

HACCP Audit Rapport



Audit type	Rapport
<input checked="" type="checkbox"/> Initiële certificatie (IA) <input type="checkbox"/> Hercertificatie (RA) <input checked="" type="checkbox"/> Surveillance audit (SA) n°5	<input type="checkbox"/> Aanvullende audit (CAA) <input type="checkbox"/> Vooronderzoek <input type="checkbox"/> Scope uitbreiding
	<input checked="" type="checkbox"/> Fase 1 (IA-RA)/ <i>past performance</i> <input checked="" type="checkbox"/> Fase 2 (IA-RA)/ <i>past performance</i> <input type="checkbox"/> Voorlopig rapport <input checked="" type="checkbox"/> Definitief rapport <input checked="" type="checkbox"/> Beoordeeld

1. AUDITEE

Organisatie:	Alerimus	Kiwa Nederland B.V.
Contact:	Dhr. A. Hahn	Sir Winston Churchillaan 273 Postbus 70 2280 AB RIJSWIJK
Adres:	Locatie Buitensluis Bernardstraat 25 Numansdorp Locatie Het buiten v.d. Open Waard, Polderlaan 5-7 3261 ZA Oud-Beijerland	Tel. 088 998 44 00 Info@kiwa.nl www.kiwa.nl
Tel:	0186-659659	
Fax:	0186-654940	
E-mail:	ahahn@alerimus.nl	
Aantal vestigingen:	2	
Aantal werknemers: (FTE)	Ca 100	Uitvoerend onderdeel: Kiwa – CMR Laan van Vollenhove 3229 3706 AR Zeist

2. AUDIT TEAM

Lead Auditor: IA fase I.	A.S.J. van der Salm
Auditor: IA fase I.	M. Vonk
Expert bij fase I.	A.S.J. van der Salm/M. Vonk
Lead Auditor: IA fase II.	A.S.J. van der Salm
Auditor: IA fase II.	M. Vonk
Expert bij fase II.	A.S.J. van der Salm/M. Vonk
Lead Auditor: SA 1.	A.S.J. van der Salm
Auditor: SA 1.	
Expert bij SA 1.	A.S.J. van der Salm
Lead Auditor: SA 2.	A.S.J. van der Salm
Auditor: SA 2.	
Expert bij SA 2.	A.S.J. van der Salm
Lead Auditor: SA 3.	
Auditor: SA 3.	
Expert bij SA 3.	
Lead Auditor: SA 4.	
Auditor: SA 4.	
Expert bij SA 4.	
Lead Auditor: SA 5.	
Auditor: SA 5.	
Expert: bij SA 5.	
Lead Auditor: Follow up.	
Auditor: Follow up.	
Expert: Follow up.	

Postbus 594, 3700 AN Zeist
+31(0)30 694 18 00
Info&co-more.nl

3. AUDIT DOELSTELLINGEN

De doelstellingen van deze audit zijn:

- Het kwaliteitsmanagementsysteem en het kwaliteitshandboek overeenkomen met de eisen van de Norm HACCP juni 2016 en de vastgestelde reikwijdte van de scope (zie hieronder benoemd);
- Het managementsysteem voldoende is geïmplementeerd om te bewerkstelligen dat de klant voldoet aan de eisen uit van toepassing zijnde wet- en regelgeving en contractuele eisen,
- de gedefinieerde processen en documentatie van het door de klant ontwikkelde managementsysteem aantoonbaar zijn geïmplementeerd.
- het kwaliteitsmanagementsysteem doeltreffend functioneert en continue verbetert;
- de wijze van uitvoer van de werkzaamheden overeenkomt met de beschrijving hiervan in het kwaliteitshandboek.
- Daarnaast wordt er gekeken welke mogelijkheden er zijn om te verbeteren.
- Indien van toepassing: aan de Multi Site/ meerdere locaties voorwaarden voldaan wordt.

Doelstellingen in geval van fase 1 audit: * Conform ISO-TS22003:2013, 9.2.3.1.x:
9.2.3.1.1 ISO/IEC 17021:2011, 9.2.3.1.1, (voor beide is de Engelse versie leidend)
Van toepassing;

9.2.3.1.2 **De doelen van de fase 1 audit** zijn er om de planning van fase 2 vast te stellen middels het begrijpen en doorgronden van het FSMS van de organisatie en vast te stellen of de organisatie klaar is voor fase 2. Om dit te bereiken worden A t/m H geïdentificeerd/ geïmplementeerd/ geëvalueerd/ gevalideerd:

- A) PRP op het bedrijf van toepassing;
- B) identificeren/ analyse van de risico's en beheersmaatregelen;
- C) relevante wetgeving op het gebied van voedselveiligheid;
- D) voedselveiligheidsbeleid bereiken;
- E) FSMS implementatie programma onderbouwt de voortgang van de audit (fase 2);
- F) validatie van corrigerende maatregelen, verificatie van activiteiten en verbeter programma's volgens de eisen van de FSMS standaard;
- G) FSMS documenten en bepalingen zijn geïmplementeerd t.b.v. de interne communicatie en met relevante leveranciers, klanten en betrokken partijen, en;
- H) alle additionele documenten welke gereviewed dienen te worden en/ of informatie wat vooraf verkregen moet worden.

4. SCOPE VAN DE AUDIT

De documentatie en de implementatie van het voedselveiligheidssysteem zijn beoordeeld volgens:

Richtlijnen:	Kiwa Reglement voor Systeemcertificatie 2014
	Reglement Geschillencommissie: 2014
Logo's	Het gebruik van logo's voldoet aan het reglement. <input checked="" type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> Nee
Contract nr:	Xxxx, d.d.
calculatie	Xxx, d.d.
Norm:	HACCP Criteria CCvD v5.1 2016
Certificaat nr	
Valid until	

RvA-scope	Scope
E	Het bereiden van maaltijden voor bewoners, het seniorenrestaurant en extern wonende ouderen

De documentatie van het HACCP systeem is beschreven in het HACCP handboek versie d.d. 15-02-17

Conform:
ISO 22003:

2013	(2007)	
AI/ AII	A	Primaire sector (veehouderij)
BI/ BII	B	Primaire sector (land en tuinbouwproducten)
CI	C	Voedingsmiddelen verwerkende industrie 1 (bederfelijke dierlijke producten, inclusief alle ver- en bewerkingen na de primaire productie b.v. slachten)
CII	D	Voedingsmiddelen verwerkende industrie 2 (bederfelijke land- en tuinbouwproducten)
CIII		Combinatie CI & CII
CIV	E	Voedingsmiddelen verwerkende industrie 3. (Be- en verwerking van producten met een lang houdbaarheid bij kamertemperatuur)
E	G	Catering
FI/ FII	H	Distributie
GI/ GII	J	Transport en opslag
K	L	(Bio)chemische productie

Bij de uitvoering van de audit zal de planning worden aangehouden. Indien de omstandigheden hiertoe aanleiding geven, kan in onderling overleg van deze planning worden afgeweken.

Bij deze audit is een steekproef van de organisatie en zijn bedrijfsprocessen getoetst. De resultaten van deze audit zijn dus gebaseerd op een proces van het nemen van steekproeven van de beschikbare informatie.

In geval van Fase 1 worden na afloop de eventuele aandachtsgebieden gerapporteerd welke kunnen leiden tot tekortkomingen gedurende Fase 2. De gerapporteerde aandachtsgebieden zijn weergegeven in de audit matrix 7.3

Geïntegreerde audit;

Deze audit is wel/ niet uitgevoerd als geïntegreerde audit en in de tijdsbesteding is hiermee rekening gehouden.

5. GEBRUIKTE CODERING

C Conform.

Ma Major non-conformiteit

Mi Minor non-conformiteit

Ma & Mi: Het systeem voldoet niet aan de eisen van de norm. Een corrigerende actie is noodzakelijk en moet binnen max. 3 maanden zijn afgehandeld. Een aanvullend onderzoek kan noodzakelijk zijn (verplicht bij Ma). Indien de non-conformiteit niet binnen de gestelde tijd is afgesloten, kan het certificaat niet worden verleend of in gevaar komen. De non-conformiteiten worden volledig beschreven in het Corrective Action Request in de bijlage.

NA Not applicable

NE Not evaluated

6. FASE 1: BEOORDELING VAN DE DOCUMENTATIE (INDIEN VAN TOEPASSING)

6.1 Bevindingen

Zie bevindingen in § 7.4

Na de fase 1 audit (beoordeling van de documentatie):

- Een fase 1 beoordeling is op basis van de past performance review niet noodzakelijk. Voor de volledig en vanwege het rapportage format zijn bij hoofdstuk 6 wel de conclusies aangegeven. Dat wil zeggen; er zijn geen significante veranderingen of afwijkingen geconstateerd waardoor er aanleiding is om de fase 1 opnieuw uit te voeren. Deze regel is ook van toepassing wanneer voor de past performance review de auditresultaten zijn gebruikt van de voorgaande voedselveiligheidsaudits.
- Zijn aandachtsgebieden geconstateerd. Deze moeten zijn afgesloten, voordat met fase 2 (verificatie van implementatie) kan worden aanvangen. Kiwa beoordeelt de herstel maatregelen n.a.v. deze aandachtsgebieden tijdens een extra bezoek op ...
- Zijn aandachtsgebieden geconstateerd, maar de voortzetting met fase 2 wordt niet belemmerd (Alleen in geval van "aandachtsgebieden" overeenkomstig met de categorie "minor non-conformities").

Aantal aandachtsgebieden:

- Categorie Major: X
- Categorie Minor: X

- Geen Aandachtspunten vastgesteld.

6.2 Conclusies van fase 1 (zie ook auditdoelstellingen H3)

- De genomen corrigerende maatregelen met betrekking tot de bij fase 1 vastgestelde aandachtspunten zijn voldoende om met fase 2 (verificatie van de implementatie) verder te gaan.
- De genomen corrigerende maatregelen met betrekking tot de bij fase 1 vastgestelde Aandachtspunten zijn onvoldoende om met fase 2 (verificatie van de implementatie) verder te gaan.
- De bevindingen vastgesteld tijdens fase 1 belemmeren niet de voortzetting met fase 2 (verificatie van de implementatie).
- Geen corrigerende maatregel was nodig na de fase 1 audit. Vervolgen met de fase 2 audit.

6.3 Conclusies van de past performance (indien van toepassing)

Matrix 7.3 van de afgelopen 3 jaar:

.

7. DEFINITIEVE AUDIT BEVINDINGEN

Zie bevindingen in § 7.4

7.1 Effectiviteit van het Voedselveiligheidsbeheersysteem

7.1.1 *Volwassenheid, efficiëntie en continue verbetering van het systeem:*

systeem loopt en is de afgelopen jaren uitgegroeid tot een vaste basis

7.1.2 *Tijdens de audit zijn de volgende sterke punten vastgesteld:*

- Kleine flexibele organisatie wat het kwaliteitssysteem gebruikt om werkwijze en doelen vast te stellen en de organisatie naar een hoger plan te houden

7.1.3 *Tijdens de audit zijn de volgende mogelijkheden ter verbetering vastgesteld:*

- Kijk naar het analyseschema en moment van monsternamen (agar).
- Muur keuken begint te scheuren.
- Nieuwe methode van registreren (unipc) verder uitwerken o.a. aangeven welk soort vlees er gemeten wordt bij binnenkomst.

7.2 Non-conformiteiten

Deze non-conformiteiten zijn besproken met de Organisatie aan het eind van de audit.

Aantal Non-conformiteiten:

Major :0 (gedetailleerd in het Corrective Action Request n°X)

Minor : 0

De corrective action requests (CAR), waarin de non-conformiteiten gedetailleerd zijn opgenomen, zijn voorgelegd aan de organisatie tijdens de afsluiting. De directievertegenwoordiger van de Organisatie heeft de CAR's afgetekend.

7.3 Audit Matrix

§	HACCP CRITERIA	HER		SA1	SA2	SA3	SA4	SA5
		23-02-16 fase 1	24-02-16 fase 2	5 en 6-09-16	20 en 21-02-17			
5.1	DIRECTIE VERANTWOORDELIJKHEID	C		C	C			
5.2	PRODUCT INFORMATIE	C		C	C			
5.3	PROCES INFORMATIE	C		C	C			
5.4	PRP	C		C	C			
5.5	HAZARD ANALYSIS	MI		C	C			
5.6	BEHEERSMAATREGELEN	C		C	C			
5.7	PARAMETERS & KRITISCHE GRENZEN	C		C	C			
5.8	BEWAKEN & METEN	MI		MI	C			
5.9	CORRECTIVE ACTIES	C		C	C			
5.10	VALIDATIE	C		C	C			
5.11	VERIFICATIE	C		C	C			
5.12	DOCUMENTATIE & VERSLAGEN	MI		C	C			

Beoordeling

Datum	Datum					
Naam & Handtekening Beoordelaar						
	Naam reviewer					

7.4 Algemene bevindingen en opmerkingen

De opmerkingen zijn bedoeld voor de organisatie als mogelijkheden ter verbetering of als noodzaak voor een corrigerende/preventieve actie zodat voorkomen wordt dat de opmerking uitgroeit tot een non-conformiteit bij de volgende audit.

§	HACCP CRITERIA		BEVINDINGEN
5.1	DIRECTIE VERANT- WOORDELIJKHEID	<ul style="list-style-type: none"> - Beleid - Scope - Taken - Verant. - Bevoegdheden - HACCP Team - Middelen - Voorzieningen - Directie Beoord. 	<p>IA1 Het bedrijf heeft 2 locaties een in Numansdorp en een in Oud-Beijerland. Laatste locatie staat op het punt verplaatst te worden naar een tijdelijke locatie. De bestaande machines zijn up to date en geschikt voor de doeleinden. De reikwijdte van het systeem is opgenomen onder 1.00 beleidsverklaring, Doelen komende jaren: Nieuwbouw en invulling daarvan Decentraal koken centraal waarbij de kok meer een ondersteunende functie krijgt. Opleiding medewerkers De directieverklaring & -verantwoordelijkheid zijn opgenomen in het handboek en opgenomen onder 1.05. en getekend op - 27-02-15. Doelstellingen HACCP 2.01 rev 02 18-02-16 waarin o.a. kwaliteitsbeleid, verantwoordelijkheid doelgroep ouderen en medewerkers Beleidsverklaring is aanwezig en van 27-2-15 en heeft als doel het bereiden van maaltijden die veilig genuttigd kunnen worden. De functieomschrijvingen zijn aanwezig o.a. die van Kwaliteitsbeheerder DP 22 REV 1 coördinator, DP 28 hoofdvoedingsdienst DP 29 Leidinggevende kok, DP 30 Kok, DP 56 Hoofd frontoffice Het HACCP-team is niet gewijzigd en benoemd in HACCP 1.05 en bestaat uit Hoofd kwaliteitsdienst, Hoofd Frontoffice, Hoofd voedingsdienst, Kok locatie Open Waard en Buitensluis. Overleg is periodiek HACCP team is bij elkaar geweest op 26-1-16 waarin o.a. scholing en verhuizing besproken zijn. Validatieteam HACCP 2.09 rev 06 Teamleider technische dienst, Hoofd Frontoffice, Hoofd voedingsdienst, Kok locatie Open Waard en Buitensluis en kwaliteitscoördinator Het organigram is weergegeven in HACCP 2.03 rev 06 organisatiestructuur keuken (12-11-15) Een opleidingsplan 2016 is aanwezig en stroomschema 2.06 beschrijving van het proces/ plattegronden op der 1.08 en 1.09 plattegrond looplijnen Open Waard en de Buitensluis zijn aangetroffen in het handboek. De directiebeoordeling wordt 1x per jaar uitgevoerd. De doelstelling is o.a. continuïteit, nieuwbouw en oriëntatie/ontwikkelen nieuwe manieren van koken. Doelstellingen HACCP algemeen zijn: Geen vreemde voorwerpen Microbiologische kwaliteit zodanig geen gevaar voedselveiligheid Geen residuen die schadelijk zijn voor volksgezondheid Informatie verschaffen richting cliënt betreffende allergenen.</p>
			<p>IA2 Geen wijzigingen t.a.v. het beleid: De bewoners gasten en afnemers van (uitbreng) maaltijden moeten verzekerd zijn van maaltijden die voldoen aan de hoogste kwaliteitseisen. De verbouw van de open waard is gestart in maart zal de keuken verhuizen naar een tijdelijke prefab onderkomen, (gedurende 1 week gebeurd de maaltijdvoorziening vanuit de buiten sluis). Het systeem van bereiden en distributie van maaltijden heeft geen noemenswaardige wijzigingen ondergaan. Er wordt overwogen koelvers en maaltijden i.s.m. de plus markt te gaan opzetten, hierbij moet echter wel rekening gehouden worden met een juiste ingrediënten declaratie. De huidige ingrediënten lijst in het AMS kloppen niet. (vernoemen van merknamen e.d.)</p>
			<p>SA1 Beleid is begin 2016 ingezet en sindsdien niet veranderd. Doelen langere termijn zijn nog steeds decentraal koken, koken op maat en commercieel werken. Laatste begint vorm te krijgen daar men nu ook voor convent kookt Het on demand koken is momenteel in de ijskast geplaatst en er zal t.z.t nieuw onderzoek naar gedaan worden. Momenteel loopt er een pilot met decentraal koken wekelijks wordt dit geëvalueerd (huiskamer koken) HACCP team is niet veranderd gezien notulen van 29-8-16 waarin o.a. de keuken van het Buiten horren geplaatst en 26-08 armaturen in keuken het nieuwe buiten gevallen. Organogram keukens is aangepast op 23-2-16 en up to date. Pilot huiskamer koken loopt en periodiek is het een evaluatie over. Gezien notulen van 18-8-16 voorbereidende vergadering met actielijst. Start project 20-08 patat is om de week en s' middags koken i.p.v. s' avonds.</p>

§	HACCP CRITERIA		BEVINDINGEN
			<p>SA2 HACCP team is niet veranderd. Organogram is veranderd maar niet inzake keuken of hieraan gelieerde functies. Beleid komend jaar is ingezet en omvat de volgende doelen voor komende jaren: Doelen: Huiskamer koken Keuken OW weg bij nieuwbouw dit integreren bij keuken BS Eventuele aanpassingen keuken BS Vraaggestuurd koken (on demand) Decentraal koken (huiskamer) Overleg HACCP team volgens schema uitgevoerd. Gezien notulen 15-2-17 waarbij een deel van het handboek is geverifieerd op veranderingen. Werkoverleg is periodiek ook met keukenlocaties onderling. Gezien overleg week 8 waarin het menu is doorgenomen.</p> <p>SA3</p> <p>SA4</p> <p>SA5</p>
5.2	PRODUCT INFORMATIE	<ul style="list-style-type: none"> - Product Eigensch. - Voorgenomen gebr. - Traceerbaarheid 	<p>IA1 Van de geproduceerde producten zijn ingrediënten specificaties aanwezig, deze specificaties zijn ingevoerd in het AMS systeem de producten worden op deze manier conform de specificaties/receptuur gemaakt. Binnen het bedrijf is een recall procedure aanwezig, deze is bekeken en akkoord bevonden.</p> <p>IA2 Er zijn geen wijzigingen in de producten en of bereidingen, de beide keukens produceren maaltijden voor interne en externe verzorging. Maaltijden worden per dag vers bereid, en grondstoffen worden per dag vers aangeleverd door de groothandel. In het AMS systeem zijn alle allergenen nu ingevoerd en systeem loopt goed. Systeem dient door de medewerkers zelf gevoed te worden. Gezien erwtensoep d.d. 23-02-2016 klanten informatie uitgedraaid waarin allergenen selderij en wortel. Recall is uitgevoerd op 14-7-15 met bonen alles getraceerd. Test is goed verlopen geen extra recall test uitgevoerd tot op heden. Op het moment van de audit wordt er overwogen over te stappen naar een andere chemicaliën/schoonmaakmiddelen leverancier. Tane veiligheidsbladen zijn aanwezig (schoonmaakmiddelen)</p> <p>SA1 Test recall is uitgevoerd op 22-8-16 met appel-kaneel(Zuivelhoeve). Er waren er 36 binnengekomen waarvan er 35 uitgeleverd waren en 1 op voorraad. Recall is goed verlopen alles was binnen de 2 uur terug getraceerd. Allergenen zijn in kaart gebracht en ondergebracht in het AMS systeem. Gezien onder andere specificatie van bruine bonensoep waarin o.a. melk, soja, gluten selderij en wortelen. Enquête huiskamer wordt periodiek uitgevoerd gezien deze van 2-9-16 17x ingevuld score 7,5 geen bijzonderheden.</p> <p>SA2 Test recall is augustus 2016 geweest en deze was goed. Allergenen worden nog steeds via het AMS systeem aangegeven. Leveranciersbeoordeling is geweest op 23-1-17 geen bijzonderheden.</p> <p>SA3</p> <p>SA4</p> <p>SA5</p>
5.3	PROCES INFORMATIE	<ul style="list-style-type: none"> - Stroomdiagrammen - Layout 	<p>IA1 Processchema van keuken HACCP 2.06 rev 4 beschrijving proces 12-5-11 is opgenomen in het handboek. De plattegrond is opgenomen in het handboek HACCP 1.08 van 24-07-2013. In hoofdstuk 3 zijn diverse formulieren en procedures opgenomen ter beheersing van het proces in o.a. 3.02 bestellen en ontvangst goederen, 3.03 opslag goederen en 3.10 uitbrengmaaltijden is dit weergegeven</p>

§	HACCP CRITERIA		BEVINDINGEN
		- Beheersing, verificatie	<p>IA2 Geen veranderingen geweest in Lay out en stroomschema's. Geen ongeïdentificeerde producten geconstateerd tijdens de rondgang op beide vestigingen. Alle producten zijn geïdentificeerd en op de producten die gereed zijn is een dag sticker aangebracht. O.a. gezien gewelde pruimen di -23-02-2016. De laatste controles van Micro analyse Zeeland 17-03-2015 De laatste hygiëne controles zijn van 17-03-2015 en 03-2014. Alle controles zijn conform de normen. Eventuele acties te nemen n.a.v. de matige analyses zijn duidelijk en conform. Het HACCP team komt iedere 3 maanden (bij elkaar en voert dan een deel van de verificatie uit van het systeem).</p> <p>SA1 Buiten de verhuizing van de OW geen veranderingen in lay out geweest. Lay out OW is veranderd door de verhuizing naar de tijdelijke locatie. Routing is goed en aandachtspunten zijn via de bouwvergaderingen benoemd en uitgewerkt. Lay out is aangepast en stroomschema's gecontroleerd op veranderingen. Alles is goed opgevangen en aangepast. PRI voor backoffice is uitgevoerd op 4-8-16 3 punten uit voortgekomen aanmelding, leeftijd rijders en nieuwe mensen. Punten zullen opgepakt worden.</p> <p>SA2 Geen veranderingen in stroomschema's geweest en lay out is niet veranderd.</p> <p>SA3</p> <p>SA4</p> <p>SA5</p>
5.4	BASIS VOORWAARDENPROGRAMMA	- primaire productie - Inrichting - Procesbeheersing - Onderhoud - Pers. hygiëne - Transport - Product info. - Training	<p>IA1 Basisvoorwaardenprogramma HACCP 1.09 datum 16-01-15 is opgenomen in het handboek. Hierbij is aangegeven welke onderdelen niet van toepassing zijn. In het basisvoorwaardenprogramma is de verwijzing gemaakt naar de betreffende documenten. Een aantal onderdelen van het basisvoorwaardenprogramma is verder opgenomen in handboek (regels persoonlijke hygiëne HACCP 3.14, opleidingsplan, schoonmaken 3.12). Temp. beheersing op alle gebieden 2.08overzicht kritische en algemene beheerspunten opslag roulatie (FiFo) 3.03 opslag goederen in 3.14 is persoonlijke hygiëne weergegeven</p> <p>IA2 BVP (16-1-15) is niet veranderd. De gebouwen en infrastructuur zijn goed OW is verouderd maar er komt nieuwbouw. Onderhoud wordt periodiek uitgevoerd. kalibratie/ onderhoud van de koelinstallaties is onder andere geweest in juni 2015 door AA Koeltechniek. - ijsblokjesmachine keuken OW 19-11-2015 - keuken vriezer 19-11-2015 vriezer magazijn keuken OW 07-05-2015 ATK voert periodiek onderhoud uit. Onderhoud ow is uitgesteld tot de verhuizing. Als de apparatuur over gaat wordt alles nagekeken. Metos is geweest op 11-1-16 voor de rational Onderhoudsschema is aanwezig en wordt gevolgd. Aggregaat is onderhouden op 3 en 4-11-15 Kalibratie thermometer uni PC nr. 10141715 is geweest op 5-3-15. Op 7, 8 en 15 juli zijn loggers getest ook deze waren goed. Test thermometer OW nr. 37568414 is gekalibreerd op 7-8-15 certificaat met nr. 1506403 is aanwezig Opleiding is weergegeven in de directiebeoordeling. E-learning m.b.t. allergenen voor personeel is geweest in het voorjaar 2015. Hygiënerregels voedingsdienst worden ondertekent door tijdelijke medewerkers (taakstraf) gezien deze van r. V.d. voort Er wordt gewerkt met totalen per dag gezien component behoefte van 23-02-2016 Nadat alles voorbereid en gekookt is wordt in lijn de maaltijden uitgeschept aan de hand van bandkaarten. Veranderingen worden per mail doorgegeven aan de keuken. De corrosie van de wielen van de karren is weg/opgelost. T.a.v. specificatie beheer: alle actuele specificaties zijn beschikbaar via de websites van de leveranciers controle gedaan op de specificaties van Gehaktbal initieel mei 2009, revised 07-11-2014 Saucijs initieel mei 2009 revised 07-11-2014 Specificatie saté saus conimex i.v.m. ingrediënten declaratie in combinatie met allergenen programma bekeken</p>

§	HACCP CRITERIA	BEVINDINGEN
		<p>SA1 BVP is aangepast op de nieuwe locatie van de OW op 29-8-16. Infrastructuur van de nieuwe locatie is voldoende voor de tijd dat men in de andere locatie zit. Opleiding is er in de vorm van cursus veilig eten in kleine woonvormen dit gaat gevolgd worden door 40-50 mensen en is in de vorm van E-learning Kalibratie uni PC is geweest op 28-7-16. Onderhoud wordt consequent uitgevoerd Onderhoud BS is geweest op 9-6-16 en van de OW tijdens de verhuizing toen alle apparatuur verplaatst is. In de OW is men nog een aantal keer terug geweest omdat nog niet alles in orde was. ATK is op 1-9-16 geweest voor een storing aan de kleine ketel. AA op 1-4-16 onderhoud en CFK controle geweest. Logboek is aanwezig en up to date. Tijdens de rondgang geen afwijkingen in de koelketen geconstateerd OW vriezers beiden -20°C en koelcel 3,2°C. BS koelcel 2°C en vriezer -21,9°C. In de koelcellen geen ongemerkte produkten. Gezien o.a. abrikoos geopend 2-09 houdbaar tot 17-09</p> <p>SA2 BVP is niet veranderd afgelopen periode. In de keuken van de BS begint naast de koelcel een scheurtje in de muur te ontstaan. Kalibratie is geweest op 17-8-16. Onderhoud wordt volgens schema uitgevoerd planning is aanwezig. ATK voert het reguliere onderhoud rond juni uit. In december is er onderhoud geweest aan de rational en heeft verharen onderhoud gepleegd aan de mobiele vriezer van de OW. In mei is er in de open Waard regulier onderhoud. Logboek voor de koel/vries unit in de BS is aanwezig en ingevuld. Regulier onderhoud is gepland in maart. Rentokil is volgens schema geweest gezien o.a. bezoek van 25-11-16 in de OW doorvoer openingen sluiten ter voorkoming muizen on het pand. Laatste bezoek is geweest op 17-2-17. Soms zijn de detectiepunten moeilijk terug te vinden op de plattegrond. Tijdens de rondgang met diverse mensen gesproken en iedereen was goed op de hoogte van de werkzaamheden en verantwoordelijkheden. Koelketens werkten tijdens de rondgang naar behoren OW koelcel 3,0°C en vriezers -18°C en -19,6°C. In de BS was dat 2 °C en -21,4 °C. Geen ongemerkte produkten gezien tijdens rondgang pruimen (OW) binnen 19-2-17 houdbaar tot 2-3-17 abrikozen (BS) houdbaar tot 29-3-17.</p> <p>SA3</p> <p>SA4</p> <p>SA5</p>
5.5	HAZARD ANALYSIS - Gevaren analyse - Risico analyse	<p>IA1 De gevarenanalyse is uitgevoerd a.d.h.v. procedure 2.04 gevaren inventarisatie en risicoanalyse Versie 3. De antwoorden op de stappen zijn weergegeven bij het procesonderdeel. Er zijn algemene en specifieke maatregelen vastgesteld. Er zijn 8 CCP's te weten Ontvangst goederen, Opslag goederen, Produkt temp. voor portioneren, Frituurvet, Testmaaltijd, Uitbrengmaaltijden, Afwassen en Schoonmaken Mi-1 In de kans x ernst analyse ontbreekt een verklaring t.a.v. de gebruikt codering S1 t/m S 26, die blijkt afkomstig uit een HACCP softwarepakket maar de verklaring is niet in het systeem van Alerimus aanwezig.</p> <p>IA2 De vastgestelde gevaren komen overeen met praktijksituatie. De gevaren worden goed beheerst. Metingen worden frequent verricht om alles te onderbouwen (zie punt 5.6). Routes uitbrengmaaltijden zijn zodanig ingezet dat de maaltijden op de gewenste temperatuur blijven. Geen afwijkingen geweest in de metingen afgelopen periode (zie punt 5.6). Temperatuurmetingen van zowel koud als warm worden frequent uitgevoerd via de uni pc en de uitslag opgeslagen op de computer.</p> <p>SA1 Geen veranderingen geweest in analyse. CCP's worden onderbouwd met diverse metingen zie punt 5.6.</p> <p>SA2 Geen veranderingen geweest in analyse. CCP's worden onderbouwd met diverse metingen zie punt 5.6.</p> <p>SA3</p> <p>SA4</p> <p>SA5</p>

§	HACCP CRITERIA		BEVINDINGEN	
5.6	BEHEERSMAATRE- GELEN	<ul style="list-style-type: none"> - Specifiek - Algemeen 	IA1	Geen veranderingen in CCP's. De CCP's worden regelmatig gemonitord. Specifieke beheersmaatregelen overzicht is weergegeven in procedure 2.08 versie 4. De specifieke beheersmaatregelen zijn uitgewerkt in instructies. Het schoonmaakplan/schema is opgenomen in een instructie 3.12 schoonmaken. Alle afdelingen zijn opgenomen. Grondstoffen controle is weergegeven in instructie. 3.02. bestellen en ontvangst goederen. In 3.03 opslag is de wijze van opslag weergegeven. In hoofdstuk3 Instructie zijn alle CCP's meegenomen zodat alles goed beheersbaar is.
			IA2	Temperatuur produkten controle bij bereiding / uitscheppen en distribueren worden consequent bijgehouden middels de metingen met de uni pc. Vlees bereiding controle: 4 feb 93.5, 5 feb 90.2, 08 feb 92.8, controle van bereide soep: 4 feb 82.7 5 feb 86.7 08 feb 92.6 alle gemeten temperaturen zijn binnen de gestelde normen. Temperatuur controle bij distributie d.d. 16-02-2016 11.05h 71.7 °C 11.40 h 67.4 °C, binnen de gestelde normen.
			SA1	Controle temperaturen gebeurd periodiek middels metingen. Gezien o.a. meting kipfilet van keuken OW naar het praathuis. Weg 88,1 aankomst 86,8. 12-06 kipfilet van BS naar OW weg 86,1°C en aankomst 84,3°C CCP's worden gemonitord door metingen tijdens het proces. Gezien diverse metingen tijdens het proces van de afgelopen periode op beide locaties. 28-08 toetje 5,6°C, 9-08 vlees 91,5°C, 22-08 frituur 168,8°C, 26-05 frituur 170,2, 2-08 Kip 3,8°C. Au bainmarie wagen 94°C. Registratie transport 28-7-16 bij weggaan 84,9°C aankomst 78,4°C groente 81,3°C bij aankomst 76,4°C Uitbrengmaaltijd 5-4-16 11.00 uur 75,5°C 12.00 uur 61,8°C Interne maaltijdcontrole week 27 bij verlaten keuken maaltijd 87,3°C en dessert 1,2°C Terugkoelen maaltijden voor Convent op 23-5 maaltijd 88,5°C 2 uur later 3,2 °C op 1-8-16 vlees uit de pan 87,1°C 1,5 uur later 3,3°C
			SA2	Controles worden consequent uitgevoerd en bij overschrijding aangegeven wat de afwijking was. Gezien o.a. metingen uitbreng maaltijden van o.a. 13-10-16 start 11.00 uur 69,8°C stop om 12.05 60,1 °C en 14-2-17 start 11.00 uur 76,3 °C stop 13-05 uur 66,7 °C. Testen terugkoelen o.a. 17-1-17 15.15 uur start 72,34 °c en stop 15.49 uur 3,7°C. Metingen koelcel januari 2017 alle <2,9°C Vriezer -18,2 °C 1x 15,7°C. Metingen unipc afgelopen periode frituur 30-1-17 174,8°C en 14-12-16 174,5°C, 20-1-17 vlees 89,8°C 13-12-16 vlees binnenkomst 5,5°C 30-12-16 vers vlees binnenkomst 4,8°C, 20-12-16 soep 91,1 °C, 10-1-17 toetje 3,1°C en 19-1-17 vlees 89,3°C Au bain mariewagen was 99°C (OW)
			SA3	
			SA4	
			SA5	
5.7	PARAMETERS & KRITISCHE GRENZEN	<ul style="list-style-type: none"> - Product - Proces - Streefwaarden - Actiewaarden - Grenswaarden 	IA1	Er zijn 8 CCP's te weten Ontvangst goederen, Opslag goederen, Produkt temp. voor portioneren, Frituurvet, Testmaaltijd, Uitbrengmaaltijden, Afwassen en Schoonmaken. In het schema zijn de kritische grenzen aangegeven en vallen binnen de normen.
			IA2	Tijdens de audit van 23-02-2016 alle CCP's gecontroleerd, geen overschrijding van de norm geweest. Temperatuurbeheersing toetsbaar via dataloggers en uni pc meter, allergenen bewaakt via AMS software. Reiniging wordt volgens schema uitgevoerd en de lijsten consequent ingevuld geen overschrijdingen geweest. Machine bij afwassen is zodanig ingesteld dat dit geen problemen oplevert.
			SA1	Geen veranderingen in CCP's geweest. Geen overschrijdingen van de CCP's geweest Reiniging gaat volgens schema geen overschrijdingen geweest. Schoonmaaklijst wordt consequent ingevuld gezien o.a. deze van de OW van 1-4 september en deze was ingevuld. CCP's worden gemonitord door diverse metingen zie punt 5.6
			SA2	Geen veranderingen in CCP's geweest. Geen overschrijdingen van de CCP's geweest. Men is in de BS teruggegaan naar de oude leverancier van reinigingsmiddelen (Ecolab), dit beviel toch beter.
			SA3	
			SA4	
			SA5	

§	HACCP CRITERIA		BEVINDINGEN	
5.8	BEWAKEN & METEN	- Registraties	IA1	Er zijn in het handboek diversen registratieformulieren opgenomen. Microbiologische analyses worden periodiek uitgevoerd.
			IA2	Diverse registraties zijn beoordeeld en akkoord bevonden: Externe analyses; halfjaarlijks PCA, Salmonella, gisten&schimmels, E. coli, eiwit, vezel, as, vet, vocht. Normen en acties aantoonbaar en beheerst middels de rapportages akkoord. Jaarlijks vindt een hygiëne controle plaats middels adrukplaatjes door het externe laboratorium performance Open waard mag beter 20 % matig 20 % onvoldoende Rentokil ongediertebestrijding is geweest op 12-01-2016 en 08-01-2016 in de OW geen afwijkingen vastgesteld. Hygiëneronde 24-08-15 dagopvang en Meerzorg. Opmerking over de schoonmaaklijsten dit is opgepakt. Metingen koelkasten in de ruimtes van 15-9-15 waarbij 7 koelkasten verkeerd stonden dit is aangepast en bij de 2 ^e controle was alles goed. Leveranciersbeoordeling facilitaire dienst is geweest op 8-2-16 waarbij o.a. ATK en AA beoordeeld zijn. Alle leveranciers in orde bevonden. Deze van de kwaliteitsdienst is geweest op 3-8-15. Ook hier geen bijzonderheden Kalibratie van de Uni pc 06-03-2015 kalibratie van de Ebro loggers 10-08-2015 Mi-2 In het handboek is niet vastgelegd hoe kruisbesmetting met allergenen in de praktijk wordt voorkomen, dit zit wel in de manier van werken maar is niet aantoonbaar. Aangezien Allergenen kritisch zijn moet dit wel vastgelegd zijn.
			SA1	Rentokil is geweest maar heeft het schema niet volgens planning uitgevoerd (Mi 1) Leveranciersbeoordeling is uitgevoerd op 22-8-16. Nieuwe leverancier van Hoeckel is meegenomen. Controle bevindingen maaltijden wordt consequent uitgevoerd gezien goed recensies van o.a. 29-08 en 4-9 beiden goed. Micro analyse Zeeland is volgens schema geweest gezien uitslagen van monsters 17-3-16 allen goed. Hygiëne ronde van 1-4-16 en agarcontrole waarbij er 6 slechte uitslagen waren. Hier is actie op ondernomen. Op 2-8 en 15-08 zijn er maaltijdcomponenten gekeurd alles goed. Koelkastcontrole wordt periodiek uitgevoerd gezien controle 2-5-16 alles <6,2°C en 8-8 alles ,6,8°C
			SA2	Enquête testmaaltijden waren de resultaten allen goed o.a. deze van 3-11-16 en 23-1-17. Microanalyse Zeeland heeft afgelopen jaar volgens schema de onderzoeken uitgevoerd. Monsternames in zowel BS als OW waren allen goed. Agar controle BS 1-04-16 9 goed 6 niet goed, OW 15-10-16 van de 15 monsters 8 niet goed. Herinstructie is geweest. Kijk ook naar het moment van het drukken van de agarplaatjes. Onderzoek fall out platen, visuele beoordeling, allergenen en registraties waren allen goed op beide locaties. Opmerkingen OW waren onder andere codering vriezer en koelcel en voetpedaalafvalbak. Koelkastcontrole wordt volgens schema uitgevoerd. Alle controle formulieren worden volgens schema en volledig ingevuld o.a. gezien schoonmaaklijsten november 2016 volledig ingevuld geen afwijkingen. Instructiekaarten zijn aanwezig van de reiniging op beide locaties. Gezien week 7 wasstraat voorwas 62°C en hoofdwas 83°C
			SA3	
			SA4	
5.9	CORRECTIVE ACTIES	- Registraties - Implementatie	IA1	De correctieve acties zijn weergegeven in de diverse instructies. correctieve acties zijn o.a. weergegeven in procedure 2.16 terughalen besmette of vervuilde producten, 3.18 glasbreuk en diverse registratieformulieren.
			IA2	Kleine organisatie (keuken), correcties indien noodzakelijk worden direct in overleg met de betrokkenen uitgevoerd. Geen klachten m.b.t. voedselveiligheid geweest afgelopen periode. Afgelopen jaar 3 klachten geweest m.b.t. leverancier Totaal vers 1x gewicht kuiken koteletten, 1x bestelde niet geleverd en 1x tray toetjes 1 kapot waardoor alles besmeurd was wel extra toetje erbij dus al op DC gebeurd. Alle klachten zijn afgehandeld. Intern verbeterformulier geschreven in januari cliënt vond de slavink te hard (huiskamer OW) Dit is intern overlegd en er zal meer aandacht aan geschonken worden.
			SA1	Geen klachten m.b.t. voedselveiligheid geweest. Klacht in juli geweest over te late levering door bakkerij. Klacht is afgewerkt. Op afwijkingenlijst keuken OW is aangegeven dat armatuur van de afzuigkap op 26-08-16 was gevallen. Deze is gemaakt op 30-8-16

§	HACCP CRITERIA		BEVINDINGEN
			SA2 Geen klachten geweest m.b.t. voedselveiligheid. Afgelopen periode 2 klachten geweest over extra menulijsten. Dit loopt nog. Kleine punten worden vermeld op de afwijkingenlijst keuken en hierop afgewerkt. 3x klacht over leverancier. 2x te laat / verkeerde levering klacht rentokil vorige audit is adequaat opgelost.
			SA3
			SA4
			SA5
5.10	VALIDATIE	- Onafhankelijk	IA1 Validatie is verwoord in procedure 2.09. validatie en 2.09 a en b validatie registratie documentatie en apparatuur
			IA2 Het systeem t.a.v. het transport van maaltijd en maaltijdcomponenten gedurende de week dat de keuken van de Open waard verhuisd wordt, is beproefd en gevalideerd. De temperatuur van de geleverde componenten blijft ruim binnen de gestelde normen. Validatie is CCP's uitgevoerd op 21-01-16. Validatie doelstellingen op 18-2-16. Afgelopen periode is er een validatie op de staafmixer geweest. Geen bijzonderheden. Rational selfcooking center is vervangen door eenzelfde type. Binnenkort wordt een nieuwe validatie m.b.t. het koken en transporteren van bulkmaaltijden van Buitensluis naar Open waard en v.v. De validatie hiervan van 15-02-2015 zal als leidraad dienen
			SA1 Validaties zijn afgelopen periode uitgevoerd v de koelcel open Waard (digitaal instelbaar) op 4-3-16 en de Mitsubishi koelunit op 8-8-16 aanschaf op 28-6-16. Validatie koken vervoer BS naar OW is geweest op 19-2-15 weg 84,8°C aankomst 81,9°C. Validatie het nieuwe buiten Open Waard is via de bouwvergaderingen gegaan waarin in de notulen de zaken opgepakt en opgelost zijn.
			SA2 Validatie is er geweest van gebruik van de transportboxen. Deze is goed verlopen en de boxen worden nu gebruikt.
			SA3
			SA4
			SA5
5.11	VERIFICATIE	- HACCP-systeem - Interne audit - Beoordeling directie	IA1 De verificatieprocedure is weergegeven in procedure 2.15 versie 02, interne audit is weergegeven in proc. 2.11 versie 03. Procedures voldoen aan norm.
			IA2 Directiebeoordeling/verificatie is begin 2016 uitgevoerd en voldoet aan de norm. Interne audits zijn uitgevoerd op 9-3-15 seniorenrestaurant en op 22-04-2015/ 21-01-2016 keuken OW. Keuken B.S. interne audit d.d. 19-01-2016 Hoofd voedingsdienst d.d. 19-01-2016. Interne audit hygiëncode woonvormen: 24-08-2015. Interne audit dagverzorging d.d. 24-08-2015. Opmerkingen vanuit de audits worden/zijn opgepakt en intussen opgelost. Tevredenheidsmetingen zijn uitgevoerd in augustus. Score was iets beter dan vorig jaar. Er zijn binnen de voedingsdienst voor beiden locaties geen kwaliteitsverbeteringsformulieren ingevuld, wel een aantal interne memo's. De leveranciers beoordeling heeft op 2 momenten plaats gevonden d.d. 13-08-2015 en 13-01-2016. Ook de dienstverleners zijn als zodanig beoordeeld. Verificatie kan verbeterd worden, analyse van data en resultaten kan beter onderbouwd metingen die onder controle zijn mogen in frequentie teruggebracht worden, alleen opschrijven van afwijkingen volstaat.
			SA1 Interne audits zijn volgens schema uitgevoerd deze van de Open Waard is geweest op 17-6-16 geen opmerkingen geweest. Verificatie en directiebeoordeling zijn begin 2016 uitgevoerd en sindsdien geen aanpassingen

§	HACCP CRITERIA		BEVINDINGEN
			<p>SA2 Interen audits zijn volgens schema uitgevoerd. Gezien audits van 21-11-16 keuken OW. 5-12-16 senioren restaurant en 30-12-16 keuken BS waarbij een opmerkingen over noteren weggegooide productie. Directiebeoordeling/verificatie is begin 2017 (14-2-17) uitgevoerd over 2016 en voldoet aan de norm. Tevredenheidsmeting 2016 is verwerkt in de beoordeling van uitbreng maaltijden is in 2016 geen enquête gehouden. Van de intramurale maaltijd verzorging is wel een enquête gehouden en de scores waren OW een 7,8 en BS een 7,7 wat constant is in vergelijking met voorgaande jaren Opmerkingen uit de enquêtes worden meegenomen en waar mogelijk opgelost. Verificatie is uitgevoerd en effectiviteit en constatering zijn weergegeven ook aanbevelingen zijn verwoord. Uitwerking CCP's in de verificatie kan nog aan diepgang winnen. Enquêtes in 2017 zijn al geweest extern loopt nog en intern was een score van 8,2. In de huiskamer OW is een enquête geweest op 14-2-17 score 7,6 men was tevreden.</p>
			SA3
			SA4
			SA5
5.12	DOCUMENTATIE & VERSLAGEN	<ul style="list-style-type: none"> - Documentatie - Registraties - Verslagen 	<p>IA1 Procedure documentenbeheer: 1.02 Procedure HACCP systeem, 1.03 Structuur voedselveiligheidsysteem, 2.02 opbouw en onderhoud van het HACCP-systeem overzichtlijsten van procedures en lijsten waarmee het beheer geborgd en aantoonbaar is.</p> <p>IA2 Mi-3 in de organisatie en in het handboek zijn diverse wijzigingen niet doorgevoerd, het organogram is niet correct, gebruik van verschillende titels en benamingen van functies, hierdoor kunnen verantwoordelijkheden niet direct gekoppeld worden. Er worden documenten o.a. hygiëneregels van 2013, aangepast naar de datum van 25-01-2016 terwijl er niets in is gewijzigd. (dit werkt verwarrend.)</p> <p>SA1 Register van wijzigingen wordt bijgehouden gezien deze van HACCP 109 rev. 8 van 11-8-16. Handboek is op orde geen afwijkingen geconstateerd.</p> <p>SA2 Handboek is up to date, wijzigingen worden bijgehouden, laatste wijziging was van 15-2-17. Sinds laatste audit geen significantie veranderingen. Tijdens de audit geen onbeheerste documenten geconstateerd.</p>
			SA3
			SA4
			SA5

8. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN VAN HET AUDIT TEAM

- Gebaseerd op de resultaten van de audit heeft de Lead Auditor vastgesteld dat het voedselveiligheidsbeheerssysteem van de Organisatie niet voldoet aan de eisen voor het aangevraagde toepassingsgebied. De Lead Auditor kan geen positief advies voor certificering aan Kiwa geven. Een corrective action plan moet eerst aan de Lead Auditor worden voorgelegd en positief worden beoordeeld.
- De geauditeerde Organisatie moet een corrective action plan aan de Lead Auditor presenteren met alle bewijzen van de juiste implementatie voor **xx-xx-201x** (max 3 maanden). Zie § 5. De implementatie van de corrective acties zullen worden beoordeeld:
 - tijdens een aanvullende audit op **datum**. (max 3 maanden)
 - tijdens de volgende audit. De beoordeling van de corrective actions zal niet op lokatie worden uitgevoerd.
- De Lead Auditor heeft de genomen corrigerende maatregelen (documentatie, actieplannen, ...) op xx-xx-201x beoordeeld en:
 - Geaccepteerd
 - Niet geaccepteerd
- Gebaseerd op de resultaten van de audit, heeft de Lead Auditor vastgesteld dat het voedselveiligheidsbeheerssysteem voldoet aan de eisen voor het aangevraagde toepassingsgebied en beveelt aan:
 - Het certificaat af te geven
 - De certificering te continueren

IA/RA De aanbevelingen van de Lead Auditor zullen worden beoordeeld door het Certificatie College van Kiwa. Zij nemen het uiteindelijke besluit tot afgifte van het certificaat. De Organisatie wordt geïnformeerd over dit besluit.

SA De aanbevelingen van de Lead Auditor worden beoordeeld door de HACCP Coördinator. Hij besluit tot voortzetting van certificatie.

Hoevelaken, 06-03-2017

Lead Auditor A. van der Salm



Standard	Scope omschrijving
Conform ISO/TS 22003:2013 <code>	

(CONCEPT) PLANNING HACCP

Audit type: IA – RA – SA# - CAA – scope extension	Versie datum: xx - xx - 20xx
--	-------------------------------------

AUDITEE

Organisatie:	Alerimus
Contact:	Dhr. A. Hahn
Adres:	Locatie Buitensluis Bernardstraat 25 Numansdorp Locatie Het buiten v.d. Open Waard, Polderlaan 5-7 3261 ZA Oud-Beijerland
Tel:	0186-659659
Fax:	0186-654940
E-mail:	ahahn@alerimus.nl
Aantal vestigingen:	2
Aantal werknemers: (FTE)	Ca 100

Auditteam

Lead Auditor : A. van der Salm

De doelstellingen van deze audit zijn:

- Het kwaliteitsmanagementsysteem en het kwaliteitshandboek overeenkomen met de eisen van de Norm HACCP juni 2016 en de vastgestelde reikwijdte van de scope (zie hieronder benoemd);
- Het managementsysteem voldoende is geïmplementeerd om te bewerkstelligen dat de klant voldoet aan de eisen uit van toepassing zijnde wet- en regelgeving en contractuele eisen,
- de gedefinieerde processen en documentatie van het door de klant ontwikkelde managementsysteem aantoonbaar zijn geïmplementeerd.
- het kwaliteitsmanagementsysteem doeltreffend functioneert en continue verbetert;
- de wijze van uitvoer van de werkzaamheden overeenkomt met de beschrijving hiervan in het kwaliteitshandboek.
- Daarnaast wordt er gekeken welke mogelijkheden er zijn om te verbeteren.
- Indien van toepassing: aan de Multi Site/ meerdere locaties voorwaarden voldaan wordt.
- Volgens de (ISO17021) 9.2.1.2; “*compliance to the requirements*”; bij voorbeeld de effectiviteit van het voedselveiligheidssysteem en de realisatie van de bedrijfsdoelstellingen.

SCOPE OF THE AUDIT

The documentation and the implementation of the food safety system will be evaluated accordingly:

Richtlijnen :	Kiwa Reglement voor Systeemcertificatie 2014 Reglement Geschillencommissie: 2014
Logo's	Het gebruik van logo's voldoet aan het reglement. <input checked="" type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nee
Contract nr :	Xxxx, d.d.
calculatie	Xxx, d.d.
Norm :	HACCP Criteria CCvD v5.1 2016
Certificaat nr	
Valid until	

RvA-scope	Scope
E	Het bereiden van maaltijden voor bewoners, het seniorenrestaurant en extern wonende ouderen.

* Conform ISO-TS22003:2013, 9.2.3.1.x:

9.2.3.1.1 ISO/IEC 17021:2011, 9.2.3.1.1, (voor beide is de Engelse versie leidend)

Van toepassing;

9.2.3.1.2 **De doelen van de fase 1 audit** zijn er om de planning van fase 2 vast te stellen middels het begrijpen en doorgronden van het FSMS van de organisatie en vast te stellen of de organisatie klaar is voor fase 2. Om dit te bereiken worden A t/m H geïdentificeerd/ geïmplementeerd/ geëvalueerd/ gevalideerd:

- A) PRP op het bedrijf van toepassing;
- B) identificeren/ analyse van de risico's en beheersmaatregelen;
- C) relevante wetgeving op het gebied van voedselveiligheid;
- D) voedselveiligheidsbeleid bereiken;
- E) FSMS implementatie programma onderbouwt de voortgang van de audit (fase 2);
- F) validatie van corrigerende maatregelen, verificatie van activiteiten en verbeter programma's volgens de eisen van de FSMS standaard;
- G) FSMS documenten en bepalingen zijn geïmplementeerd t.b.v. de interne communicatie en met relevante leveranciers, klanten en betrokken partijen, en;
- H) alle additionele documenten welke gereviewed dienen te worden en/ of informatie wat vooraf verkregen moet worden.

Bij de uitvoering van de audit zal het onderstaande schema worden aangehouden. Indien de omstandigheden hiertoe aanleiding geven, kan in onderling overleg van deze planning worden afgeweken. (This planning will be followed but can be subject to change.)

Auditplan voor teamleider: Ab van der Salm Auditor/ materiedeskundige: Ab van der Salm

Tijdstip	Activiteit	Onderwerp	Functionaris	Subonderwerpen	Locatie + persoon
9.00 - 9.30	Openings gesprek	Kennismaken	Directie(vertegenwoordiging) en andere belangstellenden	Opening en past performance	Bob Hooghwerff / Monique Prooij / Arjen Hahn / Marijke Blijdorp
9.30 - 10.00		Rondgang			Bob Hooghwerff / Arjen Hahn
10.00 - 12.00	Interview 4	Doorlopen Primair proces keuken Open Waard tijdelijke locatie	Desbetreffende medewerkers	Opleiding en training, specificaties, interne communicatie etc. Analyse MB onderzoek	Bob Hooghwerff / Arjen Hahn/ J. Schot medewerkers
12.00-12.30	Reistijd locatie Buitensluis				
12.30 -13.00	Lunch				
13.00 - 16.00	Interview 3	Primair proces	Kwaliteit Vertegenwoordiger Hoofd voedingsdienst Hoofd Frontoffice	BVP, CCP beheersing, temperatuurmetingen Interne audits Corrigerende en preventieve maatregelen Beoordeling toeleveranciers	B. Hooghwerff / A. Hahn / M. blijdorp
16.00 - 16.15	Evaluatie auditor	Auditor			
16.15-16.45	Eindgesprek 1e dag	Bevindingen	MT / belangstellenden		

Auditplan voor teamleider/ Auditor/ materiedeskundige :Ab van der Salm

Datum: **06-09-2016**, start te Numansdorp en beoordeling van de 2e locatie

Tijdstip	Activiteit	Onderwerp	Functionaris	Subonderwerpen	Locatie + persoon
9.00 - 9.30	Opening	Te Oud Beijerland	belangstellenden		B. Hooghwerff / A. Hahn / M. Blijdorp, T. v. Os
09.30-10.30	Interview 1	Stand van zaken Directiebeoordeling	Directie	Analyse klanttevredenheid, klachten, beleid, inkoop SMART doelstellingen etc.	Trix van Os Directiekantoor
10.30-12.45	Interview 2	Doorlopen Primair proces keuken basisvoorwaarden programma Numansdorp en Oud Beijerland	Desbetreffende medewerkers Hoofd voedingsdienst Technische dienst	CCP beheersing, temperatuurmetingen Opleiding en training, specificaties, interne communicatie, hygiëne Ongediertebestrijding Gebouwen	B. Hooghwerff / J. Nieuwenhout/ medewerkers TD R. v. Gameren
12.45-13.15	Lunch				
13.15-13.30	Evaluatie auditor	Auditor bevindingen			
13.30-14.00	Eindgesprek	Bevindingen hercertificering	MT / belangstellenden Auditoren		B. Hooghwerff / A. Hahn / M. Blijdorp
14.00- 17.00		rapportage	audit team		

DATUM VOLGENDE AUDIT, (proposition of Agenda for the next Audit, will be scheduled):
04 en 5-09-2017

Deze planning kan aangepast worden/ Aandachtsgebieden voor de volgende audit :

*** Conform de ISO-TS22003:2013, 9.2.3.2: fase 2; de eisen van de ISO/IEC 17021:2011, 9.2.3.2 en 9.2.1.2, zijn van toepassing en moeten geëvalueerd zijn tijdens de eindbespreking.*

Activity (see auditprogramme)	Persons	Function
<i>Rondgang i.v.m. basisvoorwaarden (onderhoud, kalibratie, reiniging, communicatie) en primair proces & registraties,</i>	J. Wilmink B. Oomen	Directie
<i>Ontwikkeling kwaliteitsmanagement systeem; gevarenanalyse en beheersing CCP. Rapportages MR, IA, recall test, verificatie.</i>	J. Wilmink B. Oomen	Directie
<i>Opvolgingspunten: analyses, controles, klachten & klanttevredenheid., maatregelen ter verbetering/ PDCA</i>	J. Wilmink B. Oomen	Directie

Auditprogramma "nieuwe stijl"									
Audit:	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9
Datum:			20 en 21-2- 2017	04 en 05-9- 2017	7-9- 2018	15-2- 2017	2-8-17	+18 mnd	+24 mnd
Norm:	HACCP (IA)	HACC P (SA1)	HACCP (SA2)	HACCP (SA3)	HACCP (SA4)	HACCP (SA5)	HACCP (RA)	HACCP (SA1)	HACCP (SA2)
<i>(Combi GMP+)</i>									
Directie beoordeling	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Interne audits	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Continue verbeteren	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Management van wijzigingen	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Correctieve maatregelen	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Preventieve maatregelen	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Klachten	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Logo gebruik	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Doeltreffend- heid systeem	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Vestigingen:									
Hoofdlocatie	■X	■	■X	■	■X	■	■X	■	■X
Locatie 1	■X	■	■	■	■X	■	■X	■	■
Locatie 2	■	■	■X	■	■	■	■X	■	■X
■ = bezoeken/ auditen									
□ = ev. minder diepgang/ volgende audit	07-9- 2016	IA+ 6 mnd	+ 12 mnd	+18 mnd	+24 mnd	+ 30 mnd	+3 jaar mnd	RA + 6 mnd	+12 mnd
Scope onderdelen: zie ook matrix onder 7.3	HACCP (IA)	HACC P (SA1)	HACCP (SA2)	HACCP (SA3)	HACCP (SA4)	HACCP (SA5)	HACCP (RA)	HACCP (SA1)	HACCP (SA2)
5.1 DIRECTIE VERANT- WOORDELIJKHEID	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5.2 PRODUCT INFO	■	□	■	■	■	■	■	■	■
5.3 PROCES INFO	■	■	□	■	■	■	■	■	■
5.4 PRP	■	□	■	■	■	■	■	■	■
5.5 HAZARD ANALYSIS	■	■	□	■	■	■	■	■	■
5.6 BEHEERSMAATR.	■	□	□	□	□	□	■	□	□
5.7 PARAMETERS & KRITISCHE GRENZEN	■	□	□	□	□	□	■	□	□
5.8 BEWAKEN & METEN	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5.9 CORR. ACTIES	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5.10 VALIDATIE	■	■	□	■	■	■	■	■	■

5.11 VERIFICATIE	■	■	□	■	■	■	■	■	■
5.12 DOC. & VERSLAG	■	□	■	■	■	■	■	■	■
Zwart blokje verwijderen indien niet of minder beoordeeld tijdens die audit, dus voor volgende audit:									
5.1.1 t/m 5.1.6	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Beleid	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Reikwijdte	■	■	■	■	■	■	■	■	■
TBV's	■	■	■	■	■	■	■	■	■
HACCP team	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Middelen, voorz.	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Dir.beoordeling	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5.2.1 t/m 5.2.2	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Kenmerk prod.	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Bedoeld gebruik	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5.3.1 t/m 5.3.3	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Stroomschema's	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Inrichting	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Verif. Proc.info	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5.4; H1 t/m H8	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5.5.1 t/m 5.5.2	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Gevaren identif.	■	■	■	■	■	■	■	■	■
HACCP analyse	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5.6 CCP's	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5.7.1 t/m 5.7.2	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Kritische kenmerken	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Streef, actie, grens	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5.8.1 t/m 5.8.2	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitoren en meten	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Product vrijgeven	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5.9.1 t/m 5.9.3	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Corr. acties & maatr	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Product terughalen	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Tracking & tracing	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5.10.1 t/m 5.10.4	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Algemeen	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Val. gevaren&risico	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Val. CCP's	■	■	■	■	■	■	■	■	■
modificaties	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5.11.1 t/m 5.11.3	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Algemeen	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Interne audit	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Dir. beoordeling	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5.12.1 t/m 5.12.2	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Doc & gegevensbeh.	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Registraties-& beheer	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Rapportblad

Organisatie:
Auditdatum:

Status Ma / Mi	Bevinding	Norm
Ma Major non-conformiteit Mi: Minor non-conformiteit		
Vervolgafspraken: Het bedrijf presenteert corrigerende maatregelen aan Kiwa vóór xx-xx-201x Kiwa beoordeelt de maatregelen n.a.v. major non-conformities tijdens een extra audit op Kiwa beoordeelt de effectiviteit van de maatregelen n.a.v. minor non-conformities tijdens de volgende audit in <maand> 201x		
Paraaf lead auditor Kiwa:		Paraaf directievertegenwoordiger auditee:
Corrigerende maatregel(en): Oorzaak: Omvang: Oplossing: Operationaliteit: Effectiviteit: tijdens volgende audit		
Beoordeling corrigerende maatregel(en) door Kiwa Akkoord; <input type="checkbox"/> Niet akkoord (zie nieuw rapportblad)		Paraaf lead auditor Kiwa: Datum: xx-xx-201x