



ONDERZOEKSVERSLAG

Rapportage van de toetsing van het kwaliteitsmanagementsysteem van

College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)

aan de eisen van ISO 9001:2008, op basis van het Certiked Model 2009

De Controle vond plaats op

15 en 16 februari 2010

door dr. ing. A.H. Roozendaal CMC MCM (teamleider) en drs. C.G. Tegelberg (beoordelaar)

Inhoud van het verslag

Identificatie	2
Bevindingen.....	4
Advies	8
Bijlage: Opvolging	9
Bijlage: Toetsing	11
Bijlage: Legenda	19
Bijlage: Documenten	20
Bijlage: Programma.....	23

De verantwoordelijke beoordelaar: dr. ing. A.H. Roozendaal CMC MCM,
namens deze,

Barbara van Assendelft
Certiked
6 mei 2010



Identificatie

College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)
Kalvermarkt 53 Postbus 16229
2511 CB Den Haag 2500 BE Den Haag

Telefoon: 070-3567400
Website: www.cbg-meb.nl

Nevenvestigingen: Wageningen (Bureau Diergeneesmiddelen), Groningen en Nijmegen (klinische beoordelingsteams, bestaande uit klinici die in deeltijd in dienst of gedetacheerd zijn bij het CBG).

Voor kwaliteit verantwoordelijke bestuurder: drs. A.A.W. Kalis, directeur CBG.
Kwaliteitsfunctionaris: M.A. (Martijn) de Coninck Msc, 070 3567455, ma.d.coninck@cbg-meb.nl

Scope

Categorieën van kennisintensieve dienstverlening die onderwerp van het certificaat zijn:

- Het beoordelen (veiligheid, werkzaamheid en kwaliteit) en de toelating tot de markt van geneesmiddelen voor menselijk gebruik;
- Het bewaken van geneesmiddelen voor menselijk gebruik (farmacovigilantie humaan);
- Het geven van wetenschappelijke adviezen aan de industrie over ontwikkelingsvraagstukken inzake geneesmiddelen voor menselijk gebruik;
- Het beoordelen van de veiligheid van nieuwe voedingsmiddelen voor menselijk gebruik;
- Het beoordelen, toelaten tot de markt en bewaken van geneesmiddelen voor dierlijk gebruik;
- Het beoordelen en afgeven van vergunningen voor het bereiden en afleveren van diergeneesmiddelen;
- Het beoordelen van diervoederadditieven, dieetvoeders en bioproteïnen.

De organisatie heeft sinds 23 maart 2000 een certificaat op basis van ISO 9001.
De vervaldatum van het certificaat is 23 maart 2012.

Onderzoeken

Herbeoordeling	februari 2009
Controleonderzoek 1	februari 2010
Herstelcontrole	uiterlijk juli 2010
Eerstvolgende reguliere onderzoek	januari 2011
Controleonderzoek 2	

Context

Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (verder: CBG) is de Nederlandse autoriteit voor beoordeling en bewaking van de werkzaamheid, veiligheid en kwaliteit van geneesmiddelen voor mens en dier. Daarnaast beoordeelt het CBG de veiligheid van nieuwe voedingsmiddelen. Het CBG ressorteert onder het Ministerie van VWS. De werkprocessen van het CBG zijn sterk gereguleerd door (internationale) wet- en regelgeving. De processen dicteren het zorgvuldig behandelen en afhandelen van aanvragen voor het verkrijgen van een handelsvergunning van nieuwe geneesmiddelen of variaties op bestaande geneesmiddelen. De internationale context van de werkzaamheden gaat een steeds belangrijkere rol spelen. Aanvragen hebben vaak betrekking op meerdere landen of de hele EU, waarbij in de behandeling ervan Nederland een leidende (RMS) dan wel volgende (CMS) rol heeft. Mede hierom dienen de werkwijzen binnen de EU beter op elkaar afgestemd te worden. Dit heeft o.a. geleid tot een initiatief voor Europese opleidingen (maart 2010) en de ontwikkeling van een gezamenlijk portaal. Een toenemend aantal WOB-verzoeken (Wet Openbaarheid Bestuur) vraagt meer capaciteit voor transparantie. Tegelijkertijd wordt de politieke context steeds belangrijker. Er is sprake een toenemend aantal Kamervragen. Mede als gevolg van de voortschrijdende juridisering in het werkveld van het CBG is er met ingang van 15 januari 2010 een aparte afdeling Bestuurlijke en Juridische Zaken (BJZ) ingericht. Verder neemt het CBG actief deel aan de discussie op twee niveaus over de strategie ontwikkeling van het European regulatory network: de roadmap 2010-2015 van de EMA en de HMA strategy paper. Op de in het Strategisch Business Plan 2009-2013 vermelde doelstellingen is voortgang geboekt. Voor wat betreft het wegwerken van achterstanden ligt het CBG naar eigen zeggen op koers. Het wetenschapsbeleid is verder uitgewerkt en valt nu onder programmamanagement. Hiermee heeft het CBG op dit terrein een redelijke positie in EU-verband verworven. Ter verdere profilering van het CBG in Europa zijn een aantal interne speerpunten gedefinieerd. Voor 2010 staat een evaluatie van deze speerpunten gepland. De verhuizing naar één centrale locatie, waarbinnen 'het nieuwe werken' vorm moet gaan krijgen, is nog niet rond. Het CBG heeft een aantal locaties in Utrecht op het oog.

In dit onderzoek zijn, naast een beoordeling van het functioneren van het totale kwaliteitsmanagementsysteem, specifiek de aanmerkingen uit de herbeoordeling van februari 2009 getoetst op activiteiten en effect. De bevindingen van deze toetsing zijn weergegeven in de bijlage opvolging

Bevindingen

Het CBG weet goed hoe het speelveld van de organisatie eruit ziet en wijzigt, en anticipeert daarop. De focus ligt hierbij op Europa. Het CBG wil hierin een netwerkspeler zijn en heeft acties uitgezet om invloed uit te kunnen oefenen. Aan de doelstellingen zoals gedefinieerd in het Strategische Business plan is gewerkt. Voor het wegwerken van de achterstanden is een tweesporenbeleid ingezet waarbij naast het wegwerken (spoor 1, in 2009 de achterstanden voor meer dan de helft terugbrengen, hetgeen is gelukt) een tweede spoor moet leiden tot een structurele oplossing. Hiervoor is een groot project gestart, genaamd DOT (Doorlopend Op Tijd). Van dit project, gebaseerd op basis van LEN-6 Sigma, is inmiddels de eerste fase afgerond.

Het 'nieuwe werken', vormgegeven in het U Move-project, werpt zijn schaduw vooruit en is prominent aanwezig op Intranet en in de beleving van medewerkers. Men bereidt zich voor op de toekomst, in die zin dat serieus wordt nagedacht over en gewerkt aan zaken als het vaststellen van competenties en management tools die noodzakelijk zijn bij tijd- en plaatsonafhankelijk werken. Met het vaststellen van competenties is recent tijdens een 'hei-sessie' een aanvang gemaakt.

De cyclus van centraal plannen en decentraal uitwerken in concrete afdelingsplannen maakt een gedegen indruk. In de gesprekken tijdens het onderzoek hebben we geconcludeerd dat deze cyclus een belangrijke rol speelt in de werkzaamheden.

Evenals vorig jaar maakt het primaire proces in de bij het onderzoek betrokken afdelingen een professionele indruk. Kwaliteitsborging vindt plaats op basis van goede tools, formats en hulpmiddelen maar vooral door gedreven medewerkers. Hierbij is tevens geconstateerd dat van de geldende werkinstructies, bij het CBG daadwerkelijk de toegevoegde waarde wordt gezien. Ze worden frequent geraadpleegd.

Hulpmiddelen, zoals het workflowmanagementsysteem (ICI) en het dashboard dragen nadrukkelijk bij aan de sturing op resultaten. Ook positief is dat men voortdurend bezig is om deze hulpmiddelen verder te optimaliseren.

Door de dreigende tegenvallende (financiële) resultaten zijn eind vorige jaar maatregelen getroffen die tot positief financieel resultaat hebben geleid. Gevolg is wel dat er veel aandacht naar dit probleem uitging, waardoor bepaalde ontwikkelingen minder aandacht hebben gekregen dan gepland. Dit geldt onder andere voor de geplande 'vlootschouw', in het kader van ontwikkeling van medewerkers, die nu nog uitgevoerd moet worden.

Veel van deze lopende ontwikkelingen komen samen in het tweewekelijkse Bedrijfsvoeringsoverleg, waar door directie en afdelingshoofden zaken worden besproken en afgesproken.

Zoals blijkt uit de 'Bijlage: Opvolging' zijn drie van de vier aanmerkingen uit het vorig controle onderzoek adequaat opgevolgd. De aanmerking rondom het selecteren, contracteren en evalueren van samenwerkingspartners blijft staan met betrekking tot het wetenschappelijk programma, aangezien wij tijdens de interviews niet de mogelijkheid hebben gehad de opvolging voldoende te staven.

Enkele onderwerpen die goed zijn uitgewerkt (met daarbij tussen haakjes het Certiked-facet en de ISO-paragraaf waarop de uitspraak betrekking heeft):

Bevinding *Het instellen van een zelfstandige afdeling Bestuurlijke en Juridische Zaken (O.1, ISO 5.5.1).*

Toelichting De positionering van een zelfstandige afdeling Bestuurlijke en Juridische Zaken toont aan dat de organisatie anticipeert op ontwikkelingen in de markt

Bevinding *De organisatie heeft een aantoonbaar lerend vermogen ontwikkeld (P3, ISO 8.5.3)*

Toelichting Er zijn diverse voorbeelden aangetroffen, waarbij op basis van opgedane ervaringen corrigerende en preventieve maatregelen worden genomen. Voorbeelden zijn:

- Het leren vanuit het Programmabureau, waar projecten zijn geïnitieerd en uitgevoerd;
- Er is een profiel voor een projectmanager. Er zijn evaluatieformats ontwikkeld.
- Het periodiek en structureel uitwisselen van ervaringen tussen de verschillende FT-groepen. Het twee keer per jaar evalueren van grote projecten;
- De ICI releases;
- Het DOT-project (Doorlopend op Tijd), gebruik makend van lean six sigma uitvoeren van analyses en desgewenst herontwerpen van processen.

Bevinding *Er wordt veel geïnvesteerd in de toerusting van nieuwe en bestaande medewerkers (M.2, ISO 6.6.2)*

Toelichting Voor kritische functies zijn de opleidingseisen vastgesteld. Medewerkers in deze functies worden toegerust op kennis en vaardighedeniveau. Gevolgde opleidingen worden vastgelegd in personeelsdossiers. Nieuwe medewerkers worden begeleid door ervaren senior medewerkers. Naast het consumeren van kennis participeren medewerkers van het CBG ook actief in curricula van vooraanstaande universiteiten en onderzoeksinstituten en treedt men op als gastdocent in externe opleidingen (ERA, TOPRA). Doorgroei vindt nog steeds plaats aan de hand van het 3-5-7-principe (3 jaar verdieping in de huidige functie, vervolgens 2 jaar verbreding en na 7 jaar een stap maken).

Bevinding *ICI wordt intensief gebruikt voor zowel de monitoring van het primaire proces als het leveren van input ten behoeve van stuurinformatie (R3, ISO 8.2.3)*

Toelichting Dit programma is een rode draad door de organisatie. In ICI worden alle documenten aangeleverd die nodig zijn voor het afhandelen van cases. Ook de daarvoor benodigde formats en werkinstructies worden hier beheerd. Voortgangsbewaking vindt hier ook plaats. Het dashboard wordt mede vanuit ICI gevoed.

Op een aantal andere onderwerpen dient nog verbetering gerealiseerd te worden. Dit betreft de volgende aanmerkingen (met daarbij tussen haakjes het Certiked-facet en de ISO-paragraaf waarop de uitspraak betrekking heeft):

- Bevinding* *In de management review wordt onvoldoende aandacht besteed aan het onderwerp Klanten (B.3, ISO 5.6.1)*
- Toelichting* Er zijn veel klantcontactmomenten, zoals tijdens de collegedagen, maar de daaruit te verkrijgen informatie levert geen (vanuit de norm verplichte) input op een geabstraheerd niveau op voor het uitvoeren van de management review. Het CBG kan op dit aspect dan ook geen uitspraak doen over het adequaat functioneren van het kwaliteitsmanagementsysteem. Het meest recente klanttevredenheidsonderzoek dateert van 2008.
- Bevinding* *De review van door de afdeling IP ingevoerde data wordt nog onvoldoende gebruikt voor structurele verbeteringen in dit proces (P.3, ISO 8.5.3.)*
- Toelichting* Op de door een medewerker van de afdeling IP in ICI ingevoerde aanvragen vindt een 100% check door een collega plaats. Bevindingen worden in een reviewrapport vastgelegd. Waar noodzakelijk wordt invoer hersteld. Het betreft een zeer groot aantal zaken per jaar (ruim 15000 hoofdzaken per jaar). Er vindt echter nog geen analyse van de reviewrapporten plaats, op basis waarvan maatregelen ter verbetering van het werkproces kunnen worden doorgevoerd. De afdeling IP is zich hiervan bewust, maar stelt dat het CBG hier geen prioriteit aan geeft. Omdat dit een ander punt betreft dan de aanmerking bij het vorige onderzoek, wordt dit punt gewogen als een aanmerking.
- Bevinding* *Er vindt met de partners in het academisch netwerk geen structurele evaluaties plaats op basis van het afgesproken convenant (H.2, ISO 7.2.1)*
- Toelichting* Het CBG zoekt voor het uitvoeren van haar plannen en werkzaamheden samenwerking met externe partners, bijvoorbeeld beoordelaars. Voor selectie (vooraf) en beoordeling (achteraf) van deze partners wordt beperkt gebruik gemaakt van duidelijke criteria. Bij de selectie zijn wel criteria aanwezig, zoals een verbod op relatie met de industrie. De evaluatie van door partners geleverde prestaties vindt echter nog niet gestructureerd plaats.

Deze aanmerkingen worden bij het eerstvolgende onderzoek getoetst op de ondernomen activiteiten en op het effect van deze activiteiten.

De volgende tekortkoming is geconstateerd (met daarbij tussen haakjes het Certiked-facet en de ISO-paragraaf waarop de uitspraak betrekking heeft):

Bevinding	<i>Uit de update van 16 februari 2010 blijkt dat nu ook maar 64% van de functioneringsgesprekken zijn gehouden én vastgelegd in het daarvoor bedoelde p-loket (M.3, ISO 6.2).</i>
Toelichting	In 2009 is tijdens de herbeoordeling geconstateerd dat slechts 35% van de geplande functioneringsgesprekken is gehouden en vastgelegd. Dit heeft destijds tot een aanmerking geleid. Tijdens de controle in 2010 is gebleken dat nog steeds slechts 65% van de gesprekken gehouden of althans geregistreerd is. Door HRM is een voortgangsrapportage bijgehouden. Deze is meerdere malen in het Bedrijfsvoeringsoverleg aan de orde geweest, maar heeft niet tot resultaat gehad dat de openstaande gesprekken alsnog gevoerd zijn. Het beoordelend team heeft geconstateerd dat de aanmerking onvoldoende opgevolgd is en heeft op dit punt een tekortkoming moeten formuleren. <i>Afdelingen die geen of nauwelijks gesprekken hebben vastgelegd in het p-loket zijn de Facilitaire Services en IP.</i>
Oorzaakanalyse	Er zijn meer gesprekken gevoerd dan de p-loketrapportagetool aangeeft, probleem zit 'm deels in de vastlegging via het p-loket. Er zijn meerdere oorzaken: gewoon niet gevoerde gesprekken, technische problemen (er wordt niet meer geïnvesteerd in het p-loket omdat er een rijksbreed p-loket komt volgende jaar), medewerkers die weigeren f-gesprekverslag dat wel in het p-loket staat te accorderen waardoor een gesprek als niet gehouden wordt geregistreerd.
Reikwijdte	De bedrijfsvoering van en de kwaliteit die door het CBG wordt geleverd, komen niet in het gedrang door het feit dat niet alle geplande functioneringsgesprekken daadwerkelijk zijn gehouden, cq aangetoond is dat ze zijn gehouden.
Oplossingsrichting	De directie ontvangt aan het begin van iedere maand een overzicht van de functioneringsgesprekken die in de maand daarvoor gehouden dienden te worden. In de p.o's die de directie met de afdelingshoofden heeft, dienen de afdelingshoofden hierover verantwoording af te leggen: hoeveel van de te voeren gesprekken hebben daadwerkelijk plaatsgevonden.

De tekortkoming heeft geen *directe* invloed op de kwaliteit die de klant mag verwachten. Echter doordat het CBG het functioneren van een deel van de medewerkers niet systematisch monitort, bespreekbaar maakt en daarop maatregelen neemt, kunnen klanten op den duur diensten afnemen die efficiënter verleend hadden kunnen worden.

De organisatie zal uiterlijk binnen twee weken een oorzaakanalyse en een plan van aanpak aan de teamleider overleggen. Uiterlijk medio juli, dat wil zeggen binnen 5 maanden na constatering, voert de teamleider een herstelcontrole op kantoor van Certiked uit. Hierbij worden de tekortkomingen getoetst op uitgevoerde oorzaakanalyse, bepaling van de reikwijdte, ondernomen activiteiten en op het effect van deze activiteiten.

Met het management is afgesproken dat, naast de reguliere onderwerpen, bij het eerstvolgende onderzoek in het bijzonder aandacht besteed zal worden aan:

- De voortgang op het 'nieuwe werken'. Hierin zal ook worden meegenomen de vlootshouw 2010 en de vorderingen op het gebied van competenties en profielen van leidinggevend en medewerkers, behorende bij dit 'nieuwe werken';
- De verdere uitwerking van het opleidingsprogramma (inventarisatie opleidingsbehoefte, selectie instituten en het beoordelen van gevolgde opleidingen in termen van resultaten en effecten);
- Het vaststellen van de afstemming van de opleidingsprogramma's tussen Programmamanager Wetenschap, HRM en leidinggevend en, als mede de borging daarvan;
- De management rapportage over achterstanden.

Advies

Er zijn concrete afspraken gemaakt over opvolging van de geconstateerde tekortkoming. Op basis van de uitkomsten van die nadere verificatie zal het beoordelend team een definitief advies uitbrengen aan de directie van Certiked inzake het continueren van het certificaat.

Bijlage: Opvolging

Bij de herbeoordeling in februari 2009 is een vijftal aanmerkingen gemaakt. Deze zijn hieronder weergegeven.

Bevinding	<p><i>Het mandaat van de werkgroepen is onvoldoende duidelijk (O.1, ISO 5.5)</i></p> <p>Er zijn veel werkgroepen in het leven geroepen (en in stand gehouden) zonder duidelijk mandaat. Doelstellingen zijn veelal wel bekend, maar rollen en verantwoordelijkheden zijn vaak niet of minder goed beschreven. De effectiviteit van de werkgroepen wordt niet altijd geëvalueerd. Niet duidelijk is of werkgroepen in de toekomst zullen worden opgeheven dan wel een permanent karakter hebben.</p>
Maatregel	<p>Er is een keuze gemaakt met betrekking op de definitie van Werkgroepen (in de lijn) versus Projecten (vanuit het programmabureau).</p> <p>Van alle werkgroepen is in juli de actuele status in beeld gebracht. Op drie werkgroepen is een interne audit uitgevoerd.</p> <p>Coördinatie en monitoring vinden nu vanuit de lijn plaats.</p>
Conclusie	<p>De aanmerking is adequaat opgelost.</p>
Bevinding	<p><i>Een gestructureerde werkwijze rondom het managen van grootschalige innovatieprojecten is onvoldoende uitgekristalliseerd (P.2.2, ISO 7.3).</i></p> <p>Een gedocumenteerde werkwijze ontbreekt. De rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van programmamanager, stuurgroep en bijvoorbeeld Proces Control Board zijn onvoldoende uitgewerkt. Het ontbreekt aan de definiëring van faseovergangen in projectplannen, de momenten waarop een duidelijk go/no go in de projectvoortgang wordt gegeven, en de criteria waarop deze go/ no-go besluiten zijn gebaseerd.</p>
Maatregel	<p>Er is een programmabureau geïnstalleerd van waaruit grote projecten worden gemanaged. Initiatieven komen van overal uit de organisatie. Er is nu centrale sturing op projecten (circa vijftien). Er is veel aandacht besteed aan toerusting, projectmanagement, hulpmiddelen (MS Project) en programma-evaluatie van ICI releases (o.a. ICI 1.6) op basis van Readiness Review.</p>
Conclusie	<p>De aanmerking is adequaat opgelost.</p>
Bevinding	<p><i>Het beleid rondom kennismanagement is vooral impliciet (P.3, ISO 8.5.2).</i></p> <p>Er is in onvoldoende mate bepaald wat kritieke kennis is (bijvoorbeeld wet- en regelgeving, methoden en technieken, het vak, landeneisen), wie deze kennis centraal bewaakt en distribueert en op welke wijze dat geschiedt. Rondom kennismanagement staan nog geen doelstellingen in het jaarplan HRM/O 2009. Op operationeel niveau vindt er wel een actieve uitwisseling van kennis en ervaring plaats.</p>
Maatregel	<p>Er is een notitie geschreven (Implementatie Academisch Netwerk, onderwerp, onderzoek en wetenschappelijke doelen 2009-2013). Hierbij is de strategisch benodigde kennis in beeld gebracht. Deze notitie is verder uitgewerkt binnen het Programmabureau. Voor wat betreft kennismanagement vindt afstemming plaats over de interne trainingsprogramma's.</p> <p>Er is een begin gemaakt met samenwerkingsovereenkomsten met derden.</p>
Conclusie	<p>De aanmerking is daarmee adequaat opgelost.</p>

Bevinding	<p><i>Slechts 35% van de geplande functioneringsgesprekken zijn daadwerkelijk gehouden (M.3, ISO 6.2).</i></p> <p>Conform de registraties is in 2008 circa 35% van de geplande functioneringsgesprekken gehouden. De score op de gehouden en geregistreerde exitgesprekken bedraagt 25% van het aantal medewerkers dat de organisatie heeft verlaten.</p>
Maatregel	<p>Uit de update van 16 februari 2010 blijkt dat nu ook maar 64% van de functioneringsgesprekken zijn gehouden of vastgelegd. Afdelingen die geen of nauwelijks gesprekken hebben gevoerd zijn de Facilitaire Services en IP. Ook de afdelingshoofden blijven achter. Uit het jaarplan 2010 blijkt dat de methode wordt herzien en dat gezocht wordt naar alternatieven die beter aansluiten bij de cultuur binnen het CBG en tevens aansluiten bij het 'nieuwe werken'.</p>
Conclusie	<p>De aanmerking wordt opgewaardeerd naar een tekortkoming</p>
Bevinding	<p><i>Het ontbreekt aan een samenhangende werkwijze voor het selecteren, contracteren, monitoren en evalueren van de samenwerking met derden (H.2, ISO 6.).</i></p> <p>Voor samenwerking met onder andere onderzoekscentra worden nu convenanten gesloten met eerste aanspreekpunten. Evaluaties, ook van kritieke leveranciers, vinden plaats in periodieke voortgangsoverleggen maar zijn onvoldoende aantoonbaar en leiden dan ook niet aantoonbaar tot corrigerende en preventieve maatregelen. De recent aangestelde Scientific Officer gaat een en ander coördineren rondom de selectie, contractering, monitoring en periodieke evaluatie van de samenwerking met derden.</p>
Maatregel	<p>Voor het werven, selecteren en beoordelen van derden zijn door Facility Services vorderingen gemaakt. Bijvoorbeeld bij leveranciers van ICT ondersteuning en koeriersdiensten (contracten/SLA's, monitoring van prestaties).</p> <p>Op het terrein van het wetenschappelijk programma is dit nog onvoldoende het geval. (zie onder aanmerkingen)</p>
Conclusie	<p>De aanmerking blijft staan, echter uitsluitend voor het wetenschappelijk programma.</p>

Bijlage: Toetsing

Voor elk getoetst facet van het Certiked Model 2007 wordt in de toetsingstabel een gemotiveerd oordeel over de combinatie van documentatie en implementatie gegeven. In de verantwoordingstabel is de relatie weergegeven tussen het Certiked Model 2007 en NEN-EN-ISO 9001:2000. Per normelement is aangegeven of het van toepassing is en in welk onderzoek het element beoordeeld is.

Toetsingstabel				Verantwoordingstabel ISO 9001							
Facet	Controle 2 (+ hco) maart 2008	Herbeoordeling februari 2009	Controle 1 februari 2010	Motivering	Paragraaf	Omschrijving	D/R	Controle 2	Herbeoordeling	Controle 1	
B1. Plannen	0	+	+	Er is een degelijke P&C cyclus aanwezig. Vanuit het Strategisch Plan 2009-2013 zijn jaarplannen voor de afdelingen ontwikkeld. Kwaliteitsdoelstellingen zijn hierin wel onderbelicht. Ook aan de manier waarop klantgerichtheid vorm gegeven wordt mag meer aandacht worden besteed. De onderbouwing van de plannen is professioneel.	5.2	Klantgerichtheid		X	X	X	
					5.4.1	Kwaliteitsdoelstellingen		X	X	X	
					8.5.3	Preventieve maatregelen	D/R	X	X	X	
B2. Beleid realiseren	0	+	+	Er zijn voor alle afdelingen afdelingsplannen aanwezig. Voortgang wordt gemonitord in de diverse overleggen, met name in het overleg met de adjunct-directeur. Verbetervoorstellen worden gemonitord via de afdeling FCK.	5.1	Betrokkenheid van de directie		X	X	X	
					5.3	Kwaliteitsbeleid		X	X	X	
					8.5.1	Continue verbetering		X	X	X	
B3. Beleid evalueren	-	0	+	0	Het dashboard is verder doorontwikkeld tot een zeer bruikbare tool voor evaluatie (stoplicht-rapportage). Monitoring vindt plaats in het BV-overleg, het HUF0-overleg en het S&B-overleg. In de management review zijn een groot aantal doelstellingen geëvalueerd. Het begrip klant is hier echter niet in terug te vinden. Zie bevindingen.	5.6.1	Algemeen (Directiebeoordeling)	R	X	X	X
						5.6.2	Input van de beoordeling		X	X	X
						5.6.3	Output van de beoordeling		X	X	X
						8.4	Analyse van gegevens		X	X	X

Toetsingstabel				Verantwoordingstabel ISO 9001						
Facet	Controle 2 (+ heo) maart 2008	Herbeoordeling februari 2009	Controle 1 februari 2010	Motivering	Paragraaf	Omschrijving	D/R	Controle 2	Herbeoordeling	Controle 1
O1. Structureren	+	0	+	<p>Er is een duidelijke organisatiestructuur. De rol en bevoegdheden van het Programmabureau, met de wetenschappelijke component en de projectencomponent, zijn duidelijk.</p> <p>Voor de kritische functies zijn opleidingsplannen vastgesteld. De competenties behorende bij het nieuwe werken liggen nog niet vast; hier is wel een eerste start mee gemaakt (hei-sessie).</p>	5.5.1	Verantwoordelijkheid en bevoegdheid		X	X	X
					5.5.2	Directievertegenwoordiger				X
					5.5.3	Interne communicatie				X
O2. Processen vaststellen	-	+	+	<p>De werkprocessen liggen vast in het kwaliteitshandboek. Er vinden regelmatig aanpassingen plaats. Werkinstructies worden actief en intensief gebruikt.</p> <p>Voor kruidengeneesmiddelen is dit nog in ontwikkeling.</p>	4.1	Algemene eisen (Kwaliteitsmanagementsysteem)			X	X
					4.2.1	Algemeen (Documentatie eisen)		X	X	X
					4.2.2	Kwaliteitshandboek			X	X
					4.2.3	Beheersing van documenten	D	X	X	X
					4.2.4	Beheersing van registraties	D			
					5.4.2	Planning van het kwaliteitssysteem		X	X	X
					7.5.2	Geldig verklaren van processen voor het leveren van diensten			X	X
					6.1	Beschikbaar stellen van middelen		X	X	X
8.1	Algemeen (Meting, analyse en verbetering)		X	X	X					

Toetsingstabel				Verantwoordingstabel ISO 9001						
Facet	Controle 2 (+ hec) maart 2008	Herbeoordeling februari 2009	Controle 1 februari 2010	Motivering	Paragraaf	Omschrijving	D/R	Controle 2	Herbeoordeling	Controle 1
O3. Interne audits uitvoeren	+	+	+	In 2009 zijn interne audits uitgevoerd. Verslagen zijn aanwezig. Zo ook de auditplanning. Er heeft een evaluatie plaatsgevonden. De thema's voor 2010 worden op dit moment vastgesteld. De auditresultaten zijn input voor de management review geweest.	8.2.2 8.5.2	Interne audit Corrigerende maatregelen	D/R D/R	X	X	X X
P1. Klantafspraken	+	+	+	De intake in de FT-groepen is duidelijk verbeterd. Ten behoeve hiervan is de werkwijze in het IP proces opnieuw vastgesteld. Er is een scheiding aangebracht tussen het IP traject en de overige afhandeling door FT-groepen en BNV. Er is een centrale sturing op basis van een taakagenda met koppeling naar relevante documentatie, formats, et cetera.	7.2.1 7.2.2 7.2.3 7.5.4	Bepaling van producteisen Beoordeling van producteisen Communicatie met de klant Eigendom van de klant	 R R	X X X	X X X	X X

Toetsingstabel				Verantwoordingstabel ISO 9001						
Facet	Controle 2 (+ hco) maart 2008	Herbeoordeling februari 2009	Controle 1 februari 2010	Motivering	Paragraaf	Omschrijving	D/R	Controle 2	Herbeoordeling	Controle 1
P2. Opdracht uitvoeren	+	+	+	Het uitvoeren van de werkzaamheden geschiedt nauwgezet conform vaste protocollen en taakmonitoring. Peer reviews dragen bij aan de zorgvuldigheid bij de uitvoering. De verschillende processtappen zijn uitgewerkt in normtijden; een zorgvuldige urenregistratie levert input voor eventuele aanpassing van de normtijden. Het DOT-project biedt mogelijkheden om het primaire proces te analyseren en verbeteringen door te voeren.	7.1	Planning van het realiseren van het product	R	X	X	X
					7.5.1	Beheersing van het leveren van diensten		X	X	X
					7.5.3	Identificatie en naspeurbaarheid	R			
					7.5.5	Instandhouding van het product				
					8.2.4	Bewakingen en meting van producten	R	X	X	X
					8.3	Beheersing van afwijkende producten	D/R	X	X	X

Toetsingstabel				Verantwoordingstabel ISO 9001						
Facet	Controle 2 (+ hco) maart 2008	Herbeoordeling februari 2009	Controle 1 februari 2010	Motivering	Paragraaf	Omschrijving	D/R	Controle 2	Herbeoordeling	Controle 1
P3. Leren van ervaringen	o	o	o	De werkgroep Peer Review levert concrete verbeterproducten op. Grote cases worden structureel geëvalueerd en besproken in het RPL-overleg. Hieruit kunnen corrigerende en preventieve maatregelen worden ondernomen. Gegevens uit de eerste fase van het DOT-project worden gebruikt voor herontwerp van de processen. De review van door de afdeling IP ingevoerde data wordt onvoldoende gebruikt voor structurele verbeteringen in het intake proces: zie bevindingen.	8.5.2	Corrigerende maatregelen	D/R	X	X	
P4. Innoveren		o	+	Het programmamanagement is opnieuw vormgegeven. Vanuit dit bureau vindt een zorgvuldige monitoring op zowel projecten als werkgroepen vanuit de lijn plaats. Een voorbeeld hiervan is de faseovergang op basis van de Readiness Review (IP), met vaste criteria en vaste evaluaties.	7.3	Ontwerp en ontwikkeling		N	X	X
					7.3.2	Input van innovaties				X
					7.3.3	Output van innovaties				X
					7.3.4	Beoordeling van innovaties	R			
					7.3.5	Verificatie van innovaties	R			
					7.3.6	Geldig verklaren van innovaties	R			
					7.3.7	Beheersing van wijzigingen in innovaties	R (2x)			X

Toetsingstabel				Verantwoordingstabel ISO 9001						
Facet	Controle 2 (+ hco) maart 2008	Herbeoordeling februari 2009	Controle 1 februari 2010	Motivering	Paragraaf	Omschrijving	D/R	Controle 2	Herbeoordeling	Controle 1
R1. Klanttevredenheid peilen		+	+	In 2009 heeft geen meting op klanttevredenheid plaatsgevonden, maar er zijn wel diverse klantcontactmomenten georganiseerd door het jaar heen. Deze momenten worden gebruikt om kennis te delen en de behoefte van klanten te leren kennen. Er vindt een registratie van klachten plaats.	8.1	Meting, analyse en verbetering - Algemeen			X	
					8.2.1	Klanttevredenheid				
					8.5.2	Corrigerende maatregelen				
R2. Medewerkertevredenheid peilen	+	+	+	Er is in 2009 een Medewerkertevredenheidsonderzoek uitgevoerd. De resultaten waren ten tijde van de management review nog niet bekend, zodat ze geen input hebben gevormd. Inmiddels wordt er follow up aan gegeven. De resultaten worden besproken in de afdelingen en op de heissessie met het management.	6.4	Werkomgeving		X	X	X
					8.1	Meting, analyse en verbetering - Algemeen				X
					8.5.2	Corrigerende maatregelen				X
R3. Prestaties Meten	0	+	+	Er zijn goede meetsystemen ingericht (ICI). Een structurele evaluatie vindt plaats in het BV-overleg van februari.	8.1	Meting, analyse en verbetering - Algemeen				
					8.2.3	Bewakingen en meting van processen		X	X	X
					8.5.2	Corrigerende maatregelen				
M1. Werven		+	+	Er is voor alle kritieke functies een inwerkprogramma. Er worden opleidingen aangeboden. Op dit moment wordt aan een verdere professionalisering van het opleidingsprogramma gewerkt, op basis van een inventarisatie.	6.2.1	Personeel, algemeen				X

Toetsingstabel				Verantwoordingstabel ISO 9001						
Facet	Controle 2 (+ hco) maart 2008	Herbeoordeling februari 2009	Controle 1 februari 2010	Motivering	Paragraaf	Omschrijving	D/R	Controle 2	Herbeoordeling	Controle 1
M2. Professionaliseren	+	+	+	Er zijn veel inspanningen op dit gebied. Medewerkers volgen opleidingen, maar verzorgen zelf ook opleidingen. Per kritieke functie is een opleidingsprogramma aanwezig t.b.v. het inwerken en ontwikkelen van deze medewerkers. Profielen zijn te vinden in het organisatie- en formatieplan en op het intranet (KIOSC).	6.2.2	Bekwaamheid, bewustzijn en training	R	X	X	X
M3. Beoordelen	+	o	-	Het houden van functionerings en ontwikkelings-gesprekken is in de werkprocessen vastgelegd. De voortgang wordt gemonitord, echter zonder het noodzakelijke effect te bereiken. Slechts 2 op de 3 gesprekken heeft in 2009 plaatsgevonden of is geregistreerd. Zie bevindingen.	5.4.1. 6.2.2	Kwaliteitsdoelstellingen Bekwaamheid, training en bewustzijn	 R	X 	X 	X X
H1. Inkopen	+	+	+	Vanuit FS zijn acties ondernomen om het proces van contracteren, al of niet SLA's overeenkomen en het periodiek rapporteren van geleverde prestaties te verbeteren. Men is nu beter in staat een aantal kritische leveranciers te monitoren. Dit proces wordt in 2010 verder doorgezet.	7.4.4 7.4.5 7.4.6	Inkoopproces Inkoopgegevens Verificatie van het ingekochte product	R 	X X X	X 	X X X
H2. Samenwerken	+	o	o	Er is een conceptnota voor samenwerking opgesteld (beheer convenanten), maar de besluitvorming moet nog plaatsvinden. Wel vindt evaluatie vanuit Facility Services plaats. Zie bevindingen Bijlage opvolging.	7.2.1 7.4.1 7.4.2	Bepaling van producteisen Inkoopproces Inkoopgegevens	 R 	X 	X 	X X X

Toetsingstabel				Verantwoordingstabel ISO 9001						
Facet	Controle 2 (+ hco) maart 2008	Herbeoordeling februari 2009	Controle 1 februari 2010	Motivering	Paragraaf	Omschrijving	D/R	Controle 2	Herbeoordeling	Controle 1
H3. Beheren	+	+	+	Het doorvoeren van ICI release geschiedt beheerst, mede dankzij de readiness reviews (go-no go). ICI beheer valt onder FS. Daar zijn afspraken voor de helpdeskfunctie, corrigerende maatregelen, et cetera afgesproken.	6.3	Infrastructuur		X		X
					7.6	Beheersing van bewakings- en meetapparatuur	R (2x)	N	N	

Bijlage: Legenda

De betekenis en de consequentie van de in de tabel gebruikte symbolen zijn de volgende.

Toetsingstabel		
+	Goedkeuring	Wil zeggen dat dit facet voldoende is uitgewerkt in de organisatie.
o	Aanmerking	Wil zeggen dat dit facet onvoldoende is uitgewerkt en dat verbetering noodzakelijk is. Controle op herstel zal plaatsvinden bij het eerstvolgende reguliere onderzoek; onvoldoende herstel leidt dan tot een tekortkoming.
-	Tekortkoming	Wil zeggen dat dit facet onvoldoende is uitgewerkt en dat het kwaliteitsrisico van dien aard is dat herstel binnen zes maanden noodzakelijk is, of vóór het aangaan van een certificatieovereenkomst.
--	Kritieke tekortkoming	Wil zeggen dat dit facet onvoldoende is uitgewerkt en dat het kwaliteitsrisico van dien aard is dat onmiddellijk herstel noodzakelijk is.
nvt	Niet van toepassing	Wil zeggen dat dit facet niet van toepassing is.
[leeg]	Niet beoordeeld	Wil zeggen dat dit facet bij dit onderzoek niet getoetst is.

Verantwoordingstabel ISO 9001		
N	Niet van toepassing	Wil zeggen dat de betreffende ISO-eis niet van toepassing is binnen de organisatie.
X	Beoordeeld	Wil zeggen dat de eis beoordeeld is tijdens het onderzoek.
D	Documentatie	Wil zeggen dat de werkwijze gedocumenteerd dient zijn.
R	Registratie	Wil zeggen dat registraties bewaard dienen te worden.
		Items die in elke audit aan de orde komen. Corrigerende maatregelen is daarbij inclusief klachten van klanten.

Wanneer een onderdeel van een facet onvoldoende is uitgewerkt, leidt dit tot een aanmerking of tekortkoming met als referentie het gehele facet. Bij het beoordelen van herstel wordt nagegaan welk gedeelte van het facet tot de aanmerking of tekortkoming geleid heeft.

Bijlage: Documenten

Tijdens het onderzoek zijn onder ander de volgende documenten ingezien:

- Strategisch Business Plan 2009-2013
- Concept jaarplan afdeling HRM/O, 16 november 2009
- Concept jaarplan afdeling Farmacovigilante, 13 november 2009
- Concept jaarplan afdeling Farmacotherapeutische groepen 1,2,3 en 4, 16 oktober 2009
- Concept jaarplan afdeling FKC v 0.4, 30 oktober, laatst bijgewerkt op 1 februari 2010
- Concept jaarplan CBG-FD versie 0.3, laatste bewerking 20 oktober 2009
- Concept jaarplan afdeling Botanicals en Nieuwe Voedingsmiddelen, 30 oktober 2009
- Concept jaarplan afdeling Voorlichting en Communicatie, v 2.0, 1 februari 2010
- Concept jaarplan afdeling BJZ / Europa, 30 oktober 2009
- Concept jaarplan afdeling Programmabureau, v 0.3, laatste bewerking 19 oktober 2009
- Concept jaarplan afdeling Managementondersteuning, tweede concept, 19 oktober 2009
- Concept jaarplan afdeling Information Processing, versie 14 november 2009
- Concept jaarplan Bureau Diergeneesmiddelen, laatste bewerking 19 oktober 2009
- Management Review 2009 – Jaarplan 2010, 16 december 2009
- Auditrapportage AUD 01-09, Voorlichting en Communicatie, 18 juni 2009
- Auditrapportage AUD 02-09, FT Groepen, 26 mei 2009
- Auditrapportage AUD 03-09, Werkgroep Variaties, 2 juni 2009
- Auditrapportage AUD 04-09, Programmabureau, 12 januari 2010
- Auditrapportage AUD 05-09, FT Humaan en BJZ, 25 januari 2010
- Auditrapportage AUD 06-09, FKC, 12 januari 2010
- Auditrapportage AUD 08-09, Afdeling Kwaliteit, 3 december 2009
- Overzicht openstaande acties, 12 februari 2010
- Overzicht afgeronde acties, 12 februari 2010
- Resultaten Telefoon Kwaliteit Analyse, derde onderzoek nov/dec 2009, Quality Support, 27 januari 2010
- Werkgroep Transparantie en PAR's, agenda 2 februari 2010
- Werkgroep Transparantie en PAR's, notulen 1 december 2009
- Overzicht lopende WOB verzoeken, 27 januari 2010
- Overzicht Bezwaar- en beroepsprocedures, 4 februari 2010
- Nieuwsbericht WOB-verzoek open source en open standaarden, 4 januari 2010
- FT 2, cases to be assigned, Norepinefine CFI, reg nr 50833, case nr 142769
- Achterstand Case Manager A. vd Helm (concept)
- Takenlijst W. van Brussel (FT2), 15 februari 2010
- Search case by medical product, NL H / 0150, FT2
- Dossier case nummer 141598, Losartankalium / Hydrochloortiazide, inclusief applicatieformulieren bij deze aanvraag
- Reviewblad P.S. Bains, 11 juni 2009
- IP: Dossier release ICI 1.6, projectplan CBG gedeelte ICI release 1.6, 18 september 2009
- Voortgangsrapportage release 1.6, week 36 (CBG)
- Voortgangsrapportage release 1.6 week 36 (Accenture)

- ICI readiness review, 17 december 2009
- Evaluatierapport ICI release 1.6;
- Projectplan CBG deel ICI release 1.6, 18 september 2009, versie 1.0;
- Change Request ICI CR 137-New time table functionality, 17 juli 2008, versie 1.0;
- Mailbox case correctie (IP);
- Proces e-mail beheer (ICI);
- Case nr 142981, invoerdocument voor een variatie;
- Day 80 Critical Assessment Report, Retigabine GSK, 5 februari 2010;
- Facility Services: selectieproces IBM module;
- Overzicht F&B gesprekken per 1 januari 2010;
- Opslokte Brigitte Bontje, Nagesprek 2008, Follows up eind 2009;
- Dashboard januari 2010;
- SLA rapportage Accenture, januari 2010;
- Software Vendor choice tab ICI portal, February 2009;
- Rapportages TNT koeriersdiensten (Service Performance Report), 7 februari 2010;
- Jaarplan 2010 HRM/O, Cindy en Brigitte (concept);
- Concept jaarplan 2010 Programmabureau d.d. 19 oktober 2009;
- Overzicht werkgroepen d.d. juli 2009;
- HUFO dd 16 februari 2010 (agenda) + verslag d.d. 9 februari 2010;
- BV-overleg dd 8 februari + verslag d.d. 27 januari 2010;
- BS-overleg dd 7 december 2009 (+ bijlage);
- Dashboard januari 2010 (Personeel, Productie, Financieel, Positie Europa);
- Voorbeeld RPO-overleg FT-1 (wekelijks) d.d. 9 juni 2009;
- Voorbeeld RPO-overleg FT-groepoverstijgend (maand) d.d. 30 juni 2009;
- Managementoverzicht BNV d.d. januari 2010;
- I-schijf: werkoverleg GMB (agenda, verslag, actielijst);
- Functieprofiel (senior) RPL + RPO (8 december 2006) uit CBG Organisatie- en Formatierapport;
- Functieomschrijving (Senior)beoordelaar Geneesmiddelenbewaking/
Farmacovigilantie;
- Handboek versie 3.25;
- Stappenplan PSUR-beoordeling (september 2009);
- Auditoronderwerpen 2009 + vooruitblik onderwerpen 2010;
- Takenlijst Inger + planningslijst FT Europese procedures NL-RMS;
- Case: 128733 (PSUR);
- Case 89107 (PSUR);
- Case 71049 (RMP);
- Case 134227 (II Nationaal);
- Case 15473 (Kruidengeneesmiddel);
- Projectdocumentatie DOT t/m nieuwsbericht d.d. 3 december 2009;
- Notulen programmaoverleg d.d. 1 december 2009;
- Resultaten werkgroep peer review (WI uitgaande brieven bij nationale procedures);
- Beoordeling eigen procedures d.d. 10 december 2009 (Biforonex®);
- Verslag evaluatie rapporteurschappen d.d. 2 juli 2009 + 10 december 2009;
- Programma Collegedag 2009 d.d. 10 juni 2009;
- KTO d.d. 2 juni 2008 (Kick-off Strategisch Business Plan 2009-2014);
- Klachtendossier;

- Conceptverslag vergadering d.d. 7 oktober 2009 vergadering CCR (Contact Commissie Registratie);
- Verslag d.d. 16 september 2009 (CCR Praktijk, 1^e bijeenkomst);
- Klantenthemadag Variaties & CBG Portaal dd 10 november 2009 + diverse detailpresentaties;
- MTO (november 2009) als input tbv BV d.d. 27 januari 2010;
- Overzicht functieprofielen KIOZC, gekoppeld aan opleidingsvereisten/mogelijkheden;
- Overzicht gevolgde opleidingen 2009 en 2010 (alfabetisch);
- Trainingsmodule Centrale Procedure NL = rapporteur) d.d. 4 februari 2010;
- Plan van Aanpak Implementatie Academisch Netwerk, Onderwijs, Onderzoek en Wetenschappelijk Advies 2009-2013;
- KIOZC: intranet CBG;
- Expertiseschema GMB d.d. 19 oktober 2009;
- Presentatie Actionable Insights: afdeling Ontwikkelingsdag d.d. 1 februari 2010;
- Verslag Ontwikkelingsgesprek Inger Mulder - van Dam d.d. 20 juli 2009;
- Verslag functioneringsgesprek Simone Scherpenisse.

Bijlage: Programma

Den Haag, 15 februari 2010

Tijd	Functie en naam geïnterviewde	Beleid	Organisatie	Processen	Resultaten	Medewerkers	Hulpbronnen	Teamleider A.H. Roozendaal	Beoordelaar C.G. Tegelberg
09.00	Directie, Aginus Kalis & Rob de Haan	X	X	X	X			X	X
10.30	Kwaliteitsmanager, Martijn de Coninck		X	X	X			X	
	Europees juridisch vertegenwoordiger tevens adviseur voor ander Europese vertegenwoordigers (tevens hoofd BJZ), Diederick Slijkerman	X		X	X				X
11.30	Hoofd FT1, Ronald Jansen	X		X	X	X		X	
	Hoofd FT2, Fons Wesseling	X		X	X	X			X
12.30	Lunch en beoordelaarberaad							X	X
13.30	RPL FT 1, Inger Mulder-van Dam			X	X	X		X	
	RPL FT2, Wouter van Brussel			X	X	X			X
14.30	RPO FT1, Treja de Blécourt			X	X	X		X	
	Hoofd BD, Frank Verheijen	X		X	X	X			X
15.30	Hoofd BNV, Emiel van Galen	X		X	X	X		X	
	RPO FT2, Conny Klaassen			X	X	X			X
16.30	Beoordelaarberaad							X	X
	Eventueel terugkoppeling eerste dag								

Den Haag, 16 februari 2010

Tijd	Functie en naam geïnterviewde	Beleid	Organisatie	Processen	Resultaten	Medewerkers	Hulpbronnen	Teamleider A.H. Roozendaal	Beoordelaar C.G. Tegellberg
09.00	Beoordelaar Geneesmiddelenbewaking, Maarten Lagendijk	X		X	X	X		X	
	Hoofd Information Processing, Joris Kampmeijer	X		X			X		X
10.00	Beoordelaar geneesmiddelenbewaking, Simone Scherpenisse			X	X	X		X	
	Medewerker Information Processing, Robert Toet			X	X	X			X
11.00	Medewerker BNV, Burt Kroes			X	X	X		X	
	Beoordelaar FT1, André Elferink			X	X	X			X
12.00	Hoofd HRM en Opleidingen, Daniëlle Kolman	X	X		X	X		X	
	Hoofd Facility Services, Robert Sloot	X		X			X		X
13.00	Lunch en beoordelaarberaad							X	X
14.00	Programmamanager, Stan van Belkum		X	X			X	X	
	Medewerker P&O/ HRM, Brigitte Bontje-Janssens			X	X	X			X
15.00	Documentenbeoordeling							X	
	Hoofd Financiën, Kwaliteit & Control, Hans Loonen	X		X	X	X			X
16.00	Beoordelaarberaad							X	X
16.30	Terugkoppeling, Aginus Kalis, Rob de Haan, Hans Loonen, Martijn de Coninck								

Verantwoording steekproef

De resultaten van dit onderzoek zijn gebaseerd op een steekproef. De tijdsbesteding van het onderzoek is in overeenstemming met de eisen. De organisatie heeft 194 medewerkers in dienst.

Vestigingsbezoeken	Controle 2	(her)beoordeling	Controle 1
Den Haag 163 medewerkers	X	X	X
Wageningen 21 medewerkers	X	X	
Nijmegen 5 medewerkers	X		
Groningen 5 medewerkers			

De organisatie gebruikt het certificatielogo adequaat.