

Auditbericht

Organisation	zeka, zentren für körperbehinderte aargau		
Ansprechpartner	Herrn August Schwere		
Adresse	Guyerweg 11 5004 Aarau		
Datum	Mittwoch/Donnerstag, 14./15. November 2012		
Lead-Auditor	Daniel Tuggener (DT)		
Co-Auditor	Hans Georg Erzinger (HGE)		
Auditart	<input type="checkbox"/> Voraudit	<input type="checkbox"/> 1. Überwachungsaudit	
	<input type="checkbox"/> Erst-Zertifizierung	<input type="checkbox"/> 2. Überwachungsaudit	
	<input checked="" type="checkbox"/> Re-Zertifizierung	<input type="checkbox"/> Nachaudit	
Scopes			
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"/> QuaTheDA	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> ISO 14001:2004	<input type="checkbox"/> OHSAS18001:2007	
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 Audit umfasste alle relevanten Prozesse aus der Prozessorganisation der Institution, welche im IQM zeka zusammengefasst sind. Im Rahmen der Rezertifizierung wurden 29 Auditsequenzen durchgeführt und die Normen ISO 9001:2008 sowie BSV/IV-2000 überprüft. Details dazu sind in der Auditagenda vom 24. November 2012 zu ersehen.

Die Leistungen der Organisation sind in acht Führungsprozessen, zehn Kernprozessen und fünf Unterstützungsprozessen abgebildet. Dies zeigt die grosse Vielfalt der Leistungserbringung der Organisation, welche sehr qualifizierte und differenzierte Ressourcen erfordert.

Der Prozess der kontinuierlichen Verbesserung ist in den Vorgabedokumenten klar beschrieben und konnte anhand verschiedener Nachweise auf Wirksamkeit und Zweckmässigkeit hin überprüft werden. Die Umsetzungsnachweise konnten überall vorgefunden werden, was zeigt, dass das IQM lebt und der Praxis dient.

Die oberste Leitung vermittelt die Bedeutung des IQM in glaubwürdiger Weise. Dies manifestiert sich unter anderem darin, dass die Freigabe von Dokumenten in der Geschäftsleitung entschieden wird.

Das IQM mit den zahlreichen Dokumenten bildet in gut spürbarer Form die alltägliche Praxis der Organisation ab. Der Bezug zu den Normvorgaben erforderte eine intensive Auseinandersetzung mit den verschiedenen Leitungs- und Fachbereichen der Organisation. Der praktische Nutzen des IQM im Alltag steht gemäss den Verantwortlichen klar im Vordergrund. Dieses Ziel wird nachweislich erreicht.

Die internen Vorgaben und Konzepte werden getragen und gelebt. Deren Umsetzung führt, gepaart mit den hohen Qualifikationen der Mitarbeitenden, zu einer hohen Leistungsqualität. Die im Rahmen des Audits gewonnenen Einblicke sowie das spürbare Engagement an allen Stellen bestätigen dies zusätzlich. Die Infrastruktur wird grundsätzlich positiv und somit als leistungsfördernd beurteilt. Mehrfach ist auch der Hinweis auf die positive Feedbackkultur gefallen. In einem solchen Umfeld ist zu erwarten, dass auch sogenannte „Fehler“ als Chancen zur Verbesserung zur Sprache kommen und systematisch genutzt werden.

Die Sicherstellung der Konformität mit den Normanforderungen von ISO 9001:2008 stellen im Umfeld des zeka eine besondere Herausforderung dar. Die sehr abstrakt formulierten Vorgaben, welche aus dem Umfeld der Industrie stammen, verlangen für eine Organisation mit der Ausrichtung des zeka eine intensive Auseinandersetzung, was in der Regel auch Entwicklungs- und Erfahrungszeit benötigt. Mit Bezug auf die Norm ISO 9001:2008 wurde eine **geringe Abweichung** festgehalten, welche anlässlich des Überwachungsaudits 2013 auf Erfüllung überprüft wird. Im Abschnitt 3 (Hinweise und Empfehlungen) folgen weitere Anregungen, welche zur kontinuierlichen Verbesserung und zur Erhöhung der Normkonformität beitragen können.

Das Auditorenteam beantragt, der gesamten Organisation zeka das Zertifikat ISO 9001:2008 erneut zu erteilen und dem Erwachsenenbereich mit dem Wohnhaus Aargau und Bürozentrum kontor zusätzlich das Zertifikat BSV/IV-2000.

Die Auditoren danken 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	✓	✓	Die Prozesse der gesamten Organisation sind im IQM beschrieben.	
4.2	Dokumentationsanforderungen	✓	✓	Die Dokumente und Aufzeichnungen sind gelenkt. Die geforderten dokumentierten Verfahren sind ersichtlich.	Hinweis 1 Hinweis 2
5.	Verantwortung der Leitung				
5.1	Verpflichtung der Leitung	✓	✓	Die oberste Leitung kommt ihrer Verpflichtung bezüglich Entwicklung und Pflege des IQM nach.	Hinweis 3
5.2	Kundenorientierung	✓	✓	Die Orientierung an den Anspruchsgruppen ist in allen Kernprozessen nachvollziehbar.	
5.3	Qualitätspolitik	✓	✓	Qualitätsaussagen in Form eines klaren Bekenntnisses zur Qualität der Arbeit und deren Wirksamkeit.	Hinweis 4

5.4	Planung	✓	✓	Strategische und operative Planung erfolgt. Messbare Qualitätsziele für alle Prozessverantwortliche.	Hinweis 5
5.5	Verantwortung/Befugnis u. Kommunikation	✓	✓	Q-Funktionen sind festgelegt. Umfassendes Funktionendiagramm.	
5.6	Managementbewertung	✓	☒	Managementbewertung liegt vor. Nicht alle geforderten Eingaben ersichtlich.	Geringe Abweichung 2012-1
6.	Management von Ressourcen				
6.1	Bereitstellung von Ressourcen	✓	✓	Die erforderlichen Ressourcen werden ermittelt und bereitgestellt.	
6.2	Personelle Ressourcen	✓	✓	Die personellen Ressourcen auf allen Stufen werden nach klaren Kriterien selektioniert. Die geforderten Kompetenzen sind vorhanden.	
6.3	Infrastruktur	✓	✓	Die geeignete Infrastruktur ist bereitgestellt.	Hinweis 6
6.4	Arbeitsumgebung	✓	✓	Die Arbeitsumgebung wirkt sehr zweckmässig. Die Räume sind sehr freundlich und gut gepflegt.	
7.	Produktrealisierung				
7.1	Planung der Produktrealisierung	✓	✓	Die Leistungserbringung wird geplant und entsprechende Qualitätsziele sind festgelegt.	
7.2	Kundenbezogene Prozesse	✓	✓	Die Anforderungen der Klienten werden ermittelt, ebenso die behördlichen und gesetzlichen.	
7.3	Entwicklung	✓	✓	Für Entwicklungen werden die Instrumente des Projektmanagements eingesetzt.	
7.4	Beschaffung	✓	✓	Die Beschaffung ist dokumentiert. Der Ablauf „Lieferantenbewertung“ ist definiert.	Hinweis 7
7.5	Produktion und Dienstleistungserbringung	✓	✓	Die Dienstleistungserbringung erfolgt unter klar beschriebenen Vorgaben. Wo erforderlich, stehen geeignete Ausrüstungen zur Verfügung.	
7.6	Lenkung von Überwachungs- und Messmitteln	✓	✓	Die geforderten Überprüfungen (Standortbestimmungen) werden laufend vorgenommen. Im technischen Bereich existiert eine Liste der Messmittel.	
8.	Messung, Analyse und Verbesserung				
8.1	Allgemeines	✓	✓	Der Verbesserungsprozess ist geplant und verwirklicht.	
8.2	Überwachung und Messung	✓	✓	Die Zufriedenheit der Kunden wird ermittelt und Interne Audits werden durchgeführt.	Hinweis 19
8.3	Lenkung fehlerhafter Produkte	✓	✓	Es existiert ein Fehlermeldeformular.	Hinweis 8
8.4	Datenanalyse	✓	✓	Die geforderten Daten werden erhoben (z.B. Berichte Prozessverantwortliche)	
8.5	Verbesserung	✓	✓	Die Wirksamkeit des IQM wird systematisch überprüft.	Hinweise 9, 10 und 11

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	✓	✓	Organigramm und Kompetenzregelung vorhanden.	
1.2	Infrastruktur	✓	✓	i. O.	
1.3	Leitbild, Konzepte	✓	✓	Gültiges Leitbild vorhanden.	
1.4	Personal	✓	✓	Stellenbeschreibungen für Kader im Organisationsmodell.	Hinweis 12
1.5	Aussenbeziehungen	✓	✓	Zusammenarbeit geregelt.	
2.	KlientInnen				
2.1	Definition Zielgruppe	✓	✓	Zielgruppe ist definiert.	
2.2	Aufnahmeverfahren	✓	✓	Das Aufnahmeverfahren ist geregelt.	
2.3	Austrittsverfahren	✓	✓	Das Austrittsverfahren ist geregelt.	
2.4	Rechte und Pflichten	✓	✓	i.O.	
2.5	KlientInnenzufriedenheit	✓	✓	Das Verfahren zur Ermittlung der Zufriedenheit ist definiert.	
3.	Dienstleistungen				
3.1	Autonomie	✓	✓	Die Autonomie der Klienten wird respektiert.	
3.2	Förderplanung	✓	✓	Es finden jährlich Mitarbeitergespräche statt.	
3.3	Mitwirken der KlientInnen	✓	✓	Die Mitwirkung der Klienten ist sichergestellt und wird gefördert.	
3.4	Gesundheitsvorsorge	-	-		
3.5	Verpflegung	✓	✓	Eine vielseitige und ausgewogene Ernährung ist sichergestellt.	
3.6	Soziale Kontakte	✓	✓	Verschiedene Möglichkeiten zur Gestaltung sozialer Kontakte.	
3.7	Privatsphäre	✓	✓	Für alle stehen Einzelzimmer zur Verfügung.	
3.8	Arbeit, Beschäftigung	✓	✓	Ein differenziertes Arbeits-, bzw. Beschäftigungsangebot steht zur Verfügung.	
3.9	Entlohnung, Anerkennung	✓	✓	Derzeit nur eine Lohnklasse für alle Mitarbeitenden an geschützten Arbeitsplätzen.	Hinweis 13
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(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 ist eine **Abweichung (keine davon kritisch)** mit Abweichungsmeldung festgehalten.

Die festgestellte Abweichung ist:

Geringe Abweichung 2012-1

Die Eingaben für die Managementbewertung sind nicht vollständig erkennbar gemäss der Vorgabe aus der Norm ISO 9001:2008, Kapitel 5.6 (die Resultate der Internen Audits sowie allfällige Korrektur- und Vorbeugemassnahmen sind nicht explizit im Bericht erwähnt).

3. Hinweise und Empfehlungen

1. Die Norm ISO 9001:2008 verlangt im Kapitel 4.2.1, dass alle *dokumentierten Verfahren* (sechs an der Zahl) im IQM enthalten sind. Ein *dokumentiertes Verfahren* bedeutet, dass das jeweilige Verfahren festgelegt, dokumentiert, verwirklicht (umgesetzt) und aufrechterhalten wird. Im Hinblick auf das Überwachungsaudit 2013 wird empfohlen, die Konformität dieser Forderung zu überprüfen und sicherzustellen.
2. Die Dokumente aus dem IQM müssen gelenkt werden (Erkennbarkeit, Genehmigung,...). Es ist darauf zu achten, dass nur freigegebene Dokumente im Einsatz sind. In einem Einzelfall (Kontor) wurde ein noch nicht freigegebenes Auftragsblatt verwendet.
3. Die Norm weist darauf hin, dass der Umfang der IQM-Dokumentation abhängig sein soll von Art, Grösse und Komplexität der Organisation sowie der Kompetenz des Personals. Im Umfeld des zeka wird der Komplexität mit der differenzierten Prozessstruktur Rechnung getragen. In Bezug auf die pro Prozess erstellten Dokumente (z.B. Prozessdefinition, PV-Bericht, ...) wird im Rahmen der laufenden Überprüfung angeregt, ein Augenmerk auf Vereinfachungs- und Straffungspotential zu legen.
4. Der ISO-Normpunkt 5.3 Qualitätspolitik verlangt, dass eine angemessene Qualitätspolitik besteht, welche den Rahmen zur Festlegung der Qualitätsziele bietet sowie eine Verpflichtung zur Erfüllung von Anforderungen und zur ständigen Verbesserung der Wirksamkeit des IQM enthält. Aufgrund der erhobenen Nachweise wird empfohlen, die Erfüllung dieses Normpunktes intern nochmals kritisch zu überprüfen.
5. Pro Prozess sind recht umfangreiche (siehe Hinweis 3) Qualitätsziele definiert worden. Die Überprüfung, ob diese Ziele im Einklang mit der Qualitätspolitik sind (Hinweis 4), ist nicht eindeutig nachvollziehbar.
6. Aufgrund der grossen Schülerzahl in der Schule Aarau stellt sich die Frage, ob die behördlichen und gesetzlichen Anforderungen noch erfüllt sind. Falls nicht bereits erfolgt, ist auch die Sicherheitssituation zu klären.

7. Die Lieferantenbewertungen im Bereich Gastronomie konnten mangels Ressourcen nicht vorgabegemäss durchgeführt werden. Es sind Massnahmen zu prüfen (allenfalls ist die verlangte Bewertungsperiode zu ambitiös).
8. Unter dem Aspekt der ständigen Verbesserung verlangt die Norm auch ein dokumentiertes Verfahren (siehe Hinweis 1) zu Korrekturmassnahmen (ISO 8.5.2). Das diesem Kapitel zuzurechnende Dokument „Fehlermeldung“ war nicht überall bekannt. Damit stellt sich die Frage nach der Wirksamkeit dieses Verfahrens.
9. Die Organisation muss die Wirksamkeit des IQM durch Einsatz der *Qualitätspolitik* (Hinweis 4), Qualitätsziele, Auditergebnisse, Datenanalyse, Korrektur- und Vorbeugemassnahmen (Hinweise 10 und 11) sowie Managementbewertung ständig verbessern. Diese Forderung ist bis auf den Punkt *Qualitätspolitik* nachweislich umgesetzt.
10. Das Formular Fehlermeldung (1.65-Ko01-Fo02) ist mit der verwendeten Bezeichnung negativ belastet, was dazu führen kann, dass es nicht in jedem Fall verwendet wird. Es hat sich oftmals bewährt, diesem Formular einen neutralen oder positiven Namen zu geben (z.B. Qualitätsmeldung o.ä.).
11. Die Organisation muss Vorbeugemassnahmen (dokumentiertes Verfahren unter ISO 8.5.3) festlegen, aufzeichnen und deren Wirksamkeit bewerten. Dieses Verfahren konnte nicht überprüft werden. Es hat sich in der Praxis bewährt, diese Forderung mit dem Verfahren zu den Korrekturmassnahmen zu verbinden (siehe Hinweis 10).
12. Derzeit sind Stellenbeschreibungen in zwei unterschiedlichen Formen vorhanden. Für Kaderstellen sind alle Stellenbeschreibungen in einem grossen Dokument (Organisationsmodell) zusammengefasst. Es fragt sich, ob es nicht sinnvoll wäre, alle Stellenbeschreibungen als Einzeldokumente zu führen. Dies würde auch den Änderungsdienst bei den Stellenbeschreibungen der Kaderstufe sicher vereinfachen.
13. Das Lohnsystem im Bereich der geschützten Arbeitsplätze (kontor) ist zu verfeinern, damit die Entlohnung auch die unterschiedlichen Leistungskategorien berücksichtigt.
14. Der Bericht des Prozessverantwortlichen zum Transportprozess lag nicht vor. Im Zusammenhang mit diesen Berichten stellt sich die Frage, inwieweit das aktuelle Verfahren zweckmässig und wirksam ist. Ein Punkt, der anlässlich des nächsten Audits noch genauer zu beurteilen wäre. Inwiefern aus den 23 Berichten Entwicklungs- oder Anpassungsmassnahmen abgeleitet werden, konnte im Rahmen des Audits 2012 nicht nachvollzogen werden. Positiv am aktuellen System ist, dass die Verantwortlichen jährlich aufgefordert werden, ihre Prozesse systematisch zu beurteilen.
15. Das in der Pflege verwendete Software-Produkt (easy-doc) ist bei den Anleitungen zur Softwarenutzung (3.25) noch nicht aufgeführt. Das gleiche gilt für die TGM-Software im Facility Management.
16. Die jährliche Zusammenstellung und Übersicht der internen Weiterbildungen bei zeka wird zur Koordination der Veranstaltungen verwendet. Es ist sowohl ein Planungs- als auch ein Nachweisdokument und sollte als Q-Dokument aufgenommen werden.
17. Die Überprüfung über Änderungen betreffend gesetzliche Anforderungen basiert offenbar in erster Linie auf Eigeninitiative. Es ist zu prüfen, ob die Verfolgung der gesetzlichen Lage den jeweiligen Prozessverantwortlichen ins Pflichtenheft zu schreiben wäre.
18. In der Physio am Girixweg wurde festgestellt, dass die vorgesehenen Verlaufsblätter nicht verwendet werden.

19. Die zahlreichen Internen Auditoren werden von der Qualitätsleitung auf ihre Aufgaben vorbereitet. Ein externer, neutraler „Experteninput“ (analog der Fachbereichsfunktionen) könnte für diese Aufgabe zusätzlich Impulse und Anregungen generieren.
20. Die Stellenbeschreibung für die Sicherheitsbeauftragten (SIBE) ist noch ausstehend.
21. In der Checkliste „Früherziehung“ (möglicherweise in weiteren analogen Checklisten auch) wird von Förderplanung gesprochen. In der Praxis wird bei dieser Tätigkeit ein Standortgespräch durchgeführt. Es wird empfohlen, die Checklisten entsprechend anzupassen.
22. Im Rahmen der Auditgespräche sind folgende Punkte aufgefallen, welche keine konkreten Hinweise, sondern einfach erwähnenswerte Feststellungen darstellen:
 - Die engen Platzverhältnisse in der Schule Aarau hat das Team veranlasst, aus der Not eine Tugend zu machen und mit den Schülern die Mahlzeiten auch in öffentlichen Restaurants einzunehmen. Gelebte Integration.
 - Ist es sinnvoll und wirksam, dass ein Teamleitung die direkte Verantwortung für 33 Mitarbeitergespräche (Qualifikationen) hat und noch 18 Qualifikationen gegenlesen muss?

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 Überwachungs-Audit 2013 ist für den **14. November 2013** 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, 23. November 2012



Daniel Tuggener
Lead Auditor

KASSOWITZ & PARTNER AG

Bericht gegengelesen Datum/Visum: 23. November 2012/HGE

Beilagen: keine