

1. Doel

Het doel van deze procedure is het beschrijven van de manier waarop wordt getoetst of de verschillende onderdelen van het kwaliteitssysteem geschikt en doeltreffend zijn voor het behalen van de kwaliteitsdoelstellingen.

2. Proceseigenaar

Directeur

3. Referenties

[ALG04.3-HACCP plan](#)

[ALG04.3.1 VACCP Kwetsbaarheidsbeoordeling](#)

[I17.1-Kaderoverleg](#)

[I17.2-Directiebeoordeling](#)

[I17.3-Leveranciersbeoordeling](#)

[I17.4-Validatieoverleg](#)

[I17.5-HACCP verificatie overleg](#)

[I01.0-Interne audits](#)

[I01.1 Oorzaakanalyse \(bij interne audits\) bepalen](#)

[I02.0-Klachten en afwijkingen](#)

[F01.0-Klachten en afwijkingen](#)

[F46-Auditverslag](#)

[F20.0-Inspectieronde](#)

[F35-Klantentevredenheid](#)

[ALG01.3-Overlegstructuur](#)

[ALG14.0-Glasregister](#)

[F09.0-Opstart bovenverdieping](#)

4. Procedure beschrijving**4.1 Audits****4.1.1 Interne audits**

Interne audits worden uitgevoerd volgens [I01.0-Interne audits](#) en vastgelegd op [F46-Auditverslag](#).

Eventuele oorzaakanalyse bepalen kan uitgevoerd worden m.b.v. [I01.1 Oorzaakanalyse \(bij interne audits\) bepalen](#).

4.1.2 Externe audits / inspectierondes

Externe audits worden uitgevoerd door derden met als doel certificering en leverbevoegdheid. De resultaten van externe audits zullen zorgvuldig worden besproken tijdens het werkoverleg en de geconstateerde tekortkomingen en verbeterpunten zullen voortvarend worden aangepakt. Externe inspectierondes worden uitgevoerd met als doel tussentijdse meting van werkwijze van onze organisatie. De resultaten worden naar Greenpack gezonden waarna er eventuele actiepunten worden opgepakt en opgelost. Externe inspectierondes worden onaangekondigd 4 x per jaar afgenomen door de verkooporganisatie.

Het senior management zal er zorg voor dragen dat de certificerende instellingen (m.b.t. de certificaten die Greenpack heeft) geïnformeerd worden over eventuele wijzigingen die van invloed zijn om aan de certificatievereisten te blijven voldoen. Dit moet o.a. als tijdens een bezoek / audit van de gezondheidsautoriteiten er een sanctie(s) en/of kennisgeving(en) is uitgegeven door de autoriteiten.

4.1.3 Inspectieronde

Minimaal 1 x per maand zal medewerker afdeling kwaliteitszorg een inspectieronde lopen en de bevindingen noteren op [F20.0-Inspectieronde](#). Gelijkijdig wordt ook Glasregister gecheckt en afgetekend op [ALG14-Glasregister](#).

4.2 Klantentevredenheid

Door het houden van mondelinge enquêtes en een jaarlijkse schriftelijke klantentevredenheid onderzoek bij klanten, krijgt de directie inzicht in de mate van tevredenheid van de klanten van Greenpack. Onderwerpen die ter sprake komen zijn onder meer levertijd, leverbetrouwbaarheid, kwaliteit van de geleverde producten en mogelijke verbeterpunten. De *QA Manager* analyseert de resultaten periodiek, o.a. ter voorbereiding op interne kwaliteitsaudits en de directiebeoordeling. Klanttevredenheid metingen hebben als doel structurele probleemgebieden te achterhalen en eventueel corrigerende en/of preventieve maatregelen te initiëren.

4.3 Leveranciersbeoordeling

De leveranciersbeoordeling en -selectie wordt uitgevoerd volgens [I17.3-Leveranciersbeoordeling](#).

4.4 Klachten

Klachten worden afgehandeld volgens [I02.0-Klachten en afwijkingen](#).

4.5 Corrigerende maatregelen

Corrigerende maatregelen kunnen voortkomen uit:

- interne audits
- externe audits / externe inspectierondes
- F01.0 Klachten en afwijkingen
- Opstart controle registratie Work-It (computerprogramma)
- F09.0 Opstart Bovenverdieping
- F20.0-Inspectieronde
- *I01.1 Oorzaakanalyse (bij interne audits) bepalen*

De directeur is verantwoordelijk voor een juiste en tijdige afhandeling van alle corrigerende maatregelen.

Corrigerende maatregelen worden in [I17.2-Directiebeoordeling](#) en [I17.5-HACCP verificatie overleg](#) geëvalueerd.

4.6 Validatie van veranderingen in de organisatie

Validatie vindt plaats vóór elke *significante* wijziging die van invloed kan zijn op de productveiligheid. Het doel van de validatie is dan ook te verzekeren dat de gevaren die oorspronkelijk door het HACCP team zijn geïdentificeerd, volledig en correct zijn en dat zij doeltreffend zullen worden beheerst door middel van het voorgestelde (indien noodzakelijk gewijzigde) HACCP-/voedselveiligheidsplan, voordat de wijziging(en) wordt geïmplementeerd. De geplande verandering mag dus pas worden doorgevoerd nadat het aangepast HACCP-/voedselveiligheidsplan is goedgekeurd tijdens een [I17.4-Validatieoverleg](#). De directeur geeft veranderingen die van invloed kunnen zijn op het HACCP-/voedselveiligheidsplan tijdig door aan de *QA Manager*. Hij past indien nodig [ALG04.3-HACCP plan](#) aan en hij plant een [I17.4-Validatieoverleg](#).

4.7 Verificatie van het HACCP systeem

Het hoofddoel van de verificatie is te bepalen of aan de voorwaarden en specificaties van het HACCP systeem wordt voldaan en te bevestigen dat het HACCP systeem doeltreffend wordt uitgevoerd. De HACCP verificatie wordt minimaal 1 maal per 12 maanden of als er significante wijzigingen zijn uitgevoerd volgens [I17.5-HACCP verificatie overleg](#).

4.8 Kader/management overleg en directiebeoordeling

- Door effectief gebruik te maken van verschillende informatiebronnen zoals afwijkingsrapporten, audit rapportages, klanttevredenheid metingen, productevaluaties, analyses, suggesties van opdrachtgevers, derden en eigen medewerkers, kan de *QA Manager* mogelijke bedreigingen en potentiële probleemgebieden in een vroeg stadium onderkennen en hierop passende actie ondernemen. Productevaluaties, resultaten van klanttevredenheid metingen, afwijkingsrapporten en analyses en peilingen service level worden altijd besproken tijdens [I17.1-Kaderoverleg](#), zodat een beter inzicht wordt verkregen in de klantverwachtingen en -eisen. Doelstellingen worden besproken en bewaakt. Doelstellingen zijn gekoppeld aan de resultaten van het service level wat binnen de organisatie continue gemeten wordt. Senior management is vertegenwoordigd in dit kader/managementoverleg waardoor er minimaal elk kwartaal gerapporteerd wordt aan het senior management over de resultaten van de doelstellingen. Kader/managementoverleg vindt minimaal 4x per jaar plaats.
- Minimaal 1 maal binnen periode van 12 maanden vindt een [I17.2-Directiebeoordeling](#) plaats, waarbij de diverse analyses worden besproken en aandachtspunten voor de komende periode worden geformuleerd.
- Afhankelijk van de aard, omvang en het toepassingsgebied van de te nemen preventieve maatregelen, wordt in onderling overleg een medewerker aangewezen die verantwoordelijk is voor de realisatie van maatregelen. Na voltooiing wordt gecontroleerd of de genomen maatregelen doeltreffend zijn geweest.