



Certificatie-instrument

voor

**Uitvoering van eindboordeling na
CRM-verwijdering**

Beoordeling van een locatie waar kankerverwekkende, mutagene en reprotoxische stoffen in
(bouw-)werken zijn verwijderd of bewerkt

Versie 1.1: 28-10-2024

AUCIN

Onderhavig certificatie-instrument is expliciet geschreven voor de bebouwde omgeving.
Voor water en (water-)bodem wordt verwezen naar het
certificatie-instrument "Eindboordeling na CRM-verwijdering in water" en "Eindboordeling na
CRM-verwijdering uit (water)bodem

Algemeen

“Slimmer en efficiënter omgaan met grondstoffen”. Daar draait het om in een circulaire economie. Zo’n economie helpt in de strijd tegen klimaatverandering en biodiversiteitsverlies maar helpt ook de energietransitie. Veel van de natuur- en milieuproblemen zijn te herleiden tot een verspillende omgang met grondstoffen. Waar de bouwactiviteiten vroeger vooral gericht waren op nieuwbouw, is het aandeel van de bouw in bestaande gebouwen nu gestegen naar 70%. Amovatie-werkzaamheden in bestaande gebouwen brengen extra uitdagingen met zich mee, niet in de laatste plaats met betrekking tot mogelijke recyclebare materialen. Selectieve amovatie- en/of renovatie van bouwwerken, waarbij recyclebare materialen worden onderzocht en gescheiden, waarbij een gebouw wordt gestript en gescheiden in een groot aantal (afval-)fracties, is essentieel om hulpbronnen te sparen en een milieu hygiënisch verantwoorde verwijdering te bereiken.

Dit certificatie-instrument biedt handvatten om een eindbeoordeling uit te voeren na het verwijderen of bewerken van CRM stoffen. Om vast te stellen of een ruimte of locatie veilig te betreden is, dient een controle uitgevoerd te worden op of in de ruimte waar de werkzaamheden hebben plaatsgevonden. De controle kan uit verschillende fases bestaan en is afhankelijk van het type CRM stof wat is verwijderd. De fases die erkend worden in dit instrument zijn;

- Het uitvoeren van een visuele inspectie;
- Het uitvoeren van luchtmetingen t.b.v. omgevingslucht;
- Het nemen van materiaal monsters t.b.v. van de aanwezige CRM stoffen.

Wanneer alle benodigde controles met goed gevolg doorlopen worden, kan worden gesteld dat de ruimte en/of locatie veilig te betreden is.

Het onderhavige Certificatie-instrument is vastgesteld door de Stuurgroep, waarin belanghebbende partijen op het gebied van de uitvoering van eindbeoordelingen van ruimtes en / of locaties waar CRM stoffen zijn bewerkt, zijn vertegenwoordigd. De Conformiteit Beoordelende Instelling hanteert dit Certificatie-instrument, inclusief onderliggend Richtsnoer, samen met het Certificatiereglement van de Conformiteit Beoordelende Instelling. De werkwijze bij certificering door de Conformiteit Beoordelende Instelling is vastgelegd in hoofdstuk 4 van het Certificatie-instrument.

De eisen in dit Certificatie-instrument zijn bedoeld voor certificatie van processen, gebaseerd op de internationale norm NEN-EN ISO 17065.

Een opdrachtgever mag van een organisatie die de werkzaamheden op een project onder dit certificaat uitvoert, verwachten dat deze een objectieve eindbeoordeling uitvoert conform de eisen uit dit certificatie-instrument. De certificaathouder is verantwoordelijk voor de uitvoering van de in het Certificatie-instrument voorgeschreven wijze van de werkzaamheden.

Het openbaar maken, vermenigvuldigen, verspreiden en/of verstrekken van deze richtlijn aan derden is, zonder toestemming van de Stuurgroep, niet toegestaan.

Zij zijn, behoudens in geval van opzet of grove schuld, niet aansprakelijk voor schade die bij de organisatie of derden ontstaat door het toepassen van dit Certificatie-instrument.

Onderwerp

Dit Certificatie-instrument bestaat uit een hoofdtekst (Hoofdstuk 1 tot en met 5), aangevuld met een Richtsnoer. Het Certificatie-instrument beperkt zich tot de activiteiten ‘uitvoeren eindbeoordelingen na verwijderen en/of bewerken van CRM-stoffen’.

Inhoudsopgave

Algemeen	2
Onderwerp	2
1 Inleiding	5
1.1 Algemeen	5
1.2 Taken en verplichtingen van de gebouweigenaar	5
1.3 Taken van aannemers	5
1.4 Termen en definities	6
1.5 Rechtsgrond en normatieve verwijzingen	6
1.6 Interpretatiedocumenten	9
1.7 Deelgebieden (bestaande Certificatie-schema's en Certificatie-instrumenten)	10
2 Eisen te stellen aan de bedrijfsvoering	10
2.1 Organisatiebeschrijving	10
2.2 Onverenigbaarheid van activiteiten en functies	11
2.3 Medewerking aan beoordelingen en toezicht	12
2.4 Project-onafhankelijkheid en-integriteit	12
2.4.1 Hoofdaannemer	12
2.4.2 Deskundig Circulair Toezichthouder (DCT)	13
2.5 Verzekeringen	14
2.6 Eisen KAM-systeem	14
2.6.1 KAM-systeem	14
2.6.2 KAM-functionaris	15
2.6.3 Communicatie	15
2.6.4 Documentbeheer	16
2.6.5 Beheersing van registraties	16
2.6.6 Verantwoordelijkheden en bevoegdheden	16
2.6.7 Risico-inventarisatie en -evaluatie	16
2.6.8 Procesbeoordelingen	17
2.6.9 Behoeften en verwachtingen	18
2.6.10 Interne audits	18
2.6.11 Self-assessment	18
2.6.12 Directieverantwoordelijkheid	19
2.6.13 Beheersing van klachten, tekortkomingen en verbeterpunten	19
2.6.14 Continu verbeteren	20
2.7 Faciliteiten en arbeidsmiddelen	20
2.8 Persoonlijke beschermingsmiddelen	21
2.9 Persoonlijke hygiëne	21
2.10 Schoonmaken en vervangen	21
2.11 Medisch toezicht	21
2.12 Arbeidsomstandigheden:	22
2.13 Leefomgeving	23
2.14 Inkoop en afnamecontroles	23
2.15 Deskundigheidseisen	24
2.16 Personeel	24
3. Certificatie	25
3.1 Certificatie audit	25
3.2 Verlening van het certificaat	26
3.3 Periodieke beoordelingen	26
3.3.1 Periodieke beoordeling op de vestigingslocatie(s):	26
3.3.2 Hybride-remote-auditing	27
3.3.3 Periodieke beoordeling op de projectlocatie(s):	27
3.4 Hercertificatie audit	28
3.5 Tijdsbestedingen van beoordelingen door de Certificerende Instantie	28
3.6 CRM-modules	29
3.7 Competentie Certificatiepersoneel	29

4	Schouwingslijst, afwijkingen en sancties.....	30
4.1	Gebruik schouwingslijst.....	30
4.2	Bonus-malus regeling.....	32
4.3	Schorsen en intrekken van het certificaat.....	33
4.4	Procedure bij afwijkingen.....	33
4.5	Concerncontrol.....	34
4.6	Oplossen afwijkingen; 4-O-systematiek.....	34
4.7	Hardheidsclausule.....	35
	Bijlage 1: Schouwingslijst.....	36
	Bijlage 2: Meldingsformulier Eindbeoordeling na CRM verwijdering.....	48
	Bijlage 3: KRUISVERWIJSTABEL.....	50



1 Inleiding

1.1 Algemeen

Het Certificatie-instrument en haar richtsnoer(en) maken deel uit van het certificatie-instrument-stelsel, een beoordelingssysteem tot het uitgeven van nationale bedrijfsvergunningen.

Het Certificatie-instrument 'Eindbeoordeling na CRM-verwijdering' heeft betrekking op het beoordelen van ruimtes en/of locatie waar gevaarlijke stoffen zijn bewerkt in infrastructurele werken en bouwwerken.

Het doel van het Certificatie-instrument en onderliggend Richtsnoer is om een beoordeling uit te voeren of een ruimte en / of locatie veilig te betreden is.

Hiervoor heeft de opdrachtgever van het te amoveren (bouw)werk eerst alle materialen en/of schadelijke stoffen laten inventarisatie en late verwijderen.

Bij het verwijderen van CRM stoffen kan de locatie verontreinigd worden met de bewerkte CRM stof. Om te kunnen bepalen of de locatie veilig, zonder PBM's is te betreden, dient een beoordeling uitgevoerd te worden op die locatie. De beoordeling dient onafhankelijk en objectief uitgevoerd te worden om zo een vakkundig oordeel te kunnen vellen op het eindresultaat van de verwijdering.

De opdrachtgever kan dit Certificatie-instrument gebruiken om:

- In de aanbestedingsfase van amovatie de contractvorming eenduidig te laten plaatsvinden.
- Een borging te hebben op de werkzaamheden tijdens de uitvoering van de verwijderingswerkzaamheden.
- Een objectieve eindbeoordeling te laten uitvoeren nadat de werkzaamheden zijn afgerond.

Dit Certificatie-instrument bevat eisen inzake:

- de organisatie en het management van het gecertificeerde bedrijf;
- de certificatie-instelling en auditoren;

1.2 Taken en verplichtingen van de gebouweigenaar

- Uit het Besluit bouwwerken leefomgeving vloeit de verantwoordelijkheid en daarmee de aansprakelijkheid van de gebouweigenaar voor de staat van zijn gebouw.
- De opdrachtgever is eindverantwoordelijk voor alle werkzaamheden op het project onder andere op grond van Boek 7, artikel 406.2. en Boek 6, artikel 658 van het Burgerlijk Wetboek.

1.3 Taken van aannemers

N.v.t. voor onderhavig certificatie-instrument

1.4 Termen en definities

Borging: Een manier om een controle uit te voeren of werkzaamheden voldoen aan de gestelde eisen. Een borging kan zowel op de werkmethode plaatsvinden alsmede op het eindresultaat. Een borging is geen eindbeoordeling van een locatie.

Certificerende Instantie: een instelling die voldoet aan hoofdstuk 4 en waarmee de organisatie een certificatieovereenkomst heeft afgesloten.

Certificatieperiode: een periode van 3 jaar waarvoor een certificaat conform deze beoordelingsrichtlijn wordt verstrekt, gerekend vanaf de datum van afgifte van het certificaat.

Certificatiejaar: een opeenvolgende periode van 12 maanden, gerekend vanaf de datum van afgifte van het certificaat.

DCV: Persoon die in het bezit is van een persoonscertificaat Deskundig Circulair Verwijderaar.

DCT: Persoon die in het bezit is van een persoonscertificaat Deskundig Circulair Toezichthouder.

Demonteerbaarheid: mate waarin het mogelijk is samengestelde bouwproducten in een constructie op een niet-destructieve, en bij voorkeur eenvoudige wijze, uit elkaar te halen.

Gevaarlijke stoffen: afvalstoffen die een of meer van de in bijlage III bij de kaderrichtlijn afvalstoffen genoemde gevaarlijke eigenschappen bezitten.

Inspecteur: Een persoon die bevoegd is om een oordeel te geven of een locatie veilig is te betreden zonder PBM's

KAM: Kwaliteit, Arbo en Milieu.

LEB: Een persoon binnen het gecertificeerde inspectiebureau, in het bezit van een Basiscertificaat Laborant Eindbeoordeling

Materialen Inventarisatie: Overzicht van aanwezige materialen in een te slopen/demonteren bouwwerk of infrastructureel werk, opgesteld door een DIM.

NL-SfB: classificatie van bouwdelen en installaties.

Skin layer: Bij elk gebouw kan er onderscheid gemaakt worden in 6 lagen (de 'shearing layers van Brand'). In de Materialeninventarisatie kan er voor worden gekozen voor elk materiaal inzichtelijk te maken tot welke skin layer dit materiaal behoort.

Stoffenregistratie: Registratie op projectlocatie van vrijkomende materialen op basis van het scheidingsplan / demontageplan.

1.5 Rechtsgrond en normatieve verwijzingen

Tabel 1.5: Rechtsgrond

Rechtsgrond	Verwijzing
Besluit bouwwerken leefomgeving:	<ul style="list-style-type: none">Bouw- en sloopwerkzaamheden (hoofdstuk 7)
Europese afvalstoffenlijst EURAL	<ul style="list-style-type: none">Rijkswaterstaat Water Verkeer en Leefomgeving (WVL): "Handreiking EURAL" Augustus 2019Bijlage bij beschikking nr. 2000/532/EG van de Commissie van de Europese Gemeenschappen van 3 mei 2000 tot vervanging van Beschikking 94/3/EG houdende vaststelling van een lijst van afvalstoffen overeenkomstig artikel 1, onder a), van Externe link: Richtlijn 75/442/EEG van de Raad van de Europese Gemeenschappen betreffende afvalstoffen en Beschikking 94/904/EG van de Raad van de Europese Unie tot vaststelling van een lijst van gevaarlijke afvalstoffen overeenkomstig artikel 1, lid 4, van Externe link: Richtlijn 91/689/EEG van de Raad van de Europese Gemeenschappen betreffende gevaarlijke afvalstoffen (PbEG L 226/3);
REACH	<ul style="list-style-type: none">Registratie, Evaluatie, Autorisatie en restrictie van Chemische stoffen. Europese verordening die is aangenomen om de gezondheid van mens en milieu te beschermen tegen de risico's van het gebruik van chemische stoffen. Fabrikanten en importeurs moeten aantonen dat de stof in iedere levensfase van een product veilig in het gebruik is zowel voor de producent als de importeur als de consument. Stoffen moeten getest worden op effecten op gezondheid.

Vervolg Tabel 1.5: Rechtsgrond

Rechtsgrond	Verwijzing
ECHA lijst	<ul style="list-style-type: none"> Lijst van stoffen die zijn opgenomen in bijlage XIV van REACH ("autorisatielijst"). Alleen de tekst van bijlage XIV, zoals bekendgemaakt in het Publicatieblad van de EU, is authentiek en heeft rechtsgevolgen.
Besluit bouwwerken leefomgeving:	Bouw- en sloopwerkzaamheden (hoofdstuk 7)
Regulation (EU) No 305/2011	<ul style="list-style-type: none"> Regulation (EU) No 305/2011- construction products of 9 March 2011 laying down harmonised conditions for the marketing of construction products and repealing Council Directive 89/106/EEC; Update: 04/10/2017. Het bouwwerk als geheel en ook de afzonderlijke delen ervan moeten geschikt zijn voor het beoogde gebruik, in het bijzonder rekening gehouden met de gezondheid en de veiligheid van de personen die er tijdens de hele levenscyclus van het bouwwerk bij betrokken zijn.'
CLP-verordening	<ul style="list-style-type: none"> VERORDENING (EG) Nr. 1272/2008 VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD van 16 december 2008. betreffende de indeling, etikettering en verpakking van stoffen en mengsels tot wijziging en intrekking van de Richtlijnen 67/548/EEG en 1999/45/EG en tot wijziging van Verordening (EG) nr. 1907/2006 Nationale beoordelingsrichtlijn voor recyclinggranulaten Deel 2: HET NL BSB® PRODUCTCERTIFICAAT; BRL 2506-2BRL (Staatscourant 17712, 21-06-2023
Europese Seveso III-richtlijn	<ul style="list-style-type: none"> RICHTLIJN 2012/18/EU VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD van 4 juli 2012 betreffende de beheersing van de gevaren van zware ongevallen waarbij gevaarlijke stoffen zijn betrokken, houdende wijziging en vervolgens intrekking van Richtlijn 96/82/EG van de Raad
WHO guidelines for indoor air quality	<ul style="list-style-type: none"> Richtlijnen voor de bescherming van de gezondheid tegen een aantal chemische stoffen die vaak aanwezig zijn in de binnenlucht. 2010
NL/SfB-systeem	<ul style="list-style-type: none"> De officiële Nederlandse versie van de internationaal erkende SfB-classificatie, een specifiek op de bouwsector gerichte indeling/codering methodiek.
Houtconserveringsmiddelen en pesticiden	<ul style="list-style-type: none"> RICHTLIJN 2009/128/EG VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD van 21 oktober 2009 tot vaststelling van een kader voor communautaire actie ter verwezenlijking van een duurzaam gebruik van pesticiden RIVM Briefrapport " Bestrijdingsmiddelen: gewasbeschermingsmiddelen en biociden GGD Informatieblad medische milieukunde; 200112001/2014
Polychloorbifenylen (PCB's) en gechloreerde paraffines (CP)	<ul style="list-style-type: none"> Richtlijn 96/59/EG van de Europese Raad van 16 september 1996 betreffende de verwijdering van polychloorbifenylen en polychloorterfenylen (PCB's/PCT's) Richtlijn 2002/45/EG van het Europees Parlement en de Raad van 25 juni 2002 tot twintigste wijziging van Richtlijn 76/769/EEG van de Raad inzake de beperking van het op de markt brengen en van het gebruik van bepaalde gevaarlijke stoffen en preparaten (gechloreerde paraffines met een korte keten) Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden; Besluit van 6 december 2013 tot intrekking van het Besluit met arseenverbindingen behandeld hout milieubeheer, het Besluit gechloreerde paraffines milieubeheer en het Besluit PAK-houdende coatings en producten milieubeheer; Staatsblad 2013, 557
Hexabroomcyclododecaan (HBCDD)	<ul style="list-style-type: none"> Verordening (EU) 2019/1021 van het Europees Parlement en de Raad van 20 juni 2019 betreffende persistente organische verontreinigende stoffen (herschikking)

Vervolg Tabel 1.5: Rechtsgrond

Rechtsgrond	Verwijzing
Polycyclische aromatische koolwaterstoffen (PAK's)	<ul style="list-style-type: none"> • Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden; Besluit van 6 december 2013 tot intrekking van het Besluit met arseenverbindingen behandeld hout milieubeheer, het Besluit gechlloreerde paraffines milieubeheer en het Besluit PAK-houdende coatings en producten milieubeheer; Staatsblad 2013, 557 • RICHTLIJN 2004/107/EG VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD van 15 december 2004 betreffende arseen, cadmium, kwik, nikkel en polycyclische aromatische koolwaterstoffen in de lucht • RICHTLIJN (EU) 2015/1480 VAN DE COMMISSIE van 28 augustus 2015 tot wijziging van diverse bijlagen bij de Richtlijnen 2004/107/EG en 2008/50/EG van het Europees Parlement en de Raad tot vaststelling van de regels betreffende de referentiemethoden, de validatie van gegevens en de locatie van de bemonsteringspunten voor de beoordeling van de luchtkwaliteit
LHKW (vluchtige gehalogeneerde koolwaterstoffen) incl. isocyanaten (pur)	<ul style="list-style-type: none"> • RICHTLIJN 2010/75/EU VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD van 24 november 2010 inzake industriële emissies (geïntegreerde preventie en bestrijding van verontreiniging) (herschikking) • Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden; Besluit van 19 maart 2001, houdende regels inzake het beperken van de emissie van vluchtige organische stoffen bij het gebruik van organische oplosmiddelen (Oplosmiddelenbesluit omzetting EG-VOS-richtlijn milieubeheer); Staatsblad 2001, 161
BTEX (benzeen, toluen, ethylbenzenen, xylenen; aromatische koolwaterstoffen) ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden; Besluit van 16 maart 2011, houdende algemene regels voor lozen anders dan vanuit een inrichting (Besluit lozen buiten inrichtingen); Staatsblad 2011, 153
Radioactieve materialen	<ul style="list-style-type: none"> • Autoriteit Nucleaire Veiligheid en Stralingsbescherming: <i>“Handreiking voor beveiliging van radioactieve stoffen (BRAS)”</i>; 30-04-2021 • Autoriteit Nucleaire Veiligheid en Stralingsbescherming: <i>“Handreiking metaal en schroot met radioactieve stoffen”</i>; 07-03-2019
Minerale stoffen en Man Made Mineral Fibers (MMMMF) (excl. Asbest)	<ul style="list-style-type: none"> • Europese Commissie: <i>“Recommendation from the Scientific Committee on Occupational Exposure Limits for man made-mineral fibres (MMMMF) with no indication for carcinogenicity and not specified elsewhere”</i>; SCOEL/SUM/88 ; March 2012 • WHO (2002) WHO air quality guidelines for Europe, 2nd edition.
Biologische gevaren	<ul style="list-style-type: none"> • Richtlijn 2000/54/EG van het Europees Parlement en de Raad van 18 september 2000 betreffende de bescherming van de werknemers tegen de risico's van blootstelling aan biologische agentia op het werk (zevende bijzondere richtlijn in de zin van artikel 16, lid 1, van Richtlijn 83/391/EEG)
Anorganische zware metalen (AVS)	<ul style="list-style-type: none"> • RIVM Rapport 609100004/2010: <i>“Emissies en verspreiding van zware metalen”</i> • Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden; Besluit van 6 december 2013 tot intrekking van het Besluit met arseenverbindingen behandeld hout milieubeheer, het Besluit gechlloreerde paraffines milieubeheer en het Besluit PAK-houdende coatings en producten milieubeheer; Staatsblad 2013, 557 • RICHTLIJN 2004/107/EG VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD van 15 december 2004 betreffende arseen, cadmium, kwik, nikkel en polycyclische aromatische koolwaterstoffen in de lucht
Asbest	<ul style="list-style-type: none"> • RICHTLIJN VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD tot wijziging van Richtlijn 2009/148/EG betreffende de bescherming van werknemers tegen de risico's van blootstelling aan asbest op het werk; 11 oktober 2023

¹ Niet zijnde in bodem. Zie hiervoor het certificatie-instrument “CI-CRM inventarisatie Bodem”.
CI-Eindbeoordeling na CRM verwijdering, versie 1.1

1.6 Interpretatiedocumenten

Voor onderhavig Certificatie-instrument is gebruik gemaakt van de onderstaande Technische Regeln für Gefahrstoffe (TRGS).

Deze Technische Regels voor Gevaarlijke Stoffen (TRGS) verwoorden de huidige stand van de techniek, arbeidshygiëne, alsmede andere betrouwbare wetenschappelijke kennis voor activiteiten waarbij gevaarlijke stoffen betrokken zijn, met inbegrip van de indeling en etikettering.

De technische regels voor gevaarlijke stoffen worden door Europese gemeenschap en haar lidstaten erkend als standaarden.

Tabel 1.2: TRGS

TRGS	Naam en status
TRGS 001	De technische voorschriften van de verordening inzake gevaarlijke stoffen- Algemeen- Structuur- Overzicht- Naleving van de technische regels voor gevaarlijke stoffen
TRGS 201	Classificatie en etikettering voor activiteiten waarbij gevaarlijke stoffen betrokken zijn
TRGS 400	Risicobeoordeling activiteiten met gevaarlijke stoffen
TRGS 401	Risico door huidcontact Onderzoek- Beoordeling- Maatregelen
TRGS 402	Bepalen en beoordelen van de risico's bij werkzaamheden met gevaarlijke stoffen: Inhalatieve blootstelling
TRGS 406	Ademhaling sensibiliserende stoffen
TRGS 407	Activiteiten met gassen- risicobeoordeling
REC.GS409	Gebruik van REACH- informatie voor arbeidsveiligheid
TRGS 410	Blootstellingslijst met gevaar voor kankerverwekkende of kiemcelmutagene gevaarlijke stoffen in categorie 1A of 1B
TRGS 430	Isocyanaten- risicobeoordeling en beschermende maatregelen
TRGS 500	Beschermende maatregelen
TRGS 505	Lood
TRGS 511	Ammoniumnitraat
TRGS 513	Activiteiten rond sterilisatoren met ethyleenoxide en formaldehyde
TRGS 520	Bouw en exploitatie van inzamelpunten en tussentijdse opslagfaciliteiten voor kleine hoeveelheden gevaarlijk afval
TRGS 521	Sloop-, renovatie- en onderhoudswerkzaamheden met oude minerale wol
TRGS 524	Beschermende maatregelen bij het werken in besmette gebieden
TRGS 528	Laswerkzaamheden
TRGS 551	Teer en andere pyrolyseproducten uit organisch materiaal
TRGS 553	Houtstof
TRGS 554	Uitlaatgassen van dieselmotoren
TRGS 557	Dioxines
TRGS 558	Activiteiten met hogetemperatuurwol
TRGS 559	Kwartshoudend stof
TRGS 561	Activiteiten met kankerverwekkende metalen en hun verbindingen
TRGS 900	Beroepsmatige grenswaarden
TRGS 905	Lijst van kankerverwekkende, kiemcelmutagene of voor de voortplanting giftige stoffen
TRGS 910	Risicogerelateerd maatregelenconcept voor activiteiten met kankerverwekkende gevaarlijke stoffen

1.7 Deelgebieden (bestaande Certificatie-schema's en Certificatie-instrumenten)

De Stuurgroep heeft middels het certificatie-instrument-stelsel expliciet gekozen voor een certificatiesysteem waarbij het algemeen belang voorop staat en waarbij eisen uit bestaande private certificatie-schema's in de certificatie-instrumenten zijn geïntegreerd zonder marktbelangen.

Een certificaat voor onderhavig certificatie-instrument 'R.A.I.S.E.' betekent ook dat voldaan wordt aan de doelvoorschriften behorende/voor van de bestaande Certificatie-schema's voor zover van toepassing op het inventariseren van herbruikbare materialen. Bijlage 4 bevat een kruisverwijzingstabel tussen de geïntegreerde bestaande certificatie-schema's en onderhavig certificatie-instrument.

Onderhavige bestaande Certificatie-instrumenten zijn geïntegreerd in dit certificatie-instrument.

- 1) BRL SVMS-007: Betreft het vastleggen van veiligheids- en milieukundige afspraken bij sloopwerkzaamheden.
- 2) VCAP: Veiligheid, gezondheid en milieu Checklist Aannemers, een certificatieprogramma voor aannemers Petrochemie. (Hiermee wordt ook voldaan aan VCA* en VCA**).
- 3) ISO 45001: Gezondheid en veiligheid op het werk

Indien de organisatie ervoor kiest om de gelijkwaardigheid aan gekozen Certificatie-schema's mee te laten certificeren, heeft dit gevolgen voor de tijdbesteding van de vestigings- en procesbeoordelingen op het project en daarmee op de totale kosten. Zie hiervoor de rekensheet bij uw offerte.

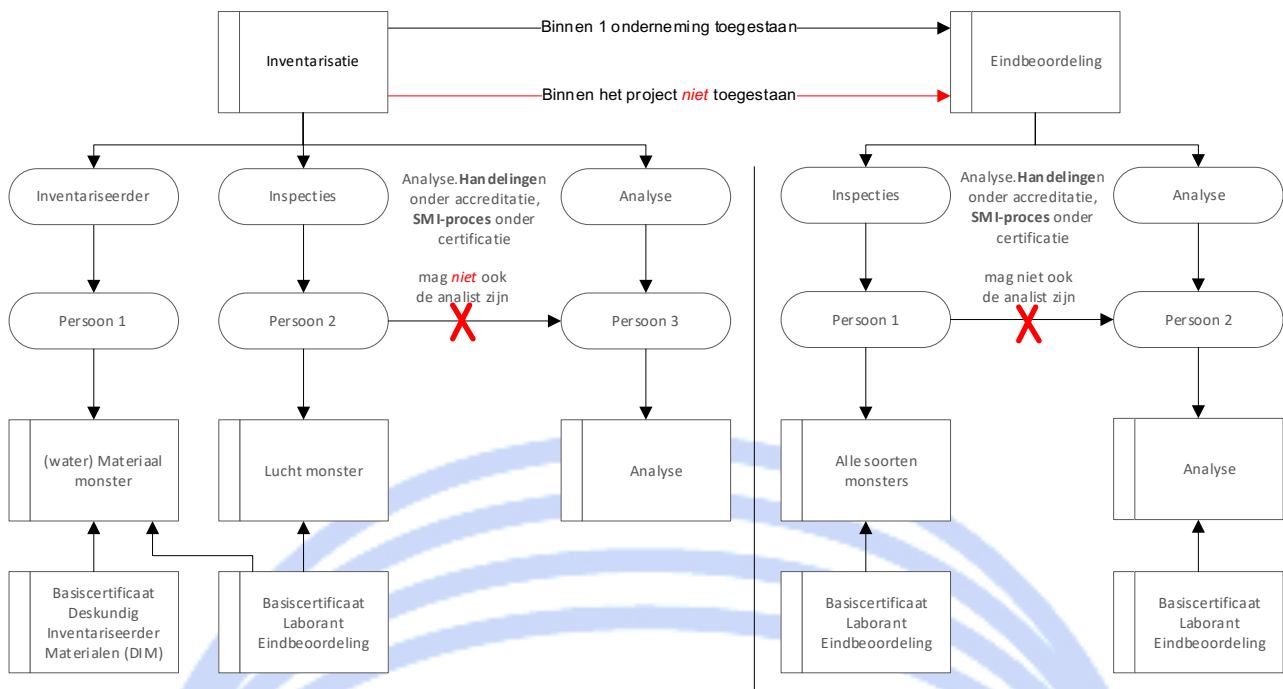
2 Eisen te stellen aan de bedrijfsvoering

2.1 Organisatiebeschrijving

De organisatie dient zijn organisatiestructuur vast te leggen in een schema (organigram). Van de in het Certificatie-instrument te onderscheiden functies dient een functieomschrijving te worden vastgesteld, met daarin een opsomming van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Het bedrijf dient ingeschreven te zijn bij de Kamer van Koophandel of een buitenlands handelsregister met een vergelijkbare status.

The logo for AUCIN features the word 'AUCIN' in a large, bold, blue, sans-serif font. Above the text is a stylized blue arch composed of several parallel lines, resembling a rainbow or a bridge. The arch is supported by two blue circular dots at its base, one on the left and one on the right.

2.2 Onverenigbaarheid van activiteiten en functies



Figuur 2.5: Monsternamen, inspectie en analyse tijdens het project.

Binnen één onderneming worden de inventarisatieactiviteiten niet in combinatie met de uitvoering van een duurzame verwijdering uitgevoerd.

Binnen één onderneming mogen inventarisatieactiviteiten wel in combinatie met de uitvoering van een borging of eindbeoordeling worden uitgevoerd.

Binnen 1 project is het inspectiebureau en het analysebureau niet betrokken bij en inventarisering en eindbeoordeling.

Een persoon binnen het gecertificeerde inventarisatiebureau, in het bezit van een Basiscertificaat Deskundig Inventariseerder Materialen (DIM), mag wel (water-)materiaalmonsters nemen.

Een persoon binnen het gecertificeerde inventarisatiebureau, in het bezit van een Basiscertificaat Deskundig Inventariseerder Materialen (DIM), mag geen luchtmonsters of blootstellingsmonsters nemen of haar eigen monsters analyseren.

Op één en dezelfde projectlocatie zijn personen die betrokken zijn bij het uitvoeren van de CRM inventarisatie, die tevens in een later stadium betrokken zijn bij de uitvoering van de daadwerkelijke sloop, niet betrokken bij het opstellen van de stoffenverantwoording die wordt opgesteld na afloop van de verwijdering van de materialen.

Een persoon binnen het gecertificeerde inspectiebureau, in het bezit van een Basiscertificaat Laborant Eindbeoordeling (LEB), mag wel (luchtmonsters of blootstellingsmonsters nemen en mag wel water-)materiaalmonsters nemen.

Een LEB, mag niet haar eigen monsters analyseren.

Een persoon binnen het gecertificeerde Analysebureau, in het bezit van een Basiscertificaat Laborant Eindbeoordeling (LEB), analyseert alle monsters onder geaccrediteerde handelingen.

2.3 Medewerking aan beoordelingen en toezicht

1. De organisatie verleent medewerking aan beoordelingen, inspecties en controle metingen van de Deskundig Circulair Toezichthouder (DCT), Conformiteit Beoordelende Instelling, inspecties van de toezichthoudende overheidsinstellingen.
2. De organisatie meldt onmiddellijk aan de Conformiteit Beoordelende Instelling:
 - a) wijzigingen van zijn adres- en contactgegevens;
 - b) wijzigingen van bestuurders van de onderneming;
 - c) wijzigingen van leden van de directie; en
 - d) indien de organisatie geen naamloze vennootschap is, wijzigingen van de eigenaren van de onderneming en de uiteindelijk belanghebbenden bij de onderneming.

2.4 Project-onafhankelijkheid en -integriteit

De stuurgroep stimuleert een betere relatie tussen stakeholders en hecht daarom het grootste belang aan het voorkomen van on gepaste beïnvloeding van marktpartijen en individuele personen. Eist dat alle projectmedewerkers niet door commerciële, financiële en andere druk, de onpartijdigheid in gevaar brengen, en erkent dat persoonlijke en organisatorische relaties de onpartijdigheid in gevaar kunnen brengen en mogelijk controles vereisen om de onpartijdigheid te handhaven.

De redenering hierachter is dat mogelijke beïnvloeding van de markt of mogelijke beïnvloeding van private personen moet worden voorkomen, waardoor ook commerciële/financiële druk op de aannemer en/of haar personeel moet worden voorkomen.

2.4.1 Hoofdaannemer

De eigenaar van het bouwwerk en/of infrastructureel werk (verder te noemen 'eigenaar') wijst een "hoofd laboratorium" aan.

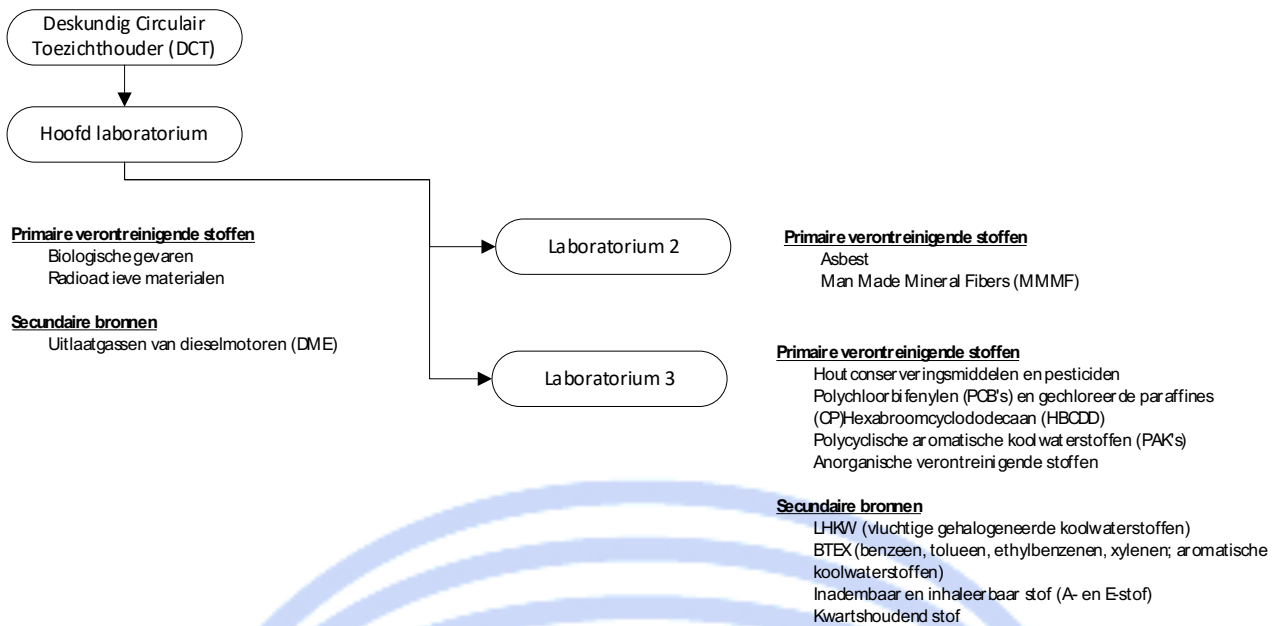
Niet verwacht kan worden van alle laboratoria dat zij de borging en eindbeoordeling van alle gevaarlijke stoffen kunnen uitvoeren. Binnen 1 project mogen meerdere laboratoria actief zijn elk met een aanbestede demarcatie, echter allen wel gecertificeerd volgens onderhavig certificatie-instrument.

Ondanks dat alle laboratoria gelijkwaardig zijn in het project, is het aangewezen hoofd laboratorium als extra verantwoordelijk voor de aanwezigheid van een overall Project Risico-Inventarisatie & Evaluatie en regisseert de algemene arbo- en (leef-)milieuwet- en regelgeving.

Alle laboratoria zijn voor hun eigen aangewezen en gecertificeerde demarcatie verantwoordelijk voor een juiste uitvoer van haar werkzaamheden, conform onderhavig certificatie-instrument en internationale (accreditatie) normen.

Indien een laboratorium een fout maakt, dient zij dit kosteloos te herstellen.

Voorbeeld projectorganogram bij een RAISE-project.



Figuur 2.4.1: Voorbeeld projectorganogram bij een RAISE-project.

- Het hoofd laboratorium is verantwoordelijk voor de CRM-stoffen: Biologische gevaren, Radioactieve materialen en Uitlaatgassen van dieselmotoren (DME)
- Onderaannemer 2 is verantwoordelijk voor de CRM-stoffen: Asbest en Man Made Mineral Fibers (MMMMF).
- Onderaannemer 3 is verantwoordelijk voor de CRM-stoffen: Houtconserveringsmiddelen en pesticiden, Polychloorbifenylen (PCB's) en gechloteerde paraffines, (CP)Hexabroomcyclododecaan (HBCDD). Polycyclische aromatische koolwaterstoffen (PAK's), Anorganische verontreinigende stoffen, LHKW (vluchtige gehalogeneerde koolwaterstoffen), BTEX (benzeen, toluen, ethylbenzenen, xylene; aromatische koolwaterstoffen), Inadembaar en inhaleerbaar stof (A- en E-stof) en Kwartshoudend stof.

Alle uitvoerende medewerkers van alle (onder-)aannemers voldoen aantoonbaar aan de deskundigheidseisen zoals vermeld in onderhavig certificatie-instrument.

De (onder-)aannemer en haar personeel mogen geen activiteiten ontplooiën die in strijd kunnen zijn met hun onafhankelijkheid van oordeel en integriteit met betrekking tot hun werkzaamheden.

(Onder-)aannemers worden gestructureerd gemonitord, bemeten, geanalyseerd en geëvalueerd op basis van de VGM-prestaties.

2.4.2 Deskundig Circulair Toezichthouder (DCT)

De eigenaar wijst, indien zij zelf geen regie kan voeren, een DCT-er aan.

Een DCT-er zorgt ervoor dat een project of delen van een project zorgvuldig en veilig voor mens en milieu, conform de geldende Certificatie-instrumenten wordt uitgevoerd. Hierbij komen diverse taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden kijken. Een uitgebreide beschrijving van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de DCT-er staat beschreven in paragraaf 1.3 van het richtsnoer "Deskundig Circulair Toezichthouder (DCT)". De inhoud van deze paragraaf wordt als algemeen bekend en algemeen bindend verklaard.

CI-Eindbeoordeling na CRM verwijdering, versie 1.1

In het certificatie-instrument-stelsel is vastgelegd dat de DCT-er zich bij de vervulling van haar taak moeten richten naar het belang van de eigenaar en/of de met haar verbonden onderneming of organisatie. In het certificatie-instrument-stelsel is vastgelegd dat de DCT-er niet mag meedoen aan de besluitvorming over een onderwerp waarbij zij een tegenstrijdig belang heeft.

De organisatie kan zich aanvullend laten certificeren voor de module RAISE Deskundig Circulair Toezichthouder, heeft dit gevolgen voor de tijdbesteding van de vestigings- en procesbeoordelingen op het project en daarmee op de totale kosten. Zie hiervoor de rekensheet bij uw offerte.

2.5 Verzekeringen

De organisatie dient verzekerd te zijn tegen wettelijke aansprakelijkheid voor risico's die voortvloeien uit de werkzaamheden passend bij de scope. De minimale dekking per gebeurtenis bedraagt € 2.500.000,- per gebeurtenis. Het management van de organisatie dient jaarlijks de geschiktheid van de verzekeringsstatus te beoordelen. De resultaten van deze beoordeling worden geregistreerd.

Indien de gecertificeerde activiteiten in een Besloten Vennootschap onder een holding zijn ondergebracht en de holding aantoonbaar financieel sterk is, kan de garantstelling van de dekking schriftelijk worden verklaard door de bestuurder van deze holding.

2.6 Eisen KAM-systeem

2.6.1 KAM-systeem

De organisatie heeft een KAM-systeem dat is toegesneden op het werkgebied van onderhavig certificatie-instrument en de uitwerking vormt van alle eisen die in dit certificatie-instrument aan de organisatie en zijn werkzaamheden worden gesteld.

De organisatie draagt er zorg voor dat:

1. de opgestelde procedures en instructies worden gevolgd;
2. de actuele versies van de kwaliteitsdocumenten voor de werknemers beschikbaar zijn;
3. de veranderingen van of toevoegingen aan kwaliteitsdocumenten zijn geautoriseerd door de KAM-functionaris;
4. de vervallen kwaliteitsdocumenten apart worden bewaard; en
5. de KAM-documenten ten minste vijf jaar worden bewaard.

Het KAM-systeem van de organisatie is vastgelegd in een kwaliteitshandboek dat ten minste de volgende elementen bevat:

1. een beschrijving van de rechtsvorm van de organisatie;
2. een directieverklaring met de uitgangspunten en doelstellingen van het kwaliteitsbeleid;
3. een directieverklaring om aangepast werk te bieden;
4. een beschrijving van het werkveld en de competenties van de organisatie;
5. een organogram van de organisatie;
6. indien van toepassing, informatie over de positie van de inspectie-instelling binnen het concern;
7. de functiebeschrijvingen en de vervangingsregelingen;
8. de procedures voor functionerings- en/of beoordelingsgesprekken;
9. de procedures voor het beheer van de kwaliteitsdocumenten en kwaliteitsregistraties;
10. de procedures voor interne beoordelingen;
11. de procedure voor de contractbeoordeling;
12. de procedures inzake inkoop en afnamecontroles;

13. de procedures betreffende de poortinstructies, startwerkvergaderingen de beschreven veiligheidsinstructies (bij blootstelling aan gevaarlijke stoffen);
14. de procedures inzake calamiteiten incl. noodplan;
15. de procedures voor de oplevering;
16. de procedures voor afhandeling van afwijkingen en opvolging van corrigerende maatregelen;
17. de procedures voor het uitvoeren van een directiebeoordeling van het KAM-systeem;
18. een programma voor het beïnvloeden van het VGM-bewustzijn en VGM-gedrag.

Communicatie over VGM (Veiligheid, Gezondheid en Milieu) zaken zonder taalbelemmeringen is cruciaal. Dit kan door het gebruik van eenvoudige en duidelijke taal, visuele hulpmiddelen zoals pictogrammen, en indien nodig vertalingen. Ook kan het nuttig zijn om trainingssessies en documenten in meerdere talen aan te bieden om ervoor te zorgen dat iedereen, ongeacht hun taalvaardigheid, de veiligheidsprocedures begrijpt.

2.6.2 KAM-functionaris

De organisatie benoemt een KAM-functionaris die verantwoordelijk is voor het beheer van de kwaliteit, Arbo en Milieu.

De kwaliteitsfunctionaris heeft directe toegang tot de directie van de organisatie.

2.6.3 Communicatie

Interne communicatie is essentieel voor een effectieve en veilige werkomgeving. De organisatie zorgt voor:

1. Duidelijke Kanalen: Gebruik meerdere communicatiekanalen zoals e-mails, mededelingenborden, en interne nieuwsbrieven om informatie te verspreiden.
2. Regelmatige Updates: Zorg ervoor dat werknemers op de hoogte blijven van gezondheids- en veiligheidsbeleid, door regelmatige updates en trainingen.
3. Feedback Mechanismen: Creëer mogelijkheden voor werknemers om feedback te geven en vragen te stellen. Dit kan via vergaderingen, digitale enquêtes, of feedbackboxen.
4. Documentatie en Toegankelijkheid: Documenteer alles zorgvuldig en zorg ervoor dat belangrijke documenten en veiligheidsinformatie gemakkelijk toegankelijk zijn voor iedereen.
5. Opleiding en Training: Regelmatige trainingen en workshops om medewerkers op de hoogte te houden van de nieuwste veiligheidseisen en procedures.
6. Gebruik van Technologie: Maak gebruik van interne communicatietools zoals intranetportalen en instant messaging voor snelle en efficiënte communicatie.

Externe communicatie speelt een cruciale rol in het onderhouden van de relaties en reputatie van een organisatie. De organisatie zorgt voor:

1. Duidelijke boodschappen: Zorg ervoor dat je berichten helder en begrijpelijk zijn voor je doelpubliek. Dit houdt in dat je vakjargon vermijdt en je taal aanpast aan de ontvanger.
2. Consistentie: Houd je communicatie consistent over alle kanalen heen. Dit zorgt voor een uniform beeld en voorkomt verwarring bij je publiek.
3. Transparantie: Wees open en eerlijk in je communicatie. Transparantie bouwt vertrouwen op en versterkt de geloofwaardigheid van je organisatie.
4. Gebruik van technologie: Maak gebruik van moderne communicatietools en sociale media om je bereik te vergroten en sneller te reageren op feedback en vragen.
5. Stakeholderbetrokkenheid: Betrek je stakeholders in je communicatieproces. Vraag om hun input en houd hen op de hoogte van belangrijke ontwikkelingen.
6. Crisiscommunicatie: Zorg voor een goed voorbereid crisiscommunicatieplan. Dit helpt om snel en effectief te reageren op noodsituaties en negatieve publiciteit te beheersen.

2.6.4 Documentbeheer

De organisatie beschikt over een procedure waarmee de relevante documenten worden beheerst. De procedure dient minimaal de volgende aspecten te omvatten:

- wijze van vrijgave van documenten;
- versiebeheer van documenten;
- bewaartermijnen;
- distributie en identificatie.

2.6.5 Beheersing van registraties

Registraties moeten worden vastgesteld en bijgehouden om het bewijs te leveren van het voldoen aan de eisen en van de doeltreffende werking van het KAM-systeem. De organisatie dient alle voor dit doel noodzakelijke registraties alsmede de in dit certificatie-instrument voorgeschreven registraties te identificeren en door middel van een gedocumenteerde procedure te beheersen, inclusief een opgave van de bewaartermijn en de wijze van vernietiging. Registraties moeten leesbaar, herkenbaar en terug te vinden zijn. De in dit Certificatie-instrument genoemde projectdocumenten worden minimaal 7 jaar bewaard, tenzij een wettelijke regeling een langere bewaartermijn vereist.

Blootstellingsgegevens van medewerkers aan kankerverwekkende of mutagene stoffen worden, conform artikel 4.10c van het Arbeidsomstandighedenbesluit minimaal 40 jaar na blootstelling bewaard.

2.6.6 Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Het management van de organisatie moet bewerkstelligen dat de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken functionarissen, in relatie tot de scope van certificatie volgens dit Certificatie-instrument, vastgelegd zijn en kenbaar gemaakt zijn in de organisatie.

De organisatie dient een lid van het management te benoemen dat, ongeacht overige verantwoordelijkheden, de verantwoordelijkheid en bevoegdheid moet hebben om:

- te bewerkstelligen dat processen die nodig zijn voor het functioneren van het KAM-systeem worden vastgesteld, ingevoerd en onderhouden;
- te rapporteren aan de directie over het functioneren van het KAM-systeem en de eventuele noodzaak tot verbetering.

Tevens dient een vervangingsmatrix aanwezig te zijn om de continuïteit van de organisatie te borgen.

2.6.7 Risico-inventarisatie en -evaluatie

De organisatie dient te beschikken over een actuele risico-inventarisatie en –evaluatie in de referentiekaders met bijbehorende Criteria en Categorie:

- a) Tijdgevoeligheid (T-RI&E), b) Arbeidsomstandigheden (A-RI&E), c) (Leef-)Milieu (M-RI&E) en d) Werkprocessen (P-RI&E).

Bij het uitvoeren van een Risico-inventarisatie en evaluatie (RI&E) per referentiekader dienen de 6 vastgestelde thema's als uitgangspunt te worden genomen. De eisen en criteria waaraan een bedrijf moet voldoen komen voort uit de volgende invalshoeken of bedrijfskarakteristieken behorende bij de thema's:

Tabel 2.6.5: Thema's RI&E

Thema's	Bedrijfsaspecten
Beleid en Leiderschap	Beleid en doelstellingen
	Leiderschap
	Communicatiestructuur
	Gewenst KVGGM-gedrag
Kennis en Vaardigheden	Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden
	Eisen t.a.v. kennis, ervaring en competentie
	Beoordelings-/ functioneringsgesprekken
	Niveau van bewustzijn
	Inzicht in de organisatie en haar context
	Takenpakket afgestemd op kennisniveau
Primaire en secundaire processen	Vorbereiding en planning
	Uitvoering
	Onderhoud en inspectie van Middelen
	Omgaan met wijzigingen
Samenwerken met externen	Commitment voor opdrachtgevers
Leren en Verbeteren	Leercultuur
	Meldingen
	Beoordelen KVGGM in de werkomgeving
Audits en statistieken	Audits
	Metingen
	Trends
	Statistieken

Voor extra uitleg zie het document "Algemene eisen Certificatie-instrument-stelsel" op www.aucin.nl

2.6.8 Procesbeoordelingen

Het laboratorium moet een procedure hebben om de geldigheid van de resultaten te monitoren. De hieruit voortvloeiende gegevens moeten dusdanig worden geregistreerd dat trends kunnen worden waargenomen en er moeten, waar dit praktisch uitvoerbaar is, statistische technieken worden toegepast om de resultaten te beoordelen. Dit monitoren moet worden gepland en beoordeeld en moet, indien van toepassing, ten minste het volgende omvatten:

1. het gebruik van referentiematerialen of kwaliteitscontrolematerialen;
2. het gebruik van alternatief instrumentarium dat is gekalibreerd om herleidbare resultaten te bieden;
3. functionele controle(s) van meet- en testuitrusting;
4. het gebruik van werkstandaarden met controlegrafieken, indien van toepassing;
5. tussentijdse controles van meetuitrusting;
6. herhaling van testen of kalibraties waarbij gebruikgemaakt wordt van dezelfde of verschillende methoden;
7. het opnieuw testen of opnieuw kalibreren van objecten die bewaard zijn;
8. correlatie van resultaten voor verschillende kenmerken van een object;
9. beoordeling van gerapporteerde resultaten;
10. intralaboratoriumvergelijkingen;
11. het testen van (een) blind(e) monster(s).

(grondslag: paragraaf 7.7 van de ISO/IEC 17025)

2.6.9 Behoeften en verwachtingen

Inzicht in de behoeften en verwachtingen van medewerkers en belanghebbenden is cruciaal voor een effectieve bedrijfsvoering en het behalen van succes. Hier zijn enkele manieren om dit te bereiken:

1. Luisterend oor: Regelmatig feedback verzamelen via enquêtes, interviews en teamvergaderingen. Dit helpt om direct te begrijpen wat er speelt en waar de behoeften liggen.
2. Open communicatiekanalen: Zorg voor een open communicatielijijn, zodat medewerkers en belanghebbenden zich gehoord voelen. Dit kan via intranet, e-mail of speciale feedbackboxen.
3. Analyseer data: Gebruik data-analyse om trends en patronen te identificeren in de behoeften en verwachtingen. Dit kan variëren van productiviteitsgegevens tot tevredenheidsscores.
4. (Stakeholder)Bijeenkomsten: Organiseer regelmatig bijeenkomsten met belanghebbenden om hun verwachtingen en zorgen te bespreken. Dit bevordert transparantie en wederzijds begrip.
5. Flexibiliteit en aanpassing: Wees bereid om processen en strategieën aan te passen op basis van de feedback en bevindingen.

2.6.10 Interne audits

De organisatie moet met geplande tussenpozen interne audits(technisch alsmede organisatorisch) uitvoeren om vast te stellen of het

Kwaliteitssysteem voldoet aan de eisen uit dit Certificatie-instrument.

Door middel van een gedocumenteerde auditplanning dient de organisatie aan te tonen dat jaarlijks alle elementen van dit certificatie-instrument ten minste eenmaal worden getoetst. Het gewogen belang van processen, geïdentificeerde risicogebieden en resultaten van eerdere audits dient hierin tot uiting te komen. Door de keuze van auditors en het uitvoeren van audits moeten de objectiviteit en onpartijdigheid van het auditproces gegarandeerd worden. De auditors mogen geen audit uitvoeren over hun eigen werk en dienen volgens de door de organisatie gestelde criteria voldoende gekwalificeerd te zijn.

Er dient een gedocumenteerde procedure te zijn waarin is vastgelegd:

- hoe het auditprogramma wordt bestuurd en beheerd en wie hiervoor verantwoordelijk is;
- welke kwalificaties vereist zijn voor een auditor;
- hoe audits worden gepland, uitgevoerd en gerapporteerd;
- hoe auditresultaten worden opgevolgd en geanalyseerd.

2.6.11 Self-assessment

Een self-assessment is een vorm van interne audit waarbij medewerkers worden getoetst op hun kennis en gedrag t.a.v. onderdelen van de bedrijfsvoering. De self-assessment kan in vraagvorm zijn, met multiple-choice antwoordmogelijkheden, open vragen, of met stellingen waarbij je aangeeft in hoeverre men kennis heeft van of handelt naar de stelling.

De vragen dienen te gaan over het bij de RI&E (paragraaf 2.7.6) bij elk thema vastgesteld referentiekader met bijbehorende bedrijfsaspecten, waarbij elk bedrijfsaspect minimaal 1 maal per 3 jaar wordt behandeld.

Daarbij kan het laboratorium zijn prestaties monitoren door ze te vergelijken met de resultaten van andere laboratoria, indien die beschikbaar zijn en dat passend is. Dit monitoren moet gepland en beoordeeld worden en moet onder andere een of beide van de volgende aspecten omvatten:

7. deelname aan bekwaamheidsbeproeving; OPMERKING ISO/IEC 17043 bevat aanvullende informatie over bekwaamheidsbeproevingen en de aanbieders van bekwaamheidsbeproevingen. De aanbieders van bekwaamheidsbeproevingen die aan de eisen van ISO/IEC 17043 voldoen, worden als competent beschouwd.
8. deelname aan interlaboratoriumvergelijkingen niet zijnde bekwaamheidsbeproevingen.

Gegevens uit monitoringactiviteiten kunnen geanalyseerd worden en gebruikt worden om de activiteiten van het laboratorium te beheersen en, indien van toepassing, te verbeteren. Indien de resultaten van de analyse van uit monitoringactiviteiten afkomstige gegevens buiten vooraf gedefinieerde criteria vallen, moeten er passende maatregelen worden getroffen om te voorkomen dat foutieve resultaten gerapporteerd worden. (grondslag: paragraaf 7.7 van de ISO/IEC 17025)

2.6.12 Directieverantwoordelijkheid

De directie moet het bewijs leveren van haar betrokkenheid bij het ontwikkelen, invoeren en functioneren van het KAM-systeem van de organisatie door ten minste jaarlijks het KAM-systeem te beoordelen op geschiktheid en doeltreffendheid.

De inputs voor de managementbeoordeling moeten geregistreerd worden en moeten informatie bevatten met betrekking tot het volgende (conform 8.9.2/8.9.3 ISO/IEC 17025):

- veranderingen aan interne en externe punten (issues) die relevant zijn;
- het behalen van doelstellingen;
- de geschiktheid van beleid en procedures;
- de status van maatregelen van eerdere managementbeoordelingen;
- de uitkomst van recente interne audits;
- corrigerende maatregelen;
- beoordelingen door externe instanties;
- veranderingen in het type en het volume van het werk of in de reikwijdte van de laboratoriumactiviteiten;
- feedback van klanten en personeel;
- klachten;
- de doeltreffendheid van eventuele doorgevoerde verbeteringen;
- de toereikendheid van middelen;
- resultaten van risico-identificatie;
- de uitkomsten van het borgen van de kwaliteit van de resultaten; en
- andere relevante factoren, zoals monitoringactiviteiten en training.

In de output van de directiebeoordeling moeten in ieder geval de besluiten en maatregelen worden vastgelegd met betrekking tot:

- de doeltreffendheid van het managementsysteem en de processen ervan;
- verbetering van de laboratoriumactiviteiten met betrekking tot het voldoen aan de eisen van dit document;
- het voorzien in vereiste middelen;
- eventuele noodzaak van veranderingen.

2.6.13 Beheersing van klachten, tekortkomingen en verbeterpunten

De organisatie dient te beschikken over een schriftelijke procedure en deze op peil te houden ten aanzien van de behandeling van klachten, tekortkomingen en verbeterpunten in relatie tot het geleverde werk en het KAM-systeem. Door middel van de procedure dient o.a. geregeld te zijn:

- wie de verantwoordelijke functionarissen zijn voor de behandeling;
- dat klachten/tekortkomingen en verbeterpunten geregistreerd en gearhiveerd worden;
- dat de melder wordt geïnformeerd over het resultaat van de afhandeling.

2.6.14 Continu verbeteren

De organisatie dient te beschikken over een schriftelijke procedure om haar processen Continu te verbeteren. Continu te verbeteren is een proces van voortdurende evaluatie en aanpassing om de prestaties te optimaliseren. Hier zijn de belangrijkste stappen:

1. Identificeer kansen: Analyseer huidige processen en identificeer gebieden voor verbetering.
2. Stel doelen: Definieer duidelijke, meetbare doelen voor verbetering.
3. Plan veranderingen: Ontwikkel een plan voor het implementeren van verbeteringen.
4. Voer verbeteringen door: Implementeer de geplande veranderingen.
5. Meet resultaten: Evalueer de impact van de veranderingen en meet de resultaten.
6. Stel bij indien nodig: Pas het plan aan op basis van de meetresultaten en nieuwe inzichten.

2.7 Faciliteiten en arbeidsmiddelen

De organisatie beschikt over passende faciliteiten en arbeidsmiddelen voor alle uit te voeren werkzaamheden.

De organisatie stelt aan zijn werknemers de faciliteiten en arbeidsmiddelen ter beschikking die noodzakelijk zijn voor de uitvoering.

De arbeidsmiddelen voor onderhavig certificatie-instrument van de organisatie verkeren in een dusdanig goede staat dat de werkzaamheden veilig kunnen worden uitgevoerd.

De kwaliteitsbepalende arbeidsmiddelen van de organisatie zijn van een unieke code voorzien. De organisatie zorgt ervoor dat de arbeidsmiddelen voor het uitvoeren van inventarisaties naar behoren worden gebruikt en worden onderhouden.

De organisatie zorgt ervoor dat alle in te zetten arbeidsmiddelen, voor zover van toepassing, voorafgaand aan het gebruik herleidbaar zijn gekeurd dan wel zijn gekalibreerd volgens een van tevoren opgesteld keurings- of kalibratieschema en zijn voorzien van een EG-conformiteitsverklaring voor de toepassing die zij bemonsterd of verwijderd.

De organisatie beschikt over een beschreven procedure voor de situatie waarin geconstateerd is dat de gebruikte of te gebruiken arbeidsmiddelen defect zijn. Defecte arbeidsmiddelen worden buiten bedrijf gesteld en voorzien van een duidelijke aanduiding.

De organisatie beschikt bij/voor elke project over een VGM-projectplan, een gestructureerd document dat de richtlijnen en procedures beschrijft om de veiligheid, gezondheid en milieu (VGM) te waarborgen tijdens een project. Zie de richtsnoer behorende bij dit certificatie-instrument voor de expliciete inhoud van het VGM-projectplan.

2.8 Persoonlijke beschermingsmiddelen

De organisatie draagt er zorg voor dat in aanvulling op de algemene verplichtingen inzake persoonlijke beschermingsmiddelen op grond van hoofdstuk 8, afdeling 1, van het Arbeidsomstandighedenbesluit en de aangewezen PBM's per te verwijderen toepassing in de richtsnoer(en) van dit certificatie-instrument aan de volgende eisen is voldaan:

- de werknemer beschikt over en maakt gebruik van een juist adembeschermingsmiddel van het juiste model en de goede maat;
- ten minste één keer per twaalf maanden is een erkende facefit-test uitgevoerd;
- op de projectlocatie is het facefit-testcertificaat van de werknemer beschikbaar;
- de resultaten van de facefit-test worden in het personeelsdossier van de werknemer bewaard;
- de werknemer heeft deelgenomen aan deel 1 van het online-instructieprogramma adembescherming en heeft binnen twaalf weken daarna het certificaat behaald;
- de werknemer onderhoudt de adembeschermingsmiddelen goed en houdt deze schoon; en
- het certificaat van deelname aan het online-instructieprogramma adembescherming van de werknemer is op de projectlocatie beschikbaar.

De organisatie ziet erop toe dat de werknemer zijn persoonlijke beschermingsmiddelen gebruikt overeenkomstig de instructie.

2.9 Persoonlijke hygiëne

De aangewezen Operationele Leidinggevende van de organisatie zorgt ervoor dat geen enkele werknemer met verontreinigde beschermende kleding of uitrusting de werkplek ongeautoriseerd kan verlaten, behalve voor die werknemers wiens taak het is om dergelijke kleding of uitrusting te wassen, schoon te maken, te onderhouden of weg te gooien.

Wanneer verontreinigde beschermende kleding of uitrusting wordt verwijderd voor het wassen, reinigen, onderhouden of verwijderen, moet de aangewezen Operationele Leidinggevende van de organisatie ervoor zorgen dat deze wordt opgeslagen en vervoerd in luchtdichte, ondoordringbare zakken of andere gesloten, ondoordringbare containers.

De organisatie zorgt voor aparte opslagruimtes voor beschermende kleding en uitrusting en voor gewone kleding en dat deze voorzieningen kruisbesmetting voorkomen.

De organisatie zorgt ervoor dat werknemers eet- en drinkruimten niet betreden met beschermende werkkleding of uitrusting.

2.10 Schoonmaken en vervangen

De organisatie zal alle beschermende kleding en uitrusting die in dit certificatie-instrument vereist zijn, reinigen, wassen, repareren en vervangen indien nodig om de doeltreffendheid ervan te behouden.

De organisatie verbiedt het verwijderen van stof uit beschermende kleding en uitrusting door te blazen, te schudden of op enige andere manier waardoor een (schadelijke) stof in de lucht of op het lichaam van een werknemer wordt verspreid.

2.11 Medisch toezicht

De organisatie dient aantoonbaar de medewerkers jaarlijks de gelegenheid te geven een vrijwillig periodiek een arbeidsgezondheidskundig onderzoek te ondergaan volgens artikel 18 in de Arbwet.

De organisatie zal ervoor zorgen dat alle medische onderzoeken en procedures vereist door dit certificatie-instrument worden uitgevoerd door of onder toezicht van een bedrijfsarts.

De organisatie zorgt ervoor dat de keurende bedrijfsarts een exemplaar van deze norm heeft en verstrekt de volgende informatie:

- 1) een beschrijving van de vroegere, huidige en verwachte taken van de betrokken werknemer in verband met de beroepsmatige blootstelling van de werknemer aan CRM-stoffen;
- 2) de vroegere, huidige en verwachte niveaus van beroepsmatige blootstelling aan CRM-stoffen;
- 3) een beschrijving van eventuele persoonlijke beschermingsmiddelen die door de werknemer worden gebruikt of zullen worden gebruikt, inclusief wanneer en hoe lang de werknemer die apparatuur heeft gebruikt.

De bedrijfsarts mag de organisatie geen specifieke bevindingen of diagnoses over medewerkers onthullen.

2.12 Arbeidsomstandigheden:

De beschrijving hoe blootstelling aan CRM-stoffen ten behoeve van de arbeidsomstandigheden wordt voorkomen of wordt geminimaliseerd door:

- 1) een projectgebonden risico-inventarisatie en evaluatie (PRI&E, ook wel genoemd TRA = Taak Risico Analyse) die aansluit bij de daadwerkelijke risico's; Toelichting:
De RI&E gaat in ieder geval in op de volgende risico's die samenhangen met:
 1. De inrichting van de bouwplaats.
 2. Gebruikte arbeidsmiddelen
 - blootstelling aan gevaarlijke stoffen met als basis de geïdentificeerde gevaarlijke stoffen uit de rapportage CI-CRM Inventarisatie;
 - de voorgenomen verwijderingsmethodiek van alle in kaart gebrachte gevaarlijke stoffen conform het certificatie-instrument CRM verwijdering;
 - de minimaal voorgeschreven maatregelen zoals getraind bij het Basiscertificaat CI-RK1 Operationeel Leidinggevende of CI-RK1 Operationeel Uitvoerende bij/t.b.v. Asbest risicoklasse 1 saneringen.
 3. Fysische belasting (onder andere lawaai en trillingen)
 4. Fysieke belasting.
 5. Het effect van werkzaamheden van een stakeholder op het werk van een andere stakeholder.
- 2) het stimuleren van het toepassen van de 'Laatste minuut risico analyse' (LMRA);
- 3) de inrichting en de organisatie van de werkplek;
- 4) gebruik te maken van adequate arbeidsmiddelen;
- 5) amovatie- en ontmantelvolgorde incl. planning van de werkzaamheden;
- 6) het aantal werknemers, dat wordt of kan worden blootgesteld, te minimaliseren door de werkmethoden zo in te richten dat er zo min mogelijk (gevaarlijk) stof ontstaat of vrijkomt;
- 7) de mate en duur van de blootstelling te minimaliseren;
- 8) huidcontact te minimaliseren;
- 9) het krijgen van CRM-vezels in de ogen dient te worden voorkomen of te worden geminimaliseerd door het dragen van doelmatige persoonlijke beschermingsmiddelen;
- 10) de grootst mogelijke zorgvuldigheid en ordelijkheid in acht te nemen;
- 11) passende werkmethoden in te voeren, met inbegrip van regelingen voor de veilige behandeling, opslag en vervoer op de werkplek van CRM-stoffen;
- 12) arbeid slechts te laten verrichten door personen die in een zodanige lichamelijke en geestelijke toestand verkeren en op het gebied van die arbeid over een zodanige basiskennis beschikken, dat zij voldoende in staat zijn de daaraan verbonden gevaren te onderkennen en te voorkomen;
- 13) te zorgen dat op plaatsen waar CRM-stoffen aanwezig is, niet wordt gerookt, gegeten, gedronken, geslapen of voedsel wordt bewaard.
- 14) de maatregelen zijn in overeenstemming met de stand van de wetenschap en techniek;

- 15) de verwijderingstechnieken overeenkomen met die uit het inventarisatierapport;
- 16) dat en hoe wanneer zich een ongewilde gebeurtenis voordoet de gevolgen hiervan zoveel mogelijk worden beperkt;
- 17) hoe de certificaathouder ervoor zorgdraagt dat de bedrijfshulpverleners, bedoeld in artikel 15 van de Arbowet, en de externe hulpverleningsorganisaties desgewenst kennis kunnen nemen van de te volgen maatregelen:
- 18) een beschrijving van de gevaren van CRM-stoffen al dan niet in relatie bij de ongewilde gebeurtenis;
- 19) een beschrijving van de mitigerende maatregelen die reeds zijn getroffen.
- 20) de aantoonbaarheid dat alle werknemers voldoende zijn vertrouwd met de aard van hun werkzaamheden en voldoende kennis hebben van de gevaren die aan de blootstelling zijn verbonden en van de voorzieningen die getroffen zijn of door hen moeten worden getroffen om die gevaren te voorkomen of te beperken;
- 21) hoe wordt voorkomen dat het werkgebied wordt betreden door anderen dan de werknemers of andere personen die het werkgebied in verband met hun arbeid moeten betreden;
- 22) welke doeltreffende middelen worden gebruikt voor veilig opslaan, hanteren en vervoeren van CRM-stoffen en/of afvalstoffen, waarbij zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van hermetisch gesloten en duidelijk zichtbaar gekenmerkte houders;
- 23) Een calamiteitenplan op basis van (de rest-risico's van) het eigen bedrijfs-RI&E en Project-RI&E, incl. beschikbaarheid van nooduitrusting zoals EHBO-kits en brandblussers
- 24) Akkoord door eigenaar op het algemeen (VGM)-projectplan .

2.13 Leefomgeving

Het werkplan, in de (Leef-)Milieuwetgeving genoemd "het sloopveiligheidsplan", bevat ten behoeve van het (Leef-)Milieu:

- 1) een projectgebonden milieu risico-inventarisatie en evaluatie (RI&E) die aansluit bij de daadwerkelijke risico's;
- 2) een beschrijving van de bouwwerken op hetzelfde terrein of op met elkaar samenhangende terreinen waarop de sloopmelding betrekking heeft;
- 3) het adres, de kadastrale aanduiding en aard van het te saneren bouwwerk of gedeelte daarvan;
- 4) de data, de tijdstippen waarop het verrichten van de saneringswerkzaamheden gaat plaatsvinden;
- 5) hoe de saneringswerkzaamheden alleen worden verricht op werkdagen en op zaterdag, tussen 7.00 uur en 19.00 uur;
- 6) een globale inventarisatie van de aard en de hoeveelheid van de afvalstoffen die naar verwachting zullen vrijkomen bij de werkzaamheden;
- 7) hoe gevaren voor de veiligheid van belendingen worden voorkomen;
- 8) welke maatregelen worden getroffen om visueel waarneembare stofverspreiding buiten het bouw- en sloopterrein te beperken;
- 9) welke maatregelen worden getroffen om getroffen om de emissie van gevaarlijke stoffen, waaronder stikstofoxiden en CO naar de lucht te beperken.

2.14 Inkoop en afnamecontroles

organisatie beschikt over beschreven procedures met betrekking tot:

- de keuze van gekwalificeerde leveranciers van producten en diensten die voor onderhavig certificatie-instrument van belang zijn; en
- de controle van bepaalde categorieën van ingekochte producten of diensten die voor inventarisatie van belang zijn.

2.15 Deskundigheidseisen

De specifiek gevraagde deskundigheidseisen zijn per Richtsnoer vastgelegd. De organisatie is verantwoordelijk dat het juiste Richtsnoer per verrichting wordt gehanteerd. De organisatie maakt voor de uitvoering van haar activiteiten alleen gebruik van een Laborant Eindbeoordeling (LEB) die middels een (arbeids-)overeenkomst verbonden is aan de organisatie.

2.16 Personeel

De werknemers van de organisatie worden door het bedrijf ondersteund om bij de uitvoering van onderhavig certificatie-instrument tot een onafhankelijk oordeel te komen.

De organisatie heeft een opleidingsplan waarin is vastgelegd met welke opleidingen beoogd wordt de vakbekwaamheid van de werknemers in technische en administratieve zin te waarborgen.

De organisatie registreert van elke werknemer diploma's en certificaten, de werkervaring, de gevolgde opleidingen en de geplande opleidingen.

De organisatie heeft een gedragscode voor zijn werknemers. In de gedragscode komen ten minste de volgende onderwerpen aan de orde:

- de werkhouding bij het omgaan met opdrachtgevers en hun werknemers, bewoners, gebruikers en derden;
- hoe te handelen in situaties waarbij een direct blootstellinggevaar dreigt voor bewoners of gebruikers van een bouwwerk of object;
- hoe de werknemers geconstateerde gevaarlijke situaties op de projectlocatie bekend maken aan de verantwoordelijken binnen het inventarisatiebedrijf; en
- de wijze waarop toezichhoudende overheidsinstellingen worden geïnformeerd.

Er wordt geborgd dat uitzendkrachten en eenmanszaken voldoen aan dezelfde eisen als eigen medewerkers en worden gezien/behandeld als zijnde eigen medewerkers.

Een goed beleid voor aangepast werk is essentieel voor inclusiviteit en welzijn op de werkplek. Dit beleid biedt mogelijkheden voor medewerkers die door ziekte, letsel of andere omstandigheden niet in staat zijn om hun reguliere taken uit te voeren. Het doel is om hen toch zinvol en passend werk te bieden, zodat ze kunnen blijven deelnemen aan de arbeidsmarkt.

Een effectief beleid voor aangepast werk kan de volgende elementen bevatten:

1. Individuele aanpassingen: Biedt op maat gemaakte oplossingen gebaseerd op de behoeften van de medewerker.
2. Open communicatie: Zorgt voor regelmatige gesprekken tussen de medewerker, leidinggevende en HR om passende oplossingen te vinden.
3. Flexibele werktijden: Biedt flexibele werktijden of parttime werkopties om de werkbelasting te verminderen.
4. Ergonomische aanpassingen: Past de werkplek aan om fysieke belasting te verminderen.
5. Opleiding en bijscholing: Biedt mogelijkheden voor opleiding en bijscholing om de medewerker te helpen in een aangepaste rol.

Voor de exacte opleidingseisen en bijbehorende persoonscertificatie wordt verwezen naar de richtsnoer behorende bij dit certificatie-instrument.

Voor zover de onderneming ook kiest om aan te tonen dat zij ook aan de doelstellingen van reeds bestaande schema's voldoet, dienen de medewerkers totdat de opleiding definitief is te voldoen aan de opleidingseisen:

- VCA: Operationele medewerkers = B-VCA en operationele leidinggevende = VOL-VCA

CI-Eindbeoordeling na CRM verwijdering, versie 1.1

- SVMS-007: Operationele medewerkers = Voorman Sloopwerken en operationele leidinggevende = Uitvoerder Sloopwerken

3. Certificatie

Aanvullend op de algemene indieningsvereisten bij een aanvraag voor certificatie (zoals ook vastgelegd in het Certificatiereglement van de Conformiteit Beoordelende Instelling) verstrekt de aanvrager de volgende gegevens en bescheiden aan de Conformiteit Beoordelende Instelling:

- a. VOG RP (Rechtspersoon) verklaring
- b. Een actuele verklaring getekend door alle bestuurders van de aanvrager dat de aanvrager niet betrokken is geweest bij een onderneming waarvan het procescertificaat Asbest en of RAISE in de twaalf maanden voorafgaand aan het tijdstip van het indienen van de aanvraag is ingetrokken, dreigt te worden ingetrokken of door de organisatie is ingeleverd;

Ad a: Meer specifiek betreft dit het screeningsprofiel 2.4 b Diensten.

3.1 Certificatie audit

De certificatie audit wordt uitgevoerd in twee fasen: fase 1-audit (vooronderzoek) en fase 2-audit (implementatie audit) en wordt uitgevoerd conform het Certificatiereglement van de Conformiteit Beoordelende Instelling .

De uitvoering van de fase 1 en 2 vindt niet aaneengesloten, op één en dezelfde dag, plaats. De maximale doorlooptijd van de volledige certificatie audit (vanaf start fase 1 tot en met afgifte certificaat) bedraagt maximaal 6 maanden.

Fase 1-audit (vooronderzoek):

Het doel van het vooronderzoek (fase 1) is:

- Vaststellen of de gekozen scope van certificering passend is;
- Beoordelen of de documentatie voldoende invulling geeft aan de eisen van dit certificatie-instrument, inclusief onderliggend Richtsnoer;
- Vaststellen of het systeem van de organisatie voldoende geïmplementeerd is om te starten met fase 2 van de certificatie audit.

De bevindingen van de fase 1 audit worden schriftelijk gerapporteerd aan de klant.

Om vast te stellen of het systeem in voldoende mate in de organisatie is geïmplementeerd dient door de organisatie een interne audit te zijn uitgevoerd conform de eisen uit paragraaf 2.7.8 en een self-assessment conform de eisen uit paragraaf 2.7.9 van dit Certificatie-instrument. Op basis van de resultaten van de interne audits en self-assessment dient door de Conformiteit Beoordelende Instelling tijdens de fase 1 vastgesteld te worden dat een proces van verbetering in gang wordt gezet en dat de resultaten worden gebruikt als input voor de directiebeoordeling (paragraaf 2.7.10 van dit Certificatie-instrument).

Fase 2-audit (Implementatie audit)

Het doel van de implementatie audit (fase 2) is om vast te stellen dat er op de vestigingsplaats(en) en op de projectlocaties gewerkt wordt conform de procedures en werkwijzen zoals die door de organisatie zijn vastgelegd.

De fase 2 audit omvat ten minste de volgende aspecten:

- Interviews met betrokkenen.
- Beoordeling op één projectlocatie; dit betreft een circulaire amovatie, op uitgebreid niveau.
- Beoordeling van minimaal één volledig afgerond projectdossier.
Dit betreft een volledig afgerond projectdossier van een circulaire amovatie, uitgebreid niveau, inclusief stoffenverantwoording. Het door de certificatie instelling beoordeelde project op locatie maakt in ieder geval onderdeel uit van de steekproef.
- Rapportage met auditbevindingen (inclusief eventuele afwijkingen).

In paragraaf 3.5 is een overzicht opgenomen met de te hanteren tijdsbesteding voor de Conformiteit Beoordelende Instelling voor de fase 1 en fase 2 audit.

3.2 Verlening van het certificaat

Na het positief afronden van de certificatie audit kan het certificaat conform het Certificatiereglement van de betreffende Certificerende Instantie worden afgegeven met een looptijd van 3 jaar, onder voorbehoud van schorsing en intrekking zoals bedoeld in paragraaf 4.2. Positieve afronding betekent dat er een gerechtvaardigd vertrouwen bestaat dat aan alle eisen uit dit Certificatie-instrument, inclusief de van toepassing zijnde onderliggende Richtsnoeren, wordt voldaan.

Het door de Certificerende Instantie afgegeven certificaat bevat de gegevens zoals opgenomen in het modelcertificaat in bijlage 3.

3.3 Periodieke beoordelingen

Gedurende de looptijd van het certificaat vinden er zowel periodieke beoordelingen op de vestigingslocatie, als periodieke beoordelingen op projectlocatie plaats.

3.3.1 Periodieke beoordeling op de vestigingslocatie(s):

Binnen de certificatieperiode zal de Conformiteit Beoordelende Instelling jaarlijks een tussentijdse controle uitvoeren op de vestigingslocatie van de gecertificeerde organisatie. Tijdens deze tussentijdse controle wordt de doeltreffendheid van het KAM-systeem en de juiste implementatie van de eisen uit dit Certificatie-instrument, inclusief de eisen uit het van toepassing zijnde Richtsnoer, getoetst. Hierbij wordt de tijdsbesteding toegepast zoals opgenomen in paragraaf 3.5.

Onderdeel van de periodieke beoordeling op de vestigingslocatie is de beoordeling van projectdossiers. De keuze voor de te beoordelen projectdossiers dient representatief te zijn voor de werkzaamheden van de organisatie en wordt bepaald door de auditor.

De eerste controleaudit na de certificatie audit vindt plaats binnen 12 maanden na de laatste dag van de fase 2-audit.

De resultaten van de beoordeling worden gedocumenteerd door de Certificerende Instantie en gerapporteerd aan de organisatie.

3.3.2 Hybride-remote-auditing

Bij Hybride-remote-auditen (deels op afstand auditen) wordt onder voorwaarden de controleaudit na het eerste en/of tweede auditjaar niet op de vestiging van de organisatie uitgevoerd maar deels offline – zonder de organisatie – en deels online – met de organisatie via een video verbinding; “Remote Auditing” - door de auditor op zijn/haar eigen kantoor.

Tabel 3.3.2: Audits per certificatieperiode.

Kenmerk auditjaar	Auditjaar	Vestigingsaudits	Projectaudits
(H)CA; (her)-certificatie	Ingangsdatum certificaat tot zelfde datum 1 jaar verder	Altijd Fysiek	Altijd Fysiek
J1; Controle 1	Ingangsdatum tweede auditjaar tot zelfde datum 1 jaar verder	Hybride-audit op afstand onder voorwaarden	Altijd Fysiek
J2; Controle 2	Ingangsdatum derde auditjaar tot zelfde datum 1 jaar verder	Hybride-audit op afstand onder voorwaarden	Altijd Fysiek

De voorwaarden voor Hybride-remote-auditen zijn opgenomen in het certificatiereglement van de Conformiteit Beoordelende Instelling of in de gids “(duurzaam) Hybride auditen; Gids voor certificaathouders” welke te downloaden is van de website: www.aucin.nl

De resultaten van de audits worden gedocumenteerd door de Conformiteit Beoordelende Instelling en gerapporteerd aan de organisatie.

3.3.3 Periodieke beoordeling op de projectlocatie(s):

Naast de periodieke beoordeling op de vestigingslocatie van de organisatie zullen er periodieke procesbeoordelingen plaatsvinden conform de staffel en de tijdsbesteding zoals opgenomen in paragraaf 3.5. De resultaten van deze beoordelingen worden gedocumenteerd en gerapporteerd aan de organisatie.

Onaangekondigde procesbeoordelingen:

Eisen aan onaangekondigde procesbeoordeling: om mogelijk te maken dat de Certificerende Instantie onaangekondigd projecten kan bezoeken, worden door de organisatie minimaal 12 uur vooruitlopend op de uitvoering van de werkzaamheden de volgende gegevens aan de Certificerende Instantie gemeld:

- Projectlocatie.
- Datum aanvang werkzaamheden.
- Eventuele toegangsregels op de projectlocaties.
- Aantal en namen van de aanwezige LEB's.

De eindbeoordelaar dient gedurende de beoordeling aanwezig te zijn. Tevens dienen alle documentatie zoals werkinstructies, normen, procedures, registratieformulieren en referentiegegevens die van belang zijn voor de werkzaamheden op de projectlocatie toegankelijk te zijn.

De beoordeling op de projectlocatie bestaat minimaal uit de volgende aspecten:

- Het voldoen aan de juiste kwalificatie van het ingezette personeel.
- Het voldoen aan de juiste middelen bij het te beoordelen project.
- Het voldoen aan de aanwezigheid van de juiste registraties van het te beoordelen project.
- Correcte voorbereiding van het project.

Ten behoeve van de controle van projectdossiers en –documenten wordt door de organisatie een overzicht van de projectlocaties bijgehouden.

Voorafgaand aan een nieuw certificatiejaar dienen alle periodieke beoordelingen uit het vorige certificatiejaar te zijn uitgevoerd. Indien dit niet het geval is, dient een projectlocatie bezocht te worden als onderdeel van de periodieke beoordeling op de vestigingslocatie.

Voorafgaand aan de hercertificatie audit dienen alle achterliggende procesbeoordelingen te zijn uitgevoerd. Indien dit niet het geval is, kan geen (her)certificatie plaatsvinden.

3.4 Hercertificatie audit

Tegen het einde van de periode van 3 jaar na het verlenen van het certificaat dient een volledige beoordeling op de vestigingslocatie van alle eisen uit dit Certificatie-instrument, inclusief de eisen uit het van toepassing zijnde Richtsnoer, plaats te vinden. Hierbij zal de tijdsbesteding worden toegepast zoals opgenomen in paragraaf 3.5.

Onderdeel van de hercertificatie audit op de vestigingslocatie is de beoordeling van projectdossiers. De keuze voor de te beoordelen projectdossiers dient representatief te zijn voor de werkzaamheden van de organisatie en wordt bepaald door de auditor.

3.5 Tijdsbestedingen van beoordelingen door de Certificerende Instantie

De tijdsbesteding voor het uitvoeren van beoordelingen door de Certificerende Instantie dient te worden bepaald volgens de tabellen 3.5.1 en 3.5.2, de daarbij opgenomen aanvullende bepalingen dienen in acht genomen te worden.

Vestiging: 1 mandag = 8 uur.

Procesbeoordeling = Project: 1 mandag = 2 projecten incl. rapportage; 1 project = 4 uur.

Certificatiejaar = auditjaar = dag en maand ingang certificaat tot 1 jaar terug of vooruit.

Getallen tabel = mandagen

Tabel 3.5.1: Tijdsbesteding certificatie audit

Fase 1-audit (uren)	Fase 2-audit, vestigingslocatie (uren)	Fase 2-audit, procesbeoordeling (uren)
0,5	1	1

Tabel 3.5.2: Tijdsbesteding periodieke beoordelingen per certificatiejaar

Aantal uitgevoerde projecten in het afgelopen certificatiejaar	Gemiddeld Aantal Laboranten	Jaarlijkse beoordeling op (vestigings-)locatie	Tussentijdse beoordelingen op projectlocatie Borgingsmetingen ¹	Tussentijdse beoordelingen op projectlocatie, Onaangekondigd ²
<50	1	1	1	1
51-100	2-3	1	2	2
101-200	4-6	1	2,5	2,5
201-500	7-9	1	3	3
>500	> 9	1	3,5	3,5

1) uitgevoerd door een geaccrediteerd laboratorium aangewezen door Aucin.

2) Het aantal beoordelingen wordt bepaald per vestiging.

Tabel 3.5.3: Tijdsbesteding hercertificatie audit

Beoordeling op vestigingslocatie incl. rapportage
1

Bij het toepassen van bovenstaande tabellen gelden de volgende uitgangspunten:

CI-Eindbeoordeling na CRM verwijdering, versie 1.1

- De in de tabellen genoemde tijdsbesteding is inclusief rapportage. De tijdsbesteding voor één procesbeoordeling bedraagt 4 uur (inclusief rapportage van bevindingen projectlocatie).
- Indien onder het certificaat van de organisatie meerdere werkmaatschappijen en/of vestigingen vallen, geldt bij de certificatie (fase 2), periodieke en hercertificatie beoordeling op de vestigingslocatie een extra tijdsbesteding van 4 uur. In dat geval wordt het aantal procesbeoordelingen bepaald per vestiging.
- Het certificeren van uitsluitend een holding zelf is niet mogelijk.

3.6 CRM-modules

Bij onderhavig certificatie-instrument wordt verwacht dat de organisatie (met een minimum van 1) de borging en/of eindbeoordeling onderstaande CRM-modules kan uitvoeren.

- Onderhavig certificatie-instrument omvat de CRM-modules.
- RAISE CI Aanvullende inventarisatie asbest
- HCM en pesticiden
- MMMF (excl. Asbest)
- PCB's en CP
- HBCDD
- PAK
- Anorganische stoffen
- Biologische gevaren
- Radioactieve materialen
- Brandschade

3.7 Competentie Certificatiepersoneel

Bij het uitvoeren van beoordelingen en het afgeven, schorsen en intrekken van certificaten volgens het onderhavige Certificatie-instrument, worden de volgende functies onderscheiden: auditor, reviewer en beslisser.

Algemene eisen aan auditoren:

De auditoren die door de Conformiteit Beoordelende Instelling worden ingezet dienen te voldoen aan de volgende eisen:

- beschikken over voldoende schriftelijke en communicatieve vaardigheden voor de uitoefening van hun taak;
- hebben kennis van de inhoud van dit Certificatie-instrument, inclusief de van toepassing zijnde Richtsnoeren;
- hebben minimaal 2 jaar aantoonbare ervaring met het zelfstandig uitvoeren van procesbeoordelingen;
- kwalificatie als IRCA auditor;
- beschikken over aantoonbare bouwtechnische kennis middels opleiding of ervaring;
- Opleiding CRM-verwijdering Operationeel Leidinggevende.

Succesvolle deelname aan de opleiding dient te worden aangetoond door middel van een geldig certificaat met een looptijd van 3 jaar, afgegeven door een onafhankelijk exameninstituut of looptijd 10 jaar indien de auditor alle jaren minimaal 1 vestigingsaudit en 2 onaangekondigde audits heeft uitgevoerd.

Eisen aan reviewer:

- Voldoet aan de algemene eisen van een auditor.
- Aantoonbare kennis van het Certificatie-instrument, inclusief onderliggend Richtsnoer waarop certificatie plaatsvindt.
- Heeft geen directe betrokkenheid bij de rapportage waarover de review plaatsvindt.

Eisen aan certificatiebeslissers:

- Is niet betrokken geweest bij de beoordeling waarvoor de certificatiebeslissing plaatsvindt.
- Is door de Conformiteit Beoordelende Instelling bevoegd verklaard voor het nemen van certificatiebeslissingen.

4 Schouwingslijst, afwijkingen en sancties

4.1 Gebruik schouwingslijst

Auditing is het 'met gerechtvaardigd vertrouwen onafhankelijke toetsen/beoordelen van een activiteit, proces, systeem of organisatie op basis van een vooraf overeengekomen expliciete norm'.

Het certificatie-instrument heeft als primair doel het inzichtelijk maken welke organisaties meer dan gemiddeld bijdragen aan de leefomgeving, het milieu en de veiligheid van werknemers. Ook al is het doel het behoud van compliance, is het soms nodig om afwijkingen met sancties op te leggen.

De schouwlijst is *geen* zgn. 'vinklijstje' met als uitkomst 'goed of fout'.

De schouwlijst bevat een opsomming van alle binnen het onderhavige certificatie-instrument geldende eisen indien deze op de vestiging en/of project van toepassing zijn.

De (kandidaat-)certificaathouder dient de auditor aan te tonen dat zij de eisen heeft geïmplementeerd en geborgd.

De mate van implementatie en borging wordt door de auditor vastgesteld conform de ladderindeling uit het Certificatie-instrument-stelsel (voor extra informatie op www.aucin.nl)

Het Certificatie-instrument-stelsel gaat ervan uit dat elke organisatie start op ladderniveau 3 "Calculatief". Per doelvoorschrift/toetseis stelt de auditor vast of meer of minder dan niveau is/wordt voldaan.

Wanneer de organisatie niet voldoet aan of één meer bepalingen en er sprake is 'Passief gedrag' resulteert dit in een afwijking.

Het Certificatie-instrument-stelsel gaat ervan uit dat elke organisatie start op ladderniveau 3 “Calculatief”. Per doelvoorschrift/toetseis stelt de auditor vast of meer of minder dan niveau is/wordt voldaan. Enkel die doelvoorschriften/toetseisen die meer of minder schoren worden gerapporteerd



Figuur 4.1: Ladderindeling Certificatie-instrument-stelsel

Er wordt onderscheid gemaakt in A en B afwijkingen.

Een "B" afwijking:

1. is een tekortkoming die een negatief effect (kan) hebben op de borging van de eisen in het managementsysteem van de (kandidaat)-certificaathouder;
2. de (kandidaat)-certificaathouder dient binnen 8 weken aan te tonen dat hij adequate corrigerende maatregelen heeft genomen waarbij de Conformiteit Beoordelende Instelling heeft vastgesteld dat deze adequaat zijn.

Een "A" afwijking:

1. is een Kritieke afwijking; een tekortkoming die een onmiddellijk kritiek effect heeft op de borging van de eisen in het managementsysteem van de (kandidaat)-certificaathouder;
2. de (kandidaat)-certificaathouder dient binnen 4 weken aan te tonen dat hij adequate corrigerende maatregelen heeft genomen waarbij de Conformiteit Beoordelende Instelling heeft vastgesteld dat deze adequaat zijn.

De wijze waarop de Conformiteit Beoordelende Instelling de schouwingslijst gebruikt in haar rapportage is vrij en niet uitsluitend. De Conformiteit Beoordelende Instelling kan en mag onderbouwd op zowel vestigingsniveau als op projectniveau zelfstandig afwijkingen formuleren die niet in de schouwingslijst zijn opgenomen mits expliciet de grondslag en onderbouwing van de afwijkingen volledig zijn. organisaties kunnen de schouwingslijst uiteraard ook gebruiken voor interne audits en projectaudits.

De schouwingslijst bevat de essentie van de eisen uit dit certificatie-instrument.

De schouwingslijst is bindend betreffende het sanctiebeleid zoals hieronder beschreven.

Ter toelichting op de opzet van de schouwingslijst en het gebruik daarvan geldt het volgende:

1. Er wordt onderscheid gemaakt in een afwijking geconstateerd tijdens een vestigingsaudit (kolom Vestiging) en projectaudit (kolom Projectaudit).
2. In de kolom Vestiging wordt onderscheid gemaakt in een tekortkoming in de gedocumenteerde informatie (subkolom D) en Implementatie (subkolom I).
3. In de kolom Projectaudit wordt onderscheid gemaakt in een tekortkoming op Persoonsniveau (subkolom P) en Bedrijfsniveau (subkolom B).

Een afwijking geconstateerd tijdens een projectaudit kan ertoe leiden dat een extra tussentijdse vestigingsaudit moet worden uitgevoerd ter verificatie van de afwijking in relatie tot het gedocumenteerde managementsysteem.

Indien geen afdoende corrigerende maatregelen worden getroffen en/ of de betreffende afwijking een structureel karakter heeft, zal de certificatie-instelling een kritieke afwijking (A) uitschrijven dan wel het certificaat (uiteindelijk) schorsen of intrekken.

Afwijkingen op persoonsniveau, geschreven bij projectaudits, worden door gemeld aan de persoons-Conformiteit Beoordelende Instelling .

De Conformiteit Beoordelende Instelling kan aan een afwijking nadere voorwaarden verbinden.

4.2 Bonus-malus regeling

“Wie goed presteert wordt beloond, wie slecht presteert bestraft”

Waarschuwing of sancties bij een “B” afwijking bij een (on)aangekondigde beoordeling:

1. Cat B bij 1 onaangekondigde of procesbeoordeling geeft een waarschuwing;
2. Cat B bij 1 projectaudit geeft 1 extra onaangekondigde of procesbeoordeling;
3. Elke 6 Cat B afwijkingen in 1 auditjaar = aantal procesbeoordelingen volgens de staffel per auditjaar in tabel 3.5.2, in het volgende jaar verhoogd met 0,5 mandag (= 4 uur);

Waarschuwing of sancties bij een “A” afwijking bij een (on)aangekondigde beoordeling:

1. 1 Cat A in 1 projectaudit geeft 1 extra onaangekondigde of procesbeoordeling;
2. Elke 3 Cat A afwijkingen in 1 auditjaar = aantal onaangekondigde of procesbeoordeling volgens de staffel per auditjaar in tabel 3.5.2, in het volgende jaar verhoogd met 0,5 mandag (= 4 uur);

Voorbeeld 1:

Stel een certificaathouder die 35 projecten heeft beoordeeld heeft bij binnen 1 auditjaar 3 A en/of 6 B afwijkingen opgelopen. Dan wordt de staffel van het aantal Onaangekondigde beoordelingen op de projectlocatie in/voor het *volgende auditjaar* verhoogd met 0,5 mandag:

Tabel 4.2: bepaling aantal periodieke controlemetingen na sanctie

Aantal uitgevoerde projecten in het afgelopen certificatiejaar	Jaarlijkse beoordeling op (vestigings)locatie (uren) Inclusief 4 uur voor projectlocatie	Tussentijdse beoordelingen op projectlocatie (aantal uren), (Onaangekondigd)
201-500	8	16 16

Aantal uitgevoerde projecten in het afgelopen certificatiejaar	Gemiddeld Aantal Laboranten	Jaarlijkse beoordeling op (vestigings-)locatie	Tussentijdse beoordelingen op projectlocatie Borgingsmetingen ¹	Tussentijdse beoordelingen op projectlocatie per Richtsnoer, Onaangekondigd ²
<50	1	1	1	± 1.5

Bij elke 3 opvolgende foutloze onaangekondigde of procesbeoordelingen wordt het aantal onaangekondigde of procesbeoordelingen in het huidige auditjaar verminderd met 0,5 mandag, tot een minimum van de in tabel 3.5.2: vermelde tijdsbestedingen per staffel.

4.3 Schorsen en intrekken van het certificaat

Schorsing

Het certificaat wordt geschorst indien er sprake is van de volgende omstandigheden:

- a) niet tijdig aanleveren van corrigerende maatregelen zoals genoemd in paragraaf 4.1, of;
- b) indien de Conformiteit Beoordelende Instelling of het bevoegd gezag onvoldoende in de gelegenheid is gesteld om het aantal beoordelingen op projectlocatie, zoals voorgeschreven in paragraaf 3.5.2 uit te voeren, of;
- c) de corrigerende maatregelen bij een A- afwijking onvoldoende borging bieden om herhaling van de afwijking te voorkomen, of;
- d) indien niet wordt voldaan aan de financiële verplichtingen of aan eisen gesteld in het certificatiereglement van de Conformiteit Beoordelende Instelling.

De certificaathouder wordt schriftelijk (aangetekend) geïnformeerd over deze schorsing. De Conformiteit Beoordelende Instelling documenteert de besluitvorming van deze schorsing.

Indien naar mening van de Conformiteit Beoordelende Instelling alle afwijkingen naar tevredenheid zijn opgelost, kan de schorsing ongedaan worden gemaakt.

De certificaathouder wordt schriftelijk (aangetekend) geïnformeerd over deze opheffing. De Conformiteit Beoordelende Instelling documenteert de besluitvorming omtrent deze opheffing.

De certificaathouder mag gedurende de schorsing geen werkzaamheden verrichten onder de scope van het certificaat.

Intrekking

Het certificaat wordt ingetrokken indien er sprake is van de volgende omstandigheden:

- Door de certificaathouder naar het oordeel van de Conformiteit Beoordelende Instelling verwijtbaar significant onveilige situaties worden gecreëerd of normelementen (zodanig) worden overtreden dat direct nadelige gevolgen voor de mens of het milieu kunnen optreden;
- Indien een certificaathouder werkzaamheden verricht onder de scope van dit certificaat, terwijl het certificaat is geschorst;
- Bij molestatie/ bedreiging van enige aard van de auditor, inspecteur, waarnemer en/of toetsers.

De certificaathouder wordt schriftelijk (aangetekend) geïnformeerd over de intrekking. De Conformiteit Beoordelende Instelling documenteert de besluitvorming van deze intrekking.

Een certificaathouder waarvan het certificaat is ingetrokken kan zich na twaalf maanden aanmelden voor een nieuwe (certificatie) beoordeling van dit Certificatie-instrument, inclusief onderliggend Richtsnoer.

4.4 Procedure bij afwijkingen

Indien de Conformiteit Beoordelende Instelling een of meer afwijkingen heeft geconstateerd, zendt zij de (kandidaat)-certificaathouder binnen zeven kalenderdagen de door haar getrokken conclusie.

De afwijkingen A en B en daarmee de waarschuwingen en sancties zijn geen besluiten zoals bedoeld in de Algemeen wet bestuursrecht. Beroep op de waarschuwingen en sancties is daarom niet mogelijk.

Indien de conclusie leidt tot het treffen van een herstelmaatregel of corrigerende maatregel stelt de Conformiteit Beoordelende Instelling de (kandidaat)-certificaathouder in de gelegenheid hoor en wederhoor op dat voornemen tot het treffen van die maatregel toe te passen.

Eventueel kan de Conformiteit Beoordelende Instelling haar eerdere conclusie aanpassen of herroepen.

De Conformiteit Beoordelende Instelling meldt het niet voldoen of voldaan hebben aan of één meer bepalingen, binnen zeven kalenderdagen na de constatering ervan schriftelijk ook aan de Persoons Conformiteit Beoordelende Instelling die het basiscertificaat van de ICRM heeft afgegeven en verstrekt daarbij:

1. de naam en het certificaatnummer van de persoon op wie de afwijking betrekking heeft;
2. de datum waarop en de plaats waar de constatering is geconstateerd; en
3. een kopie van het bericht aan de houder van het basiscertificaat waarin de constatering wordt geconstateerd.

De Conformiteit Beoordelende Instelling die het basiscertificaat heeft afgegeven bepaalt op haar beurt de waarschuwing of sanctie aan de houder van het basiscertificaat.

4.5 Concerncontrole

Bij het schrijven van een "A" afwijking bij een certificaathouder die onderdeel uitmaakt van een concern beoordeelt de Conformiteit Beoordelende Instelling onmiddellijk of de andere bedrijven van dat concern die van dezelfde Conformiteit Beoordelende Instelling het certificaat hebben, de bepalingen waarop de maatregel betrekking heeft, wel of niet naleven. Het niet naleven kan resulteren in het geven van de maatregel voor het gehele concern.

4.6 Oplossen afwijkingen; 4-O-systematiek

Het idee achter de 4-O-systematiek is dat wordt nagegaan wat de oorzaak is van de geconstateerde afwijking(en), dat er een volledig herstel wordt uitgevoerd en dat het proces van continue verbetering op een dusdanige wijze wordt ingericht dat de afwijking(en) in de toekomst niet meer zal (zullen) voorkomen.

De 4-O-systematiek kent 4 stappen: Oorzaak, Omvang, Oplossing en Operationaliteit. In een apart audit-formulier zal de auditor per afwijking via deze systematiek nagaan of het herstel voldoende is.

Stap 1: Oorzaak

- a) Bij deze eerste stap dient de (kandidaat)-certificaathouder te onderzoeken en te beschrijven wat de oorzaak is geweest van de geconstateerde afwijking. Want alleen als de oorzaak van de afwijking bekend is, kan men gericht maatregelen treffen voor de toekomst.
- b) Om gericht maatregelen te treffen zodat de fout in de toekomst wordt voorkomen, is het belangrijk dat men weet hoe de afwijking is ontstaan. Hierbij kan men bijvoorbeeld denken aan de volgende vragen:
 - i. Zit er een fout in het proces waardoor de afwijking is ontstaan?
 - ii. Zit er een fout in gebruikte applicaties waardoor de afwijking is ontstaan?
 - iii. Is de afwijking ontstaan door een menselijke fout?

Stap 2: Omvang

- a) Bij de tweede stap bepaalt men wat de omvang is: hoe groot is de afwijking/het probleem? Voor de (kandidaat)-certificaathouder komt een afwijking vaak tevoorschijn vanuit een steekproef. De (kandidaat)-certificaathouder weet dan niet of het een incident betreft of dat de afwijking vaker heeft plaatsgevonden. Dit moet de (kandidaat)-certificaathouder zelf aantonen.

Stap 3: Oplossing

- a) Nu men weet wat de Oorzaak en de Omvang van de geconstateerde afwijking is, kan men dit gericht oplossen. De oplossing is enerzijds met terugwerkende kracht (herstelmaatregel) en anderzijds naar de toekomst toe (preventieve maatregel). Een oplossing met terugwerkende kracht kan bijvoorbeeld zijn: alsnog het werkplan aanpassen. En een oplossing naar de toekomst toe zijn de maatregelen die genomen worden om de kans op herhaling te verkleinen.

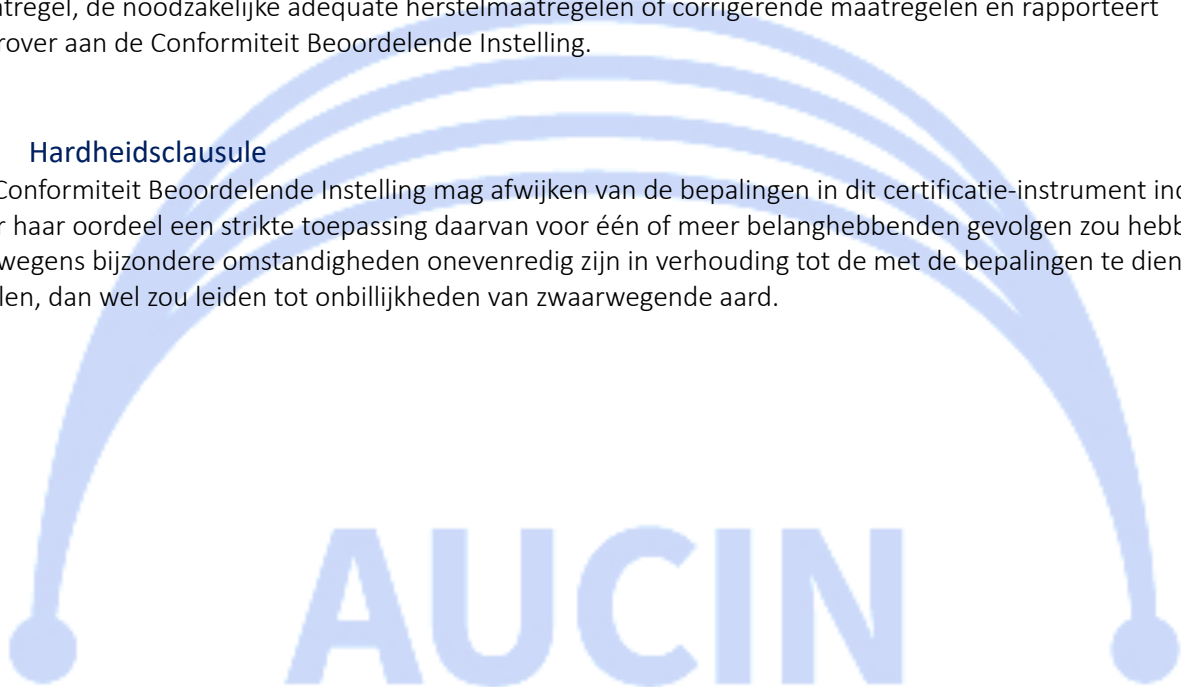
Stap 4: Operationaliteit

- a) In deze laatste stap is het belangrijk dat men nagaat of de gekozen oplossing voldoende effectief is. Als de afwijking hierna bijvoorbeeld nog een keer voorkomt, dan was de corrigerende maatregel onvoldoende effectief. Op dat moment is het de bedoeling de 4-O-systematiek nogmaals langs te gaan net zo lang tot dat de corrigerende maatregel wel effectief en structureel is.

De (kandidaat)-certificaathouder neemt nadat de Conformiteit Beoordelende Instelling hem een door haar getrokken conclusie heeft gezonden die leidt tot het treffen van een herstelmaatregel of corrigerende maatregel, de noodzakelijke adequate herstelmaatregelen of corrigerende maatregelen en rapporteert daarover aan de Conformiteit Beoordelende Instelling.

4.7 Hardheidsclausule

De Conformiteit Beoordelende Instelling mag afwijken van de bepalingen in dit certificatie-instrument indien naar haar oordeel een strikte toepassing daarvan voor één of meer belanghebbenden gevolgen zou hebben die wegens bijzondere omstandigheden onevenredig zijn in verhouding tot de met de bepalingen te dienen doelen, dan wel zou leiden tot onbillijkheden van zwaarwegende aard.



Bijlage 1: Schouwingslijst

De wijze waarop de Conformiteit Beoordelende Instelling (CBI) de schouwingslijst gebruikt in haar rapportage is vrij en niet uitsluitend. De CBI kan en mag onderbouwd op zowel vestigingsniveau als op projectniveau zelfstandig afwijkingen formuleren die niet in de schouwingslijst zijn opgenomen mits onderbouwd.

Tijdens de audits op het project (P) of op de beoordelingen/audits vestiging (V) van de CBI bij de procescertificaathouder waarvoor de inventariseerder op dat moment werkt, wordt vastgesteld of de Inventariseerder CRM blijvend voldoet aan de referentiekaders, criteria, categorieën en de toetseisen. De inventariseerder asbest wordt op de onderstaande punten uit de schouwingslijst beoordeeld op de volgende waarde:

1) Proactief, 2) Actief, 3) Calculatief, 4) Reactief, 5) Passief

Indien de auditor op een punt Passief moet oordelen, wordt op dit punt onderbouwd een afwijking (A of B) wordt opgelegd.

- Een "B" afwijking is tekortkoming die:
 - een negatief effect kan gaan hebben op de borging van de eisen in het certificatie-instrument;
 - een bewuste procedure, procesbeschrijving, registratie mogelijkheid welke wel aanwezig is maar niet wordt gebruikt;
 - een constatering welke mogelijk een normoverschrijdende emissie kan veroorzaken van een CRM-stof.
- Een "A" afwijking is:
 - een tekortkoming die een onmiddellijk kritiek effect heeft op de borging van de eisen in het certificatie-instrument;
 - een bewuste procedure, procesbeschrijving, registratie mogelijkheid welke niet aanwezig is;
 - een constatering (met een redelijk vermoeden) van een normoverschrijdende emissie veroorzaakt van een CRM-stof;
 - een constatering welke een bedreiging geeft voor de veiligheid van mens en milieu;
- Afwijkingen tijdens de beoordelingen/audits op de vestiging (V) worden ingedeeld in afwijkingen in gedocumenteerde informatie (D) of Implementatie (I)
- Afwijkingen tijdens de beoordelingen/audits op het project worden ingedeeld in afwijkingen op Bedrijfsniveau (B) of Persoonsniveau (P).
 - Afwijkingen op persoonsniveau kunnen een individuele persoon betreffen of een hele groep. Alle afwijkingen op een persoon/personen worden door gemeld aan de persoons-CBI van de desbetreffende persoon/personen.

Indien een toetseis uit meerdere onderdelen bestaat en meerdere onderdelen bevatten afwijkingen in verschillende zwaarte, krijgt de eis de afwijkingen van de hoogste zwaarte.

Voorbeeld 2

Referentiekader	Criterium	Toetseis	V		P	
			D	I	B	P
Algemeen	Nr.1	Het bedrijf heeft afwijkingen op deze toetseis	B	A	A	B
		• afwijking op toets-deel 1	B	B		B
		• afwijking op toets-deel 2			A	B
		• afwijking op toets-deel 3		A	B	B

of

P	
B	P
A	B
	B
A	B
B	B

CI-Eindbeoordeling na CRM verwijdering, versie 1.0

Referentiekader	Criterium	Toetseis	V		P	
			D	I	B	P
Algemeen	(A) Tijdgevoeligheid	Heeft het bedrijf een actuele Tijdgevoeligheid risico-inventarisatie en-evaluatie? Ook een project gebonden?				
	(B) Arbeidsomstandigheden	Heeft het bedrijf een actuele Arbeidsomstandigheden risico-inventarisatie en-evaluatie? Ook een project gebonden?				
	(C) (Leef-)Milieu	Heeft het bedrijf een actuele (Leef-)Milieu risico-inventarisatie en-evaluatie? Ook een project gebonden?				
	(D) Werkprocessen	Heeft het bedrijf een actuele Werkprocessen risico-inventarisatie en-evaluatie? Ook een project gebonden?				
		<ul style="list-style-type: none"> De risico's van alle gangbare operationele activiteiten van het bedrijf zijn vastgelegd in de risico-inventarisatie en-evaluatie. 				
		<ul style="list-style-type: none"> De risico-inventarisaties en-evaluaties worden uitgevoerd: 1) Volgens een vaste methodiek, door inventarisatie van gevaren, bepalen van risico's en evaluatie van risico's; 2) Onder actieve medewerking van de VGM functionaris. 				
		<ul style="list-style-type: none"> Risico's, vastgesteld bij de evaluatie worden beheerst door doeltreffende maatregelen, waarbij de bronaanpak de voorkeur verdient. 				
		<ul style="list-style-type: none"> Bij werkzaamheden in gebieden met een andere wet- en regelgeving dan het thuisland dient met rekening te houden met de impact van de lokale wet- & regelgeving. 				
		<ul style="list-style-type: none"> risico-inventarisaties en-evaluaties worden minimaal om de drie jaar geëvalueerd en zo nodig aangepast. 				
	Algemeen	Het bedrijf heeft een (VGM-)beleidsverklaring.				
		<ul style="list-style-type: none"> De beleidsverklaring schenkt in ieder geval aandacht aan: 1) het voorkomen van persoonlijk letsel; 2)het voorkomen van materiële en milieuschade; 3) het streven naar continue verbetering op het gebied van VGM. 				
	<ul style="list-style-type: none"> De beleidsverklaring is binnen het gehele bedrijf (alle medewerkers) gecommuniceerd met periodieke herhaling en geïmplementeerd. 					
	<ul style="list-style-type: none"> De beleidsverklaring is gedateerd en ondertekend door de persoon met de hoogste functie in de organisatie. 					
	<ul style="list-style-type: none"> De beleidsverklaring wordt driejaarlijks geëvalueerd en indien nodig geactualiseerd. 					
Algemeen	Algemeen	Bestaat er een (VGM-) organisatiestructuur in de organisatie?				
		<ul style="list-style-type: none"> Er is een organogram. 				
		<ul style="list-style-type: none"> Functieomschrijvingen van alle functionarissen verschaffen helderheid over taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden (incl. VGM). 				
		<ul style="list-style-type: none"> Leidinggevenden zijn op de hoogte van hun taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden met betrekking tot VGM. 				
		<ul style="list-style-type: none"> Er is een lid van het Management benoemt, met de bevoegdheden zoals benoemd in dit Certificatie-instrument 				

Referentiekader	Criterium	Toetseis	V		P	
			D	I	B	P

Algemeen	Algemeen	Is er een veiligheids- en gezondheids- en milieufunctionaris aangesteld binnen het bedrijf en een veiligheidscoördinator per project [art. 7.5b Bbl] aangesteld?				
		• De functionaris rapporteert rechtstreeks aan de directie en de bedrijfsfunctionaris is met naam opgenomen in het organogram.				
		• In de functieomschrijving van de functionarissen worden de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden duidelijk omschreven.				
		• De functionaris beschikt over aantoonbare relevante deskundigheid, of doet aantoonbaar een beroep op interne of externe deskundigen.				
	Algemeen	Heeft het bedrijf een programma voor het beïnvloeden van het (VGM-)bewustzijn en (VGM-)gedrag?				
		• Er is een programma om (VGM-)bewustzijn en (VGM-)gedrag positief te stimuleren.				
		• Er zijn voorbeelden van initiatieven waaruit actieve betrokkenheid van medewerkers en management blijkt.				
	Algemeen	Vinden self assessments plaats?				
		• op alle referentiekaders?				
		• in 3 jaar alle criteria minimaal 1 maal omvattend?				
	Algemeen	Vinden taakrisicoanalyses (TRA's) plaats?				
			• Taakrisicoanalyse vindt plaats: 1) Volgens een vaste methodiek, door omschrijving van taken (in een specifieke omgeving), daaraan verbonden risico's en te treffen maatregelen; 2) Onder verantwoordelijkheid van een bij de uitvoering van het werk betrokken lijnfunctionaris die beschikt over voldoende kennis, kunde en ervaring met betrekking tot veiligheid en verantwoordelijk is voor de communicatie met alle operationele medewerkers op de werkplek; 3) Risico's vastgesteld bij een taakrisicoanalyse worden beheerst door doeltreffende maatregelen.			
Algemeen	Algemeen	Worden Laatste Minuut Risico Analyses (LMRA's) uitgevoerd vóór aanvang van de werkzaamheden?				
		• Er is een procedure of instructie voor het uitvoeren van LMRA's door medewerkers vóór aanvang van de werkzaamheden of wijzigingen in de omstandigheden op de werkplek.				
		• Er is controle op de uitvoering van LMRA's.				
	Algemeen	Vindt beoordeling door de directie plaats op alle referentiekaders?				
		• De directie beoordeelt jaarlijks kwalitatief en kwantitatief op basis van: 1) De resultaten en de effectiviteit van de voorgaande directiebeoordeling; 2) Een actieplan op basis van constatering uit de interne audit, waarin tenminste opgenomen: toetsbare acties, actietermijnen, actieverantwoordelijken en vaststelling en evaluatie van de implementatie van actiepunten uit voorgaande interne audit(s) ; 3) de uitkomsten van de self assessment; 4) Externe auditverslagen; 5) Een programma voor (VGM-)bewustzijn en gedrag; 6) Doelstelling met betrekking tot ongevallen en incidenten				
	• Er is een actieplan op basis van constatering uit de directiebeoordeling. De voortgang van het actieplan wordt gemonitord.					
Referentiekader	Criterium	Toetseis		V	P	
				D	I	B P

Algemeen	Algemeen	Binnen één onderneming worden de inventarisatieactiviteiten niet in combinatie met de uitvoering van een duurzame verwijdering uitgevoerd					
	Algemeen	Binnen één project					
			<ul style="list-style-type: none"> • Is het inspectiebureau en het analysebureau niet betrokken bij en inventarisering en eindbeoordeling. 				
			<ul style="list-style-type: none"> • Op één en dezelfde projectlocatie zijn personen die betrokken zijn bij het uitvoeren van de CRM inventarisatie, die tevens in een later stadium betrokken zijn bij de uitvoering van de daadwerkelijke sloop, niet betrokken bij het opstellen van de stoffenverantwoording die wordt opgesteld na afloop van de verwijdering van de materialen. 				
			<ul style="list-style-type: none"> • Een persoon binnen het gecertificeerde inventarisatiebureau, in het bezit van een Basiscertificaat Deskundig Inventariseerder Materialen (DIM), mag wel (water-)materiaalmonsters nemen. 				
			<ul style="list-style-type: none"> • Een persoon binnen het gecertificeerde inventarisatiebureau, in het bezit van een Basiscertificaat Deskundig Inventariseerder Materialen (DIM), mag geen luchtmonsters of blootstellingsmonsters nemen of haar eigen monsters analyseren. 				
			<ul style="list-style-type: none"> • Een persoon binnen het gecertificeerde inspectiebureau, in het bezit van een Basiscertificaat Laborant Eindbeoordeling (LEB), mag wel (luchtmonsters of blootstellingsmonsters nemen en mag wel water-)materiaalmonsters nemen. 				
			<ul style="list-style-type: none"> • Een persoon binnen het gecertificeerde inspectiebureau, in het bezit van een Basiscertificaat Laborant Eindbeoordeling (LEB), mag niet haar eigen monsters analyseren. 				
			<ul style="list-style-type: none"> • Een persoon binnen het gecertificeerde Analysebureau, in het bezit van een Basiscertificaat Laborant Eindbeoordeling (LEB), analyseert alle monsters onder geaccrediteerde handelingen. 				
		<ul style="list-style-type: none"> • worden werkzaamheden enkel uitgevoerd: 1. Tegelijkertijd met een asbestinventarisatie; of 2. Er eerst een asbestinventarisatie wordt verricht en een asbestinventarisatierapport wordt opgesteld indien in het bouwwerk of object naar redelijke verwachting asbest of een asbesthoudend product is toegepast., 3. Een eindbeoordeling asbestverwijdering is uitgevoerd of indien uit de eindbeoordeling volgt dat er op de plaats van de inventarisatie nog visueel waarneembaar asbest aanwezig is of de concentratie asbestvezels in de lucht, bedoeld in de artikelen 4.51a, tweede lid, en 4.53c van het Arbeidsomstandighedenbesluit niet wordt overschreden. 					
Algemeen	Mogelijke beïnvloeding van de markt of mogelijke beïnvloeding van private personen moet worden voorkomen, waardoor ook commerciële/financiële druk op de aannemer en/of haar personeel wordt voorkomen						
Algemeen	Registraties moeten worden vastgesteld en bijgehouden om het bewijs te leveren van het voldoen aan de eisen en van de doeltreffende werking van het KAM-systeem.						
		<ul style="list-style-type: none"> • De in dit Certificatie-instrument genoemde projectdocumenten worden minimaal 7 jaar bewaard, tenzij een wettelijke regeling een langere bewaartermijn vereist. 					
		<ul style="list-style-type: none"> • Blootstellingsgegevens van medewerkers aan kankerverwekkende of mutagene stoffen worden, conform artikel 4.10c van het Arbeidsomstandighedenbesluit minimaal 40 jaar na blootstelling bewaard. 					

Referentiekader	Criterium	Categorie	Toetseis	V		P	
				D	I	B	P

(B) Arbeidsomstandigheden	2	Proces	g	Onderhoud/constructie	Worden interne audits gehouden?				
(C) (Leef-)Milieu	11	Externe veiligheid			Worden interne audits gehouden?				
					<ul style="list-style-type: none"> • Door middel van jaarlijkse interne audits wordt vastgesteld of het VGM-systeem goed is geïmplementeerd en goed wordt onderhouden. 				
					<ul style="list-style-type: none"> • Evenwichtig verdeeld over een periode van drie jaar worden aantoonbaar alle van toepassing zijnde eisen uit onderhavig Certificatie-instrument beoordeeld. 				
					<ul style="list-style-type: none"> • Er is aantoonbare betrokkenheid van de VGM-functionaris. 				

Referentiekader	Criterium				Toetseis	V		P	
						D	I	B	P
(A) Tijdgevoelighed	5	Maatschappelijk vertrouwen			Project-onafhankelijkheid en-integriteit				
					<ul style="list-style-type: none"> • Project-onafhankelijkheid en-integriteit 				
					<ul style="list-style-type: none"> • Er is geen sprake van ongepaste beïnvloeding van marktpartijen en individuele personen. 				
					<ul style="list-style-type: none"> • De onpartijdigheid komt niet in gevaar ondanks commerciële, financiële en andere druk. 				
	5	Maatschappelijk vertrouwen			De organisatie kent zijn verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor het te leveren werk.				
	6	Levenscyclus	g	bewust omgaan met grondstoffen	Bewust omgaan met grondstoffen				
<ul style="list-style-type: none"> • De onderneming voert een beleid betreffende duurzaam slopen. 									
<ul style="list-style-type: none"> • De onderneming kan weergeven welk amovatie-techniek het minste energie verbruikt. 									
				<ul style="list-style-type: none"> • De onderneming kan uitleggen wat de Carbon-footprint is. 					

Referentiekader	Criterium		Categorie	Toetseis	V		P		
					D	I	B	P	
(B) Arbeidsomstandigheden	2	Proces	g	Onderhoud/c onstructie	Beschikken alle uitvoerende medewerkers, conform artikel 8 lid 1 en 2 van de Arbeidsomstandighedenwet over opleiding(en) en ervaring gerelateerd aan de door hen uit te voeren specifieke risicovolle taken / werkzaamheden in een risicovolle omgeving?				
					<ul style="list-style-type: none"> • Er is per functie een overzicht van vakopleidings- en ervaringseisen. 				
					<ul style="list-style-type: none"> • Er wordt geborgd dat op de werkvloer voldaan wordt aan de gestelde opleidings- en ervaringseisen. 				

Referentiekader	Criterium		Categorie	Toetseis	V		P	
					D	I	B	P

(B) Arbeidsomstandigheden	2	Proces	g	Onderhoud/c onstructie	Bestaat er, conform artikel 8 lid 1 en 2 van de Arbeidsomstandighedenwet een bedrijfseigen (VGM-) voorlichting en instructie?				
					<ul style="list-style-type: none"> In het kader van voorlichting en instructie wordt aandacht besteed aan: 1) (VGM-)beleid van het bedrijf; 2) Risico's op het werk; 3) Veiligheidsregels en -voorschriften; 4) Persoonlijke beschermingsmiddelen; 5) Melding van onveilige situaties en handelingen; 6) Handelwijze in geval van (ernstig) letsel; 7) Handelwijze in geval van nood; 8) Handelwijze bij klachten; Er wordt gecommuniceerd welke (VGM-)instructies beschikbaar zijn en op welke wijze ze geraadpleegd worden. 				
	2	Proces	g	Onderhoud/c onstructie	Worden de eigen en tijdelijke medewerkers en medewerkers van onderaannemers, conform artikel 8 lid 1 en 2 van de Arbeidsomstandighedenwet geïnstrueerd over de interne regels en procedures bij opdrachtgevers en de inhoud van een (VGM-)inventarisatieplan?				
					<ul style="list-style-type: none"> De instructie aan de eigen en tijdelijke medewerkers en medewerkers van onderaannemers vindt plaats vóór aanvang van de werkzaamheden. Instructies met betrekking tot interne regels en procedures en het (VGM-)inventarisatieplan aan alle medewerkers worden geregistreerd, bijvoorbeeld via een presentielijst. 				
	2	Proces	g	Onderhoud/c onstructie	Vindt communicatie over (VGM-)zaken, conform artikel 1.5ha van het Arbeidsomstandighedenbesluit plaats zonder taalbelemmeringen?				
					<ul style="list-style-type: none"> Anderstalige medewerkers worden zodanig ingezet dat communicatie over relevante (VGM-)zaken effectief plaatsvindt. 				
	2	Proces	g	Onderhoud/c onstructie	Is er, conform artikel 2.5 ^e van het Arbeidsomstandighedenbesluit (VGM-)overleg binnen het bedrijf?				
					<ul style="list-style-type: none"> Bij regulier overleg op alle organisatieniveaus binnen het bedrijf worden (VGM-)onderwerpen besproken. Medewerkers worden in de gelegenheid gesteld om (VGM-)onderwerpen in het reguliere overleg aan de orde te stellen. Er vinden verspreid over het jaar 10 toolboxmeetings plaats met alle (eigen en tijdelijke) operationele medewerkers, waarin de navolgende zaken regelmatig worden besproken: 1) Relevante (VGM-)onderwerpen; 2) Wijzigingen in (VGM-)regels en voorschriften; 3) Relevante aandachtspunten uit (VGM-)incidentmeldingen en inspecties. 				
	2	Proces	g	Onderhoud/c onstructie	Is het bedrijf, conform artikel 2.5b van het Arbeidsomstandighedenbesluit voorbereid op effectief optreden in geval van noodsituaties?				
					<ul style="list-style-type: none"> Er is een procedure voor het melden, waarschuwen, alarmeren en ontruimen in geval van noodsituaties. De procedure is bekend bij de medewerkers. De nodige middelen op de werkplek of het project zijn in voldoende mate aanwezig en in functionele staat van onderhoud (bijvoorbeeld EHBO- of brandbestrijdingsmiddelen). 				

Referentiekader	Criterium	Categorie	Toetseis	V	P
				D	I

(B) Arbeidsomstandigheden	2	Proces	g	Onderhoud/c onstructie	Hebben, conform artikel 2.5b van het Arbeidsomstandighedenbesluit de in noodsituaties verantwoordelijke medewerkers een passende opleiding ontvangen?					
					<ul style="list-style-type: none"> De in noodsituaties verantwoordelijke medewerkers zijn aangewezen en daadwerkelijk opgeleid of geïnstrueerd voor: 1) Eerste hulp bij ongevallen (EHBO); 2) Bestrijding van een beginnende brand; 3) Ontruiming; 4) Begeleiding van hulpdiensten. 					
	2	Proces	g	Onderhoud/c onstructie	Voor aanvang van werkzaamheden wordt nagegaan of (indien van toepassing) een asbestinventarisatie is uitgevoerd en of eventueel aanwezige asbestbronnen zijn verwijderd en een eindbeoordeling is uitgevoerd (asbestvrijgave).					
	2	Proces	g	Onderhoud/c onstructie	Heeft het bedrijf een procedure voor het melden en registreren van ongevallen van medewerkers met en zonder verzuim/werkverlet, bijna ongevallen en overige (VGM-)incidenten?					
					Er is een meldingsprocedure of meldingsformulier.					
					Medewerkers kennen de procedures.					
					Er vindt registratie plaats van (VGM-)incidenten, ingedeeld naar de categorieën: 1) ongevallen met verzuim/werkverlet; 2) ongevallen met aangepast werk; 3) ongevallen zonder verzuim/werkverlet (vanaf EHBO); 4) bijna-ongevallen; 5) onveilige situaties en handelingen; 6) overige (VGM-)incidenten (bijvoorbeeld materiële schade en milieu-incidenten).					
					Er is een onderzoeksprocedure, gerelateerd aan de (potentiële) ernst van het incident, met daarin: 1) Onderzoek gericht op de oorzaken; 2) De termijn van afhandeling; 3) Aanwijzing van een verantwoordelijke voor het onderzoek.					
					Er worden verbetermaatregelen vastgesteld en uitgevoerd. Indien nodig worden de risicoinventarisatie en -evaluatie en taakrisicoanalyse, aangepast. Ook wordt een verantwoordelijke aangewezen voor de planning van de uitvoering.					
					Ongevallencijfers worden periodiek (tenminste jaarlijks) gecommuniceerd, openbaar gesteld en verzonden naar de CBI.					
				De leereffecten worden intern gecommuniceerd.						
3	Soorten G&VW gevaren en risico's	k	Fysische belasting	Verstappen en struikelen						
				Looproutes gaan niet over amovatie materiaal en of andere obstakels. Altijd is er een route die vrij is en goed te belopen is.						

Referentiekader	Criterium	Categorie	Toetseis	V		P	
				D	I	B	P
(B) Arbeidsomstandigheden	3 Soorten G&VW	n Bijzondere situaties	Werken op hoogte – Primaire voorzieningen				

	gevaaren en risico's			Valgevaar moet worden tegengegaan door het toepassen van zo mogelijk een steiger, stelling, bordes of werkvloer of wordt tegengegaan door doelmatig hek- of leuningwerk of andere dergelijke voorziening. Er is in elk geval sprake van valgevaar waarvoor maatregelen vereist zijn bij: 1) valhoogten van 2,50 meter of hoger; 2) risico verhogende omstandigheden zoals water, stekeinden, uitsteeksels, verkeer, steile dakhellingen, type dakbedekking, bij werkzaamheden zonder de focus (gezichtsveld) gericht op de valgevaarlijke rand of openingen in vloeren of wanden (met valgevaar aan andere zijde). SVMS-007 4.3.1]				
				Indien (veilig) werken vanaf het amovatie object zelf niet mogelijk is, wordt gewerkt vanaf amovatie plaatsen die toegankelijk zijn door correcte steigers of bordessen (hoogwerkers / hangbakken).				
3	Soorten G&VW gevaaren en risico's	k	Fysische belasting	Correct gebruik Arbeidsmiddelen				
				Gereedschappen, machines en overige hulpmiddelen worden gebruikt in overeenstemming met de door de fabrikant opgestelde gebruiksaanwijzing.				
				In de handleiding voorgeschreven beveiligingen en werkmethoden worden gevolgd en daarin verboden werkzaamheden worden niet uitgevoerd.				
3	Soorten G&VW gevaaren en risico's	k	Fysische belasting	Ladderopstelling en laddergebruik				
				Werk op ladders is in beginsel niet toegestaan indien redelijkerwijs andere veiligere arbeidsmiddelen kunnen worden toegepast, Er wordt dus eerst gekeken of de werkzaamheden niet met behulp van een (rol)steiger, bordes of hoogwerker uitgevoerd kunnen worden. Daarbij speelt de omvang van de werkzaamheden (incidenteel / structureel) een rol. De leidraad werken op hoogte en de ladderrichtlijn kunnen hier uitsluitel bieden.				
3	Soorten G&VW gevaaren en risico's	n	Bijzondere situaties	Het amovatie proces wordt zo ingericht en de werkzaamheden zodanig georganiseerd dat zo weinig mogelijk personen worden blootgesteld aan emissies van de CRM-stoffen.				
3	Soorten G&VW gevaaren en risico's	n	Bijzondere situaties	Bij gebruik van adembescherming worden de werk- en rusttijden aangepast, om de daardoor optredende belasting te beperken.				
3	Soorten G&VW gevaaren en risico's	n	Bijzondere situaties	Als er geen maatregelen en voorzieningen getroffen kunnen worden (bevochtigen / afzuiging) om stofblootstelling afdoende te voorkomen, dan worden andere maatregelen getroffen met inachtneming van de S.T.O.P. strategie.				

Referentiekader	Criterium	Categorie	Toetseis	V		P	
				D	I	B	P
(B) Arbeidsomstandigheden	3 Soorten G&VW	n Bijzondere situaties	Geluid				

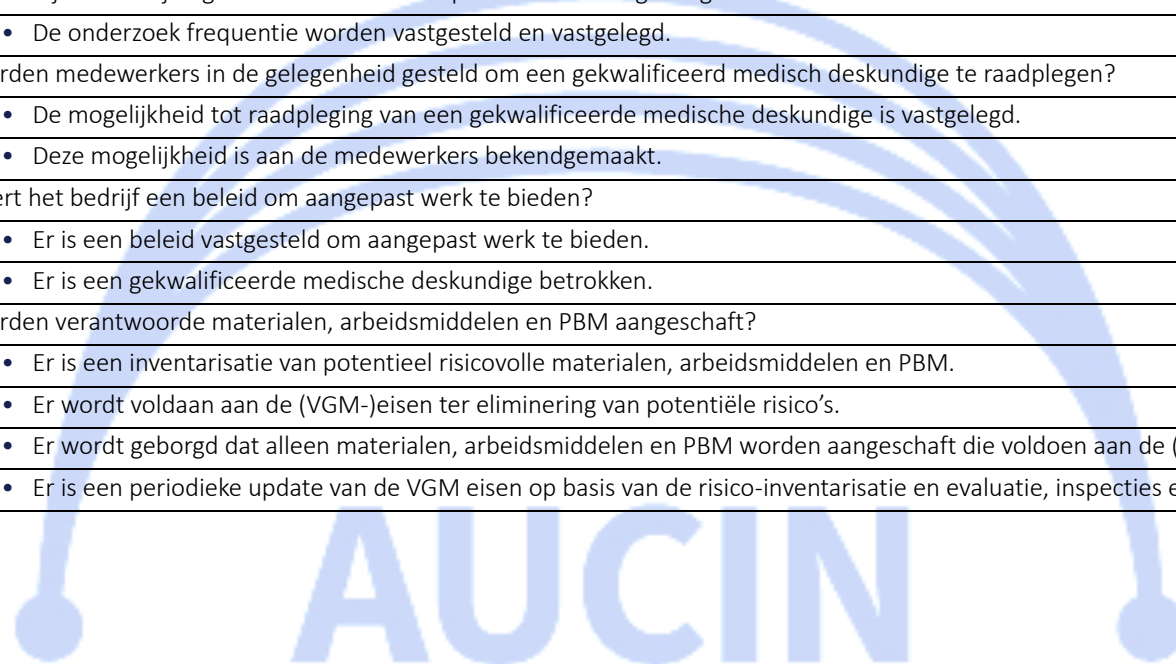
	gevaaren en risico's		Als de blootstelling aan lawaai hoger is dan 85 dB(A), worden op basis van de beoordeling technische of organisatorische maatregelen vastgesteld en uitgevoerd om de blootstelling tot een minimum te beperken.				
		j	Fysieke belasting	Fysieke belasting moet zoveel mogelijk voorkomen worden.			

Referentiekader	Criterium	Toetseis	V		P			
			D	I	B	P		
(C) (Leef-)Milieu	1	Bebouwde omgeving	De organisatie kent het verschil tussen het Besluit bouwwerken leefomgeving (Bbl) en het Besluit activiteiten leefomgeving (Bal).					

Referentiekader	Criterium	Toetseis	V		P			
			D	I	B	P		
(D) Werkprocessen	2	Procedure	Is er is een voldoende uitgewerkt projectwerkplan aanwezig op de locatie.					
			<ul style="list-style-type: none"> • Er zijn criteria opgesteld voor welke projecten een (VGM-)inventarisatieplan is vereist. • Er zijn eisen opgesteld waaraan een (VGM-)inventarisatieplan bij een project dient te voldoen. • Is het projectwerkplan geaccepteerd door ICRM? 					
	2	Procedure	Worden tenminste eenmaal/maand werkplekinspecties/procesbeoordelingen uitgevoerd door operationeel leidinggevenden?					
			<ul style="list-style-type: none"> • Er is een procedure, waarin de volgende zaken staan beschreven: 1) de uitvoering van de inspecties; 2) de positieve bevindingen van de inspecties; 3) de opvolging van waargenomen verbeterpunten; 4) gebruik van de checklist. • Er worden inspectieverslagen gemaakt, waarin opgenomen positieve bevindingen, geconstateerde afwijkingen, uit te voeren verbeteracties, uitvoeringsverantwoordelijken en de bepaling van de tijdsduur voor de uitvoering. • Er is een actieplan met daarin: 1) actiepunten, voortkomende uit de inspecties; 2) de verantwoordelijken voor de uitvoering en toetsing; 3) tijdsplanning. • De (operationele) directieleden nemen minimaal eenmaal per kwartaal deel aan een werkplekinspectie op een werklocatie. 					
	2	Procedure	Vindt er een trendanalyse plaats van bij inspecties geconstateerde bevindingen (positieve en negatieve)?					
			<ul style="list-style-type: none"> • Bevindingen worden geclassificeerd. • Er wordt een jaarlijkse trendanalyse gemaakt, inclusief te ondernemen acties en follow-up. 					

Referentiekader	Criterium	Toetseis	V		P			
			D	I	B	P		
(D) Werkprocessen	2	Procedure	Worden medewerkers voor specifieke functies en taken en bij tewerkstelling op specifieke werkplekken, mede op basis van geïnventariseerde risico's , beoordeeld op medische geschiktheid?					
			<ul style="list-style-type: none"> • Er is een overzicht van functies, waaraan gekoppeld eisen met betrekking tot medische geschiktheid en eventuele frequentie van onderzoek op basis van de (VGM-)risico-inventarisatie en-evaluaties. 					

		<ul style="list-style-type: none"> • Medische geschiktheid wordt beoordeeld, indien van toepassing door een gekwalificeerde medisch deskundige. • De medische geschiktheid voor de functies, taken of werkplek wordt geregistreerd. 				
2	Procedure	Ligt voor wat betreft blootstellingrisico's vast voor welke functies en taken en bij tewerkstelling op specifieke werkplekken medewerkers periodiek een medisch onderzoek aangeboden moeten krijgen?				
		<ul style="list-style-type: none"> • Er wordt een inventarisatie gemaakt van doelgroepen met een specifiek medisch risico op basis van de (VGM-)risico-inventarisatie en evaluatie. • Er is een overzicht van de betrokken medewerkers. • Een gekwalificeerde medische deskundige is betrokken bij de vaststelling van de gevolgen van blootstelling. • Bij overschrijding van waarden worden passende maatregelen genomen. • De onderzoek frequentie worden vastgesteld en vastgelegd. 				
2	Procedure	Worden medewerkers in de gelegenheid gesteld om een gekwalificeerd medisch deskundige te raadplegen?				
		<ul style="list-style-type: none"> • De mogelijkheid tot raadpleging van een gekwalificeerde medische deskundige is vastgelegd. • Deze mogelijkheid is aan de medewerkers bekendgemaakt. 				
2	Procedure	Voert het bedrijf een beleid om aangepast werk te bieden?				
		<ul style="list-style-type: none"> • Er is een beleid vastgesteld om aangepast werk te bieden. • Er is een gekwalificeerde medische deskundige betrokken. 				
2	Procedure	Worden verantwoorde materialen, arbeidsmiddelen en PBM aangeschaft?				
		<ul style="list-style-type: none"> • Er is een inventarisatie van potentieel risicovolle materialen, arbeidsmiddelen en PBM. • Er wordt voldaan aan de (VGM-)eisen ter eliminering van potentiële risico's. • Er wordt geborgd dat alleen materialen, arbeidsmiddelen en PBM worden aangeschaft die voldoen aan de (VGM-)eisen. • Er is een periodieke update van de VGM eisen op basis van de risico-inventarisatie en evaluatie, inspecties en keuringen. 				



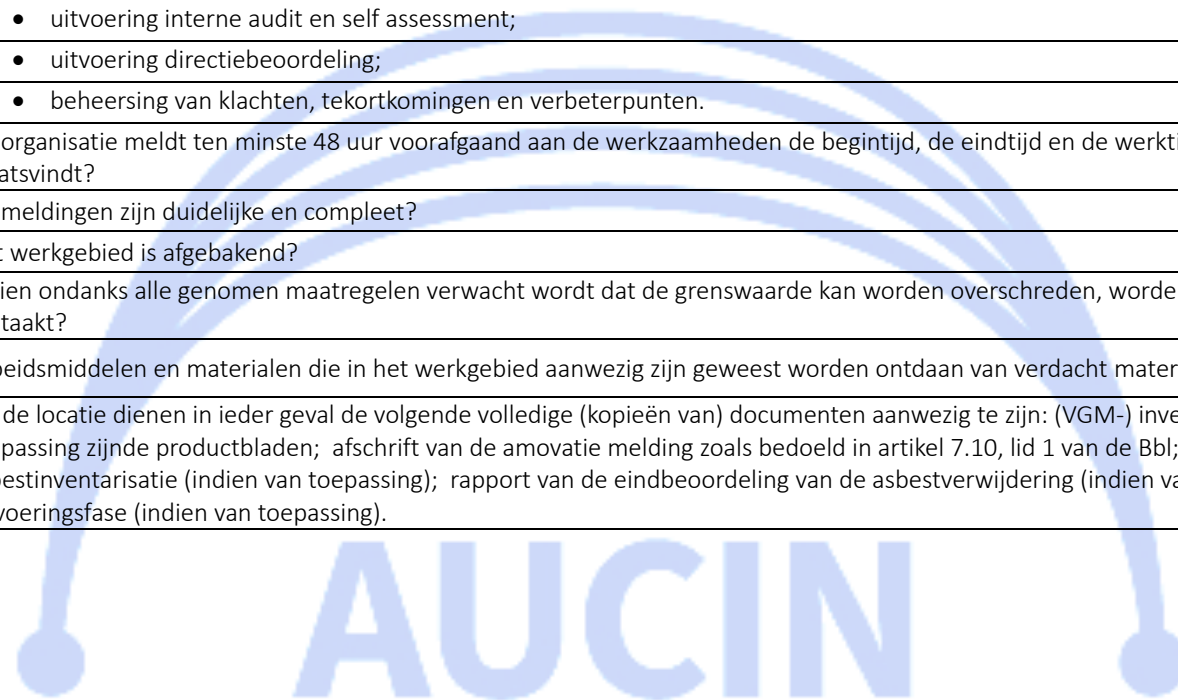
Referentiekader	Criterium	Toetseis	V		P		
			D	I	B	P	
(D) Werkprocessen	2	Procedure	Worden arbeidsmiddelen en PBM periodiek gekeurd?				
			<ul style="list-style-type: none"> • Er is een inventarisatie van periodiek te keuren arbeidsmiddelen en PBM. • Er zijn keuringseisen opgesteld. • Keuringen vinden tenminste eenmaal per jaar plaats. Eventuele afwijkingen naar beneden worden gemotiveerd. 				

		<ul style="list-style-type: none"> Keurders zijn deskundig. 				
		<ul style="list-style-type: none"> Er wordt geborgd dat gebruik wordt gemaakt van goedgekeurde arbeidsmiddelen en PBM. 				
		<ul style="list-style-type: none"> De keuringsvervaldatum staat op arbeidsmiddelen en PBM aangegeven. 				
2	Procedure	Wordt bij onder aanneming zeker gesteld dat op de werkvloer aan alle van toepassing zijnde eisen voor de certificaathouder ook wordt voldaan door de onderaannemer?				
2	Procedure	Vindt gestructureerde beoordeling plaats van regelmatig ingeschakelde onderaannemers/leveranciers op basis van de (VGM-)prestaties?				
		<ul style="list-style-type: none"> De (VGM-)prestaties van regelmatig ingeschakelde onderaannemers/leveranciers worden beoordeeld op basis van een procedure en beoordelingscriteria of een beoordelingsrapport. 				
		<ul style="list-style-type: none"> Er wordt geborgd dat op basis van de beoordelingen een lijst van goedgekeurde, regelmatig ingeschakelde onderaannemers/leveranciers wordt opgesteld en toegepast. 				
2	Procedure	Worden geborgd dat operationele werkzaamheden uitzendkrachten en eenmanszaken voldoen aan dezelfde eisen als eigen medewerkers?				
		<ul style="list-style-type: none"> Er is een overzicht van ingeleende uitzendkrachten en eenmanszaken. 				
		<ul style="list-style-type: none"> Er is een overzicht van activiteiten waarvoor uitzendkrachten en eenmanszaken worden ingeleend. 				
2	Procedure	Wordt medewerking verleent aan beoordelingen, inspecties en controle metingen van de CBI, inspecties van de toezichthoudende overheidsinstellingen?				
2	Procedure	Worden alle projecten conform de onderhavige certificatie-instrument uitgevoerd?				
2	Procedure	Wordt desgevraagd aan de CBI terstond een overzicht van lopende projecten beschikbaar gesteld?				
2	Procedure	Scheiding van werkzaamheden 'Richtsnoer inventariseren' t.o.v. werkzaamheden 'Richtsnoer verwijdering' op persoonsniveau op 1 en hetzelfde project is gewaarborgd.				



Referentiekader	Criterium	Toetseis	V		P					
			D	I	B	P				
D) Werkprocessen	2	Procedure	De organisatie beschikt over een procedure:							
			<ul style="list-style-type: none"> beleidsverklaring vanuit de directie; 							
			<ul style="list-style-type: none"> voor het omgaan met afwijkingen en het treffen van corrigerende maatregelen? 							
			<ul style="list-style-type: none"> een weergave van de diverse processen die vallen binnen de scope van het KAM-systeem alsmede de interacties tussen deze processen; 							

		<ul style="list-style-type: none"> • contractvorming; 				
		<ul style="list-style-type: none"> • voorbereiding van de werkzaamheden; 				
		<ul style="list-style-type: none"> • uitvoering van werkzaamheden m.b.t. scope van certificatie; 				
		<ul style="list-style-type: none"> • documentbeheer; 				
		<ul style="list-style-type: none"> • beheer van registraties; 				
		<ul style="list-style-type: none"> • organogram en functieomschrijvingen; 				
		<ul style="list-style-type: none"> • uitvoering procesbeoordelingen; 				
		<ul style="list-style-type: none"> • uitvoering interne audit en self assessment; 				
		<ul style="list-style-type: none"> • uitvoering directiebeoordeling; 				
		<ul style="list-style-type: none"> • beheersing van klachten, tekortkomingen en verbeterpunten. 				
D) Werkprocessen	2	Procedure	De organisatie meldt ten minste 48 uur voorafgaand aan de werkzaamheden de begintijd, de eindtijd en de werktijden waarop inventarisatie plaatsvindt?			
	2	Procedure	De meldingen zijn duidelijke en compleet?			
	2	Procedure	Het werkgebied is afgebakend?			
	2	Procedure	Indien ondanks alle genomen maatregelen verwacht wordt dat de grenswaarde kan worden overschreden, worden de werkzaamheden gestaakt?			
	2	Procedure	Arbeidsmiddelen en materialen die in het werkgebied aanwezig zijn geweest worden ontdaan van verdacht materiaal of als afval behandeld?			
	2	Procedure	Op de locatie dienen in ieder geval de volgende volledige (kopieën van) documenten aanwezig te zijn: (VGM-) inventarisatieplan en de van toepassing zijnde productbladen; afschrift van de amovatie melding zoals bedoeld in artikel 7.10, lid 1 van de Bbl; rapport van de asbestinventarisatie (indien van toepassing); rapport van de eindbeoordeling van de asbestverwijdering (indien van toepassing); V&G plan uitvoeringsfase (indien van toepassing).			



Bijlage 2: Meldingsformulier Eindbeoordeling na CRM verwijdering

Onderhavige melding betreft:

Borging

<u>Materialen</u>	<input type="checkbox"/>	en/of	<u>CRM-stoffen</u>	<input type="checkbox"/>	
			<ul style="list-style-type: none"> • Type A • Type B • Werkzaamheden na brand 	<input type="checkbox"/>	
<u>Inspectie niveau</u>					
Niveau 1	<input type="checkbox"/>		Niveau 2	<input type="checkbox"/>	Niveau 3 <input type="checkbox"/>
<u>Betreft:</u>					
Borgingsmeting	<input type="checkbox"/>		Eindbeoordeling		
Calamiteitsmelding	<input type="checkbox"/>				
<u>Inclusief verzoek tot onderzoek</u>					
Innovatief experiment	<input type="checkbox"/>		TNO campagne "Stofvrij werken"	<input type="checkbox"/>	ISO-45001 <input type="checkbox"/>
VCA-P	<input type="checkbox"/>		RAISE Deskundig Circulair Toezichthouder		<input type="checkbox"/>

Voorkom een loos bezoek, meld altijd af als u gereed bent op nummer:

U kunt d.m.v. een Referentienummer een eigen (project)code aan de melding meegeven.

Uw referentienummer

Gegevens melder

Naam bedrijf/instelling
Certificaatcode-code
Naam melder
Postcode
Huisnummer
Straatnaam
Woonplaats
Land
Telefoonnummer
E-mail adres
Certificerende Instelling

Gegevens eigenaar, de asset eigenaar

Naam bedrijf /instelling
Naam contactpersoon
Postcode
Huisnummer
Straatnaam
Woonplaats
Land
Telefoonnummer
E-mailadres

Locatie waar werkzaamheden plaatsvinden

Omschrijving project	
Soort bouwwerk	
Postcode	
Huisnummer	
Straatnaam	
Woonplaats	
Land	
Eventuele toegangsregels op de projectlocaties	

Periode dat werkzaamheden plaatsvinden

Bij een niet aansluitende werkperiode dient u in het opmerkingen veld aan te geven welke dagen u aan het werk bent.

Startdatum	
Starttijd	
Einddatum	
Eindtijd	
Wordt in het weekend doorgewerkt?	
d.d. dagen niet aan het werk	

Werknemers

Namen aanwezige + functie	Datum aanwezig

Bijlage 3: KRUISVERWIJSTABEL

VCAP §	Cert instrument §
1.1 Heeft het bedrijf een VGM-beleidsverklaring	2.6.1 2.6.7
1.2 Is er een veiligheids-, gezondheids- en milieufunctionaris aangesteld binnen het bedrijf?	2.6.2 2.6.6
1.3 Bestaat er een VGM-structuur in de -organisatie?	2.1.3 2.6.1 2.6.6
1.4 Worden leidinggevendenden beoordeeld op veiligheid, gezondheid en milieu?	2.6.1
1.5 Worden interne audits gehouden?	2.6.8 2.6.10 2.6.11
1.6 Vindt beoordeling door de directie plaats betreffende het voldoen aan de VCA-eisen?	2.6.1 2.6.12 2.6.11
2.1 Heeft het bedrijf een actuele VGM-risico-inventarisatie en -evaluatie?	2.6.7 2.8 2.9 2.10
2.2 Vinden taakrisicoanalyses (TRA's) plaats?	2.12
2.3 Worden Laatste Minuut Risico Analyses (LMRA's) uitgevoerd vóór aanvang van de werkzaamheden?	2.12
3.1 Beschikken alle medewerkers over vakopleiding en ervaring gerelateerd aan de door hen uit te voeren werkzaamheden?	2.4.2 2.10 2.15 2.1.4
3.2 Hebben alle operationele medewerkers een diploma Basisveiligheid VCA (B-VCA)	2.16
3.3 Hebben alle operationeel leidinggevendenden een diploma Veiligheid voor Operationeel Leidinggevendenden VCA (VOL-VCA)?	2.16
3.4 Hebben alle medewerkers specifieke kennis en kunde gerelateerd aan door hen binnen het bedrijf uit te voeren specifieke risicovolle taken en werkzaamheden in een risicovolle omgeving?	2.4.2 2.8 2.9 2.10 2.15
3.5 Bestaat er een bedrijfseigen VGM-voorlichting en -instructie?	2.8 2.9 2.10 2.16
3.6 Worden de eigen en tijdelijke medewerkers en medewerkers van onderaannemers geïnstrueerd over de interne regels en procedures bij opdrachtgevers en de inhoud van een VGM-projectplan?	2.4.1 2.6.1
3.7 Vindt communicatie over VGM-zaken plaats zonder taalbelemmeringen?	2.6.1
4.1 Is er VGM-overleg binnen het bedrijf?	2.6.1 2.6.7
4.2 Heeft het bedrijf een programma voor het beïnvloeden van het VGM-bewustzijn en VGM-gedrag?	2.6.1 2.6.7
5.1 Hanteert het bedrijf VGM-projectplannen?	2.7
5.2 Wordt het VGM-projectplan ter bespreking aangeboden aan de opdrachtgever?	2.12

Vervolg VCAP §	Cert instrument §
6.1 Is het bedrijf voorbereid op effectief optreden in geval van noodsituaties?	2.12
6.2 Hebben de in noodsituaties verantwoordelijke medewerkers een passende opleiding ontvangen?	2.12
7.1 Worden periodiek werkplekinspecties uitgevoerd door operationeel leidinggevenden?	2.6.7
7.2 Vindt er een trendanalyse plaats van bij inspecties geconstateerde bevindingen (positieve en negatieve)?	2.6.7
8.1 Worden medewerkers voor specifieke functies en taken en bij tewerkstelling op specifieke werkplekken, mede op basis van geïnventariseerde risico's (zie vraag 2.1 en 2.2) beoordeeld op medische geschiktheid?	2.6.4 2.11
8.2 Ligt voor wat betreft blootstellingrisico's vast voor welke functies en taken en bij tewerkstelling op specifieke werkplekken medewerkers periodiek een medisch onderzoek aangeboden moeten krijgen?	2.6.4 2.11
8.3 Worden medewerkers in de gelegenheid gesteld om een gekwalificeerde medische deskundige te raadplegen?	2.6.4 2.11
8.4 Voert het bedrijf een beleid om aangepast werk te bieden?	2.6.1 2.14
9.1 Worden VGM-verantwoorde materialen, arbeidsmiddelen en PBM aangeschaft?	2.6.7 2.7
9.2 Worden arbeidsmiddelen en PBM periodiek gekeurd?	2.6.7 2.7
10.1 Wordt bij onderaanneming zeker gesteld dat op de werkvloer aan alle van toepassing zijnde VCA-eisen wordt voldaan?	2.4.1
10.2 Vindt gestructureerde beoordeling plaats van regelmatig ingeschakelde onderaannemers op basis van de VGM-prestaties?	2.4.1
10.3 Worden voor operationele werkzaamheden uitzendkrachten met de relevante VGM-kennis en -kunde via een uitzendorganisatie ingeleend?	2.4.1
11.1 Heeft het bedrijf een procedure voor het melden en registreren van ongevallen van medewerkers met en zonder verzuim/werkverlet, bijna-ongevallen en overige VGM-incidenten?	2.6.1 2.6.13
11.2 Vindt er onderzoek plaats van ongevallen met en zonder verzuim/ werkverlet, bijna-ongevallen en overige VGM-incidenten?	2.6.1 2.6.13

SVMS-007 §	Cert instrument §
2.1.1 Algemene eisen: De sloopaannemer dient een gedocumenteerd managementsysteem te implementeren en te onderhouden, dat in overeenstemming is met de eisen uit deze beoordelingsrichtlijn.	1.1 1.3 2.1
2.2 Organisatiestructuur, verantwoordelijkheden en bevoegdheden; De sloopaannemer dient zijn organisatiestructuur vast te leggen in een schema (organogram).	2.1 2.6.1 2.6.2 2.6.5 2.13 2.14
2.1.2 Systeemhandboek; De sloopaannemer dient te beschikken over een gedocumenteerd managementsysteem,	2.6.1 2.6.3
2.1.3 Beheersing van documenten; De sloopaannemer dient te beschikken over een procedure waarmee de beheersing van door deze beoordelingsrichtlijn vereiste documenten is geregeld.	2.6.3
2.1.4 Beheersing van registraties; Registraties moeten worden vastgesteld en bijgehouden om het bewijs te leveren van het voldoen aan de eisen en de doeltreffende werking van het managementsysteem.	2.6.1 2.6.3 2.6.4 2.6.11
2.1.5 Wet- en regelgeving; De sloopaannemer dient te beschikken over een actueel overzicht van voor wet- en regelgeving die van toepassing	1.5

Vervolg SVMS-007 §	Cert instrument §
2.1.6 Risico-inventarisatie en -evaluatie; De sloopaannemer dient te beschikken over een risico-inventarisatie en –evaluatie die voldoet aan de arbeidsomstandighedenregelgeving en de VGM Checklist Aannemers. SVMS-013 (Eisen te stellen aan de slooplocatie) is betrokken.	2.6.4. 2.6.6 2.7 2.8 2.9 2.10 2.13 2.14 2.11
2.1.7 Verzekeringen; De sloopaannemer dient te beschikken over een aansprakelijkheidsverzekering met dekking voor sloopprojecten, die in ieder geval betrekking heeft op de onderdelen wettelijke- en werkgeversaansprakelijkheid.	2.5
2.2 Organisatiestructuur, verantwoordelijkheden en bevoegdheden; De sloopaannemer dient zijn organisatiestructuur vast te leggen in een schema (organogram).	2.1
2.1.8 Procedure onverhoeds aantreffen van asbest; De sloopaannemer dient te beschikken over een procedure onverhoeds aantreffen van asbest.	2.6.4 2.9 2.10
2.3 Directieverantwoordelijkheid; De directie moet het bewijs leveren van haar betrokkenheid bij het ontwikkelen, invoeren en uitvoeren van het managementsysteem.	2.6.1 2.6.10 2.7
2.5.3 Corrigerende maatregelen; De sloopaannemer moet beschikken over een procedure voor het treffen van corrigerende maatregelen.	2.6.11
2.5.2 Interne audits; De sloopaannemer voert ten minste jaarlijks een interne audit uit om vast te stellen of het managementsysteem voldoet aan de eisen uit deze beoordelingsrichtlijn en doeltreffend is geïmplementeerd en onderhouden. Daarbij worden minimaal twee uitgevoerde projecten beoordeeld.	2.6.8 2.6.9
2.5.4 Beheersing van klachten en tekortkomingen; De sloopaannemer dient te beschikken over een procedure voor de behandeling van klachten en tekortkomingen in relatie tot het geleverde werk en de afgifte van de bij sloopprojecten vrijkomende sloopmaterialen (inclusief eventuele geweigerde vrachten door de afnemer van sloopmaterialen).	2.6.1 2.6.11
3.1.1 Opleiding en kwalificatie personeel; Bij de sloopaannemer dienen deskundigen werkzaam te zijn.	2.4.2 2.10 2.13 2.14
3.1.1 Opleiding en kwalificatie personeel; De sloopaannemer dient er zorg voor te dragen dat personeel (eigen en van derden) dat sloopprojecten uitvoert: voor de functie bekwaam is (door opleiding, ervaring of elders verworven competenties); zonder taalbelemmeringen kan communiceren, een overzicht bij te houden van betrokken medewerkers met naam en functie; voorafgaand aan de kwalificatie van een persoon te toetsen dat medewerkers voldoen aan de gestelde deskundigheidseisen; geschikte registraties bij te houden van de kwalificaties.	2.4.2 2.10 2.13 2.14
3.1.2 Persoonlijke beschermingsmiddelen; Wanneer de risico's van werkzaamheden niet kunnen worden weggenomen of voldoende acceptabel kunnen worden gereduceerd, dient de sloopaannemer de medewerkers (vast en tijdelijk) te voorzien van de noodzakelijke persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM).	2.8 2.9
2.4.1 Leveranciersbeoordeling; De sloopaannemer moet de leveranciers, die goederen en / of diensten leveren die direct van belang zijn voor de kwaliteit (waaronder veiligheids- en milieuaspecten) van het sloopproces, jaarlijks beoordelen op basis van hun vermogen om te kunnen voldoen.	2.7
2.4.2 Inkoopgegevens; Inkoopdocumenten van goederen en diensten die direct van belang zijn voor de kwaliteit (waaronder veiligheids- en milieuaspecten) van het sloopproces moeten gegevens bevatten die duidelijk en eenduidig	2.12
Vervolg SVMS-007 §	Cert instrument §

2.4.3 Ingangscntrole; De sloopaannemer moet ervoor zorgen dat ontvangen producten en/of hulpmiddelen die direct van belang zijn voor de kwaliteit (waaronder veiligheids- en milieuaspecten) van het sloopproces.	2.12
2.5.1 Projectbeoordelingen; De sloopaannemer dient periodiek projectbeoordelingen uit te voeren	2.6.7
3.2 Beheersing van materieel en middelen; De sloopaannemer dient alle bij hem aanwezige potentieel risicovol materieel te inventariseren, inclusief onderhouds- en keuringstermijnen. Het overzicht dient actueel te zijn en daarom periodiek te worden bijgewerkt.	2.6.6 2.7
4.3.1 Werkaanvraagbeoordeling; De sloopaannemer dient te beschikken over een procedure waarmee voor sloopprojecten waarbij 10 m3 of meer sloopmateriaal vrijkomt wordt beoordeeld	2.4.2
4.3.2 Inspectie sloopobject/ stoffeninventarisatie; De sloopaannemer dient te beschikken over een procedure voor de inspectie van het sloopobject en de uitvoering van een stoffeninventarisatie.	2.13 2.14
4.3.4 Opdracht (contractbeoordeling); De sloopaannemer dient te beschikken over een procedure voor de contractbeoordeling.	2.6.1
4.3.5 Werkvoorbereiding; De sloopaannemer dient te beschikken over een procedure voor het opstellen van een projectwerkplan	2.7 2.12
4.3.6 Uitvoering Sloop; Het sloopproject dient volgens het projectwerkplan te worden uitgevoerd. Indien tijdens de werkzaamheden	2.4.2 2.7 2.8 2.9 2.12
4.3.7 Behandeling en afvoer sloopmaterialen; De scheiding en afvoer van sloopmaterialen dient plaats te vinden conform het projectwerkplan, waarbij ten minste op de slooplocatie worden gescheiden en gescheiden worden afgevoerd in categorieën.	2.9
4.3.8 Oplevering (nazorg); De sloopaannemer dient te beschikken over een procedure voor de oplevering van sloopprojecten na afronding van het sloopproject.	2.6.1
4.3.9 Stoffenverantwoording; Na oplevering van een sloopproject wordt een stoffenverantwoording opgesteld.	2.6.1
6.5 Periodieke projectbeoordelingen	2.3 3.3.

ISO 45001 §	Cert instrument §
4.1 Inzicht in de organisatie en haar context	2.1 2.6.1
4.2 Inzicht in de behoeften en verwachtingen van medewerkers en andere belanghebbenden	2.6.9
4.3 Het toepassingsgebied van het G&VW-managementsysteem vaststellen	2.1 2.6.1
4.4 G&VW-managementsysteem inrichten, implementeren, onderhouden en continu verbeteren	2.6.1
5.1 Leiderschap en betrokkenheid tonen	2.4.1 2.6.6 2.6.7 2.6.12
5.2 G&VW-beleid vaststellen, implementeren en onderhouden	2.6.6
5.3 Rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen de organisatie	2.1 2.4.2
5.4 Consultatie en participatie van medewerkers	2.14
6.1 Acties om risico's en kansen op te pakken	2.6.7 2.6.14 2.12 2.13

Vervolg ISO 45001 §	Cert instrument §
---------------------	-------------------

6.1.1 Algemeen	2.6.7 2.6.14 2.12 2.13
6.1.2 Identificatie van gevaren en beoordeling van risico's en kansen	2.6.7 2.6.14 2.12 2.13
6.1.2.1 Identificatie van gevaren	2.6.7
6.1.2.2 Beoordeling van G&VW-risico's en andere risico's voor het G&VW-managementsysteem	2.2 2.4
6.1.2.3 Beoordeling van G&VW-kansen en andere kansen voor het G&VW-Managementsysteem	2.2
6.1.3 Wettelijke en andere eisen vaststellen	1.5 2.2
6.1.4 Acties plannen	2.6.8 2.6.14
6.2 G&VW-doelstellingen en de planning om ze te bereiken	2.6.8
6.2.1 G&VW-doelstellingen	2.6.8
6.2.2 Planning om G&VW-doelstellingen te bereiken	2.6.8
7.1 Middelen	2.6.1 2.6.2 2.6.6 2.6.9 2.6.12 2.7
7.2 Competentie	2.6.2 2.6.6 2.1.13 2.1.14
7.3 Bewustzijn	2.6.6 2.6.3 2.6.7 2.6.1 2.6.12
7.4 Communicatie	2.6.3
7.4.1 Algemeen	2.6.3
7.4.2 Interne communicatie	2.6.3
7.4.3 Externe communicatie	2.6.3
7.5 Gedocumenteerde informatie	2.6.1 2.6.4 2.6.5
7.5.1 Algemeen gedocumenteerde informatie	2.6.1. 4.4.1 4.4.3
7.5.2 Creëren en actualiseren gedocumenteerde informatie	2.6.5
7.5.3 Beheersing van gedocumenteerde informatie	2.6.5
8.1 Operationele planning en beheersing	2.6.1
8.1.1 Algemeen	2.6.1
8.1.2 Gevaren wegnemen en G&VW-risico's verminderen	2.6.7
8.1.3 Management van wijzigingen	2.7
8.1.4 Inkoop	2.12
8.1.4.1 Algemeen	2.12
8.1.4.2 Aannemers	2.4.1.
8.1.4.3 Uitbesteding	2.4

Vervolg ISO 45001 §	Cert instrument §
8.2 Voorbereid zijn en reageren op noodsituaties	2.6.1 2.12
9.1 Monitoren, meten, analyseren en evalueren van de prestaties	2.4.1
9.1.1 Algemeen	2.6.8 2.6.11
9.1.2 Evalueren van compliance	2.6.8 2.6.11
9.2 Interne audit	2.6.1 2.6.10
9.2.1 Algemeen	2.6.10
9.2.2 Intern auditprogramma	2.6.10
9.3 Directiebeoordeling	2.6.8 2.6.12
10.1 Algemeen	2.6.13
10.2 Incident, afwijking en corrigerende maatregel	2.6.13 2.6.14
10.3 Continue verbetering	2.6.14

