

# Höörs Kommun, Social Sektor

## REVISIONSRAPPORT

Surveillance 2

Rapporten utfärdades 11:04 GMT den 31-Jul-2018



## Höörs Kommun, Social Sektor **REVISIONSRAPPORT**

---

<b>Kund ID#:</b>	CMPY-037682
<b>Kund/Adress:</b>	Höörs Kommun, Social Sektor Södergatan 28 SE-243 31 Höör, Sweden
<b>Revisionskriterium:</b>	ISO 9001:2015
<b>Revisionsaktivitet:</b>	Surveillance 2
<b>Revisionsdatum:</b>	Höör, Sverige: 27-Jun-2018 till 28-Jun-2018
<b>Revisor(er) nivå</b>	Annika Sahlen (Revisionsledare, Höör, Sverige) Mona Kristensson (Revisor, Höör, Sverige)
<b>Revisionens omfattning (scope)</b>	<b>Plats: Höörs Kommun, Social Sektor, Höör, Sverige</b> <b>ISO 9001:2015:</b> Socialnämndens ansvarsområde, vilket omfattar hela social sektor såsom individ och familjeomsorg, omsorg om personer med funktionsnedsättning, äldreomsorg, kommunal hälso- och sjukvård.

---

## ÖVERGRIPANDE RESULTAT:

Åtgärd krävs

Trots att mindre avvikelser konstaterats bedöms ledningssystemet vara tillräckligt infört.

## SAMMANFATTNING

Ledningssystemet är väl utformat och tillgängligt i intranätet och reviderade medarbetare vet hur de ska finna vad de söker. Enkla lathundar fastställs ute i verksamheterna för bättre förståelse för processernas utformning och var man kan hitta vad. Verksamheternas arbetsmetoder är under löpande revidering utifrån nyckeltal och enkäter.

## SWOT-ANALYS

<b>Styrkor</b>	Ledningen och medarbetare visar stort engagemang för verksamheten. Innovativt förhållningssätt inom förvaltningen leder till nya och tvärfunktionella arbetsmetoder och ständig förbättring. Kortfattat och tydligt kvalitetsledningssystem, med effektiva länkar.
<b>Svagheter</b>	Se möjligheter
<b>Möjligheter</b>	Enhetlig dokumentation/verifikat för medarbetarnas löpande kompetensförstärkning, tex om våld o hot, hygienregler, etc bör utvecklas. Generellt bör protokollen förbättras så att man säkert vet vad som beslutas och inte missar att följa upp beslut, samt även kompletteras med vilka som är frånvarande vid mötet.
<b>Hot</b>	--

## INTERTEKS MOGNADSMODELL

Benchmarkingbeskrivningarna är generella för alla ledningssystem och kan inte anpassas av revisorn, vilket möjliggör en enhetlig tolkning av granskningsresultat från hela världen. Benchmarkingutvärderingen som din organisation erhållit är endast för jämförande syfte och baseras på revisionsledarens bedömning.

---

### Ledningen

Mogen

Det finns bevis på ledningens åtagande, kundnöjdhet kunskap/medvetenhet om policy och mål hos majoriteten av personalen. Ansvar och befogenheter är tydligt införda och stöds med data, trender och relaterade KPI. Ledningens genomgång genomförs och stöds av majoriteten av personalen. Resultatdokumenten är kompletta och visar en positiv trend rörande förbättringar och vunna erfarenheter.

#### Revisorns kommentar:

Trots mindre avvikelser uppvisar högsta ledningen och samtliga enheters ledningsgrupper ett starkt och systematiskt engagemang och förhållningssätt för att ständigt nå förbättring.

Scopet är relevant och certifikatet används på ett korrekt sätt.

---

### Internrevisioner

Mogen

Internrevisioner genomförs på ett planerat sätt och baseras på verksamhetssystemets status och vikt. Data samlas in, analyseras och granskas av högsta ledningen på ett strukturerat sätt. Det finns ett samband mellan resultatet från internrevisionen och verksamhetssystemets övergripande status. Revisionsteamet är tränade, opartiska och objektiva i sitt angreppssätt. Revisionsrapporternas innehåll är klara, koncisa och stöds av relevanta korrigerande åtgärder. Ledningen är involverad i processen för korrigerande åtgärder och säkerställer att åtgärder genomförs i tid och att lösningarna generellt blir effektiva.

#### Revisorns kommentar:

Kompetenta revisorer genomför strukturerade interna revisioner enligt fastställt revisionsprogram.

Internrevisionen inkluderar även revision av viktiga leverantörer.

Revisionsprogrammet för intern kvalitetsrevision bör kompletteras med de revisioner som genomförs på utlagda tjänster, tex andra förvaltningar/enheter inom kommunen och upphandlade boenden, etc.

---

### Korrigerande åtgärder

Mogen

Processen för korrigerande åtgärder är effektiv i praktiken. Data från källor som kundklagomål, internrevisioner, analys av garantiärenden, defekta produkter, interna mätetal och leverantörsprestanda visar stabilitet över tid i takt med att systemet mognar. I processen ingår en grundlig utvärdering av åtgärdernas effektivitet. Olika verktyg för problemlösning används som stöd i processen.

#### Revisorns kommentar:

Avvikelser och korrigerande åtgärder hanteras på ett effektivt sätt.

## Höörs Kommun, Social Sektor **REVISIONSRAPPORT**

---

### Ständiga förbättringar

Mogen

Datakällor används för att driva ständig förbättring över tid. Bland dessa ingår kvalitetspolicy, mål, revisionsresultat, analys av data, korrigerande åtgärder och ledningens genomgång. Det finns bevis för att avancerade tekniska metoder används i förbättringsarbetet. Ekonomiska fördelar har realiserats.

#### Revisorns kommentar:

Samtliga reviderade verksamheter och enheter visar många exempel på ständig förbättring, och hela förvaltningen genomsyras av Värdegrunden (kvalitetspolicyn) och engemanget att hitta ännu bättre och kostnadseffektiva arbetsätt.

---

### Verksamhetsstyrning

Mogen

Processerna för produkttillverkning planeras och utvecklas. Planeringen är konsekvent med de andra processerna i verksamhetssystemet. Mål, produktkrav, behov av korrekta tillkommande dokument och resurser, verifieringar, teståtgärder och krav på resultatdokument har fastställts i enlighet med behov. Processen är stabil. Data samlas in och granskas för att verifiera att processen för produktplanering överensstämmer med bevis för betydande förbättringstrender. En del bevis stöder kritiska affärsområden.

#### Revisorns kommentar:

Nyckeltal har fastställts för processerna, vilka övervakas kontinuerligt och utgör grund för mål och beslut.

---

### Resurser

Mogen

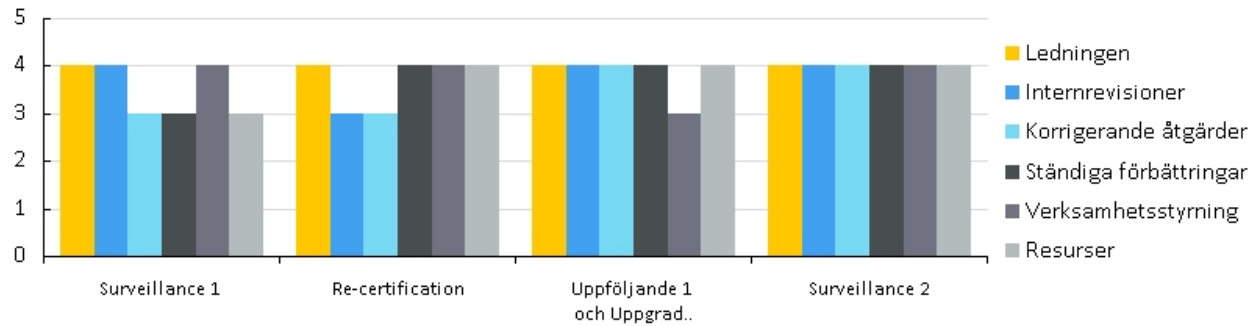
De resurser som behövs för effektivt underhåll och förbättring av verksamhetssystemet har definierats och införts. Förbättringar har noterats i områden såsom kundnöjdhet, ständiga förbättringar, minskat avfall och processvariation. Kompetensnivåer inom organisationen är definierade och fastställda inom ledningssystemet.

#### Revisorns kommentar:

Verksamheterna är väl resurssatta, såväl personellt, som tekniskt. De geografiska områden har setts över och justerats för kortare restider, och elcyklar har nyligen ersatt tjänstebilar. På det viset har mängden transporttid minskat och som instället kan användas till den omsorg hos medborgaren som avsett.

Hörs Kommun, Social Sektor **REVISIONSRAPPORT**

**Interteks mognadsmodell**



Gradering: 5=Benchmark | 4=Mogen | 3=Uppfyller syftet | 2=Påbörjad | 1=Ej påvisbar

## SUMMERING AVVIKELSER

	Mindre	Större
Utfärdade under nuvarande aktivitet	4	0
Identifierade förbättringsmöjligheter:		
Ja		

## STATUS FÖR TIDIGARE UTFÄRDADA AVVIKELSER

### Uppföljning av avvikelser som utfärdades vid föregående revision:

Inga avvikelser noterades vid föregående revision.

## BESKRIVNING AV AVVIKELSEN

Avvikelse nr:	Revisionskriterium:	Datum för korrigerande åtgärdsplan:	Datum för implementering av korrigerande åtgärd:
Finding 410837 - 1	ISO 9001:2015	27-Jul-2018	28-Sep-2018
Utförd av:	Gradering:	Dokument Ref#:	Åtgärd krävs:
Annika Sahlén	Mindre	Protokoll Ledningens genomgång 2018-06-14.	Plan för korrigerande åtgärder ska skickas in

### Avvikelse:

Det är inte säkerställt att ledningen analyserat och bedömt processernas, kundnöjdhetens, resursernas, leverantörernas, etc, prestanda, verkan och trender på ett systematiskt sätt.

### Krav:

9.3.1, 9.3.2, 9.3.3

9.3.1 Allmänt - Högsta ledningen ska ha en genomgång av organisationens kvalitetsledningssystem för att säkerställa systemets fortsatta lämplighet, tillräcklighet, verkan och överensstämmelse med organisationens strategiska inriktning.

9.3.2 Underlag för ledningens genomgång - Ledningens genomgång ska planeras och genomföras med beaktande av punkterna a) – f).

9.3.3 Resultat av ledningens genomgång - Ledningens genomgång ska resultera i bl.a. beslut eller åtgärder som rör möjligheter till förbättring, behov av ändringar i kvalitetsledningssystemet samt resursbehov.

### Objektivt bevis:

Protokollet från Ledningens genomgång saknar dokumentation som verifierar ledningens analys, slutsats och beslut av de obligatoriska punkter som ska tas upp vid detta strategiska möte.



**Höörs Kommun, Social Sektor** REVISIONSRAPPORT

Avvikelse nr:	Revisionskriterium:	Datum för korrigerande åtgärdsplan:	Datum för implementering av korrigerande åtgärd:
Finding 410837 - 2	ISO 9001:2015	27-Jul-2018	28-Sep-2018
Utförd av:	Gradering:	Dokument Ref#:	Åtgärd krävs:
Mona Kristensson	Mindre	--	Plan för korrigerande åtgärder ska skickas in

**Avvikelse:**

Dokumenterad riskbedömning har inte gjorts för stödprocesserna. Därmed har man missat att hantera viktiga risker kring personal och informationssäkerhet.

**Krav:**
**6.1.1**

6.1.1 När organisationen planerar kvalitetsledningssystemet ska den beakta /.../ vilka risker och möjligheter som behöver hanteras för att:

- a) försäkra sig om att kvalitetsledningssystemet har möjlighet att ge avsett resultat;
- b) förstärka önskvärda effekter;
- c) förebygga eller minska oönskade effekter;
- d) uppnå förbättring.

**Objektivt bevis:**

Risken att anställa socionom eller sjuksköterska som inte har korrekt utbildning har inte hanterats, inte heller risker kring tillgång till olika datasystem.

**Höörs Kommun, Social Sektor** REVISIONSRAPPORT

Avvikelse nr:	Revisionskriterium:	Datum för korrigerande åtgärdsplan:	Datum för implementering av korrigerande åtgärd:
Finding 410837 - 3	ISO 9001:2015	27-Jul-2018	28-Sep-2018
Utfärdad av:	Gradering:	Dokument Ref#:	Åtgärd krävs:
Mona Kristensson	Mindre	--	Plan för korrigerande åtgärder ska skickas in

**Avvikelse:**

Kompetensbevis hanteras inte tillräckligt strukturerat.

**Krav:**

7.2

7.2 Kompetens - Organisationen ska

- a) avgöra vilken kompetens som är nödvändig hos den eller de personer som arbetar för den och som påverkar kvalitetsledningssystemets prestanda och verkan;
- b) säkerställa att dessa personer är kompetenta baserat på lämplig utbildning, upplärning eller erfarenhet;
- c) vidta åtgärder, där så är tillämpligt, för att införskaffa den nödvändiga kompetensen och utvärdera verkan av de vidtagna åtgärderna;
- d) bevara lämplig dokumenterad information som belägg för kompetens.

**Objektivt bevis:**

Bevis på genomförda utbildningar har inte dokumenterats i tillräcklig grad. Det är anställande chefens ansvar att kontrollera att krav på t.ex. socionom- eller sjuksköterskeutbildning uppfylls, men något system som bevisar utbildningen finns inte.

## Höörs Kommun, Social Sektor **REVISIONSRAPPORT**

<b>Avvikelse nr:</b>	<b>Revisionskriterium:</b>	<b>Datum för korrigerande åtgärdsplan:</b>	<b>Datum för implementering av korrigerande åtgärd:</b>
Finding 410837 - 4	ISO 9001:2015	27-Jul-2018	28-Sep-2018
<b>Utfärdad av:</b>	<b>Gradering:</b>	<b>Dokument Ref#:</b>	<b>Åtgärd krävs:</b>
Annika Sahlén	Mindre	--	Plan för korrigerande åtgärder ska skickas in

### **Avvikelse:**

Det är inte säkerställt att ledning och verksamheter hanterar de risker och möjligheter som identifierats.

### **Krav:**

6.1.2

6.1.2 Organisationen ska planera åtgärder för att hantera dessa risker och möjligheter; vilket innebär att

- 1) integrera och införa åtgärderna i processerna inom sitt kvalitetsledningssystem, och
- 2) utvärdera om åtgärderna har gett avsedd verkan.

### **Objektivt bevis:**

Det kan inte spåras i framlagd dokumentation att de risker som identifierats också hanterats, tex genom värdering, prioritering, handlingsplaner, ansvar, etc, och det saknas också uppföljning på om eventuellt vidtagna åtgärder fått avsedd verkan, dvs minskat risken sedan tidigare bedömning.

## **SAMMANFATTNING AV DE OBJEKTIVA BEVISEN**

Bedömningen av ledningssystemets status sammanfattas nedan:

### **Slutsatser av reviderade processer/funktioner inklusive Mål/KPI/Trender**

#### **Ledarskap**

Högsta ledningen har en god styrning och uppföljning av processer och arbetssätt, men det strategiska och obligatoriska Ledningens genomgång är inte genomfört på ett fullständigt sätt, se mindre avvikelse ANSA1. Värdegrunden (kvalitetspolicyn) är väl utvecklad och används som en ledstjärna i det dagliga arbetet. De anställda känner till kvalitetsmålen och arbetar för att uppnå dem. Bra arbete med genomförandeplaner och mål som utvärderas lokalt.

Täta och obligatoriska personalmöten genomförs inom alla enheter och nivåer och inkluderar även god kommunikation mellan grupper. Tydliga prestandamått med löpande uppföljning är fastställda, och utgör underlag för väl grundade beslut. Delegationsordningen ger riktlinjer om vilka beslut som får tas av vilken instans. Möten och annat samarbete säkrar ytterligare lika beslut i likartade situationer.

Täta och differentierade kund/brukarundersökningar visar på hög nöjdhet och är underlag för ständig förbättring.

Certifikat och certifikatmärken används på ett korrekt sätt.

De fastställda huvudprocesserna Förebyggande, Ärendehantering och Genomförande visar på mycket god implementering och efterlevnad. Det kortfattade och tydliga kvalitetsledningssystem, med länkar till rutiner, checklistor, blanketter, lagstiftning etc är ett mycket bra verktyg för effektiva arbetsmetoder. Processerna bedöms fungera mycket bra.

#### **Verksamhet IFO**

##### **Ledning, Barn & Familj, Processledare/ Familjebehandlare, Vuxen**

I IFO har man på ett bra sätt utvärderat slutenvård kontra öppenvård för missbrukare och går nu över mot öppenvård med god uppföljning av resultat och kostnad.

Värdegrundsenkäten används inom IFO på ett bra sätt för ständig förbättring av verksamheten.

Bra (numera förbättrade) rutiner för handledning på IFO.

Det är tydligt i delegationsordning och riktlinje vilka beslut som får tas av vilken instans. Möten och annat samarbete säkrar ytterligare att handledarna på IFO tar liknande beslut i likartade situationer.

Det finns tydliga rutiner och förhållningssätt för att undvika våld och hot som anställd i IFO och man är medveten om hur man ska agera och följa upp om en situation skulle uppstå.

#### **Verksamhet ÄO & OF**

##### **Ledning, LSS, Socialpsykiatri, personlig assistans**

I LSS-boende jobbar man bra med genomförandeplaner och sätter upp mål för de boende som utvärderas.

Arbete med delaktighetsmodellen har inom LSS-boende gett nya rutiner och ökad delaktighet.

## Höörs Kommun, Social Sektor **REVISIONSRAPPORT**

På Boendet Björken används årshjul för bla löpande kompetensförstärkning. På enheten finns också en väl dokumenterad och uppdaterad förteckning över medarbetarnas kompetens och aktualitet. Reviderade medarbetare visar stort engagemang och medvetenhet om sina uppgifter och mål.

MAS samlar sjuksköterskegruppen för kontinuerlig vidareutbildning och genomgång av Hälso- och sjukvårdsriktlinjer och håller dessa uppdaterade och lättillgängliga på intranätet. och sjuksköterskor finns tillgängliga i alla verksamheter.

### **Processen för Ekonomi och Inköp**

Bra rutin för hantering och arkivering av olika typer av avtal.

Ekonomienheten bidrar löpande med underlag för nyckeltal och uppföljning.

Standardformuleringen i leverantörsavtalen om att leverantören ska ha ett "ledningssystem för kvalitet, som i tillämpliga delar överensstämmer med Beställarens" bör definieras, tex med hänvisning till en bilaga med vilka rutiner i den specifika tjänsten som ska finnas fastställda och (exempel på) vilka nyckeltal som ska kunna redovisas till Beställaren.

### **Processen för Personal, Materiella resurser och Arbetsmiljö**

Gott samarbete med fackförbunden, med samverkansmöten på olika nivåer och god kommunikation mellan mötena.

HR är ett gott stöd till social sektor och hjälper till när det finns problem hos chefer eller medarbetare. Viktiga kompetensbevis arkiveras dock inte på ett strukturerat, se mindre avvikelser MOKR2. Enhetlig dokumentation/verifikat för medarbetarnas löpande kompetensförstärkning, tex om våld o hot, hygienregler, etc bör också utvecklas.

System finns för rapportering av olyckor, tillbud och arbetsmiljörisiker (KIA), med god uppföljning av att korrigeringar vidtas.

Det finns flera bra rutiner för informationssäkerhet, t.ex. sekretessavtal, loggkontroller, regler för lösenord.

### **Genomgång och slutsats av trender i kundens prestation under omcertifieringsrevisionen samt större ändringar under den senaste uppföljande revisionen innan omcertifieringen.**

Verksamheten och ledningssystemet förbättras kontinuerligt, vilket verifieras genom fastställda och uppföljda nyckeltal.

### **Förbättringsmöjligheter:**

Se övrig rapport

### **Slutsatser om processer för riskbedömning och riskhantering**

Förvaltningen har genomfört en välarbetad omvärlds- och intressentanalys. Risk-bedömningar är också genomförda och är en del av processerna, men de riskbedömningar som är gjorda är inte uppföljda på ett konsekvent sätt, se mindre avvikelser ANSA2. Det saknas också en tydlig riskbedömning av stödprocesserna, se mindre avvikelser MOKR1.

### **Slutsatser om organisationens förutsättningar**

## Höörs Kommun, Social Sektor **REVISIONSRAPPORT**

Förvaltningen har genomfört en välarbetad omvärlds- och intressentanalys. Scope och ledningssystem med dess processer och rutiner stämmer väl med ledningssystemets omfattning.

### **Betydande förändringar (om tillämpligt)**

--

### **Ytterligare information / olösta problem**

--

### **Kommunikation / Förändringar under revisionen (om tillämpligt)**

--

### **Referens till bilagor:**

Intervjuade; Genomförd revisionsplan

**Revisionen har genomförts enligt revisionsplanen och följer de mål, den omfattning och tid (on-site och off-site) som anges i den**

--

Höörs Kommun, Social Sektor **REVISIONSRAPPORT**

## REVISIONSLEDARENS REKOMMENDATION

### Revisionsledarens rekommendation för ISO 9001:2015

Konstaterad(e) avvikelse(r) äventyrar inte certifiering av ledningssystemet. Fortsatt certifiering rekommenderas därför efter det att plan(er) för korrigerande åtgärder till konstaterad(e) avvikelse(r) har accepterats.

## ANNAN REKOMMENDATION FRÅN REVISIONSLEDAREN

--

## KUNDENS BEKRÄFTELSE

---

anders.svensson@hoor.se

**Namn & adress Ledningens representant:** Höörs kommun, Social sektor, Södergatan 28, Höö

---

**Bekräftad av:** Anders Svensson, kvalitetskoordinator

---