

§ 10

Fördjupad uppföljning av enheten för råd och stöd i Knivsta kommun SN-2016/270

Beslut

Arbetsutskottet beslutar föreslå socialnämnden

att förvaltningen skriftligen och muntligen ska redovisa hur Enheten för råd och stöd avser arbeta med åtgärds punkterna i rapporten vid nämndens sammanträde i april 2017.

Yrkande

Birgitta Ljungberg Jansson (C) yrkar att arbetsutskottet beslutar föreslå socialnämnden att förvaltningen skriftligen och muntligen ska redovisa hur Enheten för råd och stöd avser arbeta med åtgärds punkterna i rapporten vid nämndens sammanträde i april 2017.

Propositionsordning

Ordförande finner att arbetsutskottet beslutar i enlighet med Birgitta Ljungberg Janssons (C) yrkande.

Ärende

Tjänsteskrivelse, 2017-01-23 och Fördjupad uppföljning av Råd och stöd Knivsta kommun, 2017-01-24 har varit utsänd. Socialchef informerar muntligt.

Handläggare
Liza Larsén Ogden
Strategiskt ledningsstöd

Tjänsteskrivelse
2017-02-02

Diarienummer
SN-2016/270

Socialnämnden

Fördjupad uppföljning av enheten för råd och stöd i Knivsta kommun

SN-2016/270

Förslag till beslut

Socialnämnden beslutar

att förvaltningen skriftligen och muntligen ska redovisa hur Enheten för råd och stöd avser arbeta med åtgärds punkterna i rapporten vid nämndens sammanträde i april 2017.

Sammanfattning

Under oktober månad 2016 har en fördjupad uppföljning av Knivsta kommuns råd och stöd utförd i egen regi genomförts av kommunens verksamhetscontrollers. Vid uppföljningen har intervjuer med verksamhetens ledning och medarbetare genomförts samt att rutiner, verksamhetsplaner, verksamhetsberättelser, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete med flera dokument har granskats.

Vid den genomförda uppföljningen har ett antal åtgärds punkter identifierats utifrån utförandet av socialtjänst. Åtgärds punkterna handlar bland annat om implementering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, om uppföljning och utvärdering, samt om förtydligande vid metodval.

Bakgrund

Inom socialnämndens ansvarsområden utförs delar av verksamheten av andra än kommunens egen organisation. Socialnämnden har ett ansvar att se till att de externa utförarna bedriver sin verksamhet i enlighet med gällande lagstiftning och utifrån ingångna avtal. Socialnämnden har beslutat om en modell för uppföljning och kontroll av kvalitet inom upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet. Samma modell gäller för kommunens egna verksamheter (egen regi). Uppföljningen sker enligt fastlagd uppföljningsplan av socialnämnden.

Ekonomisk konsekvensanalys

Förslaget beslut bedöms inte leda till några ekonomiska konsekvenser utöver befintlig budgetram

Barnkonsekvensanalys

Barnkonsekvensanalys är gjord enligt checklista.

Mats Ståhl Elgström
Socialchef

Beslutet ska expedieras till:
Akten
Råd och stöd

Barnchecklista inför beslut

1. Påverkar beslutet barn?

Ja **X**Nej

Enligt FN är alla under 18 år
att betrakta som barn

Förklara oavsett svar.

Beslutet bedöms kunna påverka barn då verksamheten kommer i kontakt med barn under 18 år eftersom en kvalitetsredovisning påverkar brukarnas kvalitet.

*Om, **ja fortsätt** med frågorna.*

2. Hur har barns bästa beaktats?

Genom att åtgärds punkterna inte påverkar mötet med brukaren oavsett ålder.

3. Beskriv eventuella intressekonflikter.

4. Har barn fått uttrycka sina åsikter?

Ja Nej **X**

Förklara oavsett svar.

Då mötet med brukaren inte påverkas av åtgärds punkterna har inte barns åsikter samlats in.

Fördjupad uppföljning av Råd och stöd Knivsta kommun

Innehållsförteckning

.....	1
.....	1
1. Sammanfattning	3
2. Bakgrund.....	4
3. Syfte	4
4. Genomförande och metod.....	4
5. Beskrivning av verksamheten	5
6. Analys och bedömning	5
7. Åtgärds punkter.....	12

Fördjupad uppföljning

1. Sammanfattning

En fördjupad uppföljning har gjorts av enheten för råd och stöd som utförs i Knivsta kommun inom egen regi (fröhusets verksamhet ingår inte i uppföljningen). Uppföljningen har utförts av verksamhetscontroller Liza Larsén Ogden, verksamhetscontroller Malin Eriksson och samt sakkunnig från Östhammars kommun Emma Elvén.

Uppföljningen bygger på granskning av olika typer av styrdokument, rutiner och dokument som används inom verksamheten såsom genomförandeplaner och uppföljningar, på intervjuer med personal och ledning och på brukarenkäter. Bedömningen görs utifrån enhetens dokument, gällande lagstiftning och socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS).

Bedömningen är att Råd och stöd i Knivsta kommun har stort brukarfokus och arbetar engagerat för att uppnå det bästa för brukaren samt erbjuder olika metoder. Verksamheten har högt i tak, och personal erbjuds både extern och kollegial handledning, samt har kompetensutveckling utifrån behov.

Samarbetet inom enheten mellan personalen, och mellan personal och chef fungerar bra och enhetschefen är närvarande i det dagliga arbetet.

Brukarna är nöjda med den hjälp som de får av råd och stöd och känner sig delaktiga och förstådda.

Ett antal åtgärds punkter har dock identifierats och de handlar om implementering av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och medarbetarnas delaktighet i detta, om behov av uppföljning och utvärdering, om att klargöra skillnaden mellan service- och biståndståndsbedömda insatser samt ett förtydligande vid metodval utifrån behov syfte och målgrupp.

De åtgärds punkter som identifierats finns uppställda sist i rapporten, i avsnitt 7.

2. Bakgrund

Inom socialnämndens ansvarsområde utförs vissa delar av verksamheten i egen regi och andra delar av externa utförare. Socialnämnden har ett ansvar att se till att samtliga verksamheter inom nämndens ansvarsområde bedriver sin verksamhet i enlighet med gällande lagstiftning och utifrån ingångna avtal. Socialnämnden har beslutat om en modell för uppföljning och kontroll av kvalitet inom upphandlad och kundvalsstyrd verksamhet. Samma modell gäller för kommunens egna verksamheter (egen regi). Uppföljningen sker enligt fastlagd uppföljningsplan av socialnämnden.

3. Syfte

Uppföljningen syftar till att bedöma hur väl Knivsta kommun, enheten för råd och stöd bidrar till verksamhetsutveckling och ökad kvalitet samt utför sitt uppdrag i enlighet med gällande lagstiftning och författningar¹.

4. Genomförande och metod

Denna fördjupade uppföljning har genomförts av verksamhetscontroller Liza Larsen Ogden tillsammans med verksamhetscontroller Malin Eriksson samt sakkunnig från Östhammars kommun Emma Elvén. Förstnämnde verksamhetscontroller är den som varit ytterst ansvarig för att planera, genomföra, återkoppla och skriva rapporten.

Inför uppföljningen togs kontakt med ledningen för råd och stöd inom Knivsta kommun för att informera om uppföljningen. Som en del i uppföljningen granskades styrdokument såsom verksamhetsplan, verksamhetsberättelse, ledningssystem, rutinbeskrivningar i verksamheten samt ett antal genomförandeplaner. En brukarenkät delades också ut till råd och stöds brukare. Intervjuer genomfördes med enhetschef och medarbetare den sista oktober och den första november 2016. Vid intervjuerna ställdes relevanta frågor utifrån brukarfokus samt utförande. Vid intervjun med personalen deltog inte ledningen, detta för att personalen skulle uppleva det möjligt att uttrycka sig fritt. Både ledning och personal har fått möjlighet att sakgranska anteckningarna utifrån intervjuerna.

I rapporten redovisas en analys och bedömning utifrån de genomförda intervjuerna med personal och ledning samt utifrån den inskickade dokumentationen. Analysen och bedömningen görs framförallt med utgångspunkt av gällande lagstiftning och författningar samt utifrån bestämmelser i Knivsta kommun. Genom analysen och bedömningen identifieras ett antal åtgärdsplaner i verksamheten som behöver åtgärdas, dessa redovisas längst bak i rapporten. Verksamheten ska sedan utifrån åtgärdsplanerna ta fram en plan för hur de ska åtgärdas. Planen ska skickas till verksamhetscontroller som ansvarar för att godkänna planen innan åtgärdsplanen lämnas vidare till nämnd. Två månader efter att rapporten har redovisats i socialnämnden ska verksamheten redovisa åtgärdsplanen för nämnden, muntligen och skriftligen. I detta fall blir det vid socialnämndens sammanträde april 2017.

¹ Samlingsbenämning för lagar, förordningar och föreskrifter.

5. Beskrivning av verksamheten

Enheten Råd och stöd i Knivsta kommun ansvarar för att tillhandahålla öppenvårdsinsatser i form av rådgivande, stödjande och behandlade insatser utifrån behov. Personer som kommer till enheten kommer antingen via att de sökt själv (service) eller via biståndsbeslut från enheten för barn och unga eller enheten för vuxna. Enheten är indelat i tre block där det första blocket arbetar med förebyggande insatser, det andra blocket med olika stöd och behandlingsformer samt det tredje med öppenvårdsbehandlingar. (I denna fördjupade uppföljning ingår inte block 1.) Verksamheten stödjer Knivsta kommuns medborgare oavsett ålder. Verksamhetens lokaler är i vid uppföljningen lokaliserad med andra verksamheter inom vård och omsorg på Ängbyvägen 12, men råd och stöd kommer att byta till andra lokaler vid årsskiftet.

Enheten leds av enhetschef och sedan finns det 9.45 medarbetare fördelat på 13 personer (i det ingår även anhörigkonsult på 0,5 % samt personalen på fröhuset som ingår i block 1).

Det finns inga funktioner så som samordnare eller gruppleddare. Administrativt stöd har verksamheten i stort sett inte heller tillgång till förutom viss hjälp vid beställningar av receptionist på myndigheten där de under intervjun är lokaliserade. (Detta stöd försvinner i samband med flytten vid årsskiftet).

6. Analys och bedömning

I detta avsnitt redovisas den analys och bedömning som gjorts utifrån vad som framkommit vid intervjuerna samt utifrån inskickade dokument.

Fördjupad uppföljning

Förhållningssätt, arbetssätt och metoder

Verksamheten har stort brukarfokus och lägger mycket tid på att få brukaren att känna sig väl bemött och delaktig i behandlingen. Det återspeglas i bägge intervjuer. Medarbetarna lyfter bemötande, delaktighet och brukarens trygghet som några av de viktigaste delarna av deras arbete. Enhetschefen är närvarande och delaktig i personalens vardag och tillsammans arbetar chef och medarbetare för att hitta bra arbetssätt och metoder som fungerar. Enhetschefen jobbar aktivt med att delaktiggöra personalen i enhetens åtaganden och fördelar uppdrag i samråd med personalen utifrån deras kunskap, erfarenhet och arbetsbörda.

Råd och stöd har en verksamhetsplan och en verksamhetsberättelse, de har även dokument som beskriver vad de vill uppnå med sin verksamhet för att kunna utföra sitt uppdrag.

Verksamheten har inte tagit fram några egna mål i sin verksamhetsplan utan enheten utgår från sitt åtagande inom socialnämndens mål och har sedan riktade aktiviteter tillhörande målen.

Personalgruppen uppfattas både som stabil och tillfreds med sitt arbete, och både ledning och personal påtalar enhetens samarbetsvillighet och att de stödjer och styrker varandra.

När det kommer till verksamhetens rutiner så anser gruppen att de som finns är gällande, dock framgår det på intervjun med ledningen att alla rutiner inte är fullt uppdaterade, utan några är i behov av revidering. Allt ansvar för revidering av verksamhetens rutiner ligger på chefen. När det kommer till att hitta verksamhetens rutiner framkommer det att alla medarbetare vet vart man hittar rutiner, samt majoriteten av arbetsgruppen känner väl till befintliga arbetsrutiner och har byggt upp sitt sätt att arbeta utifrån dessa.

Det framgår av granskningen att olika rutiner ser olika ut och vissa har sidhuvuden med information, andra inte och så vidare. Detta skapar en viss otydlighet och kan göra det svårt att hitta rätt då det finns många dokument att förhålla sig till. Ett av dokumenten är också en sammansättning av flera olika sorters dokument, även detta skapar en viss otydlighet och gör det svårt att hitta bland rutinerna. En rekommendation är att ha en enhetlig layout för samtliga rutiner.

När det kommer till upplägg av arbete framkommer det att enheten i viss utsträckning inte skiljer på arbetsgången vid service- eller biståndsärende förutom gällande dokumentationen där man följer socialtjänstlagens rekommendationer. Den skillnad som förekommer är att enheten inte genomför större behandlingsinsatser i hemmet vid servicebeslut. Utöver det skiljer enheten för råd och stöd inte på varken gången eller hanteringen av ett ärende utan de utgår från brukarens individuella behov och önskemål.

I lagen skiljer man på service- och biståndsinsatser, serviceinsatser är allmänt inriktade och generellt utformade. De är förebyggande, rådgivande och informerande. Insatserna föregås inte av behovsbedömning och biståndsbeslut. Serviceinsatser erbjuds utifrån 3 kap. 1§ Och 6§§ SoL. Ingen dokumentationsskyldighet förekommer. Vad gäller biståndsinsatser är dessa individuellt inriktade stödinsatser som ges efter individuell behovsbedömning och beviljas med stöd av 4 kap. 1§ SoL. Vid biståndsbeslutade insatser förekommer dokumentationsskyldighet. Bedömningen är att verksamheten behöver klarlägga skillnaden mellan bistånd- respektive serviceinsatser och tydliggöra var gränsen mellan insatserna går.

Bemötande, förhållningssätt och hot och våld är stående punkter på enhetens APT. Personalen arbetar med att känna in och anpassa sitt arbete utifrån varje individ. Personalen arbetar även med kollegial handledning där gruppen vägleder varandra samt har en öppen kommunikation. Enheten har även extern handledning var tredje vecka som stöd i deras arbete. Den externa handledaren fokuserar på metoder och brukarfokus och det är något som personalgruppen uppskattar och anser vara väldigt givande.

Samarbetet mellan personalen i grupp och mellan personalen och enhetschefen uppfattas utifrån intervjuerna att fungera väl. Medarbetarna träffar varandra dagligen och har ett nära samarbete. Även chefen finns tillgänglig på daglig basis vilket gör det enkelt att få reda på relevant information för medarbetarna. Teamträffar genomförs veckovis och APT månadsvis och chefen är så pass insatt i verksamheten att denne hjälper till så att arbetsbelastningen förblir relativt jämn i gruppen. Medarbetarna uppfattar överlag arbetsbelastningen som hanterlig även fast det går upp och ner.

Dokumentation

Inom verksamheten råd och stöd dokumenteras relevant information, dock framkommer det att dokumentation inte alltid sker i anslutning till den enskilde. Det kan dröja upp till tre veckor innan personalen journalför i verksamhetssystemet. Enligt *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten* så minskas både dubbelarbete och risken för felaktiga uppgifter i dokumentationen ifall dokumentationen utförs ”så nära den enskilde som möjligt”². Det står även i SOSFS 2014:5 att händelser av vikt ska dokumenteras utan dröjsmål. Detta är för brukarens egen säkerhet så att inget av vikt tappas bort samt för att brukarens journal ska vara fullständig ifall förfrågan om tillgång till sin journal skulle uppkomma, eller ifall något skulle inträffa. Bedömningen blir att råd och stöd behöver skapa ett enhetligt arbetssätt kring dokumentation i enlighet med socialstyrelsens rekommendationer för dokumentation i de ärenden där dokumentation är relevant, för att säkerhetsställa att inget av vikt förbises.

Kompetens

All personal har någon form av högskoleutbildning eller högskolepoäng som grund. Sedan vilka kurser/utbildningar personalen har ser lite olika ut men alla anställda på råd och stöd har relevant kunskap för att utföra sitt uppdrag.

De olika behandlarna på enheten för råd och stöd har kunskap och erfarenhet av olika behandlingar och metoder vilket gör att metodval i viss utstäckning påverkas av vem som får uppdraget. Detta innebär att metodval styrs av medarbetarnas kompetenser och inte alltid av en tydlig strategi om vilka metoder enheten för råd och stöd ska erbjuda i Knivsta kommun. Enheten arbetar idag för att det ska finnas minst två som har kunskap om varje metod/behandling för att metod/behandling inte ska vara styrt av person utan utifrån behov. Detta ställningstagande är inte fastställt men det finns en strävan mot det av chef och personalgrupp då det anses som viktigt. Bedömningen är att verksamheten har relevant kompetens för uppdraget men behöver skapa en tydligare struktur utifrån vilka metoder som ska användas i Knivsta kommun vid vilket tillfälle och varför.

Inom gruppen finns kompetens i form av: beroendeterapi, grundläggande psykoterapiutbildning med olika inriktning, grundutbildade i FFT (Funktionell Familjeterapi), certifiering i behandlingsmodellen IHF (Intensiv hemmabaserad familjeterapi) Medarbetarna har även olika vidareutbildningar inom olika modeller t ex CRA, MET, HAP, ASI, återfallsprevention, ART och Nätverksledarutbildning

Sedan har gruppen under det senaste året (2016) genomgått eller håller på att utbildas i:

- Trappanmodellen – för barn som bevittnat våld (pågår)
- PYC (Parenting young children). Ett evidensbaserat program för stöd i hemmet till föräldrar med kognitiva svårigheter.

²Socialstyrelsens handbok *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*, kap 10

- Klinisk sexologi (15 hp)
- Utbildning för *certifierade* FFT-terapeuter (funktionell familje terapi) Teamträffar för handledning och utbildning för certifiering i FFT. I samverkan med andra kommuner i länet.
- TRT – utbildning för att arbeta med ensamkommande ungdomar i grupp för få redskap att kunna hantera trauma
- Motivational Enhancement (MET) är en behandling som syftar till att uppmuntra och utveckla motivation till förändring av alkoholkonsumtionen hos personer med alkoholberoende
- MI – motiverande samtal
- Behandling av spelberoende
- Återfallsprevention
- ASI (karläggning av beroende)

Vid det årliga medarbetarsamtalet samtalar personal och chef kring medarbetarens behov av kompetensutveckling och varje medarbetare har en egen plan. Enhetschefen ser även över vad personalstyrkan som helhet har för behov av för kompetensutveckling och kommer med förslag men det finns ingen enhetlig nedskrivna plan för detta. En rekommendation är att ta fram en plan för hela enheten för att erhålla en översikt om personalgruppens behov och kunskap.

Det framkommer under intervjuerna att det inte finns en skriftlig uppdragsbeskrivning för verksamheten vilket både personal och ledning ser som en brist eftersom det är svårt att veta vad som ingår och vad som inte ingår i råd och stöd uppdrag. Detta innebär att det också blir svårt för enheten att påtala varför och utifrån vad man är i behov av eventuell utökning av personal. Både personal och chef påtalar under intervjuerna att det anser sig vara för få personal för att kunna utföra enhetens uppdrag till fullo, och beskriver att det är en skör arbetssituation, även fast de är en flexibel arbetsgrupp som löser de situationer som uppstår utifrån bästa förmåga.

Riskanalys och klagomålshantering

Verksamheten använder sig av en brevlåda i väntrummet där brukare kan lämna sina synpunkter på verksamheten Det är dock sällan något hamnar i brevlådan. Detta påtalar medarbetarna och anser att insamlandet av synpunkter och klagomål skulle kunna bli bättre. Medarbetarna beskriver att de muntligen i varje ärende uppmuntrar brukarna om att lämna synpunkter och klagomål och att de på så vis får kännedom om brukarnas eventuella missnöje. Dock finns det idag inte någon systematik kring vad personalen gör med de muntligt inkomna synpunkterna/klagomålen, och därmed når de heller inte hela gruppen. Bedömningen är att råd och stöd behöver arbeta utifrån Knivasta kommuns riktlinjer för synpunkter och klagomålshantering och skapa en struktur för inkomna synpunkter/klagomål så att hela arbetsgruppen får ta del av inkomna synpunkter/klagomål. Rekommendationen är

också att råd och stöd tar fram en lokal rutin kring arbetet med synpunkter och klagomålshantering för verksamheten.

Arbetsmiljö

Den fysiska arbetsmiljön tycker personalen i dagsläget är bra men det råder oro kring hur det kommer bli efter flytten till nya lokaler. Inför flytten har en riskanalys utförts och chef och medarbetarna har tillsammans lyft upp de risker som kan uppstå i samband med flytten och verksamheten håller på att åtgärda dessa utifrån bästa förmåga. Personalgruppen har lite delade åsikter kring hur det faktiska avståndet mellan dem och socialsekreterarna/handläggarna kommer påverka gruppen men de är överrens om att de behöver förtydliga arbetssättet gentemot andra professioner för att skapa bra förutsättningar för ett framtida samarbete.

Genomförandeplan

Samtliga brukare har en genomförandeplan. Genomförandeplanen är oftast klar inom två veckor vid uppstart av nytt ärende/ny brukare. Revidering sker oftast flera gånger under året utifrån hur brukarens behov eller situation förändras. Vid upprättande och revidering av en genomförandeplan är brukaren alltid delaktig. Personalen är medveten om genomförandeplanens syfte – att det är *hur: et* som beskrivs i genomförandeplanen utifrån biståndsbeslutets *vad*. Dock finns det inte nedskrivna rutiner för arbetet med genomförandeplaner. De genomförandeplaner som granskats inom ramen för den fördjupade uppföljningen bedöms vara utformade i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om dokumentation³. Genomförandeplanerna som råd och stöd tar fram produceras i systemet journal digital och inte i verksamhetssystemet Siebel.

Systematiskt kvalitetsarbete

Vård och omsorgskontoret i Knivsta kommun har ett gemensamt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet färdigställdes 2014 och en revidering har skett i december 2015.

I intervjuerna med både ledning och personal framgår det att enheten för råd och stöd i stort sett inte har arbetat med ledningssystemet sedan 2014 då både personal och ledning var med och arbetade fram processkartan för ledningssystem. Det blev även tydligt i intervjun med personalen att de till stor del inte känner till det systematiska kvalitetsarbetet utifrån ledningssystemet och att de inte känner sig delaktiga i arbetet med ledningssystemet. Bedömningen är att råd och stöd i enighet med socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem⁴ behöver låta personalen vara delaktiga i det systematiska kvalitetsarbetet samt förstå vad det bidrar till, samt arbeta med att implementera ledningssystemet i sin helhet. Ledningssystemet behöver bli en del av råd och stöds arbetssätt för att säkra att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras⁵.

³ SOSFS 2014:5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, 6 kap 2 §

⁴ SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 6 kap 1-3 §§

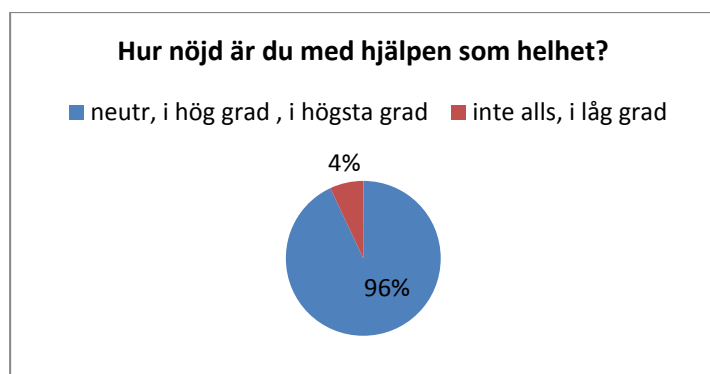
⁵ 3 Kap. 3§ SoL och 6§ LSS.

När det kommer till styrdokument är medarbetarna medvetna om att det finns styrdokument tillhörande verksamheten och inom kommunen men det är inte något som det finns så mycket kunskap om på medarbetarnivå, mer än att chefen då och då påtalar att styrdokumenterna är betydelsefulla för verksamheten.

Kvalitetsdeklarationen som är framtagen av verksamheten för brukarna är inte ett redskap som används inom verksamheten i stor utsträckning. Personalen varken informerar eller delar ut den till brukarna och medarbetarna har heller inte full kännedom om innehållet i den. Kvalitetsdeklarationen finns heller inte uppsatt så att den blir synlig för brukarna i dagläget men det är något som medarbetarna har planer på att sätta upp i väntrummet i de nya lokalerna. Det framkommer även i brukarenkäten som skickades ut i samband med uppföljningen att brukarna i låg utsträckning hade vetenskap om att råd och stöd har en kvalitetsdeklaration. (Mer om vad brukarundersökningen synliggjorde kan du läsa i nästa stycke.) Detta är en brist då det i ledningssystemet för vård och omsorg står att varje enhet ska erhålla en uppdaterad kvalitetsdeklaration som en del i deras kvalitetsarbete och som en försäkran till brukaren om vad denne kan förvänta sig av enheten. Bedömningen blir att råd och stöd behöver göra kvalitetsdeklarationen till en redskap som används i verksamheten, till något personalen har full kunskap om, och till något som brukarna ska få ta del av och vet om att den finns.

Brukarenkäten

I samband med uppföljningen delades en brukarenkät ut till råd och stöds brukare⁶. Enkäten bestod av tolv frågor kring hur brukarna uppfattar råd och stöd och det inkom 28 svar. Enkätsvaren visar att råd och stöds brukare i stort tycker att verksamheten fungerar väldigt bra i sin helhet och majoriteten har graderat en 4 eller 5:a genom hela enkäten på en skala där 1 är inte alls och 5 är i högsta grad, med undantag på en fråga. Exempelvis skattade hela 96 % av brukarna som besvarat enkäten neutralt i hög grad eller i högsta grad utifrån helheten av deras hjälp. Detta visar tydligt att näst intill alla uppskattar det stöd de får från råd och stöds. Se tabell nedan;

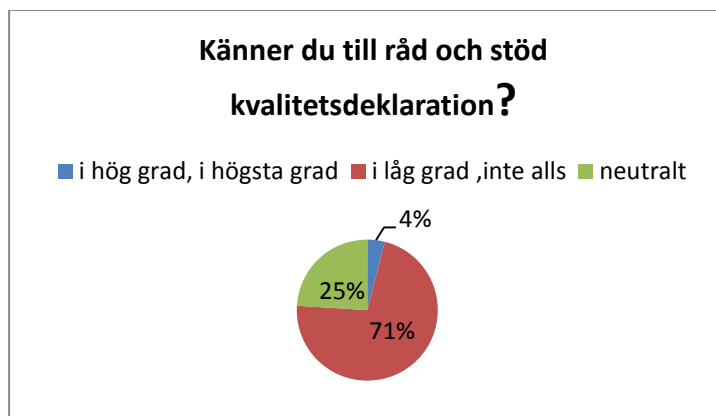


⁶ Brukarenkäten finns i slutet av rapporten, bilaga 1.

Enkäten visar även att majoriteten av brukarna som besvarade enkäten (93 %) beskriver att de är nöjda med information, bemötande och respekten som de får från sin behandlare.

Brukarna känner även ett stort förtroende för sin behandlare, och litar på att behandlaren hanterar deras ärende med sekretess (93 %), samt 89 % svarar att behandlaren tar hänsyn till deras önskemål och att de kommer i kontakt med sin behandlare när de behöver.

Den enda frågan som visade ett klart sämre resultat än övriga frågor i enkäten var frågan om brukarens kännedom om råd och stöds kvalitetsdeklaration. På denna fråga blev den sammanställda skattningen längre än resterande frågor på den femgradiga skalan. Resultatet visade att 71 % av de som besvarade enkäten skattade att de inte alls eller mkt lite känner till deklARATIONEN, således en 1:a eller 2:a. Detta resultat är föga förvånande då det framkommit i intervjun att kvalitetsdeklARATIONEN inte är ett redskap råd och stöd använder i sitt arbete men det är något som behöver förbättras eftersom kvalitetsdeklARATIONEN är framtagen för brukarnas skull. Se tabell nedan:



Brukarenkäten visade utöver undantaget med frågan om kvalitetsdeklARATIONEN på ett väldigt bra resultat och det är tydligt att verksamheten hjälper människor i behov av stöd.

I och med resultatet blir det tydligt att brukarnas åsikter är viktiga att ta reda på, för att verksamheten ska kunna veta vilka områden som behöver utvecklas och förbättras.. I dagsläget följs inte brukarnas nöjdhet upp på ett strukturerat sätt inom verksamheten och man genomför heller ingen utvärdering av verksamheten (även fast ett intresse för detta påtalades under intervjun.) Genom att inte följa upp och utvärdera blir det svårt för verksamheten att veta när den fungerar och går åt ”rätt riktning”.

Bedömningen blir att råd och stöd behöver ta fram en struktur för hur och när de ska följa upp brukarnöjdhet och utvärdera sin verksamhet för att kunna utvecklas.

Styrkor

Råd och stöd har ständigt brukaren i fokus och utifrån genomförd undersökning uppfattar brukarna verksamheten som positiv och känner sig nöjda, förstådda och delaktiga.

Personalgruppen har en bra grundkompetens och är en stabil grupp som samarbetar och stödjer varandra i det dagliga arbetet.

Enhetschefen är närvarande och omtyckt av personalen, samt är väl insatt i arbetsmetoder, uppdrag och arbetsbörda vilket leder till en jämn fördelning av arbete i gruppen. Verksamheten har ett systematiskt arbete kring hot och våld och bemötande och har en öppen kommunikation kring hur de ska förhålla sig i olika frågor. Sammanslaget bedriver råd och stöd i Knivsta kommun en fungerande verksamhet utifrån de förutsättningar som råder.

7. Åtgärds punkter

Utifrån den fördjupade uppföljningen finns ett antal punkter som enheten för råd och stöd behöver åtgärda. Dessa åtgärds punkter redovisas nedan.

Åtgärds punkter avseende utförandet

- **Service- och bistånds ärenden**
- ❖ Enheten för råd och stöd behöver klarlägga skillnaden mellan bistånd- respektive serviceinsatser och klargöra var gränsen mellan insatserna går.
(Utifrån 4 kap. 1 § SoL. Och 3 kap. 1 § och 6 § SoL.)
- **Dokumentation:**
- ❖ Enheten för råd och stöd behöver säkerställa att dokumentation sker ” så nära den enskilde som möjligt” och utan dröjsmål vid händelser av vikt i enlighet med SOSFS 2014:5 och Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten kap 10.
- **Metodval**
- ❖ Enheten för råd och stöd behöver skapa en tydlig gång för vilka behandlingsmetoder som ska användas när, utifrån behov syfte och målgrupp.
- **Synpunkter och klagomålshantering**
- ❖ Råd och stöd behöver redogöra för hur synpunkter/klagomål fångas upp och hanteras i verksamheten i enlighet med Knivsta kommuns riktlinjer för synpunkter och klagomålshantering.
- **Systematiskt kvalitetsarbete**
- ❖ Enheten för råd och stöd behöver fortsätta arbeta med att implementera beslutat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt göra medarbetarna mer delaktiga i verksamhetens systematiska kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9 *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Enheten behöver även redogöra för hur kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras i enlighet med 3 kap. 3 § SoL och 6 § LSS. Enheten för råd och stöd behöver därmed ta fram en struktur för hur och när de ska följa upp brukarnöjdhet och utvärdera sin verksamhet.

- ❖ Enheten för råd och stöd behöver redogöra för hur kvalitetsdeklarationen används i deras verksamhet och hur den synliggörs för brukarna i enighet med Knivsta kommuns bestämmelser.

Bilaga 1

Brukarenkät Råd och stöd

Frågor	Skala				
	Inte				högsta grad
1. Hur nöjd är du med hjälpen i sin helhet?	1	2	3	4	5
2. Hur väl uppfyller hjälpen dina förväntningar?	1	2	3	4	5
3. Föreställ dig en hjälp som är perfekt. Hur nära en perfekt hjälp är den som du får idag?	1	2	3	4	5
4. Upplever du dig trygg med den hjälp du får?	1	2	3	4	5
5. Blir du trevligt bemött av behandlaren?	1	2	3	4	5
6. Är du nöjd med hur behandlaren tar hänsyn till dina önskemål?	1	2	3	4	5
7. Känner du dig trygg i att personalen hanterar ditt ärende med sekretess?	1	2	3	4	5
8. Kan du komma i kontakt med behandlaren om du skulle behöva det?	1	2	3	4	5
9. Är du nöjd med den information du får från behandlaren?	1	2	3	4	5
10. Är du nöjd med den respekt behandlaren visar dig?	1	2	3	4	5
11. Är du nöjd med den planering som görs tillsammans med dig?	1	2	3	4	5
12. Känner du till Råd och stöds kvalitetsdeklaration?	1	2	3	4	5

VÄND!

Om du på något sätt är missnöjd med kvaliteten (om du har ringat in en 1:a eller en 2:a i någon av frågorna) skulle vi vara tacksamma om du vill förklara för oss varför:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Något annat som du vill tillägga?

.....

.....

.....

.....

Vilket kön har du?

.....

Tack för Din medverkan!