

Auditbericht

Organisation	zeka, zentren körperbehinderte aargau		
Ansprechpartner	Herr August Schwere		
Adresse	Dättwilerstrasse 16 CH-4001 Basel		
Standorte	Baden, Aarau (+ 4 Ambulatorien)		
Datum	14. und 15. November 2013		
Lead-Auditor	Daniel Tuggener (DT)		
Co-Auditor	-		
Auditart	<input type="checkbox"/> Voraudit	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Überwachungsaudit	
	<input type="checkbox"/> Erst-Zertifizierung	<input type="checkbox"/> 2. Überwachungsaudit	
	<input type="checkbox"/> Re-Zertifizierung	<input type="checkbox"/> Nachaudit	
Scopes	38		
Norm	<input checked="" type="checkbox"/> ISO 9001:2008	<input checked="" type="checkbox"/> BSV/IV-2000	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> ISO 9004:2009	<input type="checkbox"/> OHSAS18001:2007	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> ISO 14001:2004		
Geltungsbereich	gesamte Organisation		
Branche	Gesundheit und Sozialarbeit		
Gültigkeit des Zertifikats	20.11.2012 – 19.11.2015		

1. Überblick und Ergebnis

Mit diesem Audit wurde überprüft, ob:

- das Managementsystem den relevanten Normanforderungen entspricht;
- die internen Vorgaben und Konzepte gelebt und umgesetzt werden;
- das Managementsystem (MS) effektiv umgesetzt wird und zur Erreichung der Ziele beiträgt.

Das elf Sequenzen umfassende Audit deckte die Bereiche Schule (Standort Baden), Gastronomie und Verpflegung, Wohnhaus mit Arbeit für Erwachsene, Ambulatorien (Muri und Lenzburg) sowie Führung und Qualitätsmanagement ab. Das Audit richtete sich nach der Auditagenda vom 25.09.2013.

Mit diesem ersten Überwachungsaudit konnten die Mitarbeitenden des zeka überzeugend aufzeigen, dass die Prozesse korrekt ausgeführt werden, Ziele geplant und überwacht sind sowie der kontinuierliche Verbesserungsprozess lebt. Die Auditierung entlang der Prozesse erbrachte stichprobenartig Nachweise für die Erfüllung der Normen ISO 9001:2008 sowie BSV/IV-2000.

Die geringe Abweichung aus dem Jahr 2012 wurde bearbeitet und ist somit erledigt. Die Konformität mit beiden Normen konnte nachgewiesen werden. Es sind keine Non-Konformitäten festgestellt worden.

Im Sinne der kontinuierlichen Entwicklung konnte das zeka verschiedene Projekte und Zielsetzungen aufzeigen. Exemplarisch soll das Projekt „Schiff ahoi“ der Schule Baden erwähnt werden. Die strukturierte Projektplanung zeugt von einem professionellen Vorgehen.

Ein interessanter Einblick in den Führungsalltag wurde dem Auditor ermöglicht, indem er einer Team-sitzung beiwohnen durfte. Dabei konnte unter anderem der Umgang mit folgenden ISO-Normpunkten konkret miterlebt werden: 6.2 Personelle Ressourcen und 6.4 Arbeitsumgebung. Aufschlussreich war auch die Diskussion einer internen Vorgabe (welche Formen sind für einen Abschlussbericht zulässig). Dieses Beispiel zeigt, dass das IQM gelebt wird. Die Praxis hat aber offensichtlich gezeigt, dass je nach Situation ein Mail genügt, während in anderen Fällen ein ausführlicher schriftlicher Bericht erforderlich ist.

Hinweise zu Themen, die während des Audits aufgefallen sind und in den Sequenzen angesprochen wurden, sind unter Punkt 3 des Berichtes zusammengefasst. Hinweise sind kein Normabweichung und es obliegt der Organisation, die Sachverhalte nochmals zu prüfen und allenfalls in den internen Verbesserungsprozess einfließen zu lassen.

Die Mitarbeitenden zeigten sich im Audit gut vorbereitet und es konnten offene und konstruktive Gespräche geführt werden. Das Engagement jedes einzelnen war durchweg spürbar. Der Auditor dankt den Beteiligten für die offene und zielorientierte Auditdurchführung.

Legende für die Checkliste:

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	✓	✓	Die Prozesse sind im IQM abgebildet.	
4.2	Dokumentationsanforderungen	✓	✓	Die Dokumentenlenkung stellt den Gebrauch aktueller Dokumente in den Prozessen sicher.	
5.	Verantwortung der Leitung				
5.1	Verpflichtung der Leitung	✓	✓	Die Leitung zeigt ihre Verpflichtung bei der Erfüllung von Kundenanforderungen sowie behördlicher und gesetzlicher Auflagen.	
5.2	Kundenorientierung	✓	✓	Die Kundenorientierung ist überall präsent.	
5.3	Qualitätspolitik	✓	✓	Die Aussagen im Kapitel „Einleitung“ bilden die Qualitätspolitik.	Hinweis 1
5.4	Planung	✓	✓	Die Zielsetzungen für alle Stufen liegen vor.	
5.5	Verantwortung/Befugnis u. Kommunikation	✓	✓	Die Zuständigkeiten sind transparent geregelt. Eine Überprüfung der Organisationsstruktur wurde eingeleitet.	Hinweis 2
5.6	Managementbewertung	✓	✓	Die Managementbewertung enthält alle normrelevanten Aspekte. Geringe Abweichung 2012-1 erledigt.	Hinweis 3 Hinweis 4

6.	Management von Ressourcen				
6.1	Bereitstellung von Ressourcen	✓	✓	Bedarf an Ressourcen wird systematisch ermittelt. Umsetzung teilweise schwierig (Schule Aarau).	
6.2	Personelle Ressourcen	✓	✓	Personelle Ressourcen werden qualitativ und quantitativ geplant und bereitgestellt. Anforderungen im Schulbereich gehen über kantonale Minimalanforderungen hinaus. Schulungen werden systematisch beurteilt. Allenfalls Präsentation des Gelernten im Team (Transfer).	
6.3	Infrastruktur	✓	✓	Attraktive und grosszügige Infrastruktur. Wartung sichergestellt (Problematik der verschiedenen Standorte -> siehe Hinweis 2).	Einführung des Help-Desk als interner Kundendienst. Hinweis 5
6.4	Arbeitsumgebung	✓	✓	Zweckmässige Arbeitsumgebung zur Erfüllung der Kundenanforderungen.	
7.	Produktrealisierung				
7.1	Planung der Produktrealisierung	✓	✓	Kernprozesse und interne Standards sind beschrieben.	
7.2	Kundenbezogene Prozesse	✓	✓	Kundenanforderungen werden in allen Bereichen ermittelt.	
7.3	Entwicklung	✓	✓	Verschiedene Projekte in Bearbeitung. Teilweise Einsatz der Projekt-Management-Instrumente.	
7.4	Beschaffung	✓	✓	Lieferantenauswahl ist Aufgabe der GL. Lieferkontrollen und Lieferantenevaluierungen finden statt.	Hinweis 6
7.5	Produktion und Dienstleistungserbringung	✓	✓	Die Prozesse werden routiniert und beherrscht ausgeführt.	
7.6	Lenkung von Überwachungs- und Messmitteln	✓	✓	Die Prüf- und Messmittel werden überwacht. Im Unterricht durch Besuche und MAG.	Hinweis 7
8.	Messung, Analyse und Verbesserung				
8.1	Allgemeines	✓	✓	Die Überwachungs- und Verbesserungsprozesse sind geplant und verwirklicht. Bei vielen Prozessen min 2x jährlich ein Assessment oder Standort.	
8.2	Überwachung und Messung	✓	✓	Interne Audits werden jährlich durchgeführt. Die Kundenzufriedenheit wird laufend gemessen.	
8.3	Lenkung fehlerhafter Produkte	✓	✓	Das Beschwerdewesen ist klar dokumentiert und wirksam.	
8.4	Datenanalyse	✓	✓	Die erforderlichen Daten werden ermittelt und analysiert und fliessen grösstenteils in die Management Review.	
8.5	Verbesserung	✓	✓	Die ständige Verbesserung des IQM ist mittels Zielüberprüfungen, interner Audits und weiterer Instrumente sichergestellt.	

Norm BSV / IV-2000

Im Rahmen des Audits wurden folgende Elemente der Norm BSV/IV-2000 überprüft:

Nr.	Beschreibung	Prüfung	Ergebnis	Kommentar	Massnahmen
1.	Organisation				
1.1	Trägerschaft	-	-		
1.2	Infrastruktur	✓	✓	i. O.	
1.3	Leitbild, Konzepte	✓	✓	Aktuelles und ausführliches Leitbild eingesehen.	
1.4	Personal	✓	✓	Aus- und Weiterbildungsangebot des zeka wird als sehr grosszügig wahrgenommen.	
1.5	Aussenbeziehungen	-	-		
2.	KlientInnen				
2.1	Definition Zielgruppe	✓	✓	Zielgruppe ist definiert in Leitbild und Prozessdefinition.	
2.2	Aufnahmeverfahren	✓	✓	Das Aufnahmeverfahren ist geregelt. Es wird entsprechend angewendet.	
2.3	Austrittsverfahren	-	-		
2.4	Rechte und Pflichten	-	-		
2.5	KlientInnenzufriedenheit	✓	✓	Das Verfahren zur Ermittlung der Zufriedenheit ist definiert.	
3.	Dienstleistungen				
3.1	Autonomie	✓	✓	Allfällige Autonomieeinschränkungen werden im EasyDoc transparent hinterlegt.	Hinweis 8
3.2	Förderplanung	✓	✓	Es finden jährlich Mitarbeitergespräche statt.	
3.3	Mitwirken der KlientInnen	-	-		
3.4	Gesundheitsvorsorge	✓	✓	Angebot ist vorhanden. Die Umsetzung ist mit den mehrheitlich mündigen Klienten teilweise schwierig.	
3.5	Verpflegung	✓	✓	Eine vielseitige und ausgewogene Ernährung ist sichergestellt. Berücksichtigung spezieller Anforderungen.	
3.6	Soziale Kontakte	-	-		
3.7	Privatsphäre	-	-		
3.8	Arbeit, Beschäftigung	✓	✓	Ein abwechslungsreiches Arbeits-, bzw. Beschäftigungsangebot kann angeboten werden.	
3.9	Entlohnung, Anerkennung	✓	✓	Die Problematik der Lohneinstufung wird derzeit überarbeitet.	Hinweis 9
4.	QM				
4.1	...ins Führungssystem integriert	✓	✓	IQM ist Führungssystem der Organisation. Es gewährleistet die Erfüllung der Normvorgaben.	
4.2	... prozessorientiert	✓	✓	Siehe ISO-Norm	
4.3	periodisch beurteilt	✓	✓	Siehe ISO-Norm	

4.4	...KlientInnen miteinbezogen	✓	✓	Die Klienten sind in die Beurteilung der Leistungen einbezogen.	
4.5	...dokumentiert und überprüfbar	✓	✓	Siehe ISO-Norm	

2. Schwachstellen anhand von Abweichungsmeldungen

Als Abweichungen gelten generell Abweichungen gegenüber der Norm. 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.

3. Hinweise und Empfehlungen

1. Gemäss Auditbericht 2012 wurde angeregt, die Erfüllung des Normenpunktes 5.3 Qualitätspolitik nochmals kritisch zu prüfen. Bei genauerer Betrachtung hat sich gezeigt, dass die Aussagen im Kapitel „Einleitung“ des IQM diese Forderung abdecken. Um diese Tatsache noch etwas transparenter zu machen, wird angeregt, die Bezeichnung dieses Kapitels zu überprüfen (allenfalls Aufnahme des Begriffs „Qualitätspolitik“).
2. Die aktuelle Matrix-Organisation von zeka hat nebst der klassischen Matrixproblematik (Abhängigkeit von den Querschnittsfunktionen) die zusätzliche Problematik, dass aufgrund der räumlichen Verteilung der Dienstleistungsangebote die Bereitstellung von Leistungen aus dem Ressort Dienste an den verschiedenen Standorten nochmals anspruchsvoller wird.
3. Das Vorgabedokument zur Management Review enthält Punkte, welche nicht ausgefüllt werden. Es wird empfohlen, die Vorgabestruktur entsprechend anzupassen. Damit wird nicht nur die Lesefreundlichkeit gesteigert, sondern auch ein erster kleiner Beitrag an die Straffung der Dokumente geleistet.
4. An dieser Stelle sei auch der Hinweis erlaubt, dass nebst der Straffung auch dem Aspekt „Attraktivität des Layouts“ Beachtung geschenkt werden sollte. Die sehr ausführlichen und textlastigen Dokumente werden teilweise als eher unübersichtlich und schwer lesbar empfunden (z.B. Checkliste Ergotherapie 2.27-Ab01-Ch01).
5. Mit der Einführung des Help-Desks lassen sich Kennzahlen erheben und auswerten, welche für die anstehende Überprüfung der Organisationsstruktur möglicherweise als Input dienen können (welche Bereiche haben welchen Bedarf?).
6. Das aktuelle Formular „Lieferantenbewertung“ ist ausgefüllt in den Vorgabedokumenten (anstatt Nachweisordner). Die besprochene Umbenennung in eine Weisung würde es erlauben, das Dokument am angestammten Ort zu belassen, da zeka mit Lieferanten langjährige Beziehungen pflegt.

7. Die Thermometer in der Küche werden auf der Liste der Prüf- und Messmittel geführt. Sie sind jedoch lediglich als Thermometer ohne eindeutige Identifizierungsnummer aufgeführt. Somit sind sie beliebig austauschbar. Es wird empfohlen, diese Thermometer mit einer eindeutigen Identifikation zu versehen.
8. Es ist zu überlegen, ob es ausreichend ist, Autonomieeinschränkungen lediglich im EasyDoc zu dokumentieren. Häufig wird auch die Situation angetroffen, dass diese auf einem Formular „Autonomieeinschränkungen“ dokumentiert werden. Dieses wird von der betroffenen Person visiert. Ebenfalls festgehalten wird, welche wichtigen externen Bezugspersonen (Eltern, Angehörige, Beistand,...) über die vereinbarte Massnahme informiert wurden.
9. Wie bereits im Jahr 2012 festgestellt, ist das Lohnsystem im Bereich der geschützten Arbeitsplätze nicht befriedigend. Bei der Überarbeitung ist darauf zu achten, dass künftig den Forderungen der Qualitätsrichtlinien SODK Ost + Rechnung getragen wird, welche die BSV-Normen voraussichtlich auch im Aargau in den nächsten Jahren ablösen werden.
10. Wie in Hinweis 4 angetönt, wird das Layout von gewissen Dokumenten bemängelt. Als ein konkretes Beispiel kann das Formular „Telefon-Erstkontakt“ (2.21-Ab01-Fo01) der Ambulatorien erwähnt werden. Der Teil „Gesprächsinhalt“ ist deutlich zu klein. Diesem Umstand könnte durch eine einfache Umgestaltung dieses häufig benötigten Formulars Rechnung getragen werden. Es stellt sich in diesem Zusammenhang noch die Frage, weshalb seitens der betroffenen Therapeutinnen nicht längst ein Verbesserungsvorschlag eingegangen ist.
11. Im Zusammenhang mit Verbesserungsvorschlägen konnte nicht klar unterschieden werden, in welchem Fall ein „Entwicklungsvorschlag“ (1.65-Ko01-Fo01) oder eine „Fehlermeldung“ (1.65-Ko01-Fo02) eingereicht werden muss. Ohne die beiden Formular im Detail analysiert zu haben könnte ja auch die Möglichkeit bestehen, diese zu einem einzigen Formular zusammenzufassen.
12. Ein weiteres Beispiel eines häufig eingesetzten Formulars mit Verbesserungspotential ist die Checkliste Psychomotoriktherapie (2.23-Ab01-Ch01). Erfahrene Mitarbeitende sind mit dieser Checkliste vertraut und wenden sie mühelos an. Neue Mitarbeitende empfinden sie als nicht sehr übersichtlich (sehr viel auf einer Seite). Seitens des Auditors kommt die Anregung, die Bezeichnung der Spalte „Ergebnis“ zu ergänzen, weil nebst möglicher Ergebnisse auch die zusätzlichen Hilfsmittel (Berichte und Protokolle) erwähnt werden.

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 Aufrechterhaltungsaudit 2014 ist für den **20. und 21. November 2014** geplant.

Anzahl Angestellte / Vollzeitstellen: ca. 180

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, 18. November 2013



Daniel Tuggener
Lead Auditor

KASSOWITZ & PARTNER AG

Bericht gegengelesen Datum/Visum: 18.11.2013/HGE

Beilagen: keine