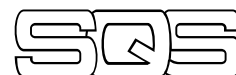


AUDIT-/ASSESSMENTBERICHT



Schweizerische Vereinigung
für Qualitäts- und Management-
Systeme (SQS)

Bernstrasse 103
3052 Zollikofen
Schweiz

T +41 58 710 35 35
F +41 58 710 35 45

www.sqs.ch

Zollikofen, 4. April 2019
Seite 1 von 9
Dokument 1771_1

Liliane Gabriel
liliane.gabriel@sqs.ch
+41 58 710 33 35

Organisation

die rodtegg
Stiftung für Menschen mit körperlicher Behinderung
Rodteggstrasse 3
6005 Luzern
Schweiz

Kontaktperson Frau Luitgardis Sonderegger-Müller

T +41 41 368 40 30

Dienstleistung

Audit/Assessment
Aufrechterhaltungsaudit (Stage 2)

Audit/Assessment Beginn/Ende
1. April 2019

Geltungsbereich
Ganzes Unternehmen

Tätigkeitsgebiet
Bereich Kinder & Jugendliche, Bereich Erwachsene,
Bereich Dienste, Bereich Therapie & Pflege

Wohnen, Schule, Bürofachschule,
Geschützte Büroarbeitsplätze, Therapie und Pflege
für Menschen mit Behinderungen

Geschäftskonto 126924

luitgardis.sonderegger@rodtegg.ch

Anzahl Vollzeitäquivalente (FTE) 138

Normative Grundlagen
ISO 9001:2015

Scopes
38

Registrierungsnummer
21367

Gültigkeit Zertifizierungsdokumente von/bis
26. September 2017 – 25. September 2020

Nächste Überprüfung
7. – 8. April 2020

Lead Auditor
Frau Liliane Gabriel

Freigaben

Datum

Unterschrift

Lead Auditor

4. April 2019





1.	Allgemeine Informationen.....	2
2.	Berichterstattung	2
3.	Abweichungen	4
4.	Erfüllung der Anforderungen und Antrag.....	5
5.	Hinweise zur fortlaufenden Verbesserung	6
6.	Normkonformität – Systembeurteilung und Erläuterungen	7
7.	Formelle Konformität des Audits	8

1. Allgemeine Informationen

1.1. Organisationsprofil

Gesellschaftsform	Die rodtegg ist eine Stiftung für Menschen mit körperlicher Behinderung
Geschäftsfelder	Bereich Kinder & Jugendliche, Bereich Erwachsene, Bereich Dienste, Bereich Therapie & Pflege
Produkte/Dienstleistungen	Wohnen, Schule, Bürofachschule, Geschützte Büroarbeitsplätze, Therapie und Pflege für Menschen mit Behinderungen
Marktausrichtung	Kanton Luzern und umliegende Kantone
Ausgelagerte Prozesse	IT

Bedeutende Änderungen seit der letzten Überprüfung

Aufbau- und Ablauforganisation haben keine Veränderungen erfahren. Im Fachbereich Ökonomie hat sich die neue verantwortliche Person bereits gut eingelebt.

Ab 1. April 2019 ist Hr. Samuel Staehelin vom SR ernannter neuer stellv. Direktor. Er übernimmt die Verantwortung von Hr. Emil Ziegler. Im Herbst wird Fr. Luitgardis Sonderegger-Müller in den wohlverdienten Ruhestand treten. Der SR hat Hr. Helmut Bühler-Bättig zum neuen Direktor gewählt. In dieser Funktion wird er ab 1. September 2019 die operative Leitung der rodtegg übernehmen.

Im nächsten Jahr 2020 feiert die rodtegg ihr 40-Jahre-Jubiläum.

1.2. Bericht

- Gesamtbericht (Abschlussbericht bei **Multi-Sites** sobald **alle Standorte** gemäss Standortstichprobe auditiert wurden)
- Teilbericht (siehe Abschnitt Stichprobenmanagement)

2. Berichterstattung

Generelle Beobachtungen und positive Aspekte

Die Verantwortlichen der rodtegg engagieren sich, weitsichtig und nachhaltig zu planen. Mit Mut und Pioniergeist voran wurde die Umsetzung der UNO-Behindertenrechtskonvention – Recht auf sexuelle Selbstbestimmung, die freie Entfaltung der Persönlichkeit und der Schutz der sexuellen Integrität angegangen. Das Tabu-Thema wurde aufgegriffen und die Umsetzung anhand eines Begegnungs- und Beziehungszimmer realisiert. Mit Sponsoring Gelder wurde der Umbau finanziert. Bereits sind erste positive Bericht in der Sonntagzeitung vom 31. März 2019 erschienen.

Zusammen mit dem SR werden Strategien angegangen, um die Attraktivität der rodtegg auch in Zukunft aufrecht zu erhalten und wenn immer möglich Marktveränderungen vorwegzunehmen. Das Chancen- und Risikomanagement mit der SWOT zeigt dabei seine Bedeutung.

Die Orientierung auf die Menschen und ihre individuellen Situationen kommt in der Haltung, in Aussagen und in den Dokumentationen klar zum Ausdruck. Der Fokus der Partizipation und Mitsprache ist ebenfalls klar ersichtlich. Die Klienten Administration DOC ist fertig eingerichtet. Transparenz gilt als Haltung – auch zu Tabu-Themen. Die Herausforderung besteht, geeignetes Fachpersonal mit Erfahrung für Schwerst-Pflegebedürftige zu finden.

Im Moment beschäftigt die Vorbereitung für die EFQM-Teilnahme stark. Vom 8. bis 10. April 2019 findet das Assessment statt. Die Motivation ist gross, das professionelle Arbeiten der sozialen Organisation und das Bewusstsein der Arbeit, die mit Berufsstolz erfüllt, mittels Teilnahme am Wettbewerb aufzuwerten. Wir drücken ganz fest die Daumen, dass die rodtegg am ESPRIX Swiss Award for Excellence 2019 zum Sieger gekürt wird!

Fr. Luitgardis Sonderegger-Müller danken wir für die langjährige gute und konstruktive Zusammenarbeit. Wir wünschen alles Gute, viel Gesundheit und frohe Zeiten im neuen Lebensabschnitt.

Weitere positive Eindrücke aus dem Audit

- Die Verpflichtung zum Qualitätsmanagementgedanken auf allen Stufen
- Das aktuell und gelenkte QM-System
- Die stete Weiterentwicklung und die stattfindende fortlaufende Verbesserung am System
- Die Klienten-Orientierung und -Fokussierung der Verantwortlichen und Mitarbeitenden überzeugt.
- Die Einführung des neuen Q-Zirkels
- Laufende Investitionen finden statt, wie es die Erneuerung der Nasszellen zeigt.
- Weiterbildungen finden laufend zu aktuellen Themen statt.
- Die interne Kommunikation mit der jährlichen Haustagung zu Schulbeginn thematisiert Neuerungen.
- Externe Fachreferenten werden eingeladen – im Herbst wird mit einer Sexualpädagogin die Handlungsfrage bearbeitet. Entsprechende Piktogramme werden aufgenommen.
- Das Sexualkonzept ist in Überarbeitung.
- Der Sicherheit in und rund um die rodtegg wird grosse Achtung geschenkt.
- Die Administrations- und Personalprozesse werden kompetent angewendet.
- Die Kernprozess Arbeits- und Austrittsprozess sind auf die Klientel zugeschnitten (STEP). Es ist bewusst, dass Herausforderungen mit der neuer Strategie auftreten werden.
- Die ESPRIX-Teilnahme ist bewundernswert und widerspiegelt die Professionalität der Institutsleitung.

Managementsystem-Eignung/-Wirksamkeit

Das QMS gilt als wertvolles Instrument zur Steuerung des Unternehmens und wirkt geeignet und unterstützend, die für das Unternehmen wichtigen Ziele zu erreichen. Die bestehenden normativen Werte sind im QMS integriert und bei den Mitarbeitenden verankert. Fortlaufende Verbesserung findet statt und wo angebracht, wird das System verschlankt. Es fallen praktisch keine Reklamationen an. Die Ombudsstelle wurde im abgelaufenen Jahr kein einziges Mal kontaktiert. Die Umfrage zur Mitarbeitenden Zufriedenheit ist sehr positiv ausgefallen. Es haben sich daraus keine wesentlichen Massnahmen ableiten lassen. Die Quote des Fragebogen-Rücklaufs (75 Prozent) macht die Verantwortlichen mit Recht stolz.

Die internen Audits werden gemäss Auditplan durchgeführt. Im 2-er Team werden die Auditgespräche sorgfältig vorbereitet und im Auditbericht nachgewiesen. Die Refresher zur Kalibrierung der Internen Auditoren könnte wertbringend sein. Die Verbesserungen werden auf die IQM-Pendenzenliste übertragen und bearbeitet. Das Controlling findet statt.

Eignung Kontext- und Stakeholderanalyse

SWOT und Interessierte Parteien wurden anlässlich der Strategie-Klausur im Frühling 2018 erneuert. Es haben sich keine Änderungen seit dem letzten Audit ergeben.

Risiko- und chancenbasierter Ansatz und Umsetzung der strategischen Ausrichtung

Das chancen- und risikobewusste Denken kommt mit den detailliert vorhandenen Unterlagen klar und deutlich zum Ausdruck. Die Risikobewertung der operativen Ebene hat im Bereich IT wesentliche Punkte aufgenommen. Die Auslagerung des First Level Support ist die Folge aufgrund von internen Veränderungen.

Die GL/SR-Klausur für die Strategie 2018-2022 hat den Fokus neu gelegt. Das Angebot richtet sich an Menschen mit schwerer Mehrfachbehinderung. Mittels strategischen Optionen wurden die Angebote und Projekte festgelegt. Aufgrund kantonalem Budgetstopp (kein Mengenwachstum und kein Teuerungsausgleich) sind die Angebote vorerst eingefroren. Die Situation wird beobachtet.

Wissens- und Kompetenzmanagement

Mit dem QMS ist eine gute Basis geschaffen, die gesetzlich regulativen sowie die betrieblich individuellen Gegebenheiten der Organisation zu dokumentieren. Vor Ort konnte gut nachvollzogen, dass die Mitarbeitenden gut geschult sind und über grosse Erfahrung verfügen.

Erfüllung von Anforderungen und beabsichtigten Ergebnissen

Die Managementbewertung (-Review) 2018 ist erstellt, reflektiert fundiert die Tätigkeit wie auch die Entwicklung des Umfeldes und der Organisation sowie deren Zielerreichung. Schlüsselkennzahlen Prozessmessgrössen zu den einzelnen Bereichen, Befragungsergebnisse, Budget und Zielsetzungen sind transparent aufgenommen. Mit Text, Zahlen und Grafiken werden Mehrjahresvergleiche dargestellt. Die Managementbewertung ist Bestandteil der Jahresplanung.

Verbesserung seit der letzten Überprüfung

Die fortlaufenden Verbesserungen finden statt. Mitdenken und Mittragen sowie Betroffene zu Beteiligten machen ist den Verantwortlichen wichtig. Die IQM-Pendenzenliste nimmt alle Anliegen der Mitarbeitenden via Ereignis- und Qualitätsmeldungen auf. Das Konzept Qualitätszirkel ist neu in der ganzen Organisation implementiert – vormals nur in der Schule - und bewährt sich.

3. Abweichungen

Keine Abweichungen

4. Erfüllung der Anforderungen und Antrag

4.1. Ausgangslage

- Zertifizierungs-/Rezertifizierungsaudit:** Zertifizierungsentscheid erfolgt auf Antrag des Lead Auditors durch die Sachverständigenkommission (SVK).
- Aufrechterhaltungsaudit:** Entscheid über Aufrechterhaltung der Zertifizierung erfolgt durch den Lead Auditor.

4.2. Auditergebnis und Antrag

Aufrechterhaltungsaudit

Norm

- erfüllt** – Aufrechterhaltung der Zertifizierung für ISO 9001:2015
- erfüllt** mit Nebenabweichungen und angenommenem Massnahmenplan
Aufrechterhaltung der Zertifizierung für
- nicht erfüllt** mit Hauptabweichungen für
Aufrechterhaltung der Zertifizierung nach
 - positiver **dokumentarischer Beurteilung** der Korrekturmassnahmen
 - erfolgtem **ausserordentlichem Aufrechterhaltungsaudit vor Ort** mit positivem Ergebnis
- Suspendierung** der Zertifizierung (max. 6 Monate) – Antrag zur Suspendierung für
- Aberkennung** der Zertifizierung – Antrag zur Aberkennung für
Begründung(en) für Suspendierung oder Aberkennung:

4.3. Gültigkeit der Zertifizierung

Norm

- Bleibt bestehen** (*zutreffend nur bei Aufrechterhaltungsaudits*) ISO 9001:2015

4.4. Nächste Überprüfung

4.4.1. Art der nächsten Überprüfung

Datum

- Rezertifizierungsaudit Dienstag, 7. April und Mittwoch, 8. April 2020

4.4.2. Bemerkungen zur nächsten Überprüfung

Aufgrund der Grösse der Institution und angestiegenen Mitarbeitenden-Zahl gegenüber der letzten Re-zertifizierung wird das Audit im Auditoren-Team zu zweit durchgeführt. Die Führungssequenz und Managementsystem werden im Team auditiert, anschliessend werden die Sequenzen aufgeteilt.

Der Auditplan wird im Voraus mit Ihnen abgestimmt. Zur Vorbereitung des Audits stellen Sie dem Auditoren-Team Auditorin Liliane Gabriel und Anita Abächerli die Unterlagen zehn Tage vor dem Audit zur Verfügung. Folgende Unterlagen möchten Sie bitte im Voraus zur Vorbereitung zur Verfügung stellen.

ISO 9001:2015

- Kontext des Unternehmens mit Umfeld und Interessierten Parteien
- Strategie und Zielsetzung
- Managementbewertung/Jahresbericht/Cockpit
- Chancen/Risikobewertung
- Organigramm
- Prozessstruktur und die zu auditierenden Prozesse
- Protokoll interne Audits
- Weitere wichtige Unterlagen/neue Konzepte/Prozesse

5. Hinweise zur fortlaufenden Verbesserung

Die nachfolgenden Hinweise und Empfehlungen stellen Entscheidungsgrundlagen sowie Impulse für die zusätzliche Steigerung von Effizienz und Effektivität der auditierten Organisation dar.

- 1 Es ist empfehlenswert, die Risikobetrachtung bezüglich der strategischen Ausrichtung und momentanem Stopp der Angebotsausarbeitung zu ergänzen. Der Fokus auf die Ziel-Klienten ist gelegt, aber die Angebote sind noch nicht entsprechend ausgearbeitet. Trotzdem sollte überlegt werden, was aus heutiger Sicht bereits angeboten werden kann. Beispiele wurden anlässlich des Audits besprochen (Wohnen 18+).
- 2 Das Personal sollte als strategische Option explizit berücksichtigt werden, da aufgrund der Neupositionierung und -ausrichtung auch die Anforderungen an die Mitarbeitenden steigt.
- 3 Rund um das Begegnungs- und Beziehungszimmer sind die Zielesetzungen aufgenommen, die Details wie die Zuständigkeiten noch nicht schriftlich geregelt. Das Nutzungskonzept ist in Erarbeitung durch einen Mitarbeitenden, der im Rahmen seiner Ausbildung das Konzept erstellt. Die Klienten sind noch nicht vollständig informiert. Wir empfehlen, die Information- sowie Kommunikationsübersicht als Plan oder Ablauf für intern und extern vorweg wie auch zeitnah aufzustellen als Referenz und Meilensteine.
- 4 Auf der Übersicht Qualitätszirkel sollten die Verantwortlichen veranlasst werden, dass auf die Tabelle (laufende Q-Zirkel & Gruppen) zeitnah nachgetragen wird.
- 5 Es empfiehlt sich, einen Refresher des internen Audits zur Abstimmung/Kalibrierung der Internen Auditoren in die Planung aufzunehmen.
- 6 Die IT ist ausgelagert. Trotzdem empfiehlt es sich, den Fragebogen über Cybersecurity – Schnelltest für KMU, für die rodtegg auszufüllen. Dieser könnte auch als Gesprächsbasis zur Eigen- und Fremdbewertung mit dem IT-Partner eingesetzt werden. Den Link haben Sie bereits per E-Mail erhalten.
- 7 Es gibt (noch) kein HR-Tool. Empfehlenswert ist es, wenn Sie bereits jetzt anfangen ein Pflichtenheft mit Anforderungen, Idee, Wünschen etc. zu erstellen.
- 8 Der Ausweis SIBE fehlt noch. Planen Sie die Aus-/Weiterbildung möglichst konkret, inkl. Anmelde-nachweis. Wussten Sie, dass SQS auch eine SIBE-Ausbildung anbietet, die in Zusammenarbeit mit SUVA angeboten wird?
- 9 Die Nachweise der Sicherheitsaudits sollten auf den dafür bestimmten Formularen aufgenommen werden. Die IST-Situation wird bereits mit Bild aufgenommen. Es empfiehlt sich, die Umsetzung (SOLL-Zustand) als Nachweis des Controllings ebenfalls mit Bild festzuhalten. Die Unterlagen IST-SOLL können auch als Schulungszwecke eingesetzt werden.
- 10 Die Jahresziele zu Sicherheit&Reparatur sind noch nicht auf der Übersicht Jahresziele aufgenommen und sollten nachgetragen werden.

6. Normkonformität – Systembeurteilung und Erläuterungen

Legende

AA = Standardkapitel für Aufrechterhaltung	1 = erfüllt
NG = nicht geprüft	2 = erfüllt mit Nebenabweichungen
NA = nicht im Anwendungsbereich/nicht anwendbar	3 = nicht erfüllt mit Hauptabweichungen

6.1. ISO 9001:2015

Kap.	Anforderungen	AA	1	2	3	NG	NA
4.1	Verstehen der Organisation und ihres Kontextes		x				
4.2	Verstehen der Erfordernisse und Erwartungen interessierter Parteien		x				
4.3	Festlegen des Anwendungsbereichs des Qualitätsmanagementsystems		x				
4.4	Qualitätsmanagementsystem und seine Prozesse	x	x				
5.1	Führung und Verpflichtung		x				
5.2	Politik		x				
5.3	Rollen, Verantwortlichkeiten und Befugnisse der Organisation		x				
6.1	Massnahmen zum Umgang mit Risiken und Chancen	x	x				
6.2	Qualitätsziele und Planung zu deren Erreichung	x	x				
6.3	Planung von Änderungen	x	x				
7.1	Ressourcen (Allgemein, Personen, Infrastruktur, Prozessumgebung, Überwachung/Messung, Wissen der Organisation)		x				
7.2	Kompetenz		x				
7.3	Bewusstsein		x				
7.4	Kommunikation (intern/extern)		x				
7.5	Dokumentierte Information		x				
8.1	Betriebliche Planung und Steuerung	x	x				
8.2	Anforderungen an Produkte und Dienstleistungen		x				
8.3	Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen		x				
8.4	Steuerung von extern bereitgestellten Prozessen, Produkten und Dienstleistungen		x				
8.5	Produktion und Dienstleistungserbringung	x	x				
8.6	Freigabe von Produkten und Dienstleistungen		x				
8.7	Steuerung nichtkonformer Ergebnisse	x	x				
9.1	Überwachung, Messung, Analyse und Bewertung	x	x				
9.2	Internes Audit	x	x				
9.3	Managementbewertung	x	x				
10	Verbesserung	x	x				
Gemäss Systembeurteilung und überprüften Stichproben unterstützt das Qualitätsmanagementsystem die Einhaltung gesetzlicher/anderer Forderungen und gewährleistet die Erreichung der erwarteten Ergebnisse. Gemäss Gebäudekontrolle wurden mit dem Bericht vom 10. Oktober 2018 Mängel festgestellt. Siehe Beschreibung unter Punkt 7.13.		x	x				

6.1.1. Kommentare und Bemerkungen zu weiteren normspezifischen Themen

Keine



7. Formelle Konformität des Audits

7.1. Standortmanagement, auditierte Standorte und Normen

7.1.1. ISO 9001:2015

GBZ	Name	ZF	Land	Ort	Total Anzahl Standorte 1			
					Stichprobe		Berichtsart	
					SOLL* 12 Mt.	IST*	Teil	Gesamt
126924	die rodtegg	X	CH	6005 Luzern	AA	X		X
Gesamtbericht (erst ankreuzen nachdem alle Standorte gemäss SOLL-Stichprobe auditiert worden sind)								<input checked="" type="checkbox"/>

Legende

SOLL*	Aus allen Standorten gerechnete und gewählte Stichprobe der Standorte	IST*	Bereits auditiert
ZA	Zertifizierungsaudit	PA	Plusaudit
RA	Rezertifizierungsaudit	TRA	Transferaudit bei Rezertifizierung
AA	Aufrechterhaltungsaudit	TAA	Transferaudit bei Aufrechterhaltung
ZF	Zentrale Funktion		

7.2. Letzte Überprüfung

- Aufrechterhaltungsaudit vom 2. Juli 2018

7.3. Status von Abweichungen aus dem letzten Audit

- Keine Abweichungen aus dem letzten Audit

7.4. Auditart

- Aufrechterhaltung**
 Überprüfung der kontinuierlichen Aufrechterhaltung der Konformität

7.5. Stage 1 Audit

- Stage 1 nicht gefordert

7.6. Auditplan

Der Auditplan vom 13. März 2019 erfüllt die Anforderungen an die Auditzeitberechnung und wurde während des Audits eingehalten. nicht eingehalten.

7.7. Auditverfahren

Das Audit und das Auditergebnis beruhen auf einem Stichprobenverfahren zum Zweck einer Überprüfung der Systemkonformität gemäss den auf dem Deckblatt aufgeführten normativen Grundlagen. Weiter gilt das jeweils zutreffende Reglement.

Die Hinweise auf die Stichprobe und Beispiele für die Beurteilung der Konformität, auf die Bezug genommen wurde, sind in den Auditnotizen der Auditorin enthalten.

7.8. Auditkriterien

Die Auditkriterien sind in Checklisten oder normativen Vorgabedokumenten festgehalten. Diese sind verfügbar und der auditierten Organisation bekannt.



7.9. Geltungsbereich der Zertifizierung

Der Geltungsbereich der Zertifizierung ist

bestätigt. nicht bestätigt.

7.10. Tätigkeitsgebiet und Scopes

Das Tätigkeitsgebiet und die Scopes der Zertifizierung sind

bestätigt. nicht bestätigt.

7.11. Nutzung der Zertifizierungsdokumente und Zertifizierungsmarke

Die Nutzung der Zertifizierungsdokumente sowie der -Marke ist korrekt.

bestätigt nicht bestätigt

7.12. Beratungsleistungen

- Die Organisation wird für Pflege und Führung ihres Managementsystems durch eine Beratungsperson unterstützt.

7.13. Offene Aspekte

- Bezüglich des Zertifizierungsverfahrens sind folgende offene Aspekte zu berücksichtigen.
Kurze Beschreibung/Auflistung offener Aspekte:

Bei der periodischen Gebäudekontrolle durch die Gebäudeversicherung des Kanton Luzern (gvl) wurde in Bezug auf den baulichen und betrieblichen Brandschutz Mängel festgestellt. Im Bericht vom 10. Oktober 2018 werden die Absturzsicherung und das Konzept Brandschutzmassnahmen bemängelt. Bis zum 30. April 2019 muss die rodtegg ein terminiertes Umsetzungskonzept und einen Massnahmenplan einreichen.

Alle Rechte an diesem Auditbericht verbleiben bei der SQS.

Die Auditorin bedankt sich bei den Beteiligten für die angenehmen sowie konstruktiven Gespräche während des Audits und wünscht weiterhin viel Erfolg bei der Weiterentwicklung des Managementsystems.

Zollikofen, 10. April 2019 GAL/CRA