

AUDITPPROGRAMM 2024

Auditart / Funktionsbereich / Dienstleistung / Prozess	Typ	Zeitraum
Systemaudit	S	1 Q 24
Rezertifizierung TÜV	S	1 Q 24

Auditoren:

Kurzzeichen	MST			
Name	Meier-Stauffer			

Typ: S - System Pd/Dl - Produkt/Dienstleistung
Pz - Prozess

1 AUDITPLAN INTERNES SYSTEMAUDIT

Datum Uhrzeit ¹	Prozesse	Organisationseinheit (Verantwortliche) ²	Auditoren
12.02.2024	Rehabilitationszentrum St. Georgen GmbH Kogl 25, 4880 St. Georgen im Attergau		
09:00-09:30	Eröffnungsgespräch	Fastner, Mrach, Moik, Grammer, Schwarzenlan- der, Ullmann, Neugebauer	Meier-Stauffer
09:30-10:30	Änderungen seit dem letzten Audit Führung, Planung und Bewertung QM Politik,-Ziele Vermittlung in der Orga- nisation Int. Audits Managementbewertung	Fastner, Mrach, Moik, Grammer, Schwarzenlan- der, Ullmann, Neugebauer	Meier-Stauffer
10:30-11:30	Verwaltung Ärzte / Pflege/ Therapie	Fastner, Mrach, Moik, Grammer, Schwarzenlan- der, Ullmann, Neugebauer	Meier-Stauffer
11:30-12:00	Risiken -und Chancen	Fastner, Mrach, Moik, Grammer, Schwarzenlan- der, Ullmann, Neugebauer	Meier-Stauffer
12:00-12:30	Haustechnik Küche/Service/ Etage	Fastner, Mrach, Moik, Grammer, Schwarzenlan- der, Ullmann, Neugebauer	Meier-Stauffer
13:00-13:30	Wissen, Kompetenz und Bewusstsein	Fastner, Mrach, Moik, Grammer, Schwarzenlan- der, Ullmann, Neugebauer	Meier-Stauffer
13:30-14:00	Abschlussgespräch	Fastner, Mrach, Moik, Grammer, Schwarzenlan- der, Ullmann, Neugebauer	Meier-Stauffer

Erstellt am:	12.02.2024	Geän- dert:		Auditsprache	Deutsch
-----------------	------------	----------------	--	--------------	---------

Schwerpunkte Auditziele: Überprüfung der Normkonformität mit den Vorgaben und Anforderungen der EN ISO 9001:2015 und EN 15224 - Aufzeigen von Verbesserungspotentialen

¹ Veränderungen im Auditablauf sind möglich

² Sind vom Unternehmen festzulegen

2 AUDITBERICHT - INTERNES AUDIT 12.02.2024

Datum	12.02.2024
Überprüfter Bereich bzw. Prozess	Führung, Küche, Pflege, Verwaltung, Ärzte, Therapie,
Auditgrundlage	☒ ISO 9001:2015 ☒ 15224:2017
Auditumfang	☒ internes Systemaudit ☐ Produktaudit ☐ Prozessaudit
Auditoren	M. Meier-Stauffer
Auditteilnehmer	Mag. Fastner, Fr. Moik, Hr. Grammer, Fr. Ullmann, Christian Neugebauer
Auditschwerpunkt	Qualitätsmanagement
Auditfeststellung / Bewertung	☒ Keine Abweichungen ☐ Abweichungen ☒ Verbesserungsvorschläge

2.1 Beobachtungen /Feststellungen Systemaudit

2.1.1 Änderungen seit dem letzten Audit

PVA neue Leitlinie - Änderungen der Visitationen und Einführung anderer Scorebögen (sind auf Info-med geändert worden).

Vollbelegung 365 Tage im Jahr geschafft.

2.1.2 Aufbau- und Ablauforganisation

Die Aufbau- und Ablauforganisation ist mittels Organigramms und Prozesslandkarte beschrieben. Zusätzlich gibt es eine Beschreibung und Analyse des Kontextes der Organisation.

Die Bewertung der interessierten Parteien enthält die Bedürfnisse und Erwartungen an das Unternehmen.

Das Unternehmen hat seine Prozesse in einer PZ-Landkarte grafisch dargestellt und diese entsprechen den Abläufen, welche im QMH beschrieben sind, unter Berücksichtigung der Qualitätsanforderungen. Keine Änderungen.

VB 1. Organigramm erneuern

2.1.3 Stellungnahme zu Kontext der Organisation

Der Kontext der Organisation ist erstellt und gemäß den Normanforderungen bewertet.

QMS relevante Prozesse wurden bestimmt und werden über Kennzahlen gemessen und gesteuert.

Keine Änderungen

2.1.4 GF und KoFü / Politik / Ziele / Rollen

Die Qualitätspolitik ist gleichgeblieben und die Qualitätsziele wurden für 2023 überprüft und Forecast 2024 angepasst /erneuert.

Die Politik ist öffentlich in der Verwaltung/ Empfangsbereich ausgehängt und allen MA zugänglich. Ebenso ist im Eingangsbereich das Zertifikat ausgehängt.

Besprochen wurde

- PVA Visitation und Quartalsbewertung
- Änderungen Scorebögen PVA
- VB vom Auditor

QZ 2023:

Für das Jahr 2023 wurden folgende Ziele festgelegt:

1. <0 Arbeitsunfälle
2. Alle Qualitätskriterien im Benchmark zu anderen Einrichtungen besser als Durchschnittsbewertung.
3. EGT-Zielerreichung lt. Budget.

Alle Ziele wurden erreicht.

QZ 2024:

Für das Jahr 2024 wurden folgende Ziele festgelegt

1. <0 Arbeitsunfälle
2. Hygiene Berichte in Maßnahmenkatalog
3. Alle Qualitätskriterien im Benchmark zu anderen Einrichtungen besser als Durchschnittsbewertung.
4. EGT-Zielerreichung lt. Budget.

VB 2: bei Offboarding das Entfernen der Benutzer Zugänge überprüfen.

Patientensicherheit

Keine Gefährdungen 2023 vorgefallen. Als Gegenmaßnahme und als Vorbeugungsmaßnahme wurde die dokumentierte Besprechung von Near Misses in der interdisziplinären Sitzung mitaufgenommen. Prozess der Einholung der Vorabinfos bezüglich Unverträglichkeiten wurde optimiert

2.1.5 Planung

Das Unternehmen hat seine Chancen und Risiken, insbesondere die klinischen Risiken, analysiert und bewertet. In der Chancen- und Risikoanalyse wurden angemessene Maßnahmen festgelegt. Die Planung stützt sich auf gesetzliche und sonstige Anforderungen, darunter auch klinische Leitlinien und medizinische Standards. Diese wurden mit aktuellem Stand erhoben und über das Rechtsregister kontinuierlich überwacht.

Die Analyse wurde 2023/24 überarbeitet und um einige Patientenrisiken erweitert. Als Gegenmaßnahme und als Vorbeugungsmaßnahme wurde die dokumentierte Besprechung von Near Misses in der interdisziplinären Sitzung mitaufgenommen.

VB3: Die Bewertung der neuen Risiken - Cyberattacke und Diagnosefehler bzw. nach der Maßnahmenumsetzung noch durchführen

2.1.6 Legal Compliance

Rechtliche Änderungen, insbesondere im Ärztegesetz und in der MDR wurden besprochen.

2.1.7 Unterstützung

PV Anlage wurde errichtet.

Die Rollen sind beschrieben, die Kompetenzen sind auch in der Kompetenzmatrix niedergehalten und verknüpft mit den Schulungsplänen. Es finden externe und interne Schulungen statt, insbesondere da das medizinische Personal und das Pflegepersonal zur Weiterbildung angehalten sind. Schulungsnachweise liegen im Personalakt auf.

Für 2024 wurde ein Schulungsplan erstellt und die Wirksamkeitsüberprüfung wurde mitaufgenommen.

Die von der Norm geforderte dokumentierte Information, sowie die für die Wirksamkeit des QM-Systems erforderliche Dokumentation liegen vor. Die Erstellung und Freigabe der Dokumente ist geregelt (QM und GF) und die Rückverfolgbarkeit der einzelnen Versionen ist über die Archivierung durch das QM sichergestellt.

2.1.8 Betrieb

Die Prozesse sind beschrieben und den Mitarbeitern über das Netzwerk zugänglich.

Es gab keine Änderungen in den Prozessen.

Einige Arbeitsanweisungen sind dazu gekommen.

2.1.9 Küche/Service

neuer Küchenchef

2.1.10 Verwaltung

Prozess ist gleichgeblieben.

2.1.11 Haustechnik

Die medizinischen Geräte wurden der wiederkehrenden Überprüfung unterzogen. Bei der Stich-Probennahme wurde festgestellt Kalibrierprotokolle der Messmittel wurde zugestellt.

Alle wiederkehrenden Überprüfungen und Wartungen wurden durchgeführt.

2.1.12 Ärzte

Weiterhin Überfüllung der PVA Vorgaben.

Zusätzliches Informationsfeld für Ärzte im Infomed als ToDo Liste.

Neue Anleitung EKG erstellt.

Änderungen durch PVA beim Leistungsprofil: mehr Vorträge und nur noch eine fachärztliche Untersuchung notwendig

Gehtest am Ende der Therapie - (ist mehr kardiologisch als orthopädisch).

2.1.13 Pflege

Sturzprotokolle werden geführt, und über Excel ausgewertet.

Automatische Laboreingänge werden ins Infomed eingespielt.

Checkliste für Pflegevisite neu erstellt.

Entlassungsgespräch Pflege wurde

2.1.14 Therapie

keine Änderungen.

2.1.15 Audit

Auditprogramm für 2024 wurde geplant und Auditplan ist vorliegend.

Hinweise aus vorigen Audits wurden zur Bearbeitung und Überwachung in den Maßnahmenkatalog übernommen.

2.1.16 Lieferantenbewertung

Es wurde eine Lieferantenbewertung durchgeführt, es gibt keine gesperrten Lieferanten.

2.1.17 Verbesserung

Nichtkonformitäten und Verbesserungsvorschläge, die etwa im Zuge von internen Audits oder Rückmeldungen von Mitarbeitern oder interessierten Parteien ermittelt wurden, werden im Maßnahmenkatalog geführt. Durchgeführte Maßnahmen werden auf Wirksamkeit überprüft.

Vorkommnisse und unerwünschte Ereignisse werden evaluiert. Um zukünftig Nichtkonformitäten ähnlicher Ursachen zu vermeiden, werden Maßnahmen festgesetzt und ebenfalls im Maßnahmenkatalog geführt.

2.1.18 Nichtkonformitäten / Reklamationen und Vigilanz

Besprochen wurden die wenigen Reklamationen - keine anerkannte Reklamationen vorliegend.

Kein Vigilanzfall.

2.2 Zusammenfassung der Auditfeststellungen

Auditoren: Michael Meier-Stauffer		
Korrekturmaßnahmen einschl. Dokumenten-Anpassung	Verantwortlich	Termin
VB1: Organigramm erneuern	Ritoc / Fastner	1 Q 24
VB 2: bei Offboarding das Entfernen der Benutzer Zugänge überprüfen.	Ritoc / Fastner	1 Q 24
VB3: Die Bewertung der neuen Risiken - Cyberattacke und Diagnosefehler bzw. nach der Maßnahmenumsetzung noch durchführen	Ritoc	1 Q 24