

Auditbericht

Organisation	zeka, zentren körperbehinderte Aargau	
Ansprechpartner	Herr Angelo De Moliner	
Adresse	Guyerweg 11, 5600 Aarau	
Standorte	4 Baden, Aarau, Lenzburg, Rheinfelden <i>Wettingen und Zofingen (Prozess Psychomotorik wie in Lenzburg)</i> <i>Muri (Prozess Logopädie wie in Aarau und Rheinfelden)</i>	
Datum	Mittwoch, 11. und Donnerstag, 12. November 2015	
Lead-Auditor	Daniel Tuggener (DT)	
Co-Auditoren	Gaby Collenberg (GC), Yves Tappert (YT)	
Auditart	<input type="checkbox"/> Voraudit / Nachaudit	<input type="checkbox"/> 1. Überwachungsaudit
	<input type="checkbox"/> Erst-Zertifizierung	<input type="checkbox"/> 2. Überwachungsaudit
	<input checked="" type="checkbox"/> Re-Zertifizierung	<input type="checkbox"/> Internes Audit
Norm	<input checked="" type="checkbox"/> ISO 9001:2008	<input type="checkbox"/> ISO 9001:2015
	<input type="checkbox"/> ISO 9004:2009	<input checked="" type="checkbox"/> SODK Ost + (Lückenaudit)
Geltungsbereich	gesamte Organisation:	
Branche	Gesundheit und Sozialarbeit	
Gültigkeit des Zertifikats	20.11.2015 – 14.09.2018	

1. Überblick und Ergebnis

Mit diesem Audit wurden verschiedene Ziele verfolgt. Es wurde überprüft, ob:

- das Managementsystem den relevanten Normanforderungen (gemäss Checkliste) entspricht;
- das Managementsystem die Erfüllung der gesetzlichen, behördlichen und vertraglichen Anforderungen unterstützt,
- das Managementsystem die Wirksamkeit bezüglich Kundenzielen gewährleistet,
- die internen Vorgaben gelebt und umgesetzt werden,
- das Managementsystem (MS) effektiv umgesetzt wird und zur Erreichung der Unternehmensziele beiträgt und
- Empfehlungen für Verbesserungen beigebracht werden.

Es wurden keine Abweichungen vom geplanten Vorgehen festgestellt und alle wichtigen Aspekte mit Einfluss auf die Planung berücksichtigt.

Änderungen die das Managementsystem des Kunden beeinträchtigen können und alle ungelösten Aspekte wurden beachtet.

Das Audit basiert auf einem Stichprobenverfahren und der Verarbeitung aktuell verfügbarer Informationen im Zeitpunkt der Begutachtung. Die Feststellungen widerspiegeln daher die Erkenntnisse aus dieser Momentaufnahme und bieten keine Garantie für eine vollständige und jederzeit eingehaltene Umsetzung. Daher wird auch jede Haftung für die Feststellung früherer oder später zu erwartender Abweichungen abgelehnt.

Das Audit umfasste mit 19 Sequenzen alle relevanten Bereiche der Organisation. Die Details zum Vorgehen können der Auditagenda vom 27. Oktober 2015 entnommen werden. Das interdisziplinär zusammengesetzte Auditteam konnte nebst den Management- und Qualitätsmanagementprozessen auch die Prozesse Ambulatorien (Therapien) und Schulen mit fachlich erfahrenen AuditorInnen abwickeln.

Nebst der Überprüfung der Konformität mit der Norm ISO 9001:2008 wurde ein Lückenaudit bezüglich den Qualitätsrichtlinien für Erwachsenenrichtungen der Sozialdirektorenkonferenz Ost + (SODK Ost +) durchgeführt. Dafür wurde die Auditzeit vor Ort entsprechend erhöht.

Die im Rahmen des Audits erhobenen Stichproben basierten methodisch auf Interviews, Dokumentenauswertungen und vereinzelt Beobachtungen. Die gesammelten Informationen und deren Verifizierung haben gezeigt, dass die Anforderungen der Norm ISO 9001:2008 weiterhin erfüllt sind. Das Auditteam wird deshalb Antrag auf Rezertifizierung stellen.

Bezüglich dem Lückenaudit SODK Ost + ergab sich ebenfalls ein sehr positives Gesamtergebnis. Die Qualitätsrichtlinien sind im Wesentlichen erfüllt. Die präzise Darstellung der Befunde ist der Beilage zu diesem Bericht zu entnehmen.

Im IQM sind alle Leistungs-, Führungs- und Unterstützungsbereiche erfasst und in Prozessen definiert. Alle Mitarbeitenden sind mit der Handhabung des IQM vertraut und konnten die von ihnen benötigten Dokumente im IQM rasch auffinden. Die Infrastruktur wurde insbesondere in den Therapiebereichen unter fachlichen Gesichtspunkten in Augenschein genommen und als sehr zweckmässig beurteilt.

Das Auditteam dankt den Beteiligten für die offene und konstruktive Mitwirkung am Audit.

Legende für alle Checklisten:

Prüfung	Aussage		Ergebnis	Aussage
-	offen / nicht geprüft	→	-	keine Aussage
✓	geprüft	→	✓	o.k.
✓	geprüft	→	☒	nicht o.k.

ISO 9001:2008

Im Rahmen des Audits wurden folgende Elemente der Norm überprüft:

Nr.	Beschreibung	Prüfung	Ergebnis	Kommentar	Massnahmen
4.	QMS				
4.1	Allgemeine Anforderungen	✓	✓	Unverändertes Prozessmodell. Organisationsentwicklungsprozess findet in der Umsetzung der Organisationsstruktur ab 2016 einen vorläufigen Abschluss.	Anpassungen im Hinblick auf die Norm 9001:2015 bereits im Gang.

4.2	Dokumentationsanforderungen	✓	✓	Aktualisierung der Dokumentation ist für 2016 geplant. Anlässlich der interne Audits sollen im Rhythmus von drei Jahren alle Dokumente überprüft und aktualisiert werden. Derzeit wird eine neue Plattform für das IQM evaluiert: Arcflow wurde in einzelnen Arbeitsbereichen eingeführt, wird jedoch noch hinterfragt.	Hinweis 1
5.	Verantwortung der Leitung				
5.1	Verpflichtung der Leitung	✓	✓	Überarbeitung der Stiftungsurkunde von 1966 in Arbeit. Leitung steht vorbildlich hinter dem IQM.	Hinweis 2
5.2	Kundenorientierung	✓	✓	Bei allen Prozessdefinitionen steht die Kundenorientierung im Zentrum.	
5.3	Qualitätspolitik	✓	✓	Setzt sich aus den Dokumenten „Vision“ Leitbild, Führungsgrundsätze, Beziehungsgestaltung zusammen.	Hinweis 3 und 4
5.4	Planung	✓	✓	Es werden Ziele auf allen Ebenen und für alle Funktionsbereiche definiert.	
5.5	Verantwortung, Befugnis und Kommunikation	✓	✓	Organigramm und Funktionendiagramm vorhanden. Stärkung der Fachbereiche. Schnittstellen neu dokumentiert 1.02-WE03 vom 02.12.2104	
5.6	Managementbewertung	✓	✓	Management-Review eingesehen.	Hinweis 5
6.	Management von Ressourcen				
6.1	Bereitstellung von Ressourcen	✓	✓	Ressourcen werden ermittelt und bereitgestellt. Zufriedenheit der Kunden wird angestrebt.	
6.2	Personelle Ressourcen	✓	✓	Personal qualifiziert und erfahren. Anforderungsprofile bei Personalsuche.	Hinweis 6
6.3	Infrastruktur	✓	✓	Infrastruktur wird im Rahmen der genehmigten Budgets bereitgestellt und unterhalten. Einführung Software Abacus in Realisierung.	Hinweis 7 Sparmassnahmen des Kantons wirken sich negativ aus.
6.4	Arbeitsumgebung	✓	✓		Hinweis 8
7.	Produktrealisierung				
7.1	Planung der Produktrealisierung	✓	✓	Leistungserbringung wird seriös geplant. Ziele und Messgrössen werden definiert.	
7.2	Kundenbezogene Prozesse	✓	✓	Kundenanforderungen werden in allen Leistungsbereichen ermittelt und bewertet.	
7.3	Entwicklung	✓	✓	Entwicklungen werden als Projekte geplant und durchgeführt.	
7.4	Beschaffung	✓	✓	Im Rahmen des Logistikprozesses werden Lieferanten ausgewählt und bewertet.	
7.5	Produktion und Dienstleistungserbringung	✓	✓	Die Leistungserbringung erfolgt unter klar definierten Bedingungen. Überwachungs- und Messpunkte sind definiert.	Hinweis 9
7.6	Lenkung von Überwachungs- und Messmitteln	-	-		

8.	Messung, Analyse und Verbesserung				
8.1	Allgemeines	✓	✓	Der KVP ist umfassend sichergestellt.	
8.2	Überwachung und Messung	✓	✓	Zufriedenheitsmessungen in periodischen Abständen. Die internen Audits erfolgen jährlich.	Hinweis 10
8.3	Lenkung fehlerhafter Produkte	✓	✓	Unzufrieden mit zeka 1.03-We01 Entwicklungsvorschlag 1.65-Ko01-Fo01 Zufriedenheitsmessung im Ristoro. Verfahren für kontor in Entwicklung.	Hinweis 11 und 12
8.4	Datenanalyse	✓	✓	Es werden geeignete Daten ermittelt, um die Eignung und Wirksamkeit des IQM zu beurteilen.	
8.5	Verbesserung	✓	✓	Die ständige Verbesserung ist sichergestellt. Projekt EFQM ist in Planung.	

Legende für alle Checklisten:

Prüfung	Aussage		Ergebnis	Aussage
-	offen / nicht geprüft	→	-	keine Aussage
✓	geprüft	→	✓	o.k.
✓	geprüft	→	☒	nicht o.k.

2. Schwachstellen anhand von Abweichungsmeldungen

Als Abweichungen gelten generell Abweichungen gegenüber der Norm(en). Sie sind nachzubessern.

(Geringe Abweichungen haben keinen Einfluss auf die Zertifikatserteilung. Sie sind auf einen Termin nachzubessern.) Kritische Abweichungen sind nachzubessern, bevor ein Zertifikat erteilt werden kann.

- Solange eine Nachbesserung die Vorgabedokumentation betrifft und gelebt wird, kann sie auf schriftlichem Weg erfüllt werden.
- Für die Erbringung eines objektiven Nachweises ist ein Nachaudit erforderlich.

Es sind **keine Abweichungen** mit Abweichungsmeldungen festgehalten worden.

3. Hinweise und Empfehlungen

1. Im Zusammenhang mit der beabsichtigten systematischen Dokumentenprüfung im Rhythmus von drei Jahren (im Rahmen der internen Audits) sind die entsprechenden Dokumente anzupassen.
2. Die Verpflichtung der Leitung zur Erfüllung behördlicher und gesetzlicher Anforderungen wird durch einseitig verfügte Sparmassnahmen seitens des Kantons erschwert. Dabei geht es einerseits um die Erfüllung der vom BKS verlangten quantitativen und qualitativen Vorgaben, andererseits um die Sicherstellung der Prozessabläufe mit der Ermittlung der Kundenanforderungen als Basis und der Erzielung einer hohen Kundenzufriedenheit als Ergebnis.

3. Es wird empfohlen, im Rahmen der Newcomer Session bei der Vorstellung der Dokumente Vision, Leitbild, Konzept Beziehungsgestaltung und Führungsgrundsätze den Begriff „Qualitätspolitik“ klar zum Ausdruck zu bringen. Dies auch im Hinblick auf die revidierte Norm ISO 9001:2015, bei welcher die Qualitätspolitik auch ein zentrales Element bildet.
4. Die Checklisten Einführung neue Mitarbeiter (1.34-We01-Ch01/02) könnten um den Punkt „Erläuterung Qualitätspolitik – vermittelt und verstanden“ ergänzt werden.
5. Im Hinblick auf die neue Norm ISO 9001:2015 ist zu überlegen, ob der Punkt „Entwicklungen im Umfeld“ um die Unterpunkte „*Chancen und Risiken*“ ergänzt werden soll.
6. Es ist der Eindruck entstanden, dass eine Person als Bereichsleitung Schulen nicht allen Anforderungen genügen kann. Im Hinblick auf den Umfang und die Komplexität der beiden Standorte Aarau und Baden-Dättwil wird empfohlen, die Organisation dieser Funktion zu überprüfen.
7. Im Bereich der Technischen Dienste wird empfohlen, die Abläufe für die Aktualisierung der Aushänge (Bsp. Telefonlisten am Standort Baden Dättwil, Reinigungsraum) zu überprüfen.
8. Es wird empfohlen (am Standort Baden Dättwil), gemeinsam mit der Feuerwehr zu überprüfen, ob die Lage des Sammelpunktes für den Brandfall sinnvoll gewählt ist. Ausserdem wird für die Schule Aarau die Durchführung einer Brandschutzübung angeraten.
9. Im Dokument Pädagogische und therapeutische Prozessgestaltung 2.21-Ab01 unter 1.1 wird empfohlen, eine Frist zur Beantwortung der 1. Anfrage festzulegen.
10. Die Auditplanung sollte über drei Jahre ersichtlich und nachweisbar sein.
11. Im Dokument Therapievereinbarung 2.25-Ab01Fo01 wird empfohlen, das Beschwerdeverfahren im letzten Schritt noch um eine unabhängige Ombudsstelle zu ergänzen.
12. Für den Bereich der Produktion kontor ist der Umgang mit fehlerhaften Produkten oder Dienstleistungen zu definieren.

Das Audit bestätigt die Konformität und Wirksamkeit des Managementsystems, sowie seine Fähigkeit, anwendbare Anforderungen und erwartete Ergebnisse zu erfüllen.

Auf operativer Stufe wurden mit den internen Audits die laufende Anpassung und Verbesserung des Managementsystems sichergestellt und aufgrund der Managementbewertung auf strategischer Stufe die sinnvolle Umsetzung bestätigt. Der Geltungsbereich ist angemessen und die Auditziele wurden erreicht.

4. Abarbeitung Pendenzen

Die auditierte Organisation hat Gelegenheit, ihren Kommentar zum Bericht abzugeben. Ohne schriftlichen Gegenbericht innert 5 Tagen gilt er als genehmigt.

Betreffend die Non-Konformitäten muss die Organisation die Vollzugsmeldung über abgewickelte Massnahmen termingerecht und unaufgefordert beim Lead Auditor einreichen.

5. Planung

Termin: Das nächste Überwachungsaudit 2016 ist für den **8. und 9. Nov. 2016** geplant.

Anzahl Angestellte / Vollzeitstellen: 345/ 192

Anzahl Standorte: 8

Die Organisation ist gebeten, ca. fünf Wochen vor Audittermin dem Auditor die aktuelle Dokumentation zuzustellen sowie allfällige Änderungen in der Organisation (z.B. mit Organigramm und Funktionsdiagramm) mitzuteilen.

Für die konkrete Auditplanung wird sich der Auditor spätestens vier Wochen vor dem Audittermin melden.

Winterthur, 17. November 2015



Daniel Tuggener
Lead Auditor

KASSOWITZ & PARTNER AG

Bericht gegengelesen Datum/Visum: 17.11.2015/YT/GC

Beilagen: Bericht zum Lückenaudit SODK Ost +