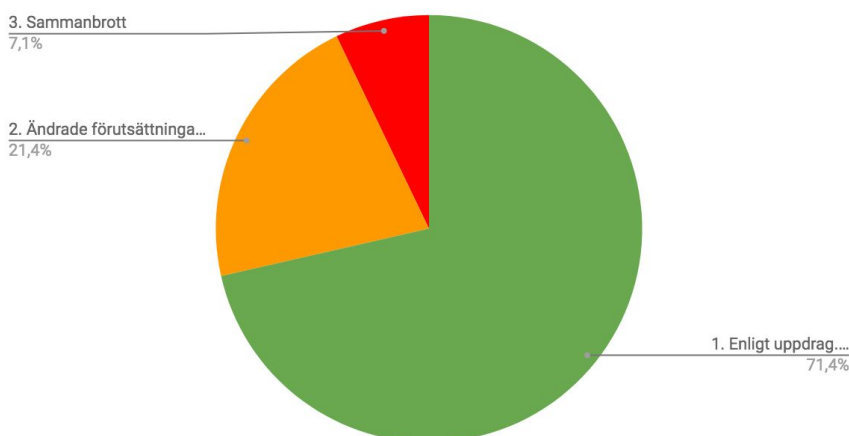
- Vård & behandlingsinsatser följs upp och utvärderas genom dagliga registreringar kring beteenden. Resultatet och analys av mätningarna redovisas månadsvis i skriftliga rapporter som delges uppdragsgivare, vårdnadshavare och ungdom. Måluppfyllnad utifrån ungdomens vårdplan redovisas individuellt var tredje månad.
- Individuella mätverktyg i form av skattningsskalor, för samtliga ungdomar används CORS för att mäta mående/livskvalité månadsvis. Resultatet visas månadsvis i skriftliga rapporter.
- Läkemedelsbehandlingen (HSL) följs upp var tredje vecka i medicinsk rond av psykiatriker och ligger till grund för måluppföljning som sker var tredje månad.

Gällande samtliga ungdomar så har individutvärderingar gällande behandlingsinsatser/livskvalité följt egenkontrollplanen. Resultatet på individnivå finns att se i det specifika ärendets dokumentation.

- ***Utvärdering på gruppnivå gällande verksamhetens genomförda eller pågående placeringar enligt planering (uppdraget)***

Verksamheten har under året haft 14 aktuella placeringar varav 1 av dessa placeringar har avbrutits i förtid av verksamheten (räknas som sammanbrott då verksamheten valt att avsluta placeringen på grund av beteendeproblem som framkommit varit inom verksamhetens exklusionskriterier). Två placeringar avslutades i och med att vårdnadshavaren valt att ta hem ungdom (ändrade förutsättningar) då de ansåg att deras ungdom var redo att flytta hem även fast målen i vårdplanen inte var helt uppfyllda. En placering avslutades (ändrade förutsättningar) i och med att ungdomen (+18 år) själv valde att flytta (där var en planerad utskrivning aktuell men lite längre fram i tiden). Gällande resterande uppdrag så har utskrivning genomförts med anledning av att uppdraget har avslutats i huvudsak i enlighet med vårdplan/genomförandeplan, alternativt att uppdraget fortfarande är pågående.

Genomförda eller pågående placeringar enligt planering (uppdrag) 2019



1. Enligt uppdrag. Utskrivning som sker med anledning av att uppdraget har avslutats i huvudsak i enlighet med vårdplan/genomförandeplan alt att uppdraget fortfarande är pågående.
2. Ändrade förutsättningar
3. Sammanbrott

(Källa definitioner: Socialstyrelsen, BBIC grundbok)

• Verksamhetsutvärdering

Verksamhetens samtliga områden följs upp veckovis av verksamhetsledningen i fastställt forum. Detta har genomförts enligt plan under 2019. Verksamheten följer även upp aktuella verksamhetsmål 1 gång/kvartal för att vidare 1 gång per år granska och utvärdera verksamhetens samtliga processer. Den årliga verksamhetsutvärderingen genomfördes i februari 2020 och resultatet ligger till grund för 2020 förbättrings- och utvecklingsområden.

• Kundutvärdering/Målgruppsutvärdering

För att få in information om kundernas (ungdomar, uppdragsgivare, föräldrar) uppfattning om verksamheten används enkätundersökningar. Dessa är anonyma och utförs av verksamheten samt av SSIL. Under 2019 genomfördes undersökningar med aktuella ungdomar, med föräldrar och med uppdragsgivare (utförd av SSIL) enligt plan.

Verksamheten har haft extra fokus på uppföljning och utvärdering kopplat till uppdragsgivare uppfattning kring behandlingsinsatser under 2019 och det resultatet kan ses på s.8.

Årligen mäter SSIL kundnöjdheten hos våra uppdragsgivare och där resultatet presenteras i en detaljrik kvalitetsrapport. Resultatet för 2019 blev ett medel på 8,2 av 10 (medel för samtliga verksamheter var 8,2).

Under året har verksamheten genomfört undersökningar via enkäter med aktuella ungdomar och föräldrar. I undersökningen med ungdomarna kan vi se att kundnöjdheten har ökat gällande några delar, bland annat gällande om ungdomarna tycker att de får den hjälp de behöver, och minskat gällande andra delar som exempelvis påverkan och kontakt med KP.

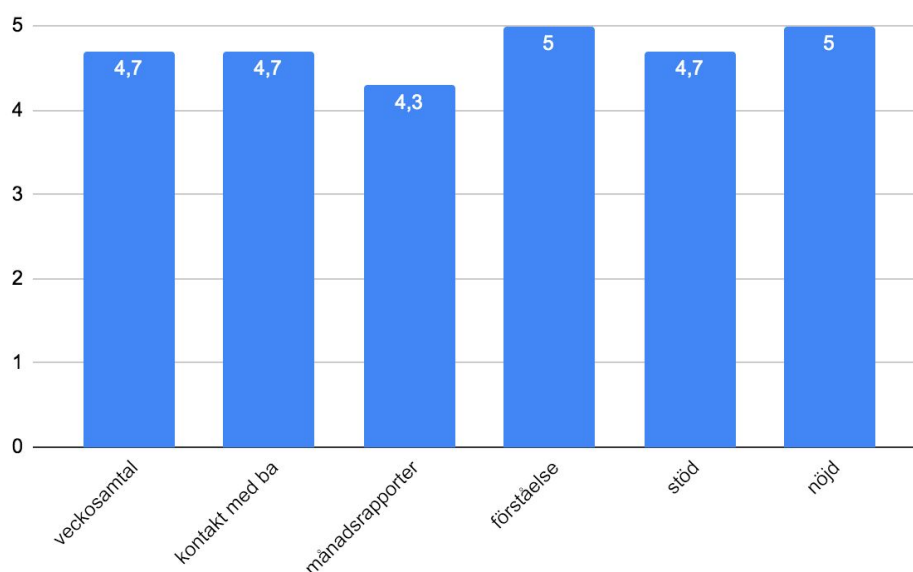
Ungdomar och personal har utöver enkätundersökningen haft kontinuerliga veckomöten på boendet där synpunkter, önskemål och uppföljning kring verksamheten uppmärksammas. Under året har verksamheten arbetat med att öka ungdomarnas delaktighet och inflytande. Insatser som varit aktuella är: öka antal KP-samtal, öka antal individuella möten med behandlingsansvarig specifikt kring bemötandeplan/genomförandeplan, brevlåda för anonyma synpunkter i verksamheten.

Resultatet av enkäten (den kvantitativa delen) med föräldrarna visas nedan, dock var det tyvärr låg svarsfrekvens.

Vårdnadshavares uppfattning om Evia Mälarhöjden HVB

(utifrån 3 inkomna svar/9 skickade)

5= Högsta betyg 0= Lägsta betyg



- **Extern tillsyn**

Evia Mälarhöjden HVB har haft en tillsyn från IVO under året. IVO:s tillsyn genomfördes i mars 2019 och inspektionen resulterade i 0 anmärkningar och därmed inga krav på åtgärder. Fokus för inspektionen var ungdomarnas upplevelser där både skattningsformulär och intervjuer användes som metod.

- **Dokumentationsgranskning**

I och med att månadsrapporten skrivs kontrolleras journaldokumentationen, det sker 11 ggr/år. Utöver det sker kontinuerlig uppföljning av journaldokumentation utförd av behandlingsansvarig & föreståndare.

Övrig dokumentgranskning av verksamhetens styrdokument sker kontinuerligt av kvalitetsansvarige samt processägare.

- **Arbetsmiljö/miljö**

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. En årlig utvärdering sker av arbetsmiljön i och med att verksamhetens samtliga delar utvärderas årligen.

Arbetsmiljön säkerställs ytterligare genom ett verksamhetsöverskridande team som arbetar med att planera, utvärdera och utveckla personal- och arbetsmiljöarbetet inom verksamheten.

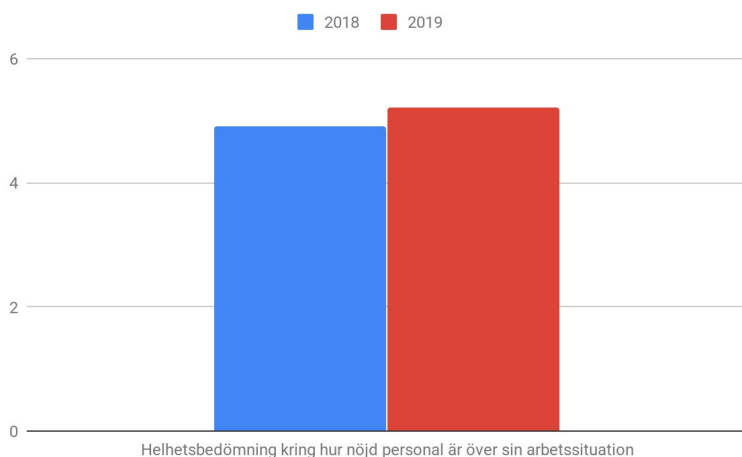
Under 2019 har den psykosociala skyddsronden samt den fysiska skyddsronden genomförts enligt fastställd planering. Interna brandronder har genomförts 3 gånger under året samt extern brandrond 1 gång, vilket även det följt riktlinjerna.

Gällande den fysiska miljön och utifrån tidigare uppmärksammade förbättringsområden har lokalen under året genomgått en totalrenovering gällande det yttre skiktet. Renoveringen har resulterat i bättre reglering av värme/kyla samt att standarden höjts avsevärt. Verksamheten har även under året renoverat ett större badrum.

Gällande den organisatoriska och sociala arbetsmiljön har verksamheten arbetat aktivt med de områden där det uppmärksammats förbättringsbehov via mätning i årlig skyddsronden. Läs mer på s. 9 om hur verksamheten har arbetat för att främja personalens mående som även varit ett av verksamhetsmålen under 2019. I personalens helhetsbedömning kring nöjdhet över sin

arbetsituation kan vi se ett positivt resultat med en ökning från 2018 då genomsnitt var 4,9 till att 2019 vara 5,2.

6= Instämmer helt dvs mycket nöjd , 0= Instämmer inte alls dvs inte alls nöjd.



Personal har utbildats in HLR, brandskydd samt ACT under året.

- **Risکانالyser**

Evia arbetar löpande med systematisk riskhantering gällande samtliga processer för att minimera att oönskade händelser inträffar. Riskanalyser genomförs på två nivåer i verksamheten; individ- och verksamhetsnivå. Det kan i praktiken handla om kartläggning i och med vardagliga risker i det praktiska behandlingsarbetet, riskanalyser i situationer där förslag om förändringar är aktuellt, samt utifrån avvikelserapporter.

Verksamheten har fastställda forum där riskanalyser framförallt sker; dagliga överlämningsmöten, veckovis på verksamhetsmöte samt varannan vecka på personalmöten. Riskanalyserna dokumenteras i mötesprotokoll och om aktuellt i behandlingsdokument. Verksamhetens arbete kring riskanalyser utvärderas årligen i och med verksamhetsutvärderingen.

Förutom kontinuerliga riskanalyser kopplat till de individuella behandlingsuppdragen (individnivå) så har riskanalyser genomförts under 2019 i och med förändringar i verksamheten; namnbyte, förändring gällande journaldokumentationssystem, renovering lokal-badrum, renovering lokal-yttre skikt, personuppgiftsincident.

- **Verksamhetens avvikelshantering (innefattar kundklagomål)**

En stor del av verksamhetens förbättringsarbete bygger på att det finns en fungerande avvikelshantering och att samtliga inom verksamheten använder sig av rapporteringen.

Verksamhetens avvikelshantering omfattar intern avvikelserapportering och extern rapportering. Intern avvikelserapportering sker av personalen och omfattar dels avvikelser kring vård och behandling och dels övriga avvikelser i verksamheten. Den interna rapporteringen sker genom att avvikelserapporter skickas direkt till föreståndaren. De externa avvikelserapporteringarna, såsom kundklagomål/förbättringsförslag, inkommer genom avvikelserapportering (via personal), enkätundersökningar, möten och externa tillsyner.

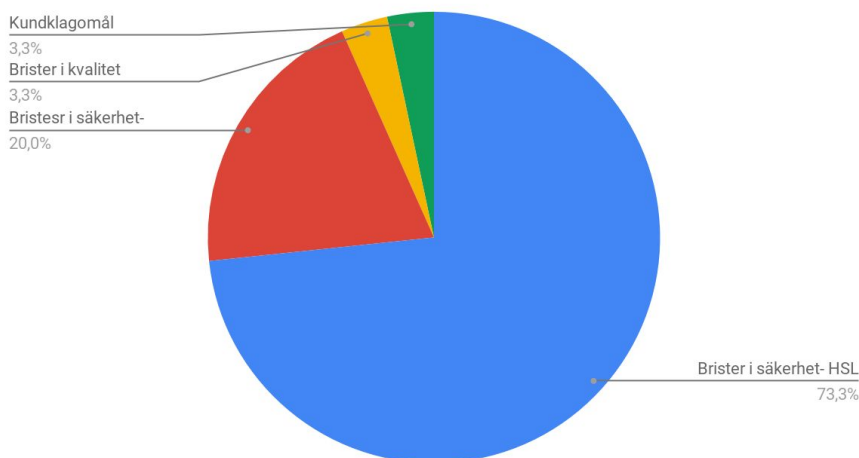
Samtlig avvikelserapportering tas upp på aktuellt mötesforum och genom fastställd rutin upprättas en handlingsplan kring åtgärder/utredningar av avvikelser. Eviäs föreståndare har det huvudsakliga ansvaret gällande avvikelshantering inom verksamheten.

Under 2019 (period 1/1 2019 till och med 31/12 2019) inkom 30 avvikelserapporter och där både omedelbara åtgärder och långsiktiga åtgärder aktualiserades för att säkerställa kvalitet och förhindra att avvikelserna upprepas. Avvikelser gällande säkerhet- HSL har främst rört medicindelning samt avsaknad av skriftlig ordination efter externt läkarbesök. Avvikelser gällande säkerhet har bland annat handlat om kontakt med jouren, bemanning kopplad till hög risk samt nyckelhantering. Avvikelser gällande kvalitet har handlat om att det saknats protokoll från möte. Kundklagomålet handlade om att en vårdnadshavare uppfattat sig bli illa bemött av en personal under ett telefonsamtal.

1 Lex Sarah utredning har genomförts under året som sedan resulterade i en anmälan till IVO. Situationen handlade om brister i säkerhet där icke behörig kommit åt personalutrymmen och journaldokumentation. IVOs bedömning var att verksamhetens åtgärder var tillräckliga och inga kompletteringar har efterfrågats/begärts. Denna avvikelse är även rapporterad till Datainspektionen som en personuppgiftsincident.

I området brister i säkerhet- HSL kan vi se en ökning av avvikelser från år 2018 trots att kvaliteten inom området har ökat mycket sedan ny SSK anställts under 2018. Orsak till ökningen av avvikelser härleds till ökad rapporteringstrygghet vilket verksamheten ser som positivt.

Avvikelser under 2019 (inkl kundklagomål)



7. Förbättringsarbete under 2019

Verksamheten använder sig av PDCA modellen i kvalitets- och förbättringsarbetet. Det betyder att vi planerar, utför, följer upp och förbättrar verksamhetens kvalitet systematiskt. Verksamheten har fastställda forum där samtliga delar av PDCA modellen har självklar plats. Genom att vara nyfikna, engagerade och använda aktuell modell uppmärksammar vi förbättringsområden och därmed lär oss och utvecklar verksamheten kontinuerligt.

Under 2019 har verksamhetens utvecklats och förbättras inom flera områden och där några viktiga områden har varit:

Under 2019 har verksamheten fortsatt att lägga stort fokus på verksamhetens HSL- arbete där ny SSK har börjat arbeta i verksamheten och där stora förbättringar genomförts. Ett tydligare grepp har tagits kring medicinhantering, avvikelserapportering, medicindelegering.

Under året har det koncernövergripande behandlingsteamet träffats regelbundet för att planera, utvärdera och utveckla verksamhetens behandlingsmetoder. Utvecklingsarbetet har bland annat resulterat i reviderade rutiner gällande hot & vålds arbetet, C-GAS utbildning samt genomförande, ökad samverkan mellan HVB-skola.

Ett gediget arbete har även genomförts med att granska IT säkerhet dels utifrån nya lagkrav men även inför verksamhetens byte av IT system och förändringar i journaldokumentations systemet.

Koncernen arbetade under 2019 intensivt kring namnbytet som ägde rum i mars och under året har den reviderade värdegrunden arbetas vidare med på koncern och verksamhetsnivå.

Fokus framöver gällande verksamhetens förbättringsarbete kommer att vara på:

- Tydliggöra och utveckla behandlingsarbetet
- Värdegrund och visionsarbete på verksamhetsnivå för personal och boende
- Arbeta med att utveckla stödet till personal genom att främja hälsa
- Digitalisering som verksamhetsstöd
- Fokusera på specifika delar av verksamheten utifrån HVB standarden
- Tydliggöra kvalitetspolicy
- Barnkonventionen som lag