



Kvalitetsberättelse

2017

Nackagården Mälarhöjden
HVB



Innehållsförteckning

Kvalitet- och verksamhetsår 2017	2
Verksamhetsbeskrivning- Nackagården Mälarhöjden HVB	2
Nackagårdens vision & värdegrund	2
Aktuellt om verksamheten.....	3
Personal	3
Kvalitetsarbete under 2017.....	5
Nackagårdens kvalitetspolicy	5
Kvalitetsmål 1.	6
Kvalitetsmål 2	7
Kvalitetsmål 3.	7
Kvalitetsmål 4.	7
Kvalitetsmål 5.	8
Systematiskt förbättringsarbete	9
Verksamhetens egenkontroll	9
Individutvärdering gällande behandling/ livskvalité.....	9
Verksamhetsutvärdering	9
Kundutvärdering	9
Extern tillsyn.....	10
Dokumentationsgranskning	10
Arbetsmiljö/miljö.....	10
Riskanalyser.....	11
Verksamhetens avvikelshantering	11
Förbättringsarbete under 2017.....	12



Kvalitet- och verksamhetsår 2017

Nackagården AB har under 2017 fortsatt arbetet med att utveckla verksamhetens kvalitet och denna kvalitetsberättelse är en del av det kontinuerliga förbättringsarbetet. Verksamheten följer SOSFS 2001:9 samt grunderna i ISO 9001 gällande kvalitetsarbetet.

Verksamhetsbeskrivning- Nackagården Mälarhöjden HVB

Nackagården 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. Nackagården lär ungdomarna att handskas med sina problem genom vägledning och undervisning istället för genom dömande och disciplinåtgärder.

På Nackagården 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 hos oss. Ofta har ungdomarna också annan psykiatrisk problematik såsom tvångssyndrom, social fobi, depression, trotsyndrom och uppförandestörning

Verksamheternas 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 personals dagliga bemötande av ungdomarna. Med stöd av beteendeterapeutiska metoder skapar verksamheterna individuellt anpassade behandlingsupplägg som möjliggör att målen med placeringarna kan uppnås.

Nackagårdens vision & värdegrund

Nackagården 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 kännetecknas av *hög kvalitet, flexibilitet, delaktighet, empati och engagemang*.

Nackagården ska med hjälp av evidensbaserade beteendeterapeutiska metoder samt ett professionellt utövande genomföra behandling av högsta kvalitet. Behandlingen ska alltid ha



sin grund i beteendeanalysen och ska ovillkorligen ske med värme och engagemang för individen och dess omgivning. Behandlingsmetoder och resultat ska kontinuerligt följas upp och utvärderas i syfte att ständigt förbättra verksamheten och därmed överträffa kundernas (ungdomen, uppdragsgivare, föräldrar) förväntningar.

Nackagården ska ha en flexibel inställning till våra kunders önskemål och behov och utifrån det erbjuda individuella lösningar på aktuella problem. Kunderna ska bemötas med förståelse och respekt för deras situation och verksamhetens insatser ska underlätta för samtliga berörda.

Uppdragsgivare, vårdnadshavare, ungdomar och personal ska vara delaktiga i behandlingen och vardagen på boendet. Nackagården ska vara en organisation som tillåter och uppmuntrar initiativtagande och synpunkter. Denna öppenhet bäddar för en förståelse och en utvecklande atmosfär, vilket ger samtliga berörda trygghet i att engagera sig och våga delta.

Ungdomen, dess omgivning samt uppdragsgivare ska alltid bemötas med empati och ett stort engagemang. Samtlig personal inom organisationen ska tillsammans arbeta för att uppnå resultat med utrymme och respekt för varandras styrkor och förbättringsområden. Boendena ska vara i familjehemsliknande form där personalens förmåga att skapa en förtroendefull relation till ungdomarna och deras familjer är avgörande för att ge och ta emot hjälp. De kontaktytor som skapas inom gruppen av ungdomar och till personal innebär stora möjligheter till ömsesidig påverkan, träning i att bemästra vardagens problem och relationsbearbetning.

Aktuellt om verksamheten

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

Nackagården Mälarhöjden HVB har tillstånd att ta emot 15 ungdomar på behandlingshemmet och 2 ungdomar i verksamhetens utslusslägenheter. Verksamhetens upplägg är idag anpassade till att ta emot upp till 12 +2 ungdomar.

Under 2017 var snittet på antalet placerade ungdomar under året 9,3.

Personal

En förutsättning för att verksamheten ska nå sin vision är att det arbetar personal runt 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.



- *Behandlingspersonal*

Verksamhetens föreståndare är Leg psykolog med lång erfarenhet av målgruppen samt rollen som föreståndare. Hon har tidigare varit föreståndare på behandlingsskola, och har arbetat kliniskt inom primärvård och inom HVB specialiserat mot OCD-behandling.

Verksamhetens behandlingsansvarige är utbildad KBT terapeut och har arbetat i verksamheten i mer än 10 år. Han arbetar idag med specifika behandlingsinsatser till ungdomar på HVB. Han har lång erfarenhet av behandling av aktuell målgrupp både i boende- och skolmiljö.

Verksamhetens personalansvarig är utbildad socionom, KBT terapeut samt vidareutbildar sig till psykoterapeut (klar VT18). Hon är idag även behandlingsansvarig för verksamhetens utsluss och arbetar med specifika behandlingsinsatser till ungdomar på HVB och utsluss. Hon har ca 15 års erfarenhet av målgruppen och tidigare arbetat inom socialtjänsten och behandling i skolmiljö.

Övrig behandlingspersonal består av socionomer, beteendevetare, socialpedagoger och behandlingsassistenter. De arbetar tillsammans med behandlingsansvariga med bemötande, behandlingsinsatser på individ- och gruppnivå samt med vardagens struktur och rutiner. Samtliga behandlingsassistenter har vidareutbildningar inom KBT såsom TBA, ACT, Repulse och ART.

- *Behandlingsteam*

Verksamheten har ett verksamhetsöverskridande behandlingsteam som säkerställer, utvärderar och utvecklar evidensbaserade behandlingsmetoder. Teamet består av Leg. psykologer, terapeuter, beteendeanalytiker och psykiater.

- *Medicinsk personal*

Leg.sjuksköterska med lång erfarenhet av målgrupp finns tillgänglig varje vecka i verksamheten.

Psykiatriläkare, specialist inom barn- och ungdomspsykiatri, träffar ungdomarna var 3e vecka på plats i verksamheten.

- *Övriga*

Verksamhetens kvalitetsansvarig är utbildad socionom med 10 års erfarenhet av att arbeta på HVB. Hon har vidareutbildningar inom ledarskap, arbetsrätt och självklart kvalitetsarbete.

Ekonomiansvarig har arbetat i verksamheten i ca 10 år och har lång erfarenhet innan dess av aktuellt område.



Kvalitetsarbete under 2017

Nackagårdens kvalitetspolicy

Nackagården erbjuder behandling och utredning för pojkar med neuropsykiatriska funktionshinder. Verksamhetens mål är att sätta kundens önskemål och behov i centrum och med hjälp av evidensbaserade beteendeterapeutiska metoder ta fram och genomföra den bästa möjliga individuella behandlingen för ungdomarna.

Detta uppfylls genom att:

- Utifrån grundläggande kartläggning upprätta en genomförandeplan med specifika behandlingsinsatser och därefter regelbundet följa upp, anpassa och utvärdera resultatet.
- Behandlingsteam planerar behandlingsinsatser utifrån evidensbaserade beteendeterapeutiska metoder.
- Behandlingspersonal har en öppen och regelbunden kommunikation med kunderna.
- Skräddarsydda lösningar erbjuds för den placerade främst rörande helhetslösningar med boende och skola.
- Planering, analysering, utvärdering och förbättring av arbetssätt utvärteras genom fastställda forum.

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 så att verksamheten på detta sätt ständigt arbetar för förbättringar.

Utifrån verksamhetens kvalitetspolicy har följande mål varit aktuella för verksamheten under 2017

1. *Nackagården ska utveckla specifika behandlingsinsatser samt utveckla mätning och redovisning av behandlingsresultat.*
2. *Samtliga ungdomar ska ha korrekt förd HSL-journal.*
3. *Verksamheten ska godkännas i certifieringen enligt ISO 9001:2015.*
4. *Varje medarbetare ska ha en plan för vilket KBT-behandlingsområde de kommer att vidareutbilda sig i.*
5. *Kundnöjdheten ska öka från föregående år för såväl uppdragsgivare, föräldrar och ungdomar.*

1. Nackagården ska utveckla specifika behandlingsinsatser samt utveckla mätning och redovisning av behandlingsresultat.

Under året har behandlingspersonal träffats regelbundet för att planera, följa upp, säkerställa och utveckla behandlingen inom verksamheten. Under 2017 har verksamheten arbetat fram en sömnskola för ungdomarna där behandlingsinsatsen sker på gruppnivå. Insatsen har genomförts en gång under året med efterföljande individuella insatser. För att ytterligare stärka behandlingsarbetet har inskrivnings- och kartläggningsprocessen granskats och förtydligats såväl internt och externt.

Under året har verksamheten presenterat nya broschyrer dels riktat till uppdragsgivare och dels en specifik till föräldrar inför en placering för att tydliggöra verksamhetens innehåll.

Behandlingsteamet har under året tagit fram, granskat och testat olika skattningsskalor i syfte att utveckla kartläggning och utvärdering av behandlingsresultat. Becks ungdomsskalor har testats som ett generellt och brett instrument. Under 2017 har ungdomarnas mående/livskvalitet mätts månadsvis genom utvärderingsinstrumentet CORS och finns med i de skriftliga månadsrapporterna till berörda.

Ytterligare steg i att utveckla mätning och redovisning av behandlingsresultat har en ny mall för månadsrapporten arbetats fram och aktualiserats i verksamheten. Utvecklingsarbete har resulterat i tydligare måluppföljning samt anpassningar till nya BBIC. Verksamhetens utskrivningsdokument har även reviderats i syfte att utveckla redovisningen av behandlingsresultat.

2. Samtliga ungdomar ska ha korrekt förd HSL-journal

Verksamheten har haft ett stort fokus på att förbättra HSL arbetet under året, mer detaljerad information om arbetet finns att läsa i patentsäkerhetsberättelsen för 2017. Verksamheten har anställt en ny psykiater, specialist inom barn- och ungdomspsykiatri. Hon har lång erfarenhet av målgruppen och efterenheter från arbete inom BUP och Maria Ungdom.

HSL ansvarig har under året granskat och reviderat samtliga HSL styrdokument inom verksamheten utifrån aktuella lagändringar. Under året har vidare förbättringsarbete gjorts avseende att få in ordinationslistor i god tid för att underlätta HSL arbetet och öka tryggheten för ungdomen. Samtliga listor läggs idag in digitalt i journalföringssystemet tillskillnad från tidigare. Medicinsigneringarna har även förbättrats i verksamheten under året genom att det dagligen följs upp i fastställt mötesforum.

3. Verksamheten ska godkännas i certifieringen enligt ISO 9001:2015.

Ledningen tog under året beslut om att verksamheten ska invänta den kvalitetsstandard för HVB som planeras att komma under 2018 istället för att certifiera enligt ISO 9001:2015. Verksamhetens kontinuerliga kvalitetsarbete har dock fortsatt under året och då fortsatt med ISO 9001 samt SOSFS 2011:9 som bas. Fokus har lagts på att uppmärksamma och fastställa arbetet kring riskanalyser och framförallt i avseende kring dokumentation och uppföljning.

Verksamheten har även under året även arbetat fram ett upplägg kring målarbete, där separata mötesforum planerats att genomföras kontinuerligt under året (1 ggr/kvartal). Resultatet av nya upplägget är att verksamheten kunnat fokusera mer på målen.

Genom medlemskap i Svenska vård och vårdföretagarna/Almega håller verksamheten sig uppdaterad på branschen och utvecklingen av den.

4. Varje medarbetare ska ha en plan för vilket KBT-behandlingsområde de kommer vidareutbilda sig i.

Under samtliga personalmötesforum har behandlingsansvariga/personalansvarige arbetat tillsammans med personalgruppen utifrån olika teman inom ramen för KBT. Detta i syfte att väcka intresse och öka den generella kompetensen i arbetsgruppen. Grundläggande kunskaper om hur beteendeförändringar skapas ur ett inlärningspsykologiskt perspektiv har varit ett återkommande tema i handledning och i utbildning på personalmöten. Gruppen har gjort funktionella analyser på ungdomarnas problemskapande beteenden. Olle Wadström som är en mycket erfaren och kunnig psykolog har föreläst om OCD för samtliga i personalgruppen.



I och med medarbetarsamtalen har aktuella kompetensplaner setts över och diskussioner kring vidareutbildning har genomförts. Gruppen har olika erfarenheter och utbildningar bakom sig och arbetet att göra tydliga individuella kompetensplaner fortsätter för verksamheten in i 2018.

Under 2017 har följande vidareutbildningar varit aktuella för delar av personalgruppen:

- Grundläggande kurs i TBA
- Psykoterapeututbildning
- Kurs i handledning i socialt arbete
- Utbildning i motiverande samtal
- Repulse 2
- BBIC
- WISC 5
- GDPR

5. Kundnöjdheten ska öka från föregående år för såväl uppdragsgivare, föräldrar och ungdomar.

Årligen mäter Ssil kundnöjdheten hos våra uppdragsgivare och där resultatet presenteras i en detaljrik kvalitetsrapport. Undersökningen genomfördes via intervjuer under perioden 2016-09-28 och 2017-09-28. Uppdragsgivarna skattade nöjdhet gällande bland annat mottagande, nätverksarbete, uppföljning, arbete utifrån genomförandeplanen, utslussning, motivationsarbete och helhetsbedömning.

Verksamhetens medelbetyg för samtliga frågor var 2017 8,9 /10. Detta är en ökning från 2016 då medelbetyget var 8,3/10. Årets resultat kan även jämföras med medelbetyget från samtliga verksamheter som Ssil undersökte under perioden vilket blev 8,1 /10.

Under året har verksamheten genomfört undersökningar via enkäter med aktuella ungdomar och föräldrar. Resultaten kring kundnöjdhet har även i dessa undersökningar ökat från förra året. I undersökningen med ungdomarna har kundnöjdheten ökat gällande samtliga frågor och gällande resultatet från undersökningen med föräldrar har samtliga frågor förutom en gällande förståelse ökat.

Systematiskt förbättringsarbete

Verksamhetens egenkontroll

Verksamheten har en fastställd plan för hur vi arbetar med egenkontroll. Planen syftar till att verksamheten följer ett strukturerat upplägg gällande systematiska uppföljningar och utvärderingar för att säkra hög kvalitet. Under 2017 var följande egenkontroller aktuella för verksamheten:

- **Individutvärdering gällande behandling/ livskvalité**

Ungdomens behandlingsresultat utvärderas och sammanställs i en månadsrapport som skickas till uppdragsgivare, vårdnadshavare 11 ggr per år.

Mätningen av det individuella behandlingsarbetet sker genom:

- Dagliga registreringar för att mäta aktuella beteenden
- Måluppfyllnad utifrån ungdomens vårdplan
- Individspecifika mätverktyg i form av skattningsskalor, för samtliga ungdomar används YORS för att mäta mående/livskvalité månadsvis.
- Medicinsk behandling mäts genom dagliga registreringar samt uppföljning/utvärdering var 3e vecka

- **Verksamhetsutvärdering**

Verksamhetens samtliga områden följs upp veckovis av verksamhetsledningen i fastställt forum. Verksamheten följer även upp aktuella verksamhetsmål 1 ggr/kvartalet för att vidare 1 ggr per år granska och utvärdera verksamhetens samtliga processer. Den årliga verksamhetsutvärderingen genomfördes i december 2017 och resultatet ligger till grund för 2018 förbättrings- och utvecklingsområden.

- **Kundutvärdering**

För att få in information om vad kunderna (ungdomar, uppdragsgivare, föräldrar) tycker om verksamheten används enkätundersökningar. Dessa är anonyma och utförs av verksamheten samt Ssil. Under 2017 genomfördes 1 undersökning med aktuella ungdomar, 1 undersökning med föräldrar och 1 undersökning med uppdragsgivare (utförd av Ssil).



Ungdomar och personal har kontinuerliga veckomöten på boendet där synpunkter, önskemål och uppföljning kring veckan sker.

- **Extern tillsyn**

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomförde den 24 oktober 2017 en anmäld inspektion i verksamheten. IVO intervjuade under inspektionen föreståndare, personal samt ungdom samt att de innan besöket inhämtat underlag kring bland annat bemanningsgrad, personalens utbildning och erfarenhetsnivå.

Fokusområden för tillsynen var bemanning, personalens utbildning- och erfarenhetsnivå, lämplighetsbedömningar, förbättringsarbete, rutiner för en drogfri miljö samt om verksamheten bedrivs enligt tillstånd gällande föreståndare, målgrupp, lokal och antal ungdomar. IVO bedömde att verksamheten lever upp till aktuella krav gällande samtliga områden.

- **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.

- **Arbetsmiljö/miljö**

Verksamheten följer kontinuerligt upp arbetsmiljö 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 i slutet av året.

Under 2017 har den psykosociala skyddsronden samt den fysiska skyddsronden genomförts 1 ggr under året. Interna brandronder har genomförts 3 ggr under året samt extern brandrond 1 ggr.

Risakanalyser

Nackagården arbetar löpande med systematisk riskhantering gällande samtliga processer för att minimera att oönskade händelser inträffar. Riskanalyser genomförs på 2 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, avvikelser,

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 riskanalyser kopplat till behandlingsuppdragen (individnivå) så har en riskanalys genomförts i med förändring av personalens schema under 2017.

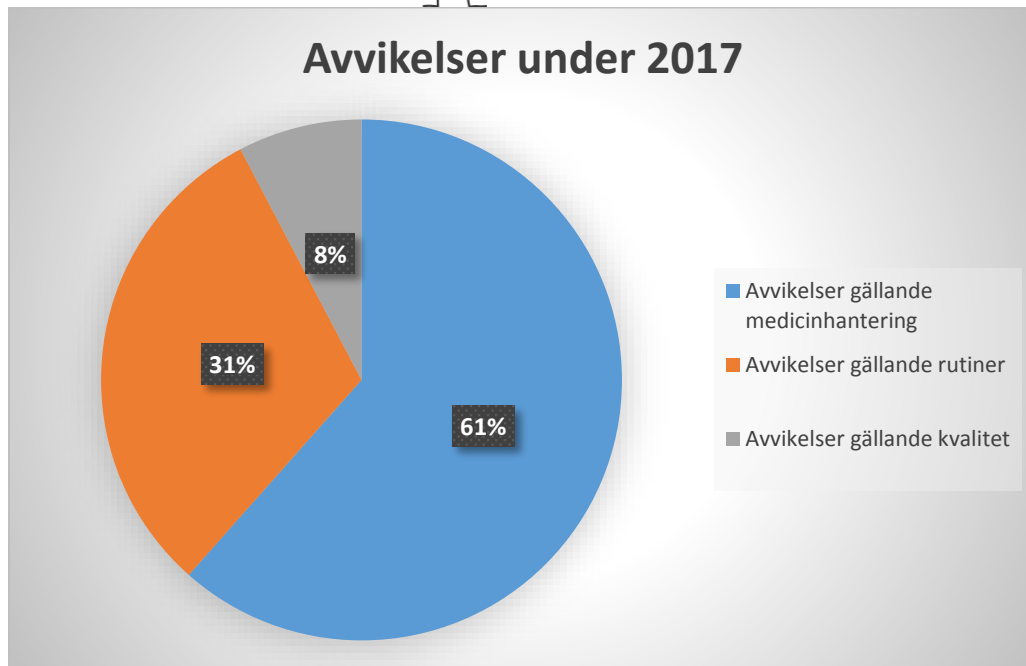
Verksamhetens avvikelshantering

En stor del av verksamhetens förbättringsarbete bygger på att det finns en fungerande avvikelshantering och att samtliga inom verksamheten använder systemet. 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 avvikelsen. Nackagårdens föreståndare har det huvudsakliga ansvaret gällande avvikelshantering inom verksamheten.

Under 2017 inkom 13 avvikelser och där både omedelbara åtgärder och långsiktiga åtgärder aktualiserades för att säkerställa kvalitet och förhindra att avvikelsen upprepas. Avvikelser gällande medicinhantering har främst rört iordningsställandet av mediciner och avsaknad av ordinationslistor vid nya placeringar. Avvikelser gällande rutiner har främst handlat om att rutiner kring att kontakta jouren har brustit, att telefonnummer ej varit uppdaterade till socialjour. Den avvikelse gällande kvalitet som inkommit under året har varit otydlighet kring bemanningsschema.

Ingen Lex Sarah eller Lex Maria utredning har genomförts under 2017.



Förbättringsarbete under 2017

Verksamheten använder sig av PDCA modellen när det gäller det systematiska förbättringsarbetet. Det betyder att vi planerar, utför, följer upp och förbättrar verksamhetens kvalitet kontinuerligt. Verksamheten har fastställda forum där samtliga delar av PDCA modellen har självklar plats. I den årliga verksamhetsutvärderingen analyseras verksamhetens kvalitet och där resultatet sedan ligger till grund för kommande års utvecklingsområden och aktuella målområden.

Under 2017 har stort arbete lagts ner på verksamhetens HSL arbete där vi anställt ny psykiatriker med specialist barn- och ungdomspsykiatri. Verksamheten har även gått igenom samtligt HSL arbete i syfte att förbättra och säkerställa hög kvalitet.

Under året har det koncernövergripande behandlingsteamet träffats regelbundet för att planera, utvärdera och utveckla verksamhetens behandlingsmetoder. Ett förbättringsarbete kring inskrivnings- och kartläggningsprocessen har genomförts under året. Samt förtydligande och förbättring av verksamhetens rutiner kring kontakt med jour.

Vidare har kvalitetsansvarig tillsammans med personalansvarig arbetat genom styrdokument som rör personal och arbetsmiljö där fokus har varit på verksamhetens policydokument och rutiner utifrån de lagändringar som aktualiserats under året.