



P1 RAPPORT

Stichting Adelante Zorg

Managementsysteem Certificatie

ISO 9001:2015
NTA 8009: 2014

Datum van de Audit:

02-jul-2018 - 05-jul-2018

Projectnummer:

PRJC-562520-2017-MS-C-NLD

DNV GL Teamleider:

Olav Kloek

Auditteam:

Olav Kloek, Richard Raaphorst, Marcel Karsten

Inhoudsopgave

Introductie	3
Algemene informatie	4
Resultaat Aandachtsgebied.....	6
Overige resultaten	8
Auditbevindingen en mate van overeenstemming met de norm	11
Conclusie	12
Volgende audit.....	13
Bijlage A - Verklaringen auditor.....	14
Bijlage B - Het opvolgen van non-conformities ..	18

Overige bijlagen:

- Bevindingenlijst (LOF)

Introductie

Dit rapport geeft een samenvatting van de uitkomsten en conclusies die uit de audit naar voren zijn gekomen. Een managementsysteemaudit heeft als belangrijkste doel de conformiteit van het managementsysteem met de betreffende norm vast te stellen. Daarnaast wordt ook de effectiviteit van het managementsysteem geëvalueerd om te verzekeren dat uw organisatie in staat is de door u gespecificeerde doelstellingen te behalen en te voldoen aan de van toepassing zijn wet- en regelgeving en contractuele eisen.

Bij DNV GL vinden we het belangrijk dat onze audits zich niet uitsluitend op naleving van eisen richten maar ook als stimulans dienen voor vooruitgang en verbeteringen. Door toepassing van onze auditmethodiek stemmen we de audit af op de behoeften van uw bedrijf. Doel bij dit alles is u te helpen uw managementsysteem te verbeteren zodat u de beoogde uitkomsten kunt realiseren en gaandeweg een duurzame bedrijfsvoering kunt ontwikkelen.

DNV GL

DNV GL wordt gedreven door de doelstelling leven, eigendommen en het milieu te beschermen (safeguarding life, property and the environment). Vanuit deze doelstelling helpt DNV GL organisaties de veiligheid en duurzaamheid van hun bedrijfsvoering te verbeteren. DNV GL is een toonaangevende leverancier van diensten op het gebied van classificatie, certificering, verificatie en training. Sinds onze oprichting in 1864 hebben we ons ontwikkeld tot een bedrijf van wereldformaat. We zijn actief in meer dan 100 landen en beschikken over 16.000 medewerkers die onze klanten overal ter wereld helpen de wereld veiliger, slimmer en duurzamer (safer, smarter and greener) te maken.

DNV GL is een wereldwijd toonaangevende certificatie-instelling. DNV GL helpt bedrijven de prestaties van hun organisatie, producten, medewerkers, faciliteiten en toeleveringsketen te optimaliseren door middel van certificering, verificatie, assessments en trainingen.

We leveren diepgaande expertise en pragmatische ondersteuning aan grote ondernemingen met als doel de ontwikkeling van effectieve duurzaamheidsstrategieën mogelijk te maken. Samen met onze klanten werken we aan duurzame bedrijfsprestaties en het opbouwen van vertrouwen bij stakeholders.

Algemene informatie

Certificatie Scope

Behandelen op basis van hulpvragen op het gebied van medisch specialistische revalidatie, audiologie & communicatie, Wonen en Zorg, en Mytyl onderwijs, inclusief alle ondersteunende diensten.

Adelante Audiologie & Communicatie:

Diagnostiek, begeleiding en behandeling van cliënten met auditieve en/of communicatieve problemen.

Stichting Adelante Zorg, Team Wonen en Zorg:

Wonen, logeren en extramurale dienstverlening voor cliënten met primair een lichamelijke beperking.

Adelante MSR:

Revalidatie, diagnostiek en behandeling van cliënten met een hulpvraag op het gebied van de medisch specialistische revalidatie.

Belangrijke wijzigingen sinds de laatste audit, die van invloed zijn op het managementsysteem

- Er zijn geen belangrijke wijzigingen sinds de laatste audit.

Geheimhoudingsverklaring

Dit rapport (inclusief aantekeningen en checklists) is vertrouwelijk. Niets uit dit rapport mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de klant. Een uitzondering hierop vormt de Accreditatie-instelling, die het recht heeft rapportages in te zien teneinde de werkwijzen te kunnen beoordelen.

Geaccrediteerde certificatie-instelling

Naam	DNV GL Business Assurance B.V.
Adres	ZWOLSEWEG 1, 2994 LB, BARENDRECHT, NETHERLANDS

Disclaimer

Een managementsysteem audit is gebaseerd op steekproefsgewijze verificatie van beschikbare informatie, derhalve is in auditresultaten een element van onzekerheid besloten. Ook wanneer geen non-conformities zijn vastgesteld, houdt dit niet in dat tekortkomingen in de beoordeelde en/of andere processen niet bestaan. Voorafgaand aan het toekennen of vernieuwen van een certificaat is dit

rapport onderworpen aan een onafhankelijke beoordeling binnen DNV GL, hetgeen invloed kan hebben op inhoud en conclusies.

Resultaat Aandachtsgebied

Aandachtsgebied 1

Besturingsfilosofie > Communicatielijnen.

Sterke punten

- In het algemeen worden de communicatielijnen als effectief beoordeeld, zowel vanuit het perspectief van de betekenis voor het eigen werk, als het krijgen van inzicht in de ontwikkelingen op een hoger abstractieniveau.
- Het proces van afstoting van de Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (E.E.D.) doelgroep is ingrijpend, maar de communicatie daarover wordt in het algemeen gewaardeerd (A&C).
- Er worden vele verschillende manieren van communiceren gebruikt. Naast de staande overlegstructuur, waarin o.a. ook "heidagen" zijn opgenomen, worden de Blog RvB en het aanmelden voor intranet nieuwsbrieven vaker genoemd als positief (A&C).
- De rol van vakspecialist als verbindend in de communicatie. Pakt de ruis op, strijkt hobbels glad en signaleert (A&C).

Verbeterpunten

Aanbevelingen:

- Is afspraak ook echt afspraak, of kan er op worden teruggekomen? Management geeft aan, dat het opvolgen van afspraken niet altijd wordt nagekomen. Andere structuren helpen niet, wanneer dit inderdaad het geval is (conform Familiecultuur).
- Effect van vergaderingen nagaan? Heeft de deelnemer toegevoegde waarde, wat als hij/ zij er niet zou zijn?
- Enkele medewerkers voelen zich wel gedwongen om aan een te veel aan externe overleggen deel te nemen (gemeenten, etc.). Andere opmerking die hierbij gemaakt is dat de teruglopende financiering het management dwingt om kritisch te zijn in de overleggen die gevoerd worden.
- Er wordt aangegeven dat het betrekken van o.a. de GZ-psychologen (A&C) bij het uitwerken van scenario's m.b.t. E.E.D. gemist is.
- Er wordt opgemerkt dat er verschil kan bestaan tussen de gemoederen op de werkvloer en wat hiervan het management bereikt (o.a. ondanks laagdrempelige lunchsessies). Het valt aan te bevelen dit nog verder uit te destilleren: hoe sluiten we dat kort?
- In de huidige setting is nog lastig te analyseren in welke mate intranet ook daadwerkelijk gebruikt wordt. Er wordt op korte termijn een nieuw intranet in gebruik genomen waarbij dit wel beter mogelijk is (Opmerking).
- Spiegelgesprekken zijn een optie bij OOV (organisatie onderdeel volwassenen & arbeidsreïntegratie). Dit vanuit een geconstateerd risico. Is dit omdat er te

weinig informatie en/of participatie is? Of voldoet de huidige evaluatiesystematiek niet? Het kan wellicht nut hebben, dit nog eens tegen het licht te houden (is het te verwachten resultaat in lijn met het geconstateerde probleem)?

Overige resultaten

Punten van belang zoals vastgesteld in de audit voor het managementsysteem

Sterke punten

- Aanzetten naar nieuwe inrichting beleidscyclus > speeddating zorgt voor veel interactie en betrokkenheid managers.
- Wetenschappelijk onderzoek (basis) technische hulpmiddelen.
- Verdieping van rol centrale staf op thema's als de VIM > meer eigenaarschap in de lijn en meer ruimte voor analyse en verdieping door centrale staf.
- Grondige analyse (potentiele) calamiteiten.
- Cliëntenraad voelt zich goed in staat gesteld om de rol goed te vervullen. Men krijgt gevraagde informatie en wordt betrokken bij relevante vraagstukken. Adviezen worden gehoord.
- Er is een grote mate van beïnvloeding op de processen vanuit de inhoud. Veel aanpassingen komen voort uit inzichten binnen de discipline (A&C). Men houdt ontwikkelingen goed in de gaten.
- Gedegen verslaglegging van het primaire proces, met veel kwalitatieve/feitelijke informatie (A&C).
- Een moeder is zeer enthousiast: sterk is de communicatie, afstemming, vriendelijkheid en de indruk is dat wordt samengewerkt aan het beste resultaat (A&C-Diagnose Behandel Groep).
- Als bijzonder extraatje: moeder krijgt gebarencursus via thuisbegeleider i.v.m. werktijden/ niet aan reguliere cursus mee kunnen doen.
- De sector kinderrevalidatie herformuleert haar visie, strategie en beleid. Hierbij volgt zij een zorgvuldig uitgezet traject waarbij veel relevante interne en externe stakeholders worden betrokken en ook 'risico-denken' een plaats inneemt
- De doeltreffende manier waarop (binnen kinderen) de effectiviteit van (verbeter) maatregelen wordt getoetst, onder meer door specifieke vragen in het KTO.
- De grondige oorzaak en gevolg analyse die op de dagverpleging kinderen is uitgevoerd n.a.v. een calamiteit/incident dat daar heeft plaatsgevonden.
- Waardering van een ouder van een jong patiëntje (nu 3,5 jaar) voor de dagverpleging waarbij het rapportcijfer 9 werd gegeven. Quote "we zijn gewoon super verwend". Tevens de waardering van een patiënt, bij Amputatie Traumatologie, die de kwaliteit van de behandeling ook met een 9 waardeerde en de quote bezigde: "gewoon een warm bad".
- Gerichte acties voor AIOS en RA's i.r.t. Arbeidssatisfactie.
- Komt meer focus op geconstateerde risico's en kansen.

- Klinisch redeneren geeft focus in het primaire proces, en daarmee ook duidelijkheid voor de patiënt. Rapporteren SBAR-methodiek.
- R-EPD coaches en doornemen van elkaars dossiers.
- Patiënten gaven aan zeer tevreden te zijn maar opperden tegelijkertijd dat 'een minder assertief persoon' mogelijk minder goed geholpen zou kunnen worden. "Ik kreeg alles wat ik wilde onmiddellijk maar moest er wel om vragen."

Verbeterpunten

Cat 2:

- De status van onderhoud van speeltoestellen is onbekend. In het beheerssysteem staan acties open sinds de controleronde d.d. 09-2017. Het is onduidelijk wie zorgdraagt voor monitoring van de openstaande acties en wie verantwoordelijk is voor de corrigerende maatregelen

Observatie:

- Hoewel niet heel vaak aan de orde in de geraadpleegde dossiers lijkt het instemmingsformulier niet heel duidelijk als het om het beschrijven van de precieze status van de ouders gaat in geval van een echtscheiding (bevoegd gezag, informatieplicht). In de praktijk weet men in het algemeen goed te benoemen of er sprake is van bijzondere omstandigheden.
- Op DBG locatie Geleen lijken er achterstanden te bestaan t.a.v. het rapporteren in de volgijst. Doelgericht rapporteren is niet altijd even goed zichtbaar. Wat wordt gedaan met tegenvallende resultaten? worden afspraken überhaupt nagekomen? (De indruk wordt gewekt dat hier wel aandacht voor is, maar het wordt niet geregistreerd. Het is ook moeilijk te beoordelen of men bewust continue met het maximaal haalbare bezig is).
- In het team Kinderrevalidatie waren de uitvoering en bewaking van acties die volgen uit het jaarplan niet aantoonbaar.
- Management van het Team kinderrevalidatie was niet op de hoogte van de resultaten van de toetsingen/coaching tijdens de cliëntbesprekingen en de toetsingen van de compleetheit van dossiers.

Aanbeveling:

- Directiebeoordeling zou zich kunnen beperken tot conclusies en aanbevelingen, zoals in de huidige benoemd. Het hangt echter van de verwachtingen van externe stakeholders af hoe de beoordeling eruitziet, dus dat is uiteindelijk bepalend.
- Overweeg of (onderdelen van) thema's/ risico's uit de kaderbrief ook in audits meegenomen moeten/ kunnen worden.

- Het valt aan te bevelen om de cliënttevredenheid DBG doorlopend te meten door bijv. een koppeling aan uitstroom. Dat geeft een beter zicht op het algemene verloop dan gepland 2-jaarlijks.
- Het valt te overwegen om input van bijv. scholen als belangrijke stakeholders structureel te organiseren. Er komt nu veel input via de informele contacten. Dat leidt ook tot verbetermaatregelen, maar vormt geen geobjectiveerde feedback (A&C).
- Het valt aan te bevelen om consequent bij evaluaties resultaten aan verwachtingen van de ouders te koppelen. Er lijkt vooral aandacht te zijn voor de feitelijke resultaten.
- Het valt op dat "het systeem" van de cliënt mist in de landelijk ontwikkelde beslisboom CP6. Het valt te overwegen deze mee te nemen bij toepassing van de beslisboom. (Annex bevorderend/ belemmerend) (A&C-DGB).
- Tip van moeder: op aangeven worden de talrijke mogelijkheden aangereikt, maar dit zou wellicht pro-actiever kunnen worden gedaan. In verband met eerdere ervaring werd misschien ten onrechte gedacht dat de moeder al veel wist (A&C-DGB).
- Overweeg de toegevoegde waarde te onderzoeken van ondersteuning van het volledige gezin (systeem, ook broertjes en zusjes). Een van de ouders zou het prettig hebben gevonden om te worden begeleid in de verwerking van de andere kinderen binnen haar gezin.
- In de gesprekken met patiënten is 2 x de wens uitgesproken om te worden voorgelicht door een ervaringsdeskundige die al veel verder was in het traject. "Wat mag je verwachten tijdens het traject en hoe ben jij daar mee omgegaan."
- Informatieveiligheid Managementsysteem meer in lijn brengen met de opzet van het KMS? De PDCA-cyclus hanteren volgens het KMS, en prioriteit aanbrengen n.a.v. risicoanalyses.
- Convenant Medische Technologie goed verder uitgewerkt. Ook hier kan de benadering in risico's en kansen prioriteit geven in training/ instructie, en aanschafdossiers? Het gaat niet altijd erom dat alles is vastgelegd, maar vaker of geconstateerde risico's zijn ingeschat, en voorzien van adequate maatregelen (passend bij het geconstateerde risico).

Auditbevindingen en mate van overeenstemming met de norm

Aantal non-conformities	0
Aantal Categorie 1 (Major) non-conformities:	0
Aantal Categorie 2 (Minor) non-conformities:	1
Aantal Observaties	4
Aantal aanbevelingen ter verbetering	11
De status van de corrigerende maatregelen n.a.v. non-conformities van de voorgaande audit is beoordeeld.	
Aantal nog niet afgesloten non-conformities van voorgaande audits	0

Opmerkingen:

- 1) Verdere details van non-conformities en observaties zijn opgenomen in de bijlage Overzicht Auditbevindingen
- 2) Zie definities van bevindingen in bijlage B.

Conclusie

- De belangrijkste auditdoelstellingen zijn bereikt en het auditplan is zonder essentiële wijzigingen uitgevoerd.
- In de eindbespreking zijn de belangrijkste bevindingen gepresenteerd, besproken en overeengekomen.
- Afgezien van de non-conformities als opgenomen in het 'Overzicht Auditbevindingen', is het managementsysteem beoordeeld als zijnde effectief en in overeenstemming met de norm(en).
- De organisatie dient alle noodzakelijke herstel- en corrigerende maatregelen te nemen als geïndiceerd door de non-conformities. Zie de bijlage 'Definities van bevindingen en opvolging van non-conformities'
- Op non-conformities dient de organisatie te reageren binnen 13 weken na de laatste auditdag: Voor 5 oktober 2018. Zie ook de bijlage 'Definities van bevindingen en opvolging van non-conformities'. Er wordt aanbevolen om observaties op gelijke wijze te behandelen als non-conformities.
- De certificaten blijven geldig onder de voorwaarde dat op adequate wijze op geïdentificeerde non-conformities wordt gereageerd.
- Een vervolg audit kan worden uitgevoerd op basis van de beoordeling van de toegestuurde documentatie aan de Lead Auditor.
- De juistheid van de certificatie scope (en grenzen) zijn beoordeeld middels verificatie van aspecten zoals de organisatiestructuur, site(s), processen en producten/diensten. De conclusie is dat de certificatie scope (en grenzen) als passend zijn beoordeeld.
- Tijdens de audit zijn er geen belangrijke zaken naar voren gekomen die van invloed zijn op het auditprogramma (PAP) voor de huidige certificatie cyclus.
- Gebaseerd op de beoordeling van de status van relevante factoren zoals het aantal medewerkers, geografische ligging van de locaties, processen en producten en het niveau van de complexiteit van de organisatie, is de conclusie dat er geen aanpassing van de audittijd benodigd is.
- Gebaseerd op de evaluatie van het hoofdkantoor aangaande het vermogen en de bevoegdheid om controle uit te oefenen over alle locaties met betrekking tot de centrale elementen van het managementsysteem, komt de organisatie in aanmerking voor een auditbenadering op basis van een steekproefmethodiek.

Volgende audit

Voorgestelde datum: 01-jul-2019

Aandachtsgebied (aanbevolen):

- Risk Controller > integrale risicobenadering vanaf strategisch niveau

Bijlage A - Verklaringen auditor

Beoordeelde normelementen	Bewijs en resultaat
<p>Effectiviteit van processen inzake systeembeoordeling en interne audits.</p>	<p>De directiebeoordeling 2018/ evaluatie kwaliteitsorganisatie 2017 d.d. 04-2018 en bijbehorende documentatie zijn beoordeeld. Daarbij zijn geen non-conformities vastgesteld ten opzichte van de eisen van de norm.</p> <p>Directiebeoordeling: opgenomen in tertiair rapportage > rapportage kwaliteit en veiligheid tertiair 1-2018 d.d. 04-2018 + directiebeoordeling 2018/ evaluatie kwaliteitsorganisatie 2017 d.d. 04-2018</p> <p>Directiebeoordeling zou zich kunnen beperken tot conclusies en aanbevelingen, zoals voorkomend in het huidige. Het hangt echter van de verwachtingen van externe stakeholders af hoe de beoordeling eruitziet, dus dat is uiteindelijk bepalend. (ATV)</p> <p>Het schema/overzicht voor interne audits en de gegevens van uitgevoerde audits zijn beoordeeld. Daarbij zijn geen non-conformities vastgesteld ten opzichte van de eisen van de norm.</p> <p>Gezien:</p> <p>Planning interne audit gebaseerd op kritische processen > medicatie, inf. Prev, BMZ, veiligheid app., AVG > Basisplanning 2018 + 3-jaarcyclus. Audits worden gecombineerd met veiligheidsronden</p> <p>Verslagen: VR&A Cardio > CTD beheer apparatuur + overzicht in I-task actueel > Voldoet</p> <p>Overweeg of (onderdelen van) thema's / risico's uit de kaderbrief ook in audits meegenomen moeten / kunnen worden (ATV)</p>
<p>Effectiviteit van het behandelen van klachten van klanten en/of andere</p>	<p>De klachten die in het afgelopen jaar zijn geregistreerd en bijbehorende gegevens met betrekking tot uitgevoerde correcties en</p>

<p>belanghebbenden, met inbegrip van de effectiviteit implementatie van corrigerende maatregelen.</p>	<p>corrigerende maatregelen zijn beoordeeld. Daarbij zijn geen non-conformities vastgesteld ten opzichte van de eisen van de norm.</p> <p>Klachten in directiebeoordeling uitgewerkt incl. afhandeling en analyse > voldoet</p>
<p>De managementsysteemdocumentatie wordt bijgehouden en reflecteert veranderingen in de organisatie.</p>	<p>Sinds de vorige audit is de documentatie van het managementsysteem bijgewerkt naar aanleiding van belangrijke veranderingen in de organisatie. Representatieve voorbeelden van nieuwe en herziene processen/procedures zijn beoordeeld. De bijgewerkte informatie sluit voldoende aan bij de veranderingen.</p> <p>Gezien:</p> <p>Onderdeel van rapportage in Tertiaalrapportage Gezien Exceloverzicht Q4 2017 en Q1 2018</p> <p>I-Prova overzicht documenten + rapportage in Q4 2017 en Q1 2018</p> <p>Zicht op trends en feitelijke tekortkomingen > voldoet.</p>
<p>De voortgang van geplande activiteiten en doelstellingen wordt gemonitord door het management teneinde continue verbetering te bewerkstelligen.</p>	<p>Op basis van controle van gegevens en interviews met relevante leidinggevenden zijn er geen non-conformities vastgesteld ten opzichte van de eisen van de norm.</p> <p>Gezien:</p> <p>Jaarplan Adelante 31-05-2018</p> <p>Corrigerende maatregel n.a.v. 2018 > harmonisatie/ uitlijning jaarplannen. (Presentatie Q4 2017)</p> <p>Omgevingsanalyse 2019 d.d. 04-2018 + voorbereiding herijking analyse 2016</p> <p>Samenvatting input voor kaderbrief d.d. 05-2018</p> <p>Kaderbrief 2019 d.d. 06-2018</p>

	<p>Verbeteroverzicht I-task > dashboard managementinformatie voor 1e en 2e echelon > nu alleen nog status verbetermaatregelen.</p> <p>Voldoet.</p>
<p>Effectiviteit van het managementsysteem inz. het bewerkstelligen dat wordt voldaan aan wet- en regelgeving, alsmede aan contractuele verplichtingen.</p>	<p>Uit de audit zijn geen non-conformities naar voren gekomen met betrekking tot de naleving van toepasselijke wettelijke en contractuele eisen.</p> <p>Gezien: Tertiaal 1 2018 A&C d.d. 06-2018 I-Task verbeteroverzicht alle afdelingen o.a. VIM meldingen ></p> <p>Voldoet.</p>
<p>Certificatiebeeldmerken worden, indien van toepassing, gebruikt volgens de richtlijnen.</p>	<p>De klant maakt momenteel geen gebruik van certificatiebeeldmerken.</p>
<p>Extra voor multi-site certificatie gebaseerd op een steekproefmethodiek:</p> <p>Effectiviteit van het hoofdkantoor aangaande het vermogen en de bevoegdheid om belangrijke gegevens van alle locaties te verzamelen en analyseren en het nemen van de passende maatregelen wanneer dit nodig is.</p>	<p>De volgende belangrijke onderdelen zijn beoordeeld om een uitspraak te kunnen doen over de bevoegdheid en het vermogen van het hoofdkantoor om effectieve controle uit te oefenen: wijzigingen in het managementsysteem, directiebeoordeling, klachten, evaluatie van corrigerende maatregelen, planning van interne audits en evaluatie van de uitkomsten, wijzigingen in risico's/aspecten en de gevolgen daarvan voor het managementsysteem (QES) en andere wettelijke eisen.</p> <p>De volgende gegevens zijn beoordeeld:</p> <p>Zie Interne audits en Directiebeoordeling</p> <p>Klachtenopvolging (directiebeoordeling)</p> <p>Tertiair rapportage A&C, FB,</p> <p>Overzicht maatregelen bij Interne Audits, en bij diverse projecten (AVG 2017)</p> <p>Calamiteitenrapportage Adelante 2017 > 819 VIM / 3 analyse / 0 calamiteiten</p>

Interne audit planning 2018-2020 + gerelateerde documenten

I-Task verbeteroverzicht alle afdelingen o.a. VIM meldingen >

I-Prova overzicht documenten + rapportage in Q4 2017 en Q1 2018

Daarbij is aangetoond dat er sprake is van voldoende controle en er zijn geen non-conformities vastgesteld.

- of -

Daarbij is aangetoond dat er sprake is van voldoende controle, behoudens voor wat betreft de bevindingen die zijn vermeld in het Overzicht Auditbevindingen (List of Findings).

- of -

Daarbij kon niet worden aangetoond dat er sprake is van voldoende controle voor wat betreft alle beoordeelde onderdelen. Zie de gerapporteerde non-conformities in het Overzicht Auditbevindingen (List of Findings).

Bijlage B - Het opvolgen van non-conformities

Definities van bevindingen

Major non-conformity (Categorie 1):

Een non-conformity die invloed heeft op het vermogen van het managementsysteem om de beoogde resultaten te bereiken.

Non-conformities kunnen worden aangemerkt als major in de volgende omstandigheden:

- Als er significante twijfel is over een effectieve implementatie van proces controle of onvoldoende borging dat het product of de dienstverlening zal voldoen aan de eisen.
- Meerdere categorie 2 non-conformities m.b.t. een norm-eis of probleem waarvan is vastgesteld dat een doeltreffende implementatie binnen het managementsysteem ontbreekt.

Minor non-conformity (Categorie 2):

Een non-conformity die geen invloed heeft op het vermogen van het managementsysteem om de beoogde resultaten te bereiken.

Observatie

Een observatie is in zichzelf niet een tekortkoming, maar kan wel duiden op een mogelijk toekomstige tekortkoming indien de situatie te weinig aandacht krijgt; een observatie kan ook betrekking hebben op een situatie waarbij geen passend bewijsmateriaal wordt gevonden om de vaststelling van een tekortkoming te ondersteunen

Aanbevelingen ter verbetering

Aanbevelingen ter verbetering hebben betrekking op gebieden en/of processen waar mogelijk wordt voldaan aan - minimum - normeisen, maar waar verbetering mogelijk is.

Het opvolgen van non-conformities

De termijn om te reageren op NC's is maximaal 90 dagen. Binnen deze periode wordt het volgende verwacht van de organisatie:

- Onmiddellijke herstelmaatregel om de tekortkoming als zodanig op te heffen (indien van toepassing bij de NC)
- Het uitvoeren van een oorzaakanalyse om corrigerende maatregelen vast te stellen om het opnieuw optreden van de tekortkoming te voorkomen

- Het implementeren van corrigerende maatregelen en het verifiëren van de doeltreffendheid van deze maatregelen
- Het rapporteren aan DNV GL's Team Leader, middels het daarvoor bestemde onderdeel van de bijlage Overzicht Auditbevindingen, met daarbij gevoegd evt. relevante ondersteunende documentatie (indien van toepassing).

Binnen de gestelde tijd voordat en voordat een certificaat kan worden toegekend, dient aan de volgende voorwaarden te worden voldaan:

- Major non-conformities: Bewijs van oorzaakanalyse en doeltreffende implementatie van herstel- en corrigerende maatregelen wordt verstrekt.
- Minor non-conformities: De preferente en normale werkwijze is identiek aan die bij Major NC's. DNV GL's Team Leader kan voor zekere NC's besluiten een plan van aanpak te accepteren voor het implementeren vastgestelde corrigerende maatregelen. De feitelijke uitvoering van geplande maatregelen wordt uiterlijk bij de eerstvolgende audit geverifieerd.

De reactietermijn in geval van hercertificatie

Indien het bestaande certificaat expireert binnen de maximale termijn van 90 dagen, wordt een kortere reactietermijn vastgesteld opdat vóór de vervaldatum een geëigende opvolging en certificaatvernieuwing kan plaatsvinden. Met deze werkwijze wordt continuïteit van geldigheid van het certificaat zeker gesteld. Als de vervaldatum wordt overschreden zonder het proces van opvolging is afgerond, mag het bestaande certificaat niet worden verlengd en wordt het certificaat beschouwd als zijnde geschorst tot het moment dat het certificaat wordt vernieuwd. De 'gecertificeerd sinds' datum komt dan te vervallen.

Er is geen verplichting tot het uitvoeren van onderzoek of het formeel reageren op Observaties. Niettemin, in het belang van een doeltreffend en doelmatig audit- en certificatieproces beveelt DNV GL aan ook om Observaties op gelijke wijze te behandelen als NC's.

Normaliter voert DNV GL ter plaatse een follow up-audit indien sprake is van bij Major NC's. Bij Minor NC's vindt follow up in de regel op afstand plaats, in de vorm van een bureauverificatie op aangeleverde documentatie; indien noodzakelijk geacht wordt hiervan afgeweken.

Een onvoldoende reactie op NC's of een onvoldoende uitvoeren van corrigerende maatregelen kunnen aanleiding zijn tot het schorsen of intrekken van een certificaat.

ViewPoint

ViewPoint is ons klantenpanel waarin meer dan 10.000 klanten zijn vertegenwoordigd uit alle delen van de wereld. De leden van dit panel geven ons via enquêtes hun mening en delen met ons hun inzichten over actuele onderwerpen die betrekking hebben op certificering en duurzame bedrijfsvoering in hun sector.

Deelname is gratis en alle leden van het ViewPoint-panel hebben volledige toegang tot de gegevens en rapporten die op deze enquêtes zijn gebaseerd. Daarnaast profiteren leden van netwerkkansen en toegang tot eLearning-modules. Ook ontvangen zij regelmatig uitnodigingen voor webinars, online forums en nog veel meer.

Wilt u lid worden?

Meld u dan hier aan: <http://www.dnvgviewpoint.com/register>

Bekijk ook onze blog op goingsustainable.com