RAAD VOOR ACCREDITATIE

RvA BEOORDELINGSRAPPORT DEEL B

Project:	L146-C05.2-(2015)
Klant:	Nederlands Forensisch Instituut
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

RvA relatiebeheerder:	[redacted]
Type beoordeling:	Controlebeoordeling
Beoordelingsmethode:	Laboratorium + bijwoning
Scope:	Voorgestelde scope: L146 d.d.: 13-05-2015
Gehanteerde vereisten:	ISO/IEC 17025 :2005, RvA regels en voorwaarden

Samenvatting van de resultaten van de beoordeling

Bij dit RvA-onderzoek (op 26 mei, 10 juni, 3 augustus en 4 augustus 2015 uitgevoerd door [redacted] (teamleider), [redacted] (vakdeskundige DT&B – Handwriting and documents), [redacted] (vakdeskundige Front Office NFI-forensic engineering), [redacted] (vakdeskundige MSP - Toolmarks, Firearms & Ammunition), [redacted] (vakdeskundige Human Biological Traces), [redacted] (vakdeskundige MSP – Paint, Fibres and Textiles) en [redacted] (vakdeskundige Forensic Chemical Investigation – Toxicology); zie tevens het beoordelingsplan) zijn in totaal zes afwijkingen vastgesteld. Deze hebben betrekking op het publiceren van niet-volledige RvA-rapporten op de NFI-website, niet volledige verwijzing naar accreditatie op vakbijlagen, corrigerende maatregelen, vastlegging van methoden, validatie van zelf ontwikkelde digitale controlekaarten en rapportage. Alle afwijkingen zijn geclassificeerd als zogeheten B-afwijkingen.
Het oordeel van het beoordelingsteam is echter gebaseerd op een steekproef; dit betekent dat er afwijkingen kunnen bestaan die bij het onderzoek niet als zodanig zijn vastgesteld.
De afwijkingen zijn mondeling toegelicht door de teamleden en geaccepteerd door vertegenwoordigers van de instelling.
Naast de zes afwijkingen zijn er ook positieve zaken in het slotgesprek gemeld. Daarbij is o.a. gemeld dat er vertrouwen is in de kwaliteit van de uitgevoerde monsternemingen en resultaten van de uitgevoerde analyses; ook is gemeld dat de instelling technisch competente medewerkers in dienst heeft.

Afwijkingenformulier(en): NCB_[redacted]_01, NCB_[redacted]_01, NCB_[redacted]_02, NCB_[redacted]_03, NCB_[redacted]_04, NCB_[redacted]_01

Afspraken voor vervolgbeoordeling en overige opmerkingen

De in dit rapport genoemde afwijkingen zullen eerst gecorrigeerd moeten worden alvorens het beoordelingsteam een positief advies over het continueren van de accreditatie kan geven. Een vervolgonderzoek is noodzakelijk ter verificatie van de genomen maatregelen. Dat onderzoek zal normaal gesproken op documentenbasis kunnen plaatsvinden. De documentatie voor dat onderzoek dient uiterlijk 4 november 2015 in het bezit van de RvA te zijn.

Tijdens het onderzoek is afgesproken de scope op de volgende punten aan te passen:
- bij verrichting 29 kan QOL-00742 toegevoegd worden en 122148 kan komen te vervallen.
- zie tevens de opmerkingen aan het eind van de detailrapportage van de RvA-teamleider.

De instelling is op de nieuwe versie van RvA-T025 geattendeerd. Verschillende scopeomschrijvingen voldoen op onderdelen niet helemaal aan het format zoals genoemd in RvA-T025. Verwacht mag worden dat het NFI in onderling overleg met de RvA de scope (geleidelijk aan) in overeenstemming met RvA-T025 brengt. De instelling is er ook op geattendeerd dat O&O-omschrijvingen (geleidelijk aan) omgezet gaan worden in flexscope-omschrijvingen (RvA-T031 is komen te vervallen).

RvA BEOORDELINGSRAPPORT DEEL B

Project:	L146-C05.2-(2015)
Klant:	Nederlands Forensisch Instituut
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

Resultaten van de vervolgbeoordeling

De instelling heeft tijdig maatregelen getroffen en de RvA daar over geïnformeerd. Na beoordeling bleek da vijf van de zes daadwerkelijk opgeheven zijn. Eén afwijking, de afwijking over de omgang met interne corrigerende maatregelen, kon nog niet gesloten worden. De instelling heeft aanvullende maatregelen getroffen zodat ook die afwijking als opgeheven beschouwd kon worden.

Gerapporteerd aan: door teamleider

[redacted]

(vertegenwoordiger van de klant)

Overzicht versiebeheer rapportage:

Datum van rapport	Beschrijving	Onderdeel					
		Schematisch overzicht	detail rapporten	NCF'en	Scope	Beoordelings-plan	Lijst aanwezigen
04-08-2015	Rapport (alleen pagina 1 en 2) ondertekend en overhandigd bij slotgesprek; de "losse NC-formulieren" zijn ter plekke per e-mail aan de instelling gestuurd.						
20-08-2015	Rapport aangevuld met detailrapportages Gecorrigeerd rapport (indien van toepassing)	x	x	x	x		
04-01-2016	Rapport na vervolgbeoordeling (indien van toepassing)	x	x	x	x	x	x

Dit rapport bevat vertrouwelijke informatie. De beoordeelde instelling mag dit rapport vermenigvuldigen, openbaar maken en verspreiden zonder toestemming van de Raad voor Accreditatie, doch uitsluitend in zijn geheel.

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

Schematisch overzicht

Rubriek / aandachtspunt *:	Beoordeeld	Referentie naar bevinding(en)
RvA Beoordelingselementen		
A. Organisatie		
A.1 Juridische entiteit	J	
A.2 Regelingen inzake aansprakelijkheid	-	
A.3 Financieel beheer	-	
A.4 Gedocumenteerde organisatiestructuur	J	
A.5 Verantwoordelijkheden en bevoegdheden	J	
A.6 Managementsysteem	J	
A.7 Werkterrein bepaald	N	
A.8 Voldoen aan RvA regels en voorwaarden	J	B_[redacted]_01
B. Onafhankelijkheid, Onpartijdigheid, integriteit		
B.1 Vrijwaring van druk	N	
B.2 Beheersing conflicterende activiteiten/belangen	J	
B.3 Onpartijdigheid en integriteit	J	
B.4 Vertrouwelijkheid	J	
B.5 Beroepsmogelijkheid	-	
B.6 Verwijzen naar en claimen van accreditatie	J	B_[redacted]_03
C. Sturing en metingen		
C.1 Beleid en doelstellingen	J	
C.2 Interne audits	J	
C.3 Directiebeoordeling	J	
C.4 Behandeling klachten en afwijkingen	J	
C.5 Corrigerende en preventieve maatregelen	J	B_[redacted]_04
C.6 Verbetering	J	
D. Personele middelen		
D.1 Personele middelen: Beschikbaarheid, contract	J	
D.2 Instructies aan personeel, functiebeschrijvingen	J	
D.3 Functie-eisen voor personeel	J	
D.4 Deskundigheid van personeel	J	
D.5 Kwalificeren van personeel voor werkzaamheden	J	
D.6 Supervisie en monitoring van personeel	J	
D.7 Registraties aangaande personeel	J	
E. Methoden		
E.1 Vastgestelde en geschikte methoden	J	B_[redacted]_01
E.2 Gedocumenteerde methoden	J	
E.3 Methoden overeengekomen met klant, gepubliceerd	J	
F. Middelen en voorzieningen		
F.1 Beschikbaarheid adequate middelen en voorzieningen	J	
F.2 Kalibratie en herleidbaarheid van meetmiddelen	J	
F.3 Blijvende geschiktheid van middelen en voorzieningen	J	
F.4 Geautomatiseerde systemen	J	B_[redacted]_01
F.5 Inkoop, aanschaf van middelen	N	
F.6 Uitbesteding van activiteiten	J	
G. Primair proces		
G.1 Opdrachtverwerving	-	
G.2 Beoordelingen van contracten en opdrachten	J	
G.3 Contact / interactie met de klant tijdens uitvoering van het werk	J	

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

Rubriek / aandachtspunt *:	Beoordeeld	Referentie naar bevinding(en)
G.4 Voorbereiding en planning van de uitvoering	J	
G.5 Monsterneming, behandeling van monsters / objecten	J	
G.6 Uitvoering van het werk	J	
G.7 Controles van het proces en de kwaliteit	J	
G.8 Rapportage van de resultaten van het werk	J	B_[redacted]_02
G.9 Beoordeling en review van resultaten, nemen van beslissingen	J	
G.10 Registraties inzake het proces	J	
H. Specifieke onderwerpen		
H.1 Certificatie: Publiceren van informatie	-	
H.2 Certificatie: Gebruik van (eigen) merken en logo's	-	
H.3 Laboratoria: Deelnemen Proficiency Testing en Interlaboratorium vergelijkingen	J	
H.4 Laboratoria: Vaststellen meetonzekerheden	J	
H.5 Medische laboratoria: Te verlenen adviesdiensten en professionele interactie	-	
H.6 Inspectie-instellingen: Samenwerking met collegae en deelnemen aan normalisatie	-	
H.7 Aangewezen instanties (NoBo): Deelnemen aan NoBo overleg	-	
H.8 Aangewezen instanties (NoBo): Informatie verstrekken aan aanwijzende autoriteit	-	
H.9 Beoordelingen tbv aanwijzing SZW: aanvullende specifieke eisen uit WDAT's	-	
H.10 EMAS Verificateurs: informatieverstrekking aan Accreditatie Instelling	-	

* Gerefereerd wordt aan de RvA beoordelingsrubrieken. Relatie met de criteria uit de norm(en) waartegen is getoetst, is gelegd in een referentietabel (RvA-F95), die op de website van de RvA is terug te vinden.

Resultaten van de beoordeling van deelname aan PT door het laboratorium (toetsing aan RvA-T30):	Geverifieerd door
Resultaten van ringonderzoeken voldoen.	

Voorstellen voor aanpassing van de scope van accreditatie naar aanleiding van de beoordeling:	Voorgesteld door
Zie pagina 1 van dit rapport.	

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

Detail rapportage teamlid

Teamlid: [redacted]

Onderwerp: managementsysteem

Waarnemingen

Het NFI is, zoals ze schrijft in haar Kwaliteitshandboek, een agentschap van het ministerie van Veiligheid en Justitie en valt onder het Directoraat-Generaal Rechtspleging en Rechtshandhaving. In totaal zijn ca. 550 mensen werkzaam bij het NFI. Een aanzienlijk deel van de NFI-activiteiten valt onder de accreditatie.

Gesproken met:

- Tijdens het RvA-onderzoek op 10 juni 2015 is gesproken met [redacted], [redacted], [redacted], [redacted], [redacted], [redacted].
- Tijdens het RvA-onderzoek op 3 augustus 2015 is gesproken met [redacted], [redacted], [redacted], [redacted].
- Tijdens het RvA-onderzoek op 4 augustus 2015 is gesproken met [redacted], [redacted], [redacted], [redacted], [redacted] en [redacted].
- Op 4 augustus 2015 is vlak voor het slotgesprek ook kort gesproken met [redacted], de Algemeen Directeur.

Beoordeelde verrichtingen van de scope d.d. 13 mei 2015:
De inhoudelijke uitvoering van de verrichtingen is beoordeeld door de betrokken RvA-vakdeskundigen.

Beoordeelde dossiers (personeelsdossiers, werklijsten/monsters/objecten, test-/kalibratie-rapporten, apparatuur, etc.):
Voor de voorbereiding van dit RvA-onderzoek is onder andere versie 22 van het Kwaliteitshandboek van het NFI ter inzage gekregen; tevens zijn de onderliggende procedures, werkvoorschriften, etc. ter inzage gekregen.
Tijdens het RvA-onderzoek op locatie zijn meerdere dossiers ter inzage gekregen; deze staan genoemd bij de desbetreffende beoordeelde RvA-beoordelingselementen.

Beoordeelde RvA-beoordelingselementen:

A. Organisatie

A.1. Juridische entiteit
(ISO/IEC 17025 criterium 4.1.1)
De instelling heeft mondeling gemeld dat de juridische entiteit van de instelling ongewijzigd gebleven is.

A.4. Gedocumenteerde organisatiestructuur
(ISO/IEC 17025 criterium 4.1.5e)
[redacted] (hoofd afdeling Microsporen) heeft een toelichting gegeven op de op handen zijnde reorganisatie. De reorganisatie vloeit voor uit een forse bezuiniging naar aanleiding van een kabinetsbesluit. Bedoeling is dat de reorganisatie niet ten koste mag gaan van het primaire proces van het NFI. Concreet betekent dit dat het tweede pand van het NFI afgestoten wordt en dat er gesneden wordt in de overhead en ondersteunende activiteiteten. Enkele taken zullen overgenomen worden door de politie (zoals onderwijs, vooronderzoek, etc.). Onderzoeken met betrekking tot onder andere verf- en handschrift-onderzoek zullen vrijwel zeker niet meer uitgevoerd gaan worden.

Dit betekent dat er zo'n 70 fte's per 31 december 2015 zullen verdwijnen. Een mondelinge toelichting is gegeven op het beleid hieromtrent.
Men is nu bezig de nieuwe organisatie in te richten. Waar mogelijk wordt tot herplaatsen elders binnen het NFI overgegaan.
Getoond is het concept organogram van de nieuwe organisatie. Streven is om straks met twee grote stafafdelingen te werken (Bedrijfsvoering en Bestuursondersteuning; de kwaliteitstaken vallen dan onder Bedrijfsvoering) en met vier divisies (Biologische Sporen, Digitale / Biometrisch Sporen, Chemische & Fysische sporen en Bijzondere Dienstverlening & Expertise). De DNA databank blijft ongewijzigd ondergebracht bij het NFI.
Ook is getoond hoe de afzonderlijke productgroepen binnen de divisies er uit gaan zien. Eén en ander betekent dat er op een andere wijze samengewerkt moet gaan worden. Het effect op de uitvoering van de (geaccrediteerde) activiteiten wordt klein geacht. Wel zal er het één en ander in het documentatiesysteem gewijzigd moeten worden.
Toegelicht is dat er elke twee weken een zogeheten 'transitie-dag' is en periodiek is er overleg tussen de 'kwartiermakers'. Er is een lijst beschikbaar van alles wat er moet gebeuren om de werking en samenhang van het managementsysteem te kunnen behouden.

A.5. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

(ISO/IEC 17025 criterium 4.1.5f, 4.1.5i en 4.2.6)

Tijdens het voorgaande RvA-onderzoek (uitgevoerd in 2014) is gemeld dat [redacted] de nieuwe Algemeen Directeur zal worden. Tevens is destijds gemeld dat [redacted] het nieuwe afdelingshoofd Humane Biologische Sporen zal worden. Uit het interne 'wie is wie' blijkt dat deze wijzigingen inderdaad doorgevoerd zijn. Zie tevens RvA-beoordelingselement D.1.

In het Kwaliteitshandboek zijn samengevatte functiebeschrijvingen opgenomen van onder andere de Algemeen Directeur, Directeur Externe Relaties, KAM-coördinator, KAM-aanspreekpunt en Kwaliteitsadviseur.
Er zijn geen specifieke NFI-functiebeschrijvingen beschikbaar van de medewerkers in het laboratorium. De functiebeschrijvingen van hen vallen onder het 'FunctiegebouwRijk'; ze zijn daarin opgenomen als 'onderzoeksondersteuner' (zes niveaus). De beschrijving is erg algemeen van opzet en bevat niet expliciet alle onderwerpen uit criterium 5.2.4 van de ISO/IEC 17025, maar uit de bevoegdhedenmatrices van de afdelingen blijkt dat meer inhoudelijke zaken daar vastgelegd zijn.

De Kwaliteitsadviseur fungeert in praktijk als de Kwaliteitsmanager, zoals genoemd in criterium 4.1.5j van de ISO/IEC 17025.
Toegelicht is hoe de onderlinge verhoudingen tussen de Kwaliteitsadviseur en de KAM-coördinatoren is. De KAM-coördinatoren hebben geen verantwoording af te leggen aan de Kwaliteitsadviseur; zij vallen onder de directe aansturing van het desbetreffende afdelingshoofd. Maandelijks is er een zogeheten KAM-overleg; bij dat overleg zijn de KAM-coördinatoren en Kwaliteitsadviseur aanwezig en wordt informatie overgedragen en informatie uitgewisseld (onder andere met betrekking tot interne audits). Getoond zijn verslagen van KAM-overleggen die gehouden zijn in januari, februari en mei 2015.

A.6. Managementsysteem

(ISO/IEC 17025 criterium 4.2.1, 4.2.5, 4.2.7 en 4.3)

Er is een kort en bondig (prettig leesbaar) Kwaliteitshandboek voorhanden; het geeft op hoofdlijnen invulling aan de criteria van ISO/IEC 17025 en volgt de indeling van ISO/IEC 17025. In het voorwoord staat beschreven dat in de (ter plekke getoonde) bijlage met kenmerk QOL-00338 een opsomming staat van alle NFI-brede procedures. In het Kwaliteitshandboek wordt soms expliciet verwezen naar met name genoemde onderliggende documentatie waar meer inhoudelijk op de desbetreffende onderwerpen ingegaan wordt. Hierbij dient opgemerkt te worden dat op meerdere plekken een expliciete verwijzing naar onderliggende documenten verwacht had mogen worden, maar ter plekke blijkt dat die verwijzingen opgenomen zijn in QOL-00338.
Uit paragraaf 4.2 van het Kwaliteitshandboek kan afgeleid worden dat de digitale versie van de

documentatie leidend is. Indien een print van de documentatie gemaakt wordt staat in de voettekst op welke datum de print gemaakt is en is duidelijk dat de digitale versie leidend is.
Het Kwaliteitshandboek is duidelijk herkenbaar als een NFI-document, maar onderliggende documenten zijn niet expliciet herkenbaar als NFI-documenten. Uit het hoofdblad van het documentatiebeheersysteem blijkt echter wel dat het om NFI-documenten gaat.

In 'KPM opstellen en beheren van QOL documenten' (QOL-00036) is vastgelegd wie de document-eigenaren en autorisatoren van de afzonderlijke documenten zijn. Aan de hand van het document 'Borging infrequent maatwerkonderzoek van biologische sporen' is inzichtelijk gemaakt wie het document geautoriseerd heeft, wie het periodiek beoordeeld heeft op actualiteit etc.

Het NFI zit momenteel middenin de transitie van het interne documentatiesysteem (onderbrengen in een nieuwe digitale omgeving). In dat systeem zijn de interne documenten ondergebracht en er zijn ook verschillende registraties in ondergebracht.
Vervallen documenten van interne documenten worden digitaal opgeslagen in een aparte map; die map is alleen toegankelijk voor de Kwaliteitsadviseur. Van elk document is de zogeheten 'workflow historie' inzichtelijk. Dit is nagegaan van onder andere het Kwaliteitshandboek en 'Beheer onderzoeksmiddelen'. De instelling is geattendeerd op een extra in te bouwen hindernis met betrekking tot per ongeluk door te voeren wijzigingen in het archief ('alleen lezen' mogelijkheid). Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat inzichtelijk is dat het voor huidige documenten niet mogelijk is documenten te wijzigen.

Toegelicht is dat het de bedoeling is dat er een nieuw documentatiesysteem ingevoerd zal worden dat inhoudelijk anders van opzet zal zijn. Getoond is het concept van het nieuwe 'Kwaliteitshuis NFI'. Dat systeem is niet opgezet in de volgorde van ISO/IEC 17025, maar vanuit de gedachte van het NFI (de opzet lijkt inderdaad logischer). Streven is om de nieuwe opzet medio 2016 gereed te hebben.
Bij de introductie van het 'Kwaliteitshuis NFI' zal ook de visie en het kwaliteitsbeleid geherformuleerd worden. Dat zal het nieuwe "topdocument" worden waar de nieuwe "toelichtingen" onder gehangen zullen worden (de bundeling van de "toelichtingen" wordt het nieuwe "Kwaliteitshandboek"; het nieuwe 'Kwaliteitshuis NFI'). Grootste drijfveer was (zie tevens RvA-beoordelingselement C.2) om het NFI-deel dat niet geaccrediteerd is onder hetzelfde beheersysteem te laten vallen. Bij de nieuwe opzet en invulling zijn verschillende mensen uit de afdelingen betrokken. In het desbetreffende projectplanteam is er bewust voor gekozen om de Kwaliteitsadviseur in dit team op te nemen om er zorg voor te dragen dat werking en samenhang van de documentatie en de conformiteit met ISO/IEC 17025 behouden blijft.
Getoond is een presentatie van 28 april jl. Hieruit blijkt dat onder andere uitleg gegeven is over het 'Kwaliteitshuis NFI' en de bredere opzet van interne audits. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat in de presentatie bij 'meetonzekerheid' bij niet-geaccrediteerde verrichtingen een "nee" staat; verondersteld mag worden dat dat een typefout is.

Het laboratorium verwijst op haar scope, op een enkele uitzondering na, niet naar externe documenten. Wel gebruikt zij bij haar werk enkele externe normen (bijvoorbeeld ISO/IEC 17025, NEN 6603 en ILAC G19); getoond is dat het laboratorium de actuele versie van deze documenten in haar bezit heeft. Door het laboratorium is gemeld dat de inhoud van de 2014-versie van ILAC G19 besproken en geëvalueerd is tijdens het KAM-coördinatoren-overleg. Uit een gesprek met één van de KAM-coördinatoren ([redacted]) blijkt waar de evaluatie uit bestaan heeft, blijkt dat het document breder besproken is en blijkt dat het NFI geconcludeerd heeft dat er geen aanvullende maatregelen genomen hoefden te worden. Met die conclusie kan, gezien de werkwijzen, van het NFI, ingestemd worden.

Tijdens het voorgaande reguliere RvA-onderzoek is een afwijking vastgesteld met betrekking inzichtelijkheid van documenten die onder het documentbeheer vallen (NCB_[redacted]_01). Passende maatregelen zijn toen genomen. Over één document (protocol 'uitvoering gerechtelijke secties bij volwassen') is gemeld dat deze pas later opgenomen kan worden in het interne beheersysteem. Nu is getoond dat dat document inderdaad opgenomen is het documentatiebeheersysteem (waarbij tevens getoond is dat de instelling dit via een interne controle nagegaan heeft). Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het document een afwijkende huisstijl kent (de duidelijke voettekst uit de andere documenten

ontbreekt).

A.8. Voldoen aan RvA-regels en voorwaarden
(RvA-BR002)

Het NFI heeft in haar Kwaliteitshandboek in hoofdstuk 4.15 vermeld staan dat onder andere de volledige rapporten van de RvA anoniem worden gepubliceerd. In juli 2011 zijn hieromtrent afspraken gemaakt tussen de RvA en het NFI. Kernpunt is dat kopieën van RvA-rapporten uitsluitend in zijn geheel aan derden mogen worden gestuurd.
Het NFI publiceert de RvA-rapporten op haar website.

In de folder http://www.forensischinstituut.nl/over_het_nfi/organisatie/kwaliteit/kwaliteitsrapportages.aspx staan onder het kopje "RvA-rapportages" meerdere RvA-rapporten. Twee daarvan zijn ingezien: RvA-rapport L146-H05 (onderzoek uitgevoerd in juni 2013; eindrapport d.d. 19-11-2013; op de NFI-website gepubliceerd op 03-07-2014) en RvA-rapport L146-C03.1 (onderzoek uitgevoerd in oktober 2006; eindrapport d.d. 31-01-2007; op de NFI-website gepubliceerd op 08-11-2011).
a) In RvA-rapport L146-H05 zijn onder andere de persoonsnamen en dossiernummer niet-leesbaar gemaakt. Het anonimiseren van persoonsnamen van RvA-beoordelaars is expliciet afgesproken tussen RvA en NFI. Echter, ook zijn onder andere de namen van ringonderzoekorganisatoren, kalibratie-instanties, technieken en apparatuur niet-leesbaar gemaakt. Tevens ontbreken de bijlagen van het RvA-rapport: het RvA-beoordelingsplan en de scope (allebei maken ze onlosmakelijk onderdeel uit van het RvA-rapport).
b) In RvA-rapport L146-C03.1 zijn ook onder andere de persoonsnamen niet leesbaar gemaakt. Maar op bijvoorbeeld pagina 3 van de RvA-teamleider-rapportage de naam van de kalibratie-instantie niet-leesbaar gemaakt. (NB In dit rapport zijn het beoordelingsplan en de scope wel aanwezig, maar door het inscannen en/of kopiëren zijn markeringen in de scope amper leesbaar meer.)

In de folder http://www.forensischinstituut.nl/over_het_nfi/organisatie/kwaliteit/ staat onder het kopje "Audits" onder andere de file "Externe audits 1998-2011" (op de NFI-website gepubliceerd op 19-09-2011). In deze file staan onderdelen van de RvA-rapporten uit die periode. Het betreffen echter niet-volledige rapporten. Van bijvoorbeeld RvA-rapport L146-H04 zijn alleen de pagina's 29 t/m 34 en 55 t/m 65 gepubliceerd en van RvA-rapport L146-C04.1 zijn alleen de pagina's 10, 11, 12, 19 en 20 gepubliceerd.

Er wordt niet voldaan aan voorwaarde 8 van de meest recente beschikkingsbrief van de RvA (brief met kenmerk RvA 58406, brief d.d. 2 januari 2015) waarin staat: "Bekendmaking door uw organisatie aan derden van de inhoud van rapporten, correspondentie, verklaringen, beschikkingen, scopes of andere documenten van RvA is toegestaan op voorwaarde dat daarbij het gehele document en niet slechts een gedeelte hiervan wordt bekendgemaakt."
In de beschikkingsbrief staat eveneens dat voldaan moet worden aan de meest recente versie van onder andere de RvA-beleidsregels. Er wordt echter niet voldaan aan de punten 7 en 8 van artikel 21 van RvA-BR002 (versie 4) waarin staat: "De aanvrager mag een rapport vermenigvuldigen, openbaar maken en verspreiden zonder toestemming van de RvA, doch uitsluitend in zijn geheel. Delen van rapporten van de RvA mogen alleen openbaar worden gemaakt als de RvA hiervoor uitdrukkelijke schriftelijke toestemming heeft gegeven." Niet getoond is dat de RvA hier uitdrukkelijk schriftelijk toestemming voor heeft gegeven.

NB Het rapport van het laatste RvA-onderzoek, L146-C05.1 (rapport d.d. 18-12-2014) is nog niet gepubliceerd op de NFI-website, hetgeen een afwijking is ten opzichte van de eigen vastgelegde werkwijze.

Bovengenoemde afwijkingen zijn gezamenlijk vastgelegd in NCB_[redacted]_01.
Bij bovenstaande dient opgemerkt te worden dat door de instelling gemeld is dat de twee genoemde bijlagen bij RvA-rapport L146-H05 niet in de toegestuurde Word-versie van het rapport opgenomen waren.

Er is bij de RvA een melding binnengekomen met betrekking tot het door het NFI gepubliceerde RvA-rapport L146-C03.1. Er zijn vragen gesteld over niet meer leesbaar gemaakte passages. Expliciet zijn daarbij twee niet meer leesbare tekstdelen genoemd:

- De eerste betreft het niet meer leesbaar tekstdeel na: "*Echter, de teamleider is*". Uit het ter plekke getoonde originele rapport blijkt dat er geen tekst weggehaald is. Navraag bij de RvA-teamleider van destijds levert op dat ook uit zijn eigen bewaarde ruwe data blijkt dat de zin destijds niet afgemaakt is.
- De tweede betreft een weggehaald tekstdeel bij de reactie op corrigerende maatregelen. Het weggehaalde tekstdeel betreft slechts de codering van het afwijkingenformulier. Er is geen inhoudelijke informatie onleesbaar gemaakt.

B. Onafhankelijkheid, onpartijdigheid en integriteit

B.2. Beheersing conflicterende activiteiten/belangen

B.3. Onpartijdigheid en integriteit

(ISO/IEC 17025 criterium 4.1.4 en 4.1.5d)

Het NFI heeft als organisatie geen baat bij specifieke laboratoriumuitslagen. Waar mogelijk worden achtergrondgegevens van onderzoek niet aan uitvoerend laboranten verstrekt om de objectiviteit te bevorderen.

Van alle medewerkers wordt een zogeheten 'verklaring omtrent het gedrag' geëist; deze zijn opgenomen in de personeelsdossiers. Van bijvoorbeeld de Kwaliteitsadviseur is getoond dat deze verklaring in het personeelsdossier opgenomen is.

Medewerkers leggen bij indiensttreding de eed of belofte af. Ter plekke is hiervan de tekst getoond: "*Ik beloof dat ik mij zal gedragen zoals een goed ambtenaar betaamt, dat ik zorgvuldig, onkreukbaar en betrouwbaar zal zijn en dat ik niets zal doen dat het aanzien van het ambt zal schaden.*"

Met het Afdelingshoofd KPM is uitgebreid gesproken over de integriteit, gedragscode, en aanverwante zaken. Het blijkt dat er onlangs een specifieke audit is uitgevoerd met betrekking tot integriteit. Tevens blijkt dat er jaarlijks met elke NFI-medewerker een gesprek gehouden wordt waarbij er ook ingegaan wordt integriteit, gedrag, etc. Op de (interne) intranetsite van het NFI is een gedragscode vermeld. Deze gaat met name in op het e-mail gebruik en gebruik van social media, maar gaat ook in op veiligheid en integriteit. Door het Afdelingshoofd KPM is gemeld dat er wellicht een nieuwe interne gedragscode zal komen. De instelling is daarbij geattendeerd op de expliciete eisen hieromtrent uit paragraaf 3.4 van ILAC G19 (de desbetreffende onderwerpen zijn nu wel geadresseerd, maar wel enigszins verspreid).

In de arbeidsovereenkomsten wordt gerefereerd aan de ARAR; ook daarin wordt ingegaan op integriteit, onafhankelijkheid, etc.

Gemeld is dat recentelijk een medewerker gemeld heeft dat een familielid misschien betrokken was bij een zaak. Het NFI heeft daarom die medewerker tijdelijk geen werkzaamheden laten uitvoeren om de integriteit en onafhankelijk te waarborgen.

B.4. Vertrouwelijkheid

(ISO/IEC 17025 criterium 4.1.5c)

Zie RvA-beoordelingselement D.1. Getoond is dat medewerkers (o.a. [redacted], [redacted] en [redacted]) een geheimhoudingsverklaring ondertekend hebben of de eed/belofte (met een passage over de geheimhouding) afgelegd hebben.

B.6. Verwijzen naar en claimen van accreditatie

(RvA-VR003)

Het NFI gebruikt op haar rapporten veelal niet het RvA-accreditatiemerk en verwijst ook niet naar de geaccrediteerde status. Op rapporten van het DNA-onderzoek wordt wel het RvA-accreditatiemerk gebruikt.

Op haar website vermeldt het NFI dat zij geaccrediteerd is onder RvA-registratienummer L146. Voor de scope verwijst NFI naar de website van de RvA. Deze wijze is in overeenstemming met artikel 24 van

RvA-VR003.
Echter, in het vakgebied handschrift- en documentenonderzoek worden zogeheten 'vakbijlagen' gehanteerd. In onder andere de Vakbijlage 'Vergelijkend handschriftonderzoek' staat een verwijzing naar accreditatie, maar daar ontbreekt het RvA-accreditatienummer. Mondeling is gemeld dat dit ook geldt voor het vakbijlage van het documentenonderzoek.
Deze afwijking is vastgelegd in NCB_[redacted]_03.

C. Sturing en metingen

C.1. Beleid en doelstellingen
(ISO/IEC 17025 criterium 4.2.2)
In het Kwaliteitshandboek zijn de missie en kerntaken van het NFI opgenomen. In de directieverklaring wordt direct en indirect ingegaan op de onderwerpen die genoemd zijn in criterium 4.2.2 van ISO/IEC 17025. De algemene, maar meetbare, doelstellingen zijn expliciet benoemd. Uit de directieverklaring blijkt duidelijk dat juistheid van de resultaten, en objectiviteit en integriteit centraal staan.
Zie RvA-beoordelingselement A.6: men is bezig met de visie en het kwaliteitsbeleid te herformuleren.

C.2. Interne audits
(ISO/IEC 17025 criterium 4.14)
In het Kwaliteitshandboek wordt (in hoofdstuk 4.14) in algemene bewoordingen ingegaan op de interne audits. In de onderliggende documenten 338201 en QOL-00035 wordt wat meer inhoudelijk (maar nog wel enigszins summier) ingegaan op de frequentie van uitvoering, vaststelling auditplan, kwalificatiecriteria van interne auditoren, etc. In QOL-00035 staan criteria vermeld met betrekking tot het kwalificeren van interne auditoren. Daarbij wordt onder andere ingegaan op kennis van de ISO/IEC 17025, kennis van het vakgebied, kennis van auditing, en gedragscompetenties.

Getoond is het auditplan voor 2015. Inzichtelijk is welk onderdeel wanneer geaudit zal worden. Inzichtelijk is de status van de afzonderlijke audits.

Momenteel wordt veel energie gestoken in het in kaart brengen van activiteiten die nu niet periodiek intern geaudit worden; dat betreffen niet-geaccrediteerde verrichtingen. Het NFI wil geen onderscheid meer maken in wel- en niet-geaccrediteerde activiteiten. Het geheel aan inventarisaties en bijbehorende acties is getoond; inzichtelijk is dat alle activiteiten (ongeveer 170 zogeheten 'externe producten') in de komende vier jaar geaudit zullen worden. Ondanks dat niet elke techniek jaarlijks aan bod komt lijkt gezien het totale aantal interne audits, de diversiteit aan interne audits, en de getoonde diepgang van de interne audits (zie hierna) er zeer zeker sprake te zijn van een gedegen intern auditprogramma. Volgens RvA-T15 dient de instelling zelf een onderbouwing te geven voor het auditprogramma; dat is er nu niet, maar verwacht mag worden dat zij dit nog wel opstelt.

Ingezien zijn twee auditverslagen: auditverslag E2015-06 (DNA-6 uur; uitgevoerd op 22 en 23 juni 2015) en E2015-11 (microsporen; uitgevoerd op 20 april 2015). Eerstgenoemde audit is uitgevoerd door [redacted]. [redacted]; de andere interne audit is uitgevoerd door [redacted]. Uit beide verslagen blijkt duidelijk welke ISO/IEC 17025-criteria geaudit zijn en blijkt, ondanks dat de rapportage soms enigszins summier is, duidelijk wat inhoudelijk geaudit is. Er is overduidelijk sprake van een kritische blik naar het eigen functioneren; tijdens de desbetreffende interne audits zijn er vier, respectievelijk vijf, afwijkingen vastgesteld (zie RvA-beoordelingselement C.4).

Getoond is dat [redacted] is opgenomen in het overzicht van interne auditoren (dat overzicht is geautoriseerd door het Afdelingshoofd KPM). Inzichtelijk is dat er bij de kwalificatie gekeken is naar kennis van ISO/IEC 17025 en kennis van het vakgebied.

Tijdens het voorgaande reguliere RvA-onderzoek zijn er enkele afwijkingen vastgesteld waarbij de afhandeling gemeld is dat er bij de interne audits expliciet naar de effectiviteit van de genomen maatregel gekeken zal worden (bij eventuele doorhalingen dient deze afgeparafeerd te worden en er zal specifiek gekeken worden naar de periodieke controle van prestatiekenmerken). Er zijn door de RvA-

teamleider echter slechts twee auditrapporten ingezien. Bij beide bleek dat expliciet naar de validatie en prestatiekenmerken gekeken is maar bleek niet dat expliciet gekeken is naar doorhalingen. Met betrekking tot het laatste dient wel opgemerkt te worden dat de instelling hier wel een NFI-brede actie toegepast heeft (tevens is getoond dat afdelingshoofden en interne auditoren hier, met een toelichting, nogmaals nadrukkelijk op geattendeerd zijn). Hierbij dient ook opgemerkt te worden dat bij de steekproeven van de RvA er geen situaties aangetroffen zijn waarbij wijzigingen niet afgeparafeerd zijn.

C.3. Directiebeoordeling
(ISO/IEC 17025 criterium 4.15)

In het Kwaliteitshandboek is het proces rondom de directiebeoordeling beschreven.

Getoond is de 'Directiebeoordeling kwaliteit over 2014' (evaluatie 2014 / jaarplan 2015).
De tekst is door KPM opgesteld en in het Operationeel Overleg besproken; inzichtelijk is dat de Algemeen Directeur het verslag eind juli 2015 formeel geautoriseerd heeft. In de Directiebeoordeling is ook ingegaan op het nieuwe 'Kwaliteitshuis NFI', kwaliteitsbewustzijn, etc.
Uit het verslag blijkt dat van elk onderwerp KPI's behandeld zijn, conclusies uit 2013 en aanbevelingen voor 2014 behandeld zijn en nieuwe aanbevelingen voor 2015 opgesteld zijn.
Bij de Directiebeoordeling zijn onder andere de externe beoordeling door de RvA, de interne audits, klachten, meldingen, kwaliteitsborging, feedback van klachten, rapporten van leidinggevend personeel en opleiding in ogenschouw genomen.
Voor de onderwerpen 'maatregelen naar aanleiding van interne audits' en 'klachten' heeft de instelling geconcludeerd dat dit zorgpunten zijn.
Opgemerkt dient te worden dat bij enkele onderwerpen hele duidelijke inhoudelijke samenvattingen vermeld zijn (bijvoorbeeld met betrekking tot externe beoordeling en klachten) terwijl bij andere onderwerpen (bijvoorbeeld interne audits) dit wat minder sterk naar voren komt.
Ook dient opgemerkt te worden dat de evaluatie van afdelingsjaarplannen misschien ook onderdeel kunnen zijn van de directiebeoordeling.

C.4. Behandeling klachten en afwijkingen
(ISO/IEC 17025 criterium 4.8)

In het Kwaliteitshandboek is expliciet vastgelegd dat iedere opmerking van de klant wordt geregistreerd als klacht.
In QOL-00041 (KPM externe klachten) is het beleid en de procedure voor de omgang met klachten expliciet beschreven.
[redacted] is sinds 1 juni jl. de nieuwe klachtencoördinator.
Gemeld is dat vlak voor het in juni uitgevoerde deel van dit RvA-onderzoek de klachtenprocedure gewijzigd is: de afhandelingstermijn is verlengd van twee naar zes weken.
Getoond is dat externe klachten en meldingen geregistreerd worden. Het overgrote deel van de klachten/meldingen heeft betrekking op administratieve fouten. Ongeveer de helft daarvan komt doordat opdrachtgevers gegevens niet goed doorgegeven hebben.
Het totaal aan klachten (inclusief het aantal dat het NFI niet aan te rekenen valt) ten opzichte van het totaal aantal uitgebrachte rapporten komt uit op minder dan 0,2%.
Ingezien zijn de afhandeling van twee klachten: EM-00831 en EM-00799. Beide klachten hebben betrekking op het terugsturen van SVO (Stukken van Overtuiging). Uit de registraties blijkt duidelijk wat de oorzaak is en ook is duidelijk dat er een herstelmaatregel plaatsgevonden heeft. In beide situaties had de oorzaak mede betrekking op communicatie en foutief door de opdrachtgever ingevulde formulieren. Uit de registraties blijkt dat men, naar aanleiding van de oorzaak, met beide klagers in gesprek gegaan is (en geïnstrueerd heeft over het invullen van de formulieren). Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat bij laatstgenoemde klacht de brief van het NFI duidelijker is en meer informatie bevat dan dat ingevuld is in de hiervoor ingerichte digitale database. Deze bevinding sluit aan bij de in NCB_[redacted]_04 vastgelegde afwijking met betrekking tot registratie van corrigerende maatregelen (zie RvA-beoordelingselement C.5).

C.5. Corrigerende en preventieve maatregelen
(ISO/IEC 17025 criterium 4.11 en 4.12)
Bij de interne audits (bijvoorbeeld E2015-06 en E2015-11) wordt kritisch gekeken en worden afwijkingen vastgesteld en ook verbeteringen voorgesteld. Uit de mondelinge toelichting blijkt duidelijk dat er bij de afhandelingen door betrokken medewerkers (grondig) gekeken wordt naar de onderliggende oorzaak (en omvang) en uit de mondelinge toelichting blijkt ook duidelijk welke maatregelen men wil treffen. Uit de registraties blijkt deze informatie echter niet. Tevens is er soms sprake van overschrijdingen van termijnen terwijl niet inzichtelijk is dat daar toestemming voor gegeven is, aanvullende afspraken over gemaakt zijn, o.i.d.
Deze gecombineerde afwijking is vastgelegd in NCB_[redacted]_04. Hierbij dient opgemerkt te worden dat ook vorig jaar een afwijking over corrigerende maatregelen en bewaking van de voortgang vastgesteld is.

C.6. Verbetering
(ISO/IEC 17025 criterium 4.10)
Tijdens het voorgaande reguliere RvA-onderzoek is gemeld dat het NFI de niet-geaccrediteerde activiteiten op een gedefinieerd niveau wil brengen. Uit het projectplan bleek dat men daar in januari 2015 mee wilde beginnen. Zie RvA-beoordelingselement A.6 en C.2; men is daar inderdaad mee gestart en de plannen zijn veelbelovend.

D. Personele middelen

D.1. Personele middelen: Beschikbaarheid, contract
(ISO/IEC 17025 criterium 5.2.3)
Zie RvA-beoordelingselement G.8 (rapportage). Enkele testen zijn uitgevoerd door [redacted]. Van haar is de aanstellingsbrief uit 1997 getoond; in haar personeelsdossier is ook de eed-verklaring aanwezig (in die verklaring wordt ook ingegaan op de geheimhouding).
Zie RvA-beoordelingselement C.4 (klachten). Ter plekke is gesproken met de klachtencoördinator, [redacted]. Ook van hem is de aanstellingsbrief bij het NFI en een ondertekende geheimhoudingsverklaring getoond.
Zie RvA-beoordelingselement A.5 (verantwoordelijkheden en bevoegdheden). [redacted] is aangesteld als het nieuwe afdelingshoofd HBS. Ook van hem is getoond dat hij door het NFI in deze functie is aangesteld.
Op het intranet van het NFI zijn bovengenoemde personen opgenomen in 'wie is wie'.

D.2. Instructies aan personeel, functiebeschrijvingen
(ISO/IEC 17025 criterium 5.2.4)
Zie RvA-beoordelingselement A.5.

D.4. Deskundigheid van personeel
(ISO/IEC 17025 criterium 5.2.1 en 5.2.2)
Door de RvA-vakdeskundigen is vastgesteld dat het NFI competente medewerkers in dienst heeft.

D.5. Kwalificeren van personeel voor werkzaamheden
(ISO/IEC 17025 criterium 5.2.5)
Zie RvA-beoordelingselement G.8 (rapportage). Voor meerdere van de rapporten die zijn ingezien is nagegaan of de desbetreffende uitvoerende analisten bevoegd verklaard zijn voor die desbetreffende testen; dat bleek het geval te zijn. Voor enkele van de rapporten is ook nagegaan of degene die de rapporten heeft vrijgegeven hiervoor bevoegd verklaard is; ook dat bleek het geval te zijn.

D.7. Registraties aangaande personeel
(ISO/IEC 17025 criterium 5.2.5)
Door [redacted] (HRM) is getoond dat personeelsgegevens digitaal gearchiveerd worden en beveiligd zijn tegen inzage door derden. Men kan wel zijn/haar eigen gegevens raadplegen.

E. Methoden

E.1. Vastgestelde en geschikte methoden
E.2. Gedocumenteerde methoden
(ISO/IEC 17025 criterium 5.4.1-6)
Methoden zijn vastgelegd in eigen werkvoorschriften en methoden zijn gevalideerd. Dit is beoordeeld door de RvA-vakdeskundigen. Zie hun detailrapportages. Bij de beoordeling daarvan heeft één van hen een afwijking vastgesteld met betrekking tot wapens en munitie: de werkwijze is veranderd (verbeterd), maar de nieuwe werkwijze is nog niet vastgelegd. Die afwijking is door hem vastgelegd in NCB_[redacted]_01.

Het NFI zal als forensisch laboratorium moeten voldoen aan ILAC G19. Door de instelling is gemeld dat zij bij de revisie van de 2014 input gegeven heeft aan de opstellers.

Tijdens het voorgaande RvA-onderzoek is een afwijking vastgesteld met betrekking tot de periodieke review van validatieresultaten (NCB_[redacted]_01). Als maatregel zijn er jaarplannen opgesteld. Door de betrokken vakdeskundige is toen vastgesteld dat de plannen voldoen en dat bij het eerstvolgende RvA-onderzoek naar de voorgang van het desbetreffende jaarplan gekeken zal worden. Zie RvA-beoordelingselement C.2; bij de ingeziene verslagen van interne audits blijkt dat er expliciet naar de validatieresultaten gekeken is.

E.3. Methoden overeengekomen met klant, gepubliceerd
(ISO/IEC 17025 criterium 5.4.2/5.4.4)
Op haar website heeft het NFI informatie gepubliceerd over de afzonderlijke onderzoeksgebieden van het NFI.

F. Middelen en voorzieningen

F.1. Beschikbaarheid adequate middelen en voorzieningen
F.2. Kalibratie en herleidbaarheid van meetmiddelen
F.3. Blijvende geschiktheid van middelen en voorzieningen
Het NFI heeft de beschikking over een breed scala aan apparatuur. De apparatuur wordt onderhouden, gecontroleerd, gekalibreerd, etc. Dit is beoordeeld door de RvA-vakdeskundigen. Zie hun detailrapportages. Zij hebben hierover geen afwijkingen vastgesteld.

Het NFI-gebouw is volledig afgesloten. Bezoekers moeten zich eerst laten registeren alvorens zij het gebouw kunnen betreden (vereiste uit ILAC G19). Met het bezoekerspasje kunnen echter geen deuren geopend worden (behalve de draaideur van de centrale hal). Bezoekers kunnen alleen onder begeleiding andere ruimten betreden. Voor het NFI is aan de hand van de toegangspassen van de medewerkers inzichtelijk waar elke medewerker zich op dat moment bevindt.
Op de toegangsdeuren van de ruimten waar DNA-onderzoek wordt uitgevoerd zijn extra waarschuwingsborden geplaatst en zijn er sluizen ingebouwd. Van bezoekers van de ruimten waar DNA-onderzoek wordt uitgevoerd, wordt een beetje wangslijmvlies t.b.v. DNA-analyse afgenomen.

F.4. Geautomatiseerde systemen
(ISO/IEC 17025 criterium 5.4.7.2)
Bij de beoordeling van rapport met zaaknummer [redacted] (zie RvA-beoordelingselement G.8; rapportage) is geconstateerd dat de tekenbevoegdheid van de desbetreffende medewerker vastgelegd is in een Excel-sheet. Getoond is dat deze sheet alleen als 'alleen-lezen' toegankelijk is.

Door één van de RvA-vakdeskundigen is vastgesteld dat bij een zelf ontwikkelde digitale controlekaart deze niet gevalideerd is. Deze afwijking is vastgelegd in NCB_[redacted]_01.

F.6. Uitbesteding van activiteiten
(ISO/IEC 17025 criterium 4.5; uitbesteding)
In verband met de hoeveelheid werk is er onlangs besloten dat een deel van het DNA-verwantschapsonderzoek uitbesteed wordt aan drie laboratoria in het buitenland. Met twee daarvan had het laboratorium al ervaring en bij de derde is eerst een site-visit uitgevoerd om na te gaan of het

laboratorium voldoet aan de NFI-eisen.
Getoond is het rapport met zaaknummer [redacted]. Uit het rapport blijkt duidelijk welk deel uitbesteed is. In het rapport staat niet expliciet vermeld aan welk laboratoria er uitbesteed is, maar dat is wel traceerbaar in de ruwe data.
Mondeling is gemeld dat in het overkoepelende dossier inzichtelijk is dat de opdrachtgever op voorhand geïnformeerd is, maar degenen die over dat dossier gaat was echter (in verband met vakantie) tijdens het RvA-onderzoek niet beschikbaar.

G. Voortbrengingsproces

G.2. Beoordeling van contracten en opdrachten
(ISO/IEC 17025 criterium 4.4)
Zie RvA-beoordelingselement G.8. Van de daar genoemde rapporten konden de bijbehorende opdrachten van de desbetreffende opdrachtgevers getoond worden. Uit de rapporten blijkt dat uitgevoerd is, hetgeen aangevraagd is.

G.5. Monsterneming, behandeling van monsters / objecten
(ISO/IEC 17025 criterium 5.8)
Aan de hand van twee aangeleverde monsters uit het verzegelde krat G062 is getoond hoe monsters geaccepteerd worden en ingevoerd worden in 'Promis'.
Inzichtelijk is dat het monstermateriaal en de bijbehorende opdrachtbrief dezelfde identificatie bevatten. Getoond is dat er een controle op inhoud van de monsterzak en opdrachtbrief uitgevoerd wordt; registratienummers komen overeen en de opdracht is duidelijk. Getoond is dat via een automatiseringsstap gegevens correct overgenomen worden in 'Promis' en getoond is dat er een controle op deze overdracht plaatsvindt. Getoond is dat alle stukken (dossier, dossierstukken, monster, etc.) een door het NFI toegekende zaakdossiernummer gekregen hebben. Het gehele systeem is zodanig ingericht dat het eventueel foutief overnemen van gegevens tot een minimum beperkt is.

Monsters die aangeleverd worden, worden op basis van 'intakecriteria' geaccepteerd. Getoond is dat deze criteria opgenomen zijn in onder andere het interne document 'Frontdesk voorregistratie', 'Frontdesk multidisciplinaire zaken' en 'Enkelvoudige aanvragen'.

G.7. Controles van het proces en de kwaliteit
G.9. Beoordeling en review van resultaten, nemen van beslissingen
(ISO/IEC 17025 criterium 5.9)
In het Kwaliteitshandboek heeft het NFI haar definities van eerste-, tweede- en derdelijnscontroles beschreven. Een vergelijkbare beschrijving hanteren vele andere laboratoria in Nederland.
Over de beschrijving zijn enkele opmerkingen te maken. Er staat beschreven dat er naar gestreefd wordt om minimaal twee niveaus van kwaliteitsborging operationeel te hebben. Dat kan uitgelegd worden dat het ook mogelijk is om alleen een tweede- en een derdelijnscontrole uit te voeren. In praktijk wordt er naar gestreefd om een eerstelijnscontrole uit te voeren en een derdelijnscontrole; waar een derdelijnscontrole niet mogelijk is wordt een tweedelijnscontrole uitgevoerd.
Als tweedelijnscontrole wordt soms een 'blindcase onderzoek' uitgevoerd. Mondeling werd uitgelegd dat bekend is welke "besmetting" aangebracht is, waardoor hier de component "juistheid" in ogenschouw wordt opgenomen. Een dergelijk onderzoek kon in praktijk echter niet meer door de RvA beoordeeld worden; dat zal een volgend RvA-onderzoek gebeuren.

In het document 'Externe ringonderzoeken bij de afdeling toxicologie' is duidelijk beschreven op welke manier resultaten van ringonderzoeken geëvalueerd worden. De toegepaste criteria zijn in overeenstemming met de eisen uit RvA-T030.
Controlekaarten worden aan de hand van NEN 6603 ingevuld en gemonitord.

De betrokken RvA-vakdeskundigen hebben vastgesteld dat er deelgenomen wordt aan ringonderzoeken en zij hebben vastgesteld dat in hun vakgebied de resultaten voldoen (zie hun detailrapportages).

G.8. Rapportage van de resultaten van het werk

(ISO/IEC 17025 criterium 5.10)

De rapporten m.b.t. de zaaknummers [redacted], [redacted], [redacted], [redacted], [redacted], [redacted] en [redacted] zijn ingezien.

Bevindingen met betrekking tot deze rapporten:

- Voor de meeste van deze rapporten geldt: De onderwerpen uit criterium 5.10.2 zijn, waar relevant, expliciet geadresseerd. De datum van uitvoering van de test staat veelal niet expliciet in het rapport vermeld maar is wel traceerbaar uit de ruwe data. Op de rapporten wordt niet altijd het RvA-accreditatiemerk vermeld of anderszins naar de geaccrediteerde status verwezen (dat is ook niet verplicht). Inzichtelijk is dat gegevens uit de ruwe data overeenkomen met de eindrapportage. Op enkele rapporten worden opinies en interpretaties geplaatst.
- De rapporten m.b.t. zaaknummers [redacted] en [redacted] betreffen 'Quantitative determination of drugs of abuse; LC-MS/MS'.
- Rapport m.b.t. zaaknummer [redacted] (Identification of common drugs; GC-MS). In de rapportage staat als conclusie vermeld "bevat cocaïne" en "bevat MDMA". Als techniek staat vermeld: "voor het identificatieonderzoek werd gebruik gemaakt van gaschromatografie-massaspectrometrie en/of infraroodspectroscopie". In praktijk is echter alleen GC-MS toegepast; de vermelde toegepaste methode is niet eenduidig. Deze afwijking is vastgelegd in NCB_[redacted]_01. Getoond is dat degene die dit rapport formeel vrijgegeven heeft, hiervoor bevoegd verklaard is. Mondeling is gemeld dat als de desbetreffende drugs niet aangetoond werden er "negatief" gerapporteerd wordt (een dergelijk rapport is echter niet ingezien). De instelling wordt er op geattendeerd dat voor de opdrachtgever duidelijk moet zijn wat "negatief" inhoudt; er is immers altijd sprake van een detectiegrens en een meetonzekerheid. Omdat er voor het desbetreffende onderdeel van de scope, op het moment dat dit ter sprake kwam, geen RvA-vakdeskundige aanwezig was, is dit onderwerp verder niet inhoudelijk besproken. Van het laboratorium mag wel verwacht worden dat zij de gemaakte opmerking hieromtrent ter harte neemt.
- Rapport m.b.t. zaaknummer [redacted] (DNA isolation, quantification, amplification and typing of STR-systems and the XY amelogenine gene; including opinions and interpretations regarding comparison (forensic) DNA results on source level). Het betreft een onderzoek in het kader van 'opinies en interpretaties'. Inzichtelijk is dat antwoord gegeven is op de expliciet gestelde onderzoeksvragen. De interpretaties zijn gebaseerd op de resultaten van de uitgevoerde testen.
- Rapport m.b.t. zaaknummer [redacted] (Research of (un)known human biological material; visual inspection, microscopy, quantification testing, qualitative testing, microchemical testing, enzymatic testing, immunological testing and molecular biological techniques). Het betreft een zogeheten O&O-onderzoek; het betreft een recent vervolgonderzoek op eerder onderzoek. Uit het rapport blijkt duidelijk welke methode toegepast is.
- Rapport m.b.t. zaaknummer [redacted] betreft een herzien rapport. Uit het rapport blijkt duidelijk dat het om een herzien rapport gaat, in het rapport staat duidelijk dat het herziene rapport het voorgaande rapport vervangt en duidelijk is vermeld wat de wijziging is.
- Rapport m.b.t. zaaknummer [redacted] betreft een onderzoek waarvan een deel uitbesteed is (zie RvA-beoordelingselement F.6). De uitbesteding is duidelijk weergegeven in het rapport.

In rapport met zaaknummer [redacted] staat als techniek vermeld "voor het identificatieonderzoek werd gebruik gemaakt van gaschromatografie-massaspectrometrie en/of infraroodspectroscopie". In praktijk is echter alleen GC-MS toegepast; de vermelde toegepaste methode is niet eenduidig. Deze afwijking is vastgelegd in NCB_[redacted]02.

NB Het laboratorium is niet voor alle werkzaamheden geaccrediteerd en soms wordt voor werk, waarbij er wel sprake is van accreditatie, de desbetreffende activiteit niet onder accreditatie uitgevoerd. Dit is echter niet altijd even duidelijk in de rapportages verwerkt (waarbij wordt opgemerkt dat het NFI in de desbetreffende rapportages soms ook niet verwijst naar accreditatie). Het NFI is geattendeerd op

artikelen uit RvA-VR003. Omdat het NFI van mening is dat artikelen ook anders uitgelegd kunnen worden, is afgesproken dat geprobeerd zal worden deze case te laten bespreken bij het RvA-teamleidersoverleg.

G.10. Registraties inzake het proces
(ISO/IEC 17025 criterium 4.13)
Zie RvA-beoordelingselement G.8 (rapportages). Van meerdere van deze rapporten is nagegaan of de ruwe data overeenstemt met de uiteindelijk gerapporteerde gegevens. Dat bleek het geval te zijn. Uit de ruwe data blijkt duidelijk wie de uitvoerende analist geweest is, wie de resultaten gecontroleerd heeft en blijkt ook duidelijk op welke datums de desbetreffende testen uitgevoerd zijn. In de stukken zijn de zaaknummers expliciet vermeld.

Tijdens het voorgaande reguliere RvA-onderzoek is een afwijking vastgesteld met betrekking tot niet afgeparafeerde doorhalingen (NCB_[redacted]_03). Maatregelen zijn toen genomen (o.a. instructie en beoordeling van een behoorlijk groot aantal dossiers). Getoond is dat recentelijk nogmaals medewerkers hierover geïnformeerd zijn. Ook zijn medewerkers geïnformeerd over expliciete eisen hieromtrent uit ILAC G19. In praktijk zijn er door de RvA-teamleden geen doorhalingen aangetroffen zonder afparaferingen.

H. Specifieke aandachtpunten

H.3. Laboratoria: Deelnemen Proficiency Testing en Interlaboratorium vergelijkingen
(ISO/IEC 17025 criterium 5.9.1b; deelname aan ringonderzoeken)
Zie RvA-beoordelingselement G.7: resultaten van ringonderzoeken voldoen.

Projectissues

Van de RvA-relatiebeheerder zijn er enkele inhoudelijke projectissues meegekregen. De desbetreffende issues zijn tijdens dit RvA-onderzoek aan de orde gekomen:

- Beoordeling melding aan de RvA met betrekking tot onvolledige RvA-rapporten op de NFI-website. Zie RvA-beoordelingselement A.8.
- Recidive op enkele RvA-beoordelingselementen. Van de desbetreffende RvA-beoordelingselementen zijn er bij de elementen E.1 (methoden) en geautomatiseerde systemen (F.4) opnieuw afwijkingen vastgesteld (NCB_[redacted]_01 en NCB_[redacted]01).
- Beoordeling O&O. Is in praktijk gebeurd. Met de instelling is tevens besproken dat O&O-activiteiten omgezet gaan worden naar flex-scopes.
- Training/opleiding, kruisbesmetting, omgevingsomstandigheden en ringonderzoeken. Dit is beoordeeld door de RvA-vakdeskundige DNA-onderzoek. Zij heeft hierover geen afwijkingen vastgesteld.
- ILAC G19. De instelling heeft aantoonbaar nagegaan of zij aanvullende maatregelen moest treffen; in praktijk wordt er in overeenstemming met de ILAC G19 gewerkt (zie RvA-beoordelingselement A.6, B.2./B.3., E.1./E.2., F.1 en G.10.).

Op de scope van geaccrediteerde verrichtingen staan enkele blauwe teksten in blauw gemarkeerd. De bij de verrichtingen 12, 18, 19, 24, 30, 59, 61 en 68 gemelde technieken, of anderszins vermelde aanpassingen, kunnen toegevoegd worden aan de scope van geaccrediteerde verrichtingen.

NB1 M.b.t. verrichting 59: powder suspension is beoordeeld tijdens het RvA-onderzoek L146-C05.1 (pagina 42; RvA-beoordelingselement E.1).

NB2 M.b.t. verrichting 69: het lijkt niet voor de hand te liggen hier een techniek te vermelden. Wel lijkt het voor de hand te liggen de scopeomschrijving aan te passen aan de hand van RvA-T025 (zie 1. Inleiding: "Op de scope zal duidelijk tot uitdrukking moeten komen welke eigenschappen van het

product of proces door het laboratorium bepaald worden.") Bijvoorbeeld in de trant van: Het inzichtelijk maken van gevoerde gesprekken en plaatsbepaling van gevoerde gesprekken na verwijdering van de geheugenkaart en het maken van een digitale kopie.

Detail rapportage teamlid

Teamlid: [redacted]
Onderwerp: Forensic Chemical Investigation – Toxicology

Waarnemingen

Gesproken met: [redacted]

Beoordeelde verrichtingen van de scope d.d.: 13 mei 2015

1	Blood, urine and vitreous humor	Determination of alcohol; the ADH-method with ultraviolet spectrophotometry	110301 in house method
2		Determination of alcohol; headspace gas chromatography with flame ionisation detection	110201 in house method
5	Blood	Quantitative determination of drugs of abuse; LC-MS/MS Methylecgonine,benzoylecgonine, nitrazepam, 7-amino, clonazepam, 7-amino, nitrazepam, 7-aceetamido, flunitrazepam, 7-amino, clonazepam, 7-aceetamido, morfine, MDA, amphetamine, morfine, 6-monoacetyl, MDMA, methylamfetamine, codeine, demoxepam, zopiclon, clobazam, desmethyl, MDEA, clobazam, chloordiazepoxide, desmethy;l, oxazepam, temazepam, chloordiazepoxide, diazepam, desmethyl, cocaine, diazepam, fluoxetine, nortriptyline, dextropropoxyfeen, methadone, amitriptyline, flunitrazepam, desmethy, bromazepam, nitrazepam, clonazepam, tramadol, O-desmethyl, flunitrazepam, triazolam, hydroxyl, alprazolam, hydroxyl, lorazepam, flurazepam, hydroxyethyl, zolpidem, triazolam, alprazolam, flurazepam, desalkyl, brotizolam, midazolam, hydroxyl, lormetazepam, tramadol, midazolam, lidocaine, citalopram, 9-carboxy-11-nor-delta-9-THC, paroxetine, fluvoxamine, 11-hydroxy-delta-9-THC, delta-9-THC	QOL-00885 in house method
6	Blood and urine	Determination of Ethanol; GC-FID	QOL-01125 in house method intended for Article 8 of the Wegenverkeerswet

De bepaling van alcohol met behulp van UV (verrichting 1) is afgebouwd en vervangen door de bepaling met headspace GC-FID (verrichting 2). Verrichting 1 is tot 1 mei operationeel geweest. Aan de hand van diverse registraties is de operationaliteit tot 1 mei vastgesteld.

Beoordeelde RvA-beoordelingselementen:

D. Personele middelen

D.5. Kwalificeren van personeel voor werkzaamheden
(ISO/IEC 17025 criterium 5.2.5)
De registratie voor de opleiding voorafgaand aan het toekennen van specifieke bevoegdheden is gezien van [redacted] voor de analyse van DOA (QOL-00885). Het inwerktraject omvat drie maal meekijken, zes maal uitvoeren onder toezicht en drie maal zelfstandig uitvoeren met controle achteraf. Dit traject werd afgerond op 10 maart 2015 waarna deze medewerker bevoegd verklaard werd door de teamleider. Bevoegdheden worden vervolgens opgenomen in de bevoegdhedenmatrix voor het TOX-lab. In de matrix wordt onderscheid gemaakt tussen de verschillende stappen van een analyse, opwerken,

uitwerken, vrijgeven en bepalingsverantwoordelijke. De bepalingsverantwoordelijke stelt wijzigingen in het werkvoorschrift voor en beoordeelt voorstellen van anderen.
De bevoegdhedenmatrix bevat bevoegdheden van verschillende medewerkers voor ethanol en alcoholbepaling met GC headspace.

E. Methoden

E.2. Gedocumenteerde methoden
(ISO/IEC 17025 criterium 5.4.1)
Analysevoorschriften zijn uitgebreid gedocumenteerd en bevatten zowel de uitvoering van het werk als de diverse controles die toegepast worden gedurende de uitvoering van het werk. Deze controles worden aantoonbaar gemaakt door registraties op de seriebladen.

F. Middelen en voorzieningen

F.1. Beschikbaarheid adequate middelen en voorzieningen
(ISO/IEC 17025 criterium 5.3, 5.5.1, 5.5.4 en 5.5.5)
Voor verrichting 1 vindt na de reactie van ethanol met ADH de analyse van NADH plaats op de UV-spectrofotometer. Het laatste onderhoud van dit apparaat heeft plaatsgevonden op 7 oktober 2013 door de leverancier. De nieuwe diluters zijn in januari 2014 in gebruik genomen. De geschiktheid van deze diluters wordt vastgesteld door voor de kleurreactie een inktproef uit te voeren. Na het vervangen van de spuiten van de diluters in februari 2015 is de kleurreactie gecontroleerd en voldeed deze aan de eisen. De registratie op het *waarnemingsblad inktproef* is in orde.
De registratie in het logboek apparatuur bevat alle apparatuur van de opstelling, verdeeld over opstelling A en B. Vastgesteld is dat serienummers van apparaten, beheerder, leverancier, registratie van onderhoud werden geregistreerd. Het laatste onderhoud aan de syringe dispensor door de leverancier vond plaats op 4 maart 2015. Het onderhoud van de spectrofotometer omvatte ook de check van de golflengtes. Het logboek voldoet aan de eisen die hieraan gesteld worden.

Voor de bepaling van ethanol met headspace GC-FID zijn twee apparaten in gebruik; identificatie van gebruikte apparatuur wordt aangegeven op het serieblad van een analyse. Apparaten zijn geïdentificeerd als headspace 1 en headspace 2; dit is binnen dit laboratorium een geschikte identificatie van apparatuur.

Onderhoud aan de GC headspace-systemen wordt geregistreerd op het desbetreffende formulier met dagelijks en wekelijks onderhoud. Voor dit formulier geldt dat onderscheid gemaakt wordt tussen de beide systemen. De laatste kalibratie voor systeem 1 vond plaats op 28 mei 2015. Andere registraties variëren van het vervangen van het septum, uitstoken van de kolom en herstarten van de pc. Voor systeem 2 vond de laatste kalibratie plaats op 29 april 2015, daarna op 18 mei 2015. Dit is buiten de gestelde termijn van 14 dagen. Deze periode omvat Hemelvaartsdag en de vrijdag er na waarop in het algemeen weinig analyses uitgevoerd werden, in verband met de afwezigheid van veel medewerkers. Er zijn geen analyses uitgevoerd op dit systeem buiten de kalibratietermijn.

Het laboratorium beschikt over uitstekende faciliteiten in een modern, goed uitgerust gebouw. Waar nodig zijn onverenigbare werkzaamheden van elkaar gescheiden. Voor sommige analyses worden aparte ruimtes toegepast waar geen andere werkzaamheden plaatsvinden.

F.2. Kalibratie en herleidbaarheid van meetmiddelen
(ISO/IEC 17025 criterium 5.6)
Standaarden voor de bepaling van ethanol worden gekocht bij Medichem. Dit betreft ampullen met verschillende concentraties ethanol in water. De verpakking met ampullen bevat een certificaat. Het certificaat is gezien van lot CB547-2, op dit moment in gebruik, met de concentratie van 3,0 g/l ethanol. De certificaatwaarde betreft een assigned value, die is vastgesteld als gemiddelde van meerdere analyses door geaccrediteerde laboratoria (n=60). De meetonzekerheid van de standaard is op het certificaat vermeld.

F.3. Blijvende geschiktheid van middelen en voorzieningen
(ISO/IEC 17025 criterium 5.5.8)
De kalibratiestatus van apparatuur wordt, waar van toepassing, geregistreerd op het serieblad, ook de criteria zijn hierop vermeld waardoor direct een toetsing aan de criteria toegepast wordt.

F.4. Geautomatiseerde systemen
(ISO/IEC 17025 criterium 5.4.7.2)
Voor methode 110201 worden registraties gedaan op serieblad 110201, dit is gezien voor de analyse op 4 juni 2015. Registratie van analist die opwerkt (KV), uitwerkt (AD) en geschaduwd (BR). Bij deze analyse worden monstergegevens handmatig overgenomen in de sequence. Resultaten worden eveneens handmatig overgenomen in het LIMS. Deze overname wordt aantoonbaar gecontroleerd

G. Voortbrengingsproces

G.5. Monsterneming, behandeling van monsters / objecten
(ISO/IEC 17025 criterium 5.8)
Monsters worden bij binnenkomst geregistreerd en voorzien van een unieke barcode. Deze codering blijft gedurende het gehele analysetraject van toepassing en wordt gebruikt om analyseseries op te bouwen.
De sequence van 4 januari 2015 bevat 1 monster. Dit monster werd in tweevoud opgewerkt en geanalyseerd. Doordat het GC-systeem 2 kolommen bevat en het monster op beide kolommen wordt geïnjecteerd worden 4 resultaten verkregen. Het resultaat van het monster: 2 metingen op kolom DB-WAX, 2 metingen op DB-624 eindresultaat 1,870 g/l. Conclusie: 1,9 g/l. Voor het controlemonster werd charge BE224-2 gebruikt. De gebruikte macro rondt resultaten te veel af (op 1 decimaal). Resultaten in de controlekaart worden op 2 decimalen ingevuld. Het resultaat van serie 15ALC030 op 30 april 2015 controlemonster 1,08 is correct overgenomen in de controlekaart. Het chargenummer van dit controlemonster is 11V110BF (BE-224-1). In sequence 15ALC29 werd voor dezelfde charge van het controlemonster ook 1,08 g/l geregistreerd.

G.7. Controles van het proces en de kwaliteit
(ISO/IEC 17025 criterium 5.9)
Voor controlekaarten wordt StatAlike gebruikt.
De controlekaart voor de ADH bepaling is gezien. De laatste waarneming werd geregistreerd op 30 april 2015. Op de controlekaart wordt de serie waarin het monster geanalyseerd werd geregistreerd. Op deze controlekaart zijn geen overschrijdingen aangetroffen.

Voor controlekaart QOL-01125, worden controlemonsters op 3 niveaus bijgehouden. Waarden worden ingevuld op 2 decimalen en voor elk niveau wordt een eigen kaart bijgehouden. Op het niveau van 0,25 g/l zijn er geen overschrijdingen aangetroffen. Registraties worden bijgehouden vanaf 18 april 2014. Dit betreft een kaart met een vast gemiddelde van de referentiewaarde en vaste s-grenzen. Deze kaart geeft een kleine spreiding in resultaten. Op de kaart met niveau 1,087 g/l zijn er geen overschrijdingen zichtbaar. Op de kaart met niveau 3,05 g/l zijn de resultaten iets lager, maar niet veel. De 3s-grenzen liggen op 4,5% van het gemiddelde.
Controlekaart 110201 bevat 2 kaarten. Kaart 2 is in gebruik sinds 1 mei 2015. Controle vindt plaats op 1 niveau. Er is een 3s overschrijding vastgesteld op 7 mei 2015. Overschrijdingen worden geregistreerd op een afwijkingenformulier met vermelding van de serie (15ALC031). Na formuleren van de afwijking wordt deze beoordeeld door de bepalingsverantwoordelijke, dan controle door de teamleider en ingescand. Het ingevulde formulier is gezien: de oorzaak ligt in iets grotere spreiding op DB-WAX kolom maar de spreiding voldoet nog wel aan de eisen. Het gemiddelde is iets verhoogd. De resultaten van monsters werden beoordeeld; de spreiding is als gebruikelijk voor dergelijke gehaltes. Op grond hiervan zijn resultaten vrijgegeven. Er is een melding gedaan op 9 juni 2015; de beoordeling door bepalingsverantwoordelijke is ook op 9 juni 2015 gedaan.
Voor deze kaart worden variabele grenzen toegepast. Kaart 1 is gebruikt voor het vaststellen van de grenzen.

Oudere kaarten werden bijgehouden voor controlemonsters waarvan de standaarden zelf bereid werden. Sinds februari 2015 worden aangekochte standaarden gebruikt. Op de kaart van maart 2014 tot maart 2015 (4 kaarten) is in maart 2015 een overschrijding -3s geregistreerd in serie 15ALC016. Afwijkingenformulier werd getoond in Word; resultaten van de beide kolommen zijn beoordeeld. Alleen voor het controlemonster was het resultaat op DB-624 lager. Vergelijkbare concentraties vertoonden wel een normale verhouding tussen DB-624 en DB-WAX. Op grond hiervan is de serie goedgekeurd voor vrijgave.
Afwijkingenformulieren worden per verrichting opgeslagen, maar niet alle afwijkingenformulieren zijn eenvoudig terugvindbaar. Dit is een aandachtspunt.

De controle van DOA wordt gedaan in een eigen controlekaart (controlekaart CM III vanaf 15DOA013). Deze wordt bijgehouden voor 57 componenten. De controlekaart is zelf (in huis) gemaakt aan de hand van rekenregels uit StatAlike en geeft grafisch een beeld van de resultaten van een serie met voorwaardelijke opmaak. Bij afwijkingen wordt een cel rood gekleurd. De validatie van deze controlekaart kon echter niet getoond worden. Deze afwijking is vastgelegd in NCB_[redacted]_01.

Ringonderzoekresultaten worden geregistreerd in excel-sheet ringonderzoeken TOX resultaten.
Voor de bepaling van ADH werd in april 2015 nog deelgenomen, op basis van "intended result", en werden recovery's behaald van 90 en 97%. Het definitieve resultaat kan pas worden vastgesteld na ontvangst van het rapport. In 2014 werden van twee ringonderzoeken vier resultaten (acht totaal) ingezonden. Voor alle resultaten werden hele lage Z-scores behaald.
GC-headspace resultaten voor bloed en urine werden getoond. Alleen Z-scores voor bloed in 2014. Resultaten voor urine waren alle negatief, en kwamen overeen met de assigned value. Er werden goede Z-scores behaald. In 2015 zijn ook andere componenten opgenomen in het ringonderzoek; dit werd ontvangen op 12 mei 2015. Hierbij waren ook methanol 2-propanol en aceton als te analyseren component.
Ook de bepaling van ethanol met GC-FID behaalde goede resultaten. Deze werden met behulp van een berekening vastgesteld omdat voor één methode resultaten ingezonden worden.
In 2014 en 2015 werden voor DOA 275 resultaten gerapporteerd; één resultaat was afwijkend voor THC, gerapporteerd onder [redacted] waar de assigned value 0,01 mg/l bedroeg. Als mogelijke oorzaak werd waarschijnlijke afbraak tijdens transport benoemd. Overige Z-scores < 1. Het laboratorium behaalt over het algemeen zeer goede resultaten in de ringonderzoeken.

G.9. Beoordeling en review van resultaten, nemen van beslissingen
(ISO/IEC 17025 criterium 5.4.7 en 5.9)
Series worden altijd beoordeeld door een extra analist op zowel validiteit van resultaten als op de uit te voeren controles. Deze controle wordt vastgelegd op de seriebladen.

G.10. Registraties inzake het proces
(ISO/IEC 17025 criterium 4.13)
Registraties van de analyse van monsters worden vastgelegd op seriebladen. Deze seriebladen zijn uniek geïdentificeerd door middel van een code op het formulier en een opvolgend serienummer. Het serieblad van serie 15ETH014 is getoond. Deze serie werd geanalyseerd op 8 juni 2015. Op het serieblad wordt de datum van de laatste kalibratie vastgelegd. In dit geval vond de laatste kalibratie plaats op 28 mei 2015, in overeenstemming met de eis dat kalibratie maximaal 2 weken geldig is (beschreven in voorschrift 110201 en QOL-11025). Ook de gebruikte diluter en pipet (nr 11M05432) en diverse controles tijdens analyse worden geregistreerd op het serieblad. Een serie bevat drie controlemonsters in volbloed, op serieblad wordt geregistreerd of de controle voldoet. Controlemonsters worden aangeschaft als referentiemateriaal en niet zelf bereid.
Het resultaat van het eerste monster in de sequence 15ETH014 bedraagt 0,70 g/l en het laatste monster bedraagt 1,98 g/l. De betreffende serie is goedgekeurd door [redacted] en opgewerkt door [redacted]. Door middel van parafen zijn alle handelingen met betrekking tot analyses traceerbaar tot de uitvoerende of controlerende medewerker. Het serieblad bevat monsternummers en barcodes om te analyseren

monsters te identificeren. De monsteridentificatie wordt vanuit het LIMS naar de GC geëxporteerd. Er vindt geen overname van gegevens plaats die handmatig uitgevoerd wordt. Ook de resultaten worden weer automatisch via een koppeling doorgezonden. (QOL-01125).

H. Specifieke aandachtpunten

H.3. Laboratoria: Deelnemen Proficiency Testing en Interlaboratorium vergelijkingen
(ISO/IEC 17025 criterium 5.9.1b)
Zie RvA-beoordelingselement G.7.

Detail rapportage teamlid

Teamlid: [redacted]

Onderwerp: DT&B – Handwriting and documents

Waarnemingen

Handwriting and Documents (Scope Nrs. 68-73)

During the assessment of the NFI at the site of the laboratory in 's Gravenhage on the 4th of August 2015 the following observations were made which are listed according to the list of the RvA assessments elements (ISO/IEC 17015:2005):

A. Organisation

A.6. Management system
(ISO/IEC 17025; clause 4.3)
All relevant quality documents are easy accessible from the computer terminals by the lab information and management system PROMIS.

D. Personnel resources

D.1. Personnel resources: Availability, contract
(ISO/IEC 17025; clause 4.1.5a)
The personnel resources of the handwriting section (2 experts full-time, 1 expert with 80% part-time, 1 expert left in June 2015) are sufficient to fulfil all tasks (casework, administration, R&D, supervision of students) in time. The personnel resources of the document section (2 experts full-time, 1 technical assistant part-time) are basically sufficient, too. They can be tight, especially when a high income of cases collides with the absence of one of the experts.

D.4. Competence of personnel
(ISO/IEC 17025; clause 5.2.1 en 5.2.2)
The education and training schemes are well planned and adequate to create and maintain a high standard of competence. The initial qualification of the experts is stated through exams by an internal and external commission. The external exam is organised by the NRGD but presently only for some forensic disciplines (e.g. handwriting).

E. Methods

E.1. Methods: Defined and demonstrated fitness for purpose
(ISO/IEC 17025; clause 5.4.1-4)
The standard operating procedures for the methods handwriting (internal reference numbers 231003-231007), documents/ESDA (240501), documents and writing materials/luminescence (240505), stamps and stamps impressions/microscopy (240502), paper/detection of alterations with microscopy (240508) and documents and writing instruments/NIR (240509) were studied. They are conforming to the current standard of forensic science on the field of handwriting and document examination. It is recommended to sum up the activities of the document section in a head document as it has been done with the handwriting examination. There are also procedures for complex examinations involving different forensic methods.

F. Resources and facility

F.1. Availability of adequate resources and facility
F.2. Calibration and traceability of measurement equipment
(ISO/IEC 17025; clause 5.3, 5.5.1, 5.5.4, 5.5.5, 5.5.8)
Both the technical equipment and the rooming resources are sufficient and adequate to perform forensic examinations of handwriting and documents. To avoid contaminations there are DNA clean laboratories (D3 07/09).

The technical equipment is unequivocal marked by barcoded labels. The microscopes have labels with the date of their last service. There are journals for each piece of equipment, which are up-to-date. The calibration of a digital KEYENCE measure microscope (laboratory D3 15) was finished according to a validation plan. The equipment journal ("logbook") of the ESDA (method 240501) was controlled. It was up-to-date and complete.

G. Service delivery process

The whole process of forensic examination in the sections handwriting and documents was monitored mainly by reviewing case files. The following files which were both actual and old cases were studied during the assessment: [redacted], [redacted], [redacted], [redacted].
The inspected case files were systematic, comprehensive and thorough. Without exception they were carefully led. Every sheet showed either the case or the exhibit number. They include records of the contacts with the clients and of the planning of the examination and reporting process.

G.2. Reviews of contracts and assignments
(ISO/IEC 17025; clause 4.4)
All case files contained request forms and/or orders by the police, the judges and/or the public prosecutors.

G.3. Contact/interaction with clients during process
Every contact/interaction is documented in the case files.

G.5. Sampling, handling of samples and objects
(ISO/IEC 17025; clause 5.8)
All cases go through a central registration office. The cases receive a unique case number. The samples are registered with a sample number and get a unique barcode if there is not one already present (e.g. by the police). Besides there are stickers with RFID chip to enable the possibility of a permanent location of the sample within the building.

G.6. Performing the activities
All forensic activities are documented on protocol sheets. They are created by the lab information and management system and become part of the case files. There are protocols of all relevant parts of the examinations in the reviewed case files with all relevant data and results.

G.7. Monitoring processes and quality
(ISO/IEC 17025; clause 5.9)
The forensic activities for each case are monitored with the laboratory management system. Each case undergoes a completely independent second examination and in case of severe differences a third one. The report is also checked and a draft version is part of the case files.

G.8. Reporting the results of activities
(ISO/IEC 17025; clause 5.10)
The final examination reports contain all relevant data and the conclusions. The content is clearly structured and understandable for the layman. If necessary and helpful there is documentation of important findings (e.g. reproductions of microscopic enlargements). The responsible expert signs the report. Each report has an annex (vakbijlage) where the applied methods are explained. However, see NCB_[redacted]_03 in the report of the RvA-lead assessor.

G.10. Registrations regarding the process
(ISO/IEC 17025; clause 4.13)
The process of the administration and examination is registered and monitored with the assistance of the lab information and management system PROMIS. The monitoring is both digitally and on paper.

H. Specific areas of attention

H.3 Laboratories: Participation in Proficiency Testing and Interlaboratory Comparison
(ISO/IEC 17025; clause 5.9.1b)
For both activities a regular participation in proficiency testing and interlaboratory comparison could be stated. There are participations of several tests each year by different international organisers (e.g. CTS, ENFHEX, EDEWG, CFS). The original records for the document tests were controlled. The tests were successfully passed.

Detail rapportage teamlid

Teamlid: [redacted]
Onderwerp: Human Biological Traces

Waarnemingen

Assessed activities as given in the scope dated 22-12-2014 to 01-02-2018 for the Human Biological Traces (HBS) covering No. 27 (Searching items for trace material) through to No. 35 (Research of human biological material).

Areas looked at:
- DNA Procedure-6 hours through direct multiplex PCR
- Reporting
- Sample preparation for isolation
- Environmental monitoring
- Proficiency tests
- Contamination monitoring
- Training records
- Equipment records

People interviewed:
- [redacted] - Research and Development
- [redacted] - Reporting officer
- [redacted] - Reporting officer
- [redacted] - DNA expert
- [redacted] - Isolation operator
- [redacted] - Environmental monitoring
- [redacted] - Quality manager
- [redacted] - QA assistant
- [redacted] - DNA analysis
- [redacted] - DNA manager
- [redacted] - DNA manager/quality

RvA-assessment elements

A. Organisation

A.6. Management system
(ISO/IEC 17025; clause 4.3)
A paper controlled copy of QOL.122116 v28 was seen in room H01.02 signed and the current version. This was checked against the electronic version in quality on line and both matched.

D. Personnel resources

D.4. Competence of personnel
(ISO/IEC 17025; clause 5.2.1, 5.2.2)
Two training records were looked at for the processes that had been carried out by the operators in September 2014. For [redacted], PCR set-up had been performed for reference samples. There were multiple training records available and the training for this method was complete. For [redacted] (who has now left NFI),

EZ1 isolation had been performed, the training records were complete for this task. Both records had the 5 levels of training completed and the record signed off by their manager.

D.5. Authorize and assign tasks to personnel
(ISO/IEC 17025; clause 5.2.5)
A record of the operators authorized to perform each of the tasks is held as document QOL.00989 Bevoegdhedenmatrix team DNA profiling. This was up to date with recent staff changes.

E. Methods

E.1. Methods: Defined and demonstrated fitness for purpose
(ISO/IEC 17025; clause 5.4.1-5, 5.4.7.2)
Bonaparte is a piece of software that has been developed between SNN Nijmegen and NFI, a paper has been published on this in Forensic Science International: Genetics 5 'Validation of DNA-based identification software by computation of pedigree likelihood ratio' 2011. When a new version of the software is received by the lab they follow QOL-01010 v1 Performancetest Bonaparte, to verify it. This was seen for the latest version 2.0.3328 and the checklist QOL.01007 filled in. This is also passed back to SNN Nijmegen with any user comments to improve Bonaparte.

The 6 hour testing validation (including three published papers) was looked into in conjunction with the procedure QOL.00742 v.18. The validation covered the development of the technique from 2008 to the present method. DNA is harvested from samples using stubs, this is not destructive so standard DNA profiling may also be used on the sample. The samples do not undergo an isolation step but are amplified using direct PCR using the kit and ESSplex and the Pikocycler, then profiled on the 3130XL and analysed with GMID-X. The sampling tool 'stubs' are manufactured in NFI each batch is tested to ensure that they are DNA free, the results of the latest batch were seen and they were all clear. Each item is sampled three times with different numbers of sampling stub touches dependent on the sample material, as stated in the method. Cigarettes and envelope flaps have a slightly modified isolation step. The process has been used in Research and Development since 2010 and now NFI wish to move it into the DNA department. The technique is used to do a one off search of the DNA database and is always followed up with a standard 48hr DNA test, this approach was independently confirmed by a DNA expert. The whole process appears robust and well tested.

The grinding tubes used for bone extraction are thoroughly cleaned and reused. The validation of the cleaning regime of these tubes was looked at. After testing several different cleaning methods the current method was seen to be the best with no contamination after cleaning. The validation report was signed in May 2013.

E.2. Documented methods
The GeneMapper ID-X procedure QOL.00678 v.16 was seen to be followed with regards to the checking of contamination.
QOL.122116 v 28 was seen to be followed with the filling in of Waarnemingsformulier.

F. Resources and facility

F.1. Availability adequate resources and facility
(ISO/IEC 17025; clause 5.3, 5.5.1, 5.5.4)
The environmental monitoring was looked at. DNA areas are monitored but also areas that could submit samples to DNA after examination for example fingerprints and fibres. There are external customers that use the service as well. The type of area that is swabbed is recorded for each location for example table or computer, areas swabbed are rotated over the year according to the schedule. The numbers of swabs taken every 4 weeks varies for each location depending on the types of areas swabbed. Each set of swabs are assigned a case number so that the samples can be processed and tracked through Promis. The annual report for environmental monitoring for 2014 was looked at. Contamination reports go to the

managers of the areas so that they can act on them immediately. The advice is always to immediately clean any area that has contamination and depending on the class of profile found, re-sampled to ensure that it is clear after cleaning. Three QOL documents describe how to take and monitor environmental samples. Incident on Line is used to log and progress investigation into any contamination.

The lab was able to respond to an influx of work providing additional equipment, facilities and personnel to complete the contract. Once the additional work had been completed the area was returned to its original state. Room H1.02 was visited where this had occurred and the adjoining room also seen where work had been expanded into.

The two freezer mills 6870 in room H1.02 were looked at and there was no NFI identification number on the equipment. The equipment records were looked at and the serial number was used to identify that they were the correct records for the two machines. The lab should label the equipment with their own identification number so that it corresponds to the equipment records. This was done during the second day of the RvA-visit and photos of the two machines with NFI identification numbers on them were seen.

F.2 Calibration and traceability of measurement equipment
(ISO/IEC 17025; clause 5.5.4, 5.6)
The balance in room H1.02 was looked at which was uniquely identified and the equipment records were seen. It had been calibrated by Kalibra (RvA accredited) and a calibration certificate produced.

F.3. Continual suitability
(ISO/IEC 17025; clause 5.5.4, 5.5.5, 5.5.8, 5.5.9)
The 3130 sequencer 'F' was looked at it was uniquely identified and the equipment records were inspected. The polymers had been changed and recorded in the logbook and in the sequencer. The calibration sticker on the front of the machine stated that it was due to be recalibrated in June 2015. There had been a delay due to scheduling new sequencers maintenance at the same time. The calibration is scheduled to be performed in August and evidence of this was seen.

The equipment records for 9700 (6) PCR machine was looked at. The machine itself was out of service and located in a box correctly segregated from the other working equipment. It was uniquely identifiable and a record had been made in the logbook that there was a fault with the on/off button so it had been taken out of service on 01/06/15.

F.4. Automated systems
(ISO/IEC 17025; clause 5.4.7.2)
The familial database Bonaparte was looked at which is used for DNA relationship testing. This is based on the principle that in general the DNA of relatives share more similarities than the DNA from unrelated individuals. Unidentified samples are compared to the pedigrees (family tree) of the reference profiles to identify if they could be related. The input into Bonaparte is from an excel file of unidentifiable profiles that is run against the different pedigrees to see if any are related. A report of profiles and likelihood ratios is generated and then each case is looked at individually.

F.6. Sub-contracting of activities
(ISO/IEC 17025; clause 4.5)
Where outsourcing occurred the report stated in several places that this was done and the names of the other laboratories. Samples can be easily tracked to which lab processed the samples using the LIMS, Promis. Written notification from NFI to the customer was seen informing them that samples would be processed at the other locations.

G. Service delivery processes

G.3. Contact / interaction with clients during process
(ISO/IEC 17025; clause 4.4, 4.5)
Communication with the customer was seen for samples that were outsourced.

G.4. Preparation and planning of work

Reference samples and questioned samples were separated in time to reduce any risk of contamination. The reference samples DNA profiled first so that the pedigree could be formulated to compare the questioned samples against.

G.5. Sampling, handling of samples and objects

(ISO/IEC 17025; clause 5.8)

Bone sampling was looked at where all the labelled bags, tubes, petri dishes, grinding tubes and original packaging was photographed with the identification labels clearly visible. This photo was seen and the records stored in a worksheet 'Waarnemingsformulier'. The dates and names of the operators and the checkers were also recorded on Promis.

Records for a reference sample were checked on Promis and the records were readily available. The identification numbers, equipment, reagents, operators and operators checking the work were all available to see.

G.7. Monitoring processes and quality

(ISO/IEC 17025; clause 5.9)

The contamination checking software available in GeneMapper ID-X was explored. There are four comparison tools, Sample Concordance, Comparison Sample, Lab reference comparison and Control / QC Comparison. Profiles are checked against each other on a batch, positives are checked for the correct profiles, blanks checked for no profiles and all profiles are checked against the lab reference database (database of staff profiles). Analysts explore the source of any matches or contamination for example profiles in the same crime scene matching against each other. Any problems with the profiles can be noted on the validation list in Promis and this information is passed onto the reporting officers to make any decisions on the profiles.

A sample that produced a low level partial profile was noted that in the well next to it was a matching profile (using the comparison tool in GeneMapper ID-X). This was highlighted to the reporting officer and the sample was re-isolated to confirm the DNA profile. The same DNA profile was found on this second processing. This shows a thorough approach to potential contamination.

The Incident on Line (part of the quality system, Quality on Line) is used to record any contamination and investigation into the event. Records are readily available and this was demonstrated for incident IM-03610 with a pdf file of the electrophoretogram of the contamination attached. Any staff contamination is logged and the manager of the staff informed so that action can be taken. If contamination cannot be sourced to a profile it is loaded into the lab reference database using the IM reference number (provided that it meets the loading criteria) it will then be searched against all profiles.

G.8. Reporting the results of activities

(ISO/IEC 17025; clause 5.10)

The test reports contained the information that is required for example name and address of NFI and customer. The reports were clear, where there was more than one DNA profile associated with an item the report clearly identified the profiles that were associated to the case.

Where the lab does not sample the items directly this was clearly stated on the reports that the sample location was not known.

The Dutch allele frequency database was used for the likelihood ratios for all the reports looked at. This was stated in the reports.

G.9. Assessment and review of results, decision making

(ISO/IEC 17025; clause 5.4.7)

The reports were created by one reporting officer and details checked by a second reporting officer. This was seen for all the reports looked at.

G.10. Registrations regarding the process

(ISO/IEC 17025; clause 4.13)

The raw data from the DNA profiles was available and could be checked against for any failed alleles or

anomalies to clarify the profile by the reporting officers. This could be done for NFI and any outsourced labs involved in profiling the samples.

H. Specific areas for attention

H.3 Laboratories: Participation in Proficiency Testing and Interlaboratory Comparison
(ISO/IEC 17025; clause 5.9.1b)
Proficiency tests were looked at from Cellmark, GEDNAP, CAP, CTS and ENFSI and these covered a range of sample types. All the results were concordant with the expected results and certificates were seen where produced by the proficiency testing provider. The tests covered reference samples, trace samples, mixtures, mitochondrial DNA, different multiplexes, different sample types, blood pattern analysis, kinship analysis, screening for body fluid and RNA. Blind tests are also prepared in NFI to test areas where proficiency tests are unavailable or do not test the area fully e.g. RNA is scheduled to have blind tests in December 2015.

Detail rapportage teamlid

Teamlid: [redacted]

Onderwerp: MSP – Paint, Fibres and Textiles

Waarnemingen

Gesproken met:
[redacted], [redacted], [redacted] en [redacted].

Beoordeelde verrichtingen van de scope d.d. 13-05-2015:

Verrichting 46: Comparative analysis of textile fibres; optical microscopy and (UV-VIS and infrared) microspectroscopy; 131000 and 131100

Verrichting 47: Characterisation of textile fibres; optical microscopy and infrared microspectrometry; 131200

Verrichting 48: Investigation of damages and reconstructed damages in textiles; visual inspection and microscopy; 132100

Beoordeelde RvA-beoordelingselementen:

D. Personele middelen

D.3. Functie-eisen voor personeel
D.4. Deskundigheid van personeel
D.5. Kwalificeren van personeel voor werkzaamheden
D.7. Registraties aangaande personeel
(ISO/IEC 17025 criterium 5.2.1, 5.2.2 en 5.2.5)

[redacted] is zeer recent (01-06-2015) vanuit Handschriftonderzoek bij de groep Vezels en Textiel gekomen. Het opleidingsplan is aanwezig op de afdeling, er werd al literatuur doorgenomen, echter nog geen opleidingen gevolgd.

Zie tevens RvA-beoordelingselement G.7/G.9 met betrekking tot het registreren van "wie deed wat" bij ringonderzoeken.

E. Methoden

E.1. Vastgestelde en geschikte methoden
E.2. Gedocumenteerde methoden
(ISO/IEC 17025 criterium 5.4.1-5)

Methoden zijn vastgelegd in eigen voorschriften. Deze ondergingen sinds vorige beoordeling slechts minieme wijzigingen die verder geen invloed hebben. Over de inhoud en de bijbehorende validatie zijn er geen opmerkingen te maken.

F. Middelen en voorzieningen

Het onderwerp 'middelen en voorzieningen' is niet expliciet beoordeeld omdat er geen nieuwe apparatuur aangeschaft is. Wel verdienen registraties in logboeken enige aandacht; daar zal een volgende keer expliciet naar gekeken worden.

G. Voortbrengingsproces

G.8. Rapportage van de resultaten van het werk
G.10. Registraties inzake het proces
(ISO/IEC 17025 criterium 4.13 en 5.10)
Drie recente zaken werden doorgenomen met [redacted]. Het betreft een beschadigingsonderzoek (NFI [redacted]) en twee vergelijkingsonderzoeken (NFI [redacted] en NFI [redacted]). De checklist is keurig bijgehouden en alle nodige formulieren horend bij het specifiek onderzoek zijn aanwezig en voldoende ingevuld. Dit betreft steeds het VT onderzoeksplan (QOL-00411), maar ook de formulieren horend bij het specifiek onderzoek werden gebruikt: VT Beschadigingsonderzoek (QOL-01126), VT Waarnemingsblad IR (QOL-00107), VT Vezelbeschrijving (QOL-00408), VT Vooronderzoek (QOL-01273), VT Onderzoek algemeen (QOL-00413), VT Overzicht resultaten vergelijking (QOL-00409) en VT Waarnemingsblad UV-Vis (QOL-00423).

G.7. Controles van het proces en de kwaliteit
G.9. Beoordeling en review van resultaten, nemen van beslissingen
(ISO/IEC 17025 criterium 5.9)
De ringonderzoeken werden besproken met [redacted] en [redacted]. Er wordt op regelmatige basis deelgenomen aan relevante ringonderzoeken in het vakgebied. Deze van CTS (Collaborative Testing Services) en ETHG (vezeltest van de European Textile and Hair Group) gaan over vezelidentificatie en/of vergelijkend vezelonderzoek, de FTS (Forensic Testing Services) betreft het beschadigingsonderzoek van textiel. In 2014 en 2015 werden zowel ETHG, CTS als FTS uitgevoerd. De resultaten waren correct. De resultaten van de laatste ETHG-test zullen pas een week later bekend zijn. De ringonderzoeken worden geregistreerd en besproken binnen de groep. Een punt van verbetering is dat voor het continu aantonen van de competenties van de verschillende medewerkers best in de Excell-sheet van de ringtesten kan geregistreerd worden wie welke methode heeft uitgevoerd.

H. Specifieke aandachtpunten

H.3. Laboratoria: Deelnemen Proficiency Testing en Interlaboratorium vergelijkingen
(ISO/IEC 17025 criterium 5.9.1b)
Zie RvA-beoordelingselement G.7/G.9.
Resultaten en frequentie van deelname voldoen.

Detail rapportage teamlid

Teamlid: [redacted]

Onderwerp: MSP - Toolmarks, Firearms & Ammunition

Waarnemingen

Gesproken met: [redacted], [redacted], [redacted], [redacted] en [redacted]

Beoordeelde verrichtingen van de scope d.d. 13 mei 2015:

MSP - Toolmarks			
52	Various materials such as metals	Comparison of toolmarks; visual inspection and microscopy	313101 - 313108 in house method
MSP - Firearms & Ammunition			
53	Ammunition	Identification of bullets and cartridge cases; visual inspection and comparison microscopy (with received firearms)	141103 in house method
54		Identification of bullets and cartridge cases; visual inspection and comparison microscopy (without received firearms)	141105 in house method
55		Test firing of firearms in order to identify bullets and cartridge cases	141101 in house method

Beoordeelde RvA-beoordelingselementen:

D. Personele middelen

D.3. Functie-eisen voor personeel
D.4. Deskundigheid van personeel
(ISO/IEC 17025 criterium 5.2.1 en 5.2.2)

Verrichting 53-55:
Er bestaat een verzameling van beelden die de vijf verschillende trappen illustreren. Dat beeldmateriaal is op de NFI server opgeslagen en wordt dan ook gebruikt voor opleidingsdoeleinden.

Verrichting 52:
Het opleidingsplan van een nieuwe collega ([redacted]) werd besproken. Het opleidingsplan is gedetailleerd. Opmerkelijk zijn de uitvoerige verwijzingen naar de vakliteratuur (verplicht en aanbevolen).

E. Methoden

E.1. Vastgestelde en geschikte methoden
E.2. Gedocumenteerde methoden
(ISO/IEC 17025 criterium 5.4.1-6)

Verrichting 53-55:
In 2012 was er sprake van het ontdubbelen van de optische snelheidsmeting door een Dopplerradar meting. Dat is niet gebeurd omwille van de te korte drachten.

Sinds het RvA-onderzoek van 2012 is de identificatiemethode herzien. In januari 2015 is men terug gegaan naar de oorspronkelijke vijftrappen schaal omdat, onder meer, de drietrappen schaal de verwachte verbetering van "gelijke" inschatting door twee deskundigen niet heeft kunnen bewijzen. De overeenstemmende werkvoorschriften 141103 en 141105 zijn nog niet aangepast. Deze afwijking is vastgelegd in NCB_[redacted]_01 (hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het geleverde werk vollediger is

dan beschreven is in de voorschriften 141103 en 141105).
Mondeling is gemeld dat het opstellen van de nieuwe voorschriften gepaard zal gaan met het opsplitsen van de huidige lijvige documenten in een groter aantal kleinere documenten wat het onderhoud van de teksten ten goede zal komen.
Uit de korte discussie die op bovengenoemde afwijking volgde blijkt dat er sinds de ommezwaai van de methode nog geen interne audit heeft plaatsgevonden die deze afwijking geïdentificeerd zou hebben.
De verwachtingen van [redacted] in verband met de nieuwe methode liggen weer hoog: de opleiding zou efficiënter worden en vooral het schaduwen zou minder tijd in beslag moeten nemen. Maar de opleidingstijd blijft bij 2 jaar (medewerker) en 3 jaar (tekenbevoegde).

Verrichting 52:
De in 2012 aangekondigde uitbreiding van de scope heeft nog niet plaatsgevonden. Voor de "schoensporen" is het aantal gevallen zodanig gedaald dat het de moeite niet loont. De Officieren van Justitie regelen de instroom door de zaken al dan niet aan het NFI toe te vertrouwen.
Het "tapeonderzoek" (souche onderzoek) is zo goed als klaar om te worden beoordeeld tijdens een uitbreidingsonderzoek.

Er wordt veel energie gestoken in het publiceren: de gang hangt vol met posters die de verschillende toepassingen illustreren. Gemiddeld worden ongeveer 70 cases per jaar behandeld: een derde MIT (Microanalyse van Invasieve Trauma's), een derde Souche (tape, messen, vuilniszakken) en een derde "anderen".

F. Middelen en voorzieningen

F.1. Beschikbaarheid adequate middelen en voorzieningen
F.2. Kalibratie en herleidbaarheid van meetmiddelen
F.3. Blijvende geschiktheid van middelen en voorzieningen
(ISO/IEC 17025 criterium 5.5.2, 5.5.4, 5.5.8 en 5.6)

Verrichting 52:
De IFM (Infinite Focus Microscoop) wordt intern door middel van PTB ijkplaten om het jaar geverifieerd (dat gebeurde vroeger om de vier maanden, maar gezien de stabiliteit van de IFM is de termijn naar 1 jaar verlengd).
De andere meetinstrumenten worden ook jaarlijks intern nagezien. De dossiers van een digitale schuifmaat LABAPP 105006 en drie diktemeters LABAPP 105096/101671/92 336 99 zijn ingekeken. De instrumenten dragen geen geldigheidsdatum maar het beheerssysteem genereert berichten om de verantwoordelijke erop te wijzen dat een verificatie noodzakelijk is. De verificatie "2013" is in januari 2014 uitgevoerd geweest.

G. Voortbrengingsproces

G.6. Uitvoering van het werk
(ISO/IEC 17025 criterium 5.4.1)

Verrichting 53-55:
Er is een duidelijke demonstratie gegeven van het afvormen van een polygonale loop van een Glock .45 (inch) pistool. Met datzelfde pistool werden drie referentieprojectielen en hulzen aangemaakt. Ook deze uitvoering is vlot verlopen.

G.8. Rapportage van de resultaten van het werk
(ISO/IEC 17025 criterium 5.10)

Verrichting 53-55:
De verslagen 2015 04 20 142 en 2015 04 15 101 zijn grondig besproken geweest. Inhoudelijk stemmen zij degelijk overeen met de "nieuwe" identificatiemethode (5 trappen).

Verrichting 52:
Een reeks cases zijn ten toon gesteld (net zoals in 2012). Daardoor kan in een relatief korte tijd veel besproken worden. De volgende verslagen zijn aan bod gekomen:

[redacted] Schroevendraaiersporen op ontplofte geldautomaat
Afdichtingsmachine
Mes insteek in bot
Trauma zonder wapen

De verslaggeving is helder.

H. Specifieke aandachtpunten

H.3. Laboratoria: Deelnemen Proficiency Testing en Interlaboratorium vergelijkingen
(ISO/IEC 17025 criterium 5.9.1b)

Verrichting 52:
Er worden lokaal geen KPI's (Key Performance Indicatoren) bijgehouden, alhoewel er zeker relevante indicatoren zijn zoals de 0% (!!) foutenpercentage bij ringonderzoeken.

H.4. Laboratoria: Vaststellen meetonzekerheden
(ISO/IEC 17025 criterium 5.4.6)

Verrichting 53-55:
De meetonzekerheid is voor deze verrichtingen bijzonder moeilijk te bepalen. Alleen een statistische aanpak zal, op termijn, toelaten om de meetonzekerheid in te schatten. Deze aanpak is sinds januari 2015 gestart.

Detail rapportage teamlid

Teamlid: [redacted]
Onderwerp: Front Office NFI-forensic engineering

Waarnemingen

Gesproken met:
[redacted] (projectleider), [redacted] (projectleider), [redacted] (projectleider, tevens bijwoning), [redacted] (ondersteuner monstername).

Beoordeelde verrichtingen van de scope d.d. 22-12-2014:
71: Sampling in forensic environmental cases

Beoordeelde dossiers (personeelsdossiers, werklijsten/monsters/objecten, test-/kalibratie-rapporten, apparatuur, etc.):
- Dossier [redacted] ([redacted])
- Dossier [redacted]
- Dossier [redacted]

Beoordeelde RvA-beoordelingselementen:

D. Personele middelen

D.1. Personele middelen: Beschikbaarheid, contract
(ISO/IEC 17025 criterium 4.1.5a en 5.2.3)
De betrokken medewerkers zijn allen gekwalificeerd en reeds meerdere jaren in dienst van de organisatie. Er zijn geen wijzigingen in het personeelsbestand. Tijdens dit RvA-onderzoek zijn geen personeelsdossiers ingezien.

E. Methoden

E.1. Vastgestelde en geschikte methoden
(ISO/IEC 17025 criterium 5.4.1-4)
Bemonstering wordt uitgevoerd volgens de FO-norm: "Bemonstering (afval)stoffen ten behoeve van strafrechtelijk onderzoek" waarbij gebruik wordt gemaakt van de bijlage uit deze norm "Bemonsteringsplan, bemonstering van vloeibaar, kleine verpakkingseenheden (gebaseerd op de NEN-EN 14899:2005). De gehanteerde methode is geschikt voor het beoogde doel.

F. Middelen en voorzieningen

F.1. Beschikbaarheid adequate middelen en voorzieningen
(ISO/IEC 17025 criterium 5.5.1)
De monsternemers beschikken over een compleet uitgeruste verplaatsbare portacabin die op locatie wordt geplaatst. De portacabin is uitgerust met alle benodigde voorzieningen, meet- en bemonsteringsapparatuur.

F.3. Blijvende geschiktheid van middelen en voorzieningen
(ISO/IEC 17025 criterium 5.5.8)
De koelkast in de portacabin wordt jaarlijks gecontroleerd en is voorzien van een temperatuur-registratie. Alle gebruikte apparatuur is in orde en schoon en wordt na gebruik gereinigd. Inzichtelijkheid van de controlestatus van de koelkast verdient enige aandacht.

F.6. Uitbesteding van activiteiten
(ISO/IEC 17025 criterium 4.5)
Er worden geen activiteiten uitbesteed.

G. Voortbrengingsproces

G.2. Beoordeling van contracten en opdrachten
(ISO/IEC 17025 criterium 4.4)
Op jaarbasis worden circa 10 bemonsteringen onder accreditatie uitgevoerd. Het betreffen voornamelijk bemonsteringen van (vloeibare) afvalstoffen.

De aanvraag wordt beoordeeld en na goedkeuring geaccepteerd. De aanvraag wordt genoteerd op het acceptatieformulier. Aan de acceptatie gaat een beoordeling vooraf waar gekeken wordt of de opdracht zowel inhoudelijk als qua planning kan worden uitgevoerd. De beoordeling wordt uitgevoerd door één van de projectleiders. Bij acceptatie wordt de opdracht ingepland, voorzien van een opdrachtnummer en wordt een dossier aangelegd.

G.3. Contact / interactie met de klant tijdens uitvoering van het werk
(ISO/IEC 17025 criterium 4.7.1)
Gedurende het project vindt geregeld overleg plaats met de officier van justitie en de betrokken politiedienst. Van alle afspraken worden aantekeningen gemaakt in het dossier.

G.4. Voorbereiding en planning van de uitvoering
Voorafgaand aan de uitvoering wordt een 'Draaiboek milieuonderzoek' uitgewerkt (Formulier"QOL-00589). In dit draaiboek worden de verschillende betrokken partijen benoemd, de vraagstelling uitgewerkt en wordt een bemonsteringsplan opgesteld. De benodigde materialen worden benoemd. In het draaiboek wordt de nodige aandacht besteed aan eventueel te nemen veiligheidsmaatregelen (inclusief PBM). Op het draaiboek vindt een review plaats (collegiale toets).

G.5. Monsterneming, behandeling van monsters / objecten
(ISO/IEC 17025 criterium 5.7 en 5.8)
De bemonstering wordt uitgevoerd conform de voorschriften. De monsternemers gaan zorgvuldig te werk. Alle monsterpunten en eventuele overig relevante zaken worden op foto vastgelegd.
Monsterpotten worden voorzien van een unieke identificatie (SIN) en worden verzegeld.
Tijdens het bemonsteringsproces vindt afstemming plaats met de aanwezige politie. Door de verantwoordelijke onderzoeksleider wordt aangegeven welke vaten wel en welke niet dienen te worden bemonsterd. De bemonstering is hiermee niet aselect maar bepaald door het onderzoeksteam.

G.6. Uitvoering van het werk
De uitvoering van het werk is beoordeeld tijdens de bijwoning van project [redacted] op 26 mei 2015. De uitvoering betrof de bemonstering van een groot aantal vaten met onbekende vloeistof. Allereerst werd met behulp van een 'pipet' (spuit + monsterslang) een klein monsterflesje (50 ml) gevuld voor een eerste visuele screening op kleur en samenstelling. Aangezien geen homogeniteit kon worden ontdekt zijn alle aangewezen vaten vervolgens met behulp van een steekhevel bemonsterd. Alle bemonsteringen werden in duplo uitgevoerd. De uit te voeren chemische analyses worden in een later stadium bepaald. Tijdens de bemonstering wordt zorgvuldig en veilig te werk gegaan. De monsternemers dragen volgelaatsmaskers. De betreffende ruimte wordt maximaal geventileerd. De vaten worden na monstername zo snel mogelijk gesloten. De monsterpotten worden voorzien van SIN-stickers, verzegeld en opgeslagen in de koeling voor transport. De bemonstering wordt vastgelegd op het daarvoor bestemde monsternemingsformulier. Op het formulier worden aantekeningen gemaakt van de kleur van het monsternamemateriaal, het volume/aantal potten + eventuele overige afwijkingen.
Het vastleggen van de temperatuur van de koeling en aantekening van overdracht verdient enige aandacht.

G.8. Rapportage van de resultaten van het werk

(ISO/IEC 17025 criterium 5.10)

Van de bemonstering wordt een uitgebreid verslag gemaakt waarin de plaats en wijze van monstername wordt beschreven. In de rapportage zijn ook de nodige foto's van de monstername opgenomen. Tijdens het RvA-kantooronderzoek is de rapportage van de bijgewoonde bemonstering ingezien. De rapportage geeft een gedegen beschrijving van de uitgevoerde werkzaamheden.

G.9. Beoordeling en review van resultaten, nemen van beslissingen

(ISO/IEC 17025 criterium 5.4.7)

Tijdens de uitvoering van de monstername vindt regelmatig afstemming plaats tussen de verantwoordelijke projectleider en de ondersteuner. Op alle documenten (acceptatie, draaiboek, rapportage) vindt een review plaats door een daartoe bevoegde collega.

G.10. Registraties inzake het proces

(ISO/IEC 17025 criterium 4.13)

De dossiers van de beoordeelde projecten zijn volledig en goed toegankelijk.

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

Afwijkingenformulier

Afwijkingnummer: **NCB_[redacted]01** **(categorie_initialen_nummer)**

Scope onderdeel: managementsysteem

RvA beoordelingselement: A.8 Voldoen aan RvA regels en voorwaarden

Accreditatievereisten: RvA regels en voorwaarden beschikkingsbrief en RvA-BR002 (art 21)

Termijn voor opheffen: 3 maanden **Voorstel voor verificatie:** Documentenonderzoek

Afwijking (objectieve waarneming en eenduidige beschrijving van de afwijking):

Het NFI heeft in haar Kwaliteitshandboek in hoofdstuk 4.15 vermeld staan dat onder andere de volledige rapporten van de RvA anoniem worden gepubliceerd. In juli 2011 zijn hieromtrent afspraken gemaakt tussen de RvA en het NFI. Kernpunt is dat kopieën van RvA-rapporten uitsluitend in zijn geheel aan derden mogen worden gestuurd.

Het NFI publiceert de RvA-rapporten op haar website.

In de folder http://www.forensischinstituut.nl/over_het_nfi/organisatie/kwaliteit/kwaliteitsrapportages.aspx staan onder het kopje "RvA-rapportages" meerdere RvA-rapporten. Twee daarvan zijn ingezien: RvA-rapport L146-H05 (onderzoek uitgevoerd in juni 2013; eindrapport d.d. 19-11-2013; op de NFI-website gepubliceerd op 03-07-2014) en RvA-rapport L146-C03.1 (onderzoek uitgevoerd in oktober 2006; eindrapport d.d. 31-01-2007; op de NFI-website gepubliceerd op 08-11-2011).

a) In RvA-rapport L146-H05 zijn onder andere de persoonsnamen en dossiernummer niet-leesbaar gemaakt. Het anonimiseren van persoonsnamen van RvA-beoordelaars is expliciet afgesproken tussen RvA en NFI. Echter, ook zijn onder andere de namen van ringonderzoekorganisatoren, kalibratie-instanties, technieken en apparatuur niet-leesbaar gemaakt. Tevens ontbreken de bijlagen van het RvA-rapport: het RvA-beoordelingsplan en de scope (allebei maken ze onlosmakelijk onderdeel uit van het RvA-rapport).

b) In RvA-rapport L146-C03.1 zijn ook onder andere de persoonsnamen niet leesbaar gemaakt. Maar op bijvoorbeeld pagina 3 van de RvA-teamleider-rapportage de naam van de kalibratie-instantie niet-leesbaar gemaakt. (NB In dit rapport zijn het beoordelingsplan en de scope wel aanwezig, maar door het inscannen en/of kopiëren zijn markeringen in de scope amper leesbaar meer.)

In de folder http://www.forensischinstituut.nl/over_het_nfi/organisatie/kwaliteit/ staat onder het kopje "Audits" onder andere de file "Externe audits 1998-2011" (op de NFI-website gepubliceerd op 19-09-2011). In deze file staan onderdelen van de RvA-rapporten uit die periode. Het betreffen echter niet-volledige rapporten. Van bijvoorbeeld RvA-rapport L146-H04 zijn alleen de pagina's 29 t/m 34 en 55 t/m 65 gepubliceerd en van RvA-rapport L146-C04.1 zijn alleen de pagina's 10, 11, 12, 19 en 20 gepubliceerd.

Er wordt niet voldaan aan voorwaarde 8 van de meest recente beschikkingsbrief van de RvA (brief met kenmerk RvA 58406, brief d.d. 2 januari 2015) waarin staat: "Bekendmaking door uw organisatie aan derden van de inhoud van rapporten, correspondentie, verklaringen, beschikkingen, scopes of andere documenten van RvA is toegestaan op voorwaarde dat daarbij het gehele document en niet slechts een gedeelte hiervan wordt bekendgemaakt."

In de beschikkingsbrief staat eveneens dat voldoen moet worden aan de meest recente versie van onder andere de RvA-beleidsregels. Er wordt echter niet voldaan aan de punten 7 en 8 van artikel 21 van RvA-BR002 (versie 4) waarin staat: "De aanvrager mag een rapport vermenigvuldigen, openbaar maken en verspreiden zonder toestemming van de RvA, doch uitsluitend in zijn geheel. Delen van rapporten van de

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

RvA mogen alleen openbaar worden gemaakt als de RvA hiervoor uitdrukkelijke schriftelijke toestemming heeft gegeven." Niet getoond is dat de RvA hier uitdrukkelijk schriftelijk toestemming voor heeft gegeven.

NB Het rapport van het laatste RvA-onderzoek, L146-C05.1 (rapport d.d. 18-12-2014) is nog niet gepubliceerd op de NFI-website, hetgeen een afwijking is ten opzichte van de eigen vastgelegde werkwijze.

Teamlid:	Vertegenwoordiger instelling:
[redacted]	[redacted]

Reactie van instelling

1) Samenvatting van resultaten van onderzoek naar oorzaak en omvang:

Naar aanleiding van een WOB verzoek in 2011 over zaken die de afdeling HBS betreft moesten interne en externe auditbevindingen beschikbaar worden gesteld aan de indiener van het WOB verzoek. Daarna heeft het NFI besloten om interne meldingen, interne en externe auditbevindingen en externe meldingen geanonimiseerd (namen en zaaknummers) op internet te publiceren.

In die periode is onterecht besloten dat namen van bedrijven in het kader van de Wet Bescherming Persoonsgegevens niet zonder meer openbaar gemaakt mogen worden. Daarnaast zijn naast de volledige RvA rapporten ook de deelrapporten van HBS gepubliceerd.

Sinds die tijd wordt aan de RvA na afronding van het onderzoek een WORD bestand van het RvA rapport opgevraagd om te anonimiseren en te publiceren. Het ontvangen WORD document bevat niet het beoordelingsprogramma, de scope en de aanwezigheid registratie.

2) Getroffen herstel en corrigerende maatregelen:
Alle RvA rapporten zijn verwijderd van de website. Het rapport 2014 zal pas gepubliceerd worden nadat het NFI toestemming van de RvA heeft om de geanonimiseerde bevindingen te publiceren. Het kwaliteitshandboek is aangepast.

3) Resultaten van de eigen verificatie van effectiviteit (interne audit of anderszins):
Er is gecontroleerd dat op de website geen RvA rapporten beschikbaar zijn.

4) Identificatie van meegezonden ondersteunende bewijsvoering:

KHB.doc

KHB

Vertegenwoordiger instelling: [redacted] Datum: 30-10-2015

Resultaten van de RvA vervolgbeoordeling

De instelling is ingegaan op de oorzaak van de afwijking.
Gemeld is dat de RvA-rapporten van de website verwijderd zijn. Dit is nagegaan; de rapporten staan inderdaad niet meer op de website vermeld.
Ook is gemeld dat de beschrijving in het Kwaliteitshandboek aangepast is. Getoond is dat dat inderdaad gebeurd is (versie 23 van het Kwaliteitshandboek).

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

Conclusie: De afwijking is opgeheven?	**Ja**
Teamlid:	Datum:
Teamleider: [redacted]	Datum: 02-11-2015

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

Afwijkingenformulier

Afwijkingnummer: **NCB_[redacted]_02** **(categorie_initialen_nummer)**

Scope onderdeel: managementsysteem

RvA beoordelingselement: G.8 Rapportage van de resultaten van het werk

Accreditatievereisten: ISO/IEC 17025 :2005 5.10.2e

Termijn voor opheffen: 3 maanden **Voorstel voor verificatie:** Documentenonderzoek

Afwijking (objectieve waarneming en eenduidige beschrijving van de afwijking):

In rapport met zaaknummer [redacted] staat als techniek vermeld "voor het identificatieonderzoek werd gebruik gemaakt van gaschromatografie-massaspectrometrie en/of infraroodspectroscopie". In praktijk is echter alleen GC-MS toegepast; de vermelde toegepaste methode is niet eenduidig.

De instelling kan niet aantonen dat voldaan is aan de vereisten van criterium 5.10.2e van de (NEN-EN-) ISO/IEC 17025 waarin wordt gesteld dat het rapport moet bevatten: "eenduidige vermelding van de toegepaste methode".

Teamlid: [redacted]

Vertegenwoordiger instelling: [redacted]

Reactie van instelling

1) Samenvatting van resultaten van onderzoek naar oorzaak en omvang:
Onderzoek naar de omvang heeft uitgewezen dat slechts het deskundigheidsgebied Verdovende Middelen niet eenduidig de toegepaste methode rapporteert. Oorzaak lijkt een incidenteel karakter te hebben. Soms wordt vergeten om een of meerdere technieken te verwijderen uit de standaardsjabloon. Daarin stond onder het kopje standaard 'gaschromatografie-massaspectrometrie en/of infraroodspectroscopie'. Ook wanneer er een extra (afwijkende) methode gebruikt is werd incidenteel vergeten deze toe te voegen).

2) Getroffen herstel en corrigerende maatregelen:
Het deskundigheidsgebied VM heeft de werkwijze aangepast. In een nieuw sjabloon staan alle methoden die bij FCO-VM gebruikt worden opgesomd en moet de (concept)rapporteur weghalen wat niet gebruikt is en zijn de toegepaste methoden eenduidig beschreven. Deze methoden zijn geel gemarkeerd zodat dit direct opvalt.

3) Resultaten van de eigen verificatie van effectiviteit (interne audit of anderszins):
Er is door de KAM coördinator VM een steekproef genomen om te kijken of de aangepaste werkwijze voldoet. Daartoe is op 20 oktober een steekproef van 5 rapporten genomen. Hierbij zijn geen afwijkingen vastgesteld. De KAM coördinator heeft als bewijs een pdf van deze 5 rapporten meegestuurd. In verband met vertrouwelijkheid van zaakgegevens kan deze pdf niet worden overlegd aan de RvA (niet geanonimiseerde zakenrapporten). De adviseur kwaliteit heeft de pdf gecontroleerd en heeft geen afwijkingen vastgesteld.

4) Identificatie van meegezonden ondersteunende bewijsvoering:

Overzicht van inventarisatie gerapporteerde methoden Afwijking RvA verwijzing techniek in

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

Vertegenwoordiger instelling: [redacted]

Datum: 29-10-2015

Resultaten van de RvA vervolgbeoordeling

Er is een uitspraak gedaan over de oorzaak en de omvang van de afwijking en gemeld is welke maatregelen genomen zijn. Bewijsmateriaal van genomen maatregelen kan in verband met vertrouwelijkheid niet opgestuurd worden, maar uit het overzicht van inventarisatie gerapporteerde methoden blijkt dat actie ondernomen is en dat maatregelen effectief zijn.
De afwijking is opgeheven, maar vanzelfsprekend zal tijdens het eerstvolgende RvA-onderzoek door de RvA-teamleider ook zelf nagegaan worden of maatregelen effectief zijn. Het volste vertrouwen hieromtrent is vanzelfsprekend aanwezig.

Conclusie: De afwijking is opgeheven?	**Ja**
Teamlid:	Datum:
Teamleider: [redacted]	Datum: 02-11-2015

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

Afwijkingenformulier

Afwijkingnummer: **NCB_[redacted]_03** **(categorie_initialen_nummer)**

Scope onderdeel: managementsysteem

RvA beoordelingselement: B.6 Verwijzen naar en claimen van accreditatie

Accreditatievereisten: RvA regels en voorwaarden beschikkingsbrief en RvA-VR003 (art 12.4)

Termijn voor opheffen: 3 maanden **Voorstel voor verificatie:** Documentenonderzoek

Afwijking (objectieve waarneming en eenduidige beschrijving van de afwijking):

In het vakgebied handschrift- en documentenonderzoek worden zogeheten 'vakbijlagen' gehanteerd. In onder andere de Vakbijlage 'Vergelijkend handschriftonderzoek' staat een verwijzing naar accreditatie, maar daar ontbreekt het RvA-accreditatienummer. Mondeling is gemeld dat dit ook geldt voor de vakbijlage van het documentenonderzoek.

De instelling kan niet aantonen dat voldaan is aan de vereisten van artikel 12.4 van de RvA-VR003 waarin wordt gesteld: "Bij het verwijzen naar accreditatie zonder het gebruik van een accreditatiemerk, dient de instelling minimaal het registratienummer van de desbetreffende accreditatie te vermelden."

(In de beschikkingsbrief d.d. 2 januari 2015, brief met kenmerk RvA58406, staat in voorwaarde 11: "Uw organisatie neemt de regels van RvA-voorschrift RvA-VR003 in acht omtrent het gebruik van het accreditatiemerk en het op andere wijze verwijzen naar accreditatie.)

Teamlid:	Vertegenwoordiger instelling:
[redacted]	[redacted]

Reactie van instelling

1) Samenvatting van resultaten van onderzoek naar oorzaak en omvang:
Uit het onderzoek van de omvang blijkt dat er NFI breed 4 vakbijlagen verwijzen naar de accreditatie en daarbij wordt niet op correcte wijze verwezen (er werd niet verwezen naar het registratienummer), te weten Vingersporen, Handschrift, Documenten en Pathologie.

Oorzaak hiervan is dat de vakbijlagen door de senior scientists en de adviseur wetenschapscommunicatie worden beoordeeld op de inhoudelijke juistheid en leesbaarheid. De kwaliteitseisen worden niet separaat getoetst.

De afdeling HBS verwees als enige in rapporten naar de accreditatie (zonder registratienummer). Deze tekst is in het verleden goedgekeurd door de RvA. Naar aanleiding van deze afwijking worden in alle verwijzingen naar de accreditatie vanaf 13 november 2015 het registratienummer vermeld. Indien wordt verwezen naar de scope van accreditatie wordt dit altijd vergezeld door een verwijzing naar de website van de RvA (www.rva.nl). De afdeling heeft daarnaast informatiebladen waarin wordt verwezen naar methoden van forensisch biologisch onderzoek. Hierbij wordt onderscheidt gemaakt naar:

- DNA onderzoek van referentiemateriaal;
- DNA 6 uur;
- Humane biologische sporen en DNA.
- Verwantschapsonderzoek

In de rapporten wordt altijd verwezen naar een van deze informatiebladen. Voor onze opdrachtgever is deze mate van detaillering naar de gebruikte methoden ruim voldoende, men wenst geen uitgebreidere rapportage.

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

2) Getroffen herstel en corrigerende maatregelen:

De 4 vakbijlagen zijn aangepast. De werkwijze voor het opstellen van een vakbijlage is uitgebreid met een controle van de conceptversie door de adviseur kwaliteit.

Er is door de afdeling HBS een plan van aanpak opgesteld om:

- Aanpassing van informatiebladen en publiceren (verwijzing naar registratie de rapportsjablonen aan te passen met de verwijzing naar het registratienummer en de website van de RvA)
- Inventarisatie van alle HBS rapportsjablonen, richtlijnen en teksten met tekst over gebruikte methoden en de accreditatie.
- Aanpassing sjablonen door I&A
- Testen van aangepaste sjablonen in promis testomgeving
- Aanpassen teksten in rapportage richtlijnen
- Informeren rapporteurs
- Aangepaste sjablonen in productie nemen

Uiterlijk in week 46 zullen alle aanpassingen zijn doorgevoerd.

3) Resultaten van de eigen verificatie van effectiviteit (interne audit of anderszins):
Er is vastgesteld dat de vakbijlagen niet meer, of op de juiste wijze, verwijzen naar accreditatie.

4) Identificatie van meegezonden ondersteunende bewijsvoering:

Plan van Aanpak HBS plan van aanpak HBS na rva audit 2015.do

Werkwijze voor het opstellen van een vakbijlage (beschikbaar op intranet): intranet werkwijze vakbijlagen.pdf
De aangepaste vakbijlagen: te groot om zo te versturen.

Vertegenwoordiger instelling: [redacted] Datum: 30-10-2015

Resultaten van de RvA vervolgbeoordeling

Er is een duidelijke uitspraak gedaan over de oorzaak van de afwijking en de omvang van de afwijking; het bleek geen incident.
Getoond is dat maatregelen in de volle breedte getroffen zijn en voor enkele vakbijlagen moeten er nog wat acties ondernomen worden. De vakbijlagen zijn in verband met de grootte niet aan de RvA verstuurd. Maar uit de reactie mag afgeleid worden dat maatregelen genomen zijn en, waar van toepassing, nog verdere follow-up krijgen. Er is tijdens een eigen interne verificatie vastgesteld dat vakbijlagen nu weer correct zijn. Er is het volste vertrouwen dat dit correct geverifieerd is. Wel zal het vanzelfsprekend ook bij het eerstvolgende RvA-onderzoek door de RvA-teamleider ook zelf geverifieerd worden.

NB Naderhand zijn enkele vakbijlagen per post aan de RvA gestuurd (onder andere de vakbijlage met betrekking tot het handschriftonderzoek). In de vakbijlagen wordt nu correct omgegaan met de verwijzing naar accreditatie.

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

Conclusie: De afwijking is opgeheven?	**Ja**
Teamlid:	Datum:
Teamleider: [redacted]	Datum: 02-11-2015 / 04-01-2016

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

Afwijkingenformulier

Afwijkingnummer: **NCB_[redacted]_04** **(categorie_initialen_nummer)**

Scope onderdeel: managementsysteem

RvA beoordelingselement: C.5 Corrigerende en preventieve maatregelen

Accreditatievereisten: ISO/IEC 17025 :2005 4.11

Termijn voor opheffen: 3 maanden **Voorstel voor verificatie:** Documentenonderzoek

Afwijking (objectieve waarneming en eenduidige beschrijving van de afwijking):

Bij de interne audits (bijvoorbeeld [redacted] en [redacted]) wordt kritisch gekeken en worden afwijkingen vastgesteld. Uit de mondelinge toelichting blijkt duidelijk dat er bij de afhandelingen door betrokken medewerkers (grondig) gekeken wordt naar de onderliggende oorzaak (en omvang) en uit de mondelinge toelichting blijkt ook duidelijke welke maatregelen men wil treffen. Uit de registraties blijkt deze informatie echter niet. Tevens is er soms sprake van overschrijdingen van termijnen terwijl niet inzichtelijk is dat daar toestemming voor gegeven is, aanvullende afspraken over gemaakt zijn, o.i.d.

De instelling kan niet aantonen dat voldaan is aan de vereisten van criterium 4.11 van de (NEN-EN-) ISO/IEC 17025 waarin verschillende eisen worden gesteld aan onderzoek naar de oorzaak, reikwijdte (omvang), registratie, bewaking, etc.

Teamlid:	Vertegenwoordiger instelling:
[redacted]	[redacted]

Reactie van instelling

1) Samenvatting van resultaten van onderzoek naar oorzaak en omvang:
De afwijking is vastgesteld ten aanzien van twee afwijkingen in QOL die nog niet waren afgerond. Dat is de voornaamste reden dat er licht zit tussen het gesprek met een medewerker en de vastlegging in QOL. De 4xO systematiek worden pas in detail vastgelegd als de melding ter verificatie wordt aangeboden.

In de directiebeoordeling 2014 heeft het NFI vastgesteld dat :
Cumulatief over 2014 is 49% van de meldingen op tijd gesloten. Dit was 69 % in 2013.
In 2014 is de doorlooptijd van interne meldingen teruggebracht naar 40 dagen per 1 januari en naar 28 dagen medio 2014. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat 28 dagen voor een aantal meldingen te kort is om de afwijking correct af te handelen. De aanbeveling is dus ook om dit na 40 dagen te verhogen.

2) Getroffen herstel en corrigerende maatregelen:
In 2015 is de doorlooptijd weer verlengd naar 40 dagen. Echter dit jaar wordt voor het eerst als reden voor overschrijding van de termijn steeds vaker werkdruk genoemd. De verlenging van de doorlooptijd heeft geen effect gehad op het tijdiger sluiten van meldingen

Naar aanleiding van de afwijking is een bijeenkomst belegd met de KAM coördinatoren samen met een deel van de KAM aanspreekpunten. Hierbij zijn een aantal afgeronde en openstaande meldingen uitgebreid besproken, waarbij is ingezoomd op de 4XO-systematiek. Ook hier werd als reden voor de overschrijding van de doorlooptijd een toenemende werkdruk genoemd. Uitkomst van de bijeenkomst is dat aanscherping van het werkvoorschrift 4XO niet nuttig wordt gevonden.

Daarnaast is aan de coördinatoren (KAM coördinatoren) van de meldingen en de verificateurs (afdelingshoofden) gevraagd dat er bij het sluiten van de melding extra aandacht voor de 4xO-systematiek moet zijn en het vastleggen van een reden van de gewijzigde afrondingsdatum.
Het meldingensjabloon is aangepast. De reden voor overschrijding van de afrondingsdatum is nu een

verplicht veld geworden. Dit is opgenomen in de procedure.

3) Resultaten van de eigen verificatie van effectiviteit (interne audit of anderszins):

4) Identificatie van meegezonden ondersteunende bewijsvoering:

4xO systematiek.doc

Werkvoorschrift 4xO

procedure meldingen en verbetertrajecten

Procedure interne meldingen en verbetertrajecten

Vertegenwoordiger instelling: [redacted] Datum: 30-10-2015

Resultaten van de RvA vervolgbeoordeling

Er is een uitspraak gedaan over de oorzaak en de omvang. Gemeld is dat zaken geregistreerd worden na afronding. De instelling wordt geattendeerd op criterium 4.13.2.2 van de ISO/IEC 17025: "Waarnemingen, gegevens en berekeningen moeten worden geregistreerd op het moment dat ze worden verkregen... etc". Dit criterium is weliswaar van toepassing op technische registraties maar het lijkt voor de hand te liggen dit door te trekken voor alle soorten registraties, om zodoende gegevens niet onbedoeld verloren te laten gaan.

Gemeld is dat intern besproken is attenter te zijn op de bewaking van termijnen en het toepassen van de zogeheten 4O-systematiek. Getoond is dat in de procedure voor interne meldingen en verbetertrajecten de controle op termijnen is vastgelegd.
Er is echter niet getoond dat in praktijk registraties nu volledig(er) zijn. Er had bijvoorbeeld verwacht mogen worden dat getoond was dat van de in dit afwijkingenformulier genoemde afwijkingen de volledige registratie getoond was.
Ook is niet getoond dat de instelling zelf nagegaan heeft of maatregelen in de volle breedte effectief zijn.

Conclusie: De afwijking is opgeheven?	**Nee**
Teamlid:	Datum:
Teamleider: [redacted]	Datum: 02-11-2015

Aanvullende reactie van instelling

Op 16 december heeft de directieraad van het NFI ten aanzien van de openstaande afwijking van de RvA het volgende besloten:

- De directieraad van het NFI besluit tot het uitvoeren van de 1e prioriteit: een herstelactie om nog voor de deadline van de RVA aantoonbaar resultaat in de tweede helft van 2015 te laten zien.
- De directieraad van het NFI besluit tot het uitvoeren van de 2e prioriteit: het goed en tijdig afronden van

meldingen in 2016.
- De directieraad van het NFI besluit tot het maken van een gedetailleerd verbeterplan met als doel het verbeteren van de afhandeling van meldingen, zowel op inhoud als proces.

Beoogd resultaat week 53 in 2015
Een significante afname van het aantal openstaande meldingen. Dit gebeurt in op 3 manieren:
- Afsluiten van de meldingen met correcte inhoudelijke onderbouwing.
- Melding sluiten nadat er een verbetertraject is aangemaakt met een plan van aanpak met actie-uitvoerder en deadlines.
- Melding open laten staan met een steekhoudende reden voor uitstel. De risico's voor het openlaten van de melding staan zijn klein.

Resultaten op 30 december 2015
- Op 16 december stonden 160 meldingen open. Van veel meldingen was de streefdatum overschreden.
- Op 30 december 2015 staan 59 meldingen in QOL. Daarvan zijn 27 meldingen die voornamelijk na 15 januari 2016 gesloten moeten worden.
- 11 meldingen staan open na de streefdatum met een goede reden.
- Voor 15 meldingen is een verbetertraject aangemaakt met plan van aanpak (met actie-uitvoerder en deadlines).
- Uit de gesloten meldingen blijkt dat de 4xO-systematiek over het algemeen goed wordt uitgevoerd en dat de vastlegging compleet is.

Er worden een aantal meldingen meegestuurd als ondersteunende bewijsvoering. Daarnaast een excelsheet met alle openstaande meldingen.

Acties in 2016
2e prioriteit
- Elke week krijgen de afdelingshoofden overzichten en bespreken voortgang meldingen met o.a. teamleiders.
- Elke drie maanden bespreekt de DR de geaggregeerde voortgang op het oplossen van meldingen.
- Voor beide overzichten zijn er aanpassingen in Qol (Icologiq) gedaan.

3e prioriteit
Duidelijk is dat ondanks het in 2014 aangepaste proces van melden, met daarbij een nieuwe definitie voor meldingen, een verantwoordelijkhedenmatrix en het dashboard, niet heeft geleid tot de gewenste verbetering op de prestatie (het op tijd en volledig afronden van interne meldingen). De oorzaak zal dus gezocht moeten worden in een duidelijke prioritering tov zaakonderzoek en daarmee samenhangende sturing door management op het proces van afhandelen van meldingen. Houding & gedrag vormt hier een belangrijke beïnvloedingsfactor. Om de grondoorzaak te pakken en een blijvende verbetering te bewerkstelligen te krijgen start het NFI in januari een verbetertraject waarbij de eerste stap een gedetailleerd verbeterplan voor het verbeteren van de afhandeling van meldingen zal zijn. Dit plan zal binnen zes maanden tot een blijvende verbetering tav het afronden van meldingen moeten leiden. Voorgesteld wordt om met de RvA af te spreken regelmatig toetsingen op de voortgang uit te voeren en prestatieoverzichten te tonen.

Vertegenwoordiger instelling: [redacted] Datum: 31-12-2015

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

Resultaten van de aanvullende RvA vervolgbeoordeling

De instelling heeft in tweede instantie getoond dat deze afwijking goed opgepakt is en verder opgepakt wordt. Kort samengevat:

- Er is ondertussen een grote inhaalslag gemaakt.
- Uit het overzicht kan geconcludeerd worden dat de achterstand vrijwel geheel is weggewerkt.
- Uit getoonde voorbeelden van afhandelingen blijkt dat de zogeheten 4O-systematiek toegepast wordt.
- Intern is afgesproken dat wekelijks de voortgang bij de teamleiders besproken wordt en dat elke drie maanden de status besproken wordt door de directie.

Bovenstaande geeft vertrouwen dat er weer sprake is en zal zijn van bewaking.

De instelling heeft gemeld dat het proces verbeterd zal moeten worden en dat dat de komende zes maanden zal gebeuren. Ze stelt voor dat de RvA daar periodiek van op de hoogte gehouden wordt.

Mede op basis van de mondelinge toelichting wordt de afwijking als opgeheven beschouwd; echter wel op voorwaarde dat de RvA daadwerkelijk periodiek geïnformeerd wordt over de voortgang. Dat geldt zowel voor de status van meldingen als voor de status van het verbetertraject.

Conclusie: De afwijking is opgeheven?	**Ja**, zie hierboven. Er mag verwacht worden dat de instelling de RvA periodiek (maandelijks) informeert over de voortgang.
Teamlid:	Datum:
Teamleider: [redacted]	Datum: 04-01-2016

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

Afwijkingenformulier

Afwijkingnummer: **NCB_[redacted]_01** **(categorie_initialen_nummer)**

Scope onderdeel: verrichting 5 (Quantitative determination of drugs of abuse; LC-MS/MS)

RvA beoordelingselement: F.4 Geautomatiseerde systemen

Accreditatievereisten: ISO/IEC 17025 :2005 5.4.7.2a

Termijn voor opheffen: 3 maanden **Voorstel voor verificatie:** Documentenonderzoek

Afwijking (objectieve waarneming en eenduidige beschrijving van de afwijking):

De controle van Drugs Of Abuse wordt gedaan in een eigen controlekaart (controlekaart CM III vanaf 15DOA013). Deze controlekaart wordt bijgehouden voor 57 componenten. De controlekaart is zelf (in huis) gemaakt aan de hand van rekenregels uit StatAlike en geeft grafisch een beeld van de resultaten van een serie door middel van een voorwaardelijke opmaak. Bij afwijkende resultaten wordt een cel rood gekleurd. De validatie van deze controlekaart kon niet getoond worden.

De instelling kan niet aantonen dat voldaan is aan de vereisten van criterium 5.4.7.2.a van de (NEN-EN-) ISO/IEC 17025 waarin wordt gesteld: "In gevallen dat computers of andere geautomatiseerde apparatuur worden gebruikt voor het verkrijgen, verwerken, registreren, rapporteren, opslaan of opvragen van beproevings- of kalibratiegegevens, moet het laboratorium bewerkstelligen dat: a) computersoftware die door de gebruiker werd ontwikkeld in voldoende detail wordt gedocumenteerd en wordt gevalideerd als zijnde geschikt voor gebruik."

Teamlid: [redacted]	Vertegenwoordiger instelling: [redacted]

Reactie van instelling

1) Samenvatting van resultaten van onderzoek naar oorzaak en omvang:
Ten tijden van de audit was de validatie van de controlekaart niet aantoonbaar voor de analysemethode. Naderhand is het ook niet meer gelukt om de controle en validatie te achterhalen.
Hoewel de controle en validatie wel in 2012 zijn uitgevoerd, is de vastlegging hiervan niet meer aan te tonen. De reden van het ontbreken hiervan is niet te achterhalen.
De afwijking heeft alleen betrekking op deze analysemethode en Excel sheet. Voor de overige analysemethoden uitgevoerd bij de productgroep is de vastlegging van de controle en validatie van spreadsheets aantoonbaar.

2) Getroffen herstel en corrigerende maatregelen:
De controlekaart is opnieuw gecontroleerd, gevalideerd en de resultaten hiervan vastgelegd.

3) Resultaten van de eigen verificatie van effectiviteit (interne audit of anderszins):
De controlekaart is opnieuw gecontroleerd en gevalideerd en de resultaten hiervan vastgelegd. Er zijn geen afwijkingen geconstateerd van de controlekaart tijdens de controle en validatie.

4) Identificatie van meegezonden ondersteunende bewijsvoering:
Validatie controlekaart "Bepaling van Drugs of Abuse met behulp van LC-MS/MS" QOL-00885"

Vertegenwoordiger instelling: Datum:

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

Resultaten van de RvA vervolgbeoordeling

Oorzaak en omvang
Het laboratorium geeft met betrekking tot de oorzaak aan dat de controle en validatie wel zijn uitgevoerd maar dat de vastlegging niet meer te achterhalen is. Het laboratorium heeft gemeld dat het ontbreken van de vastlegging alleen van toepassing is voor deze controlekaart en dat voor overige spreadsheets de validatie en controle wel beschikbaar zijn. Het laboratorium heeft hiervan geen bewijsmateriaal overlegd (bijvoorbeeld in de vorm van een overzicht van spreadsheets en beschikbare vastlegging van de controle en validatie). Er wordt van uitgegaan dat de omvanganalyse voldoet voor het gehele laboratorium en niet alleen voor de betreffende afdeling.

Oplossing en Operationaliteit
Het laboratorium heeft de controle van de berekeningen en de validatie hiervan opnieuw uitgevoerd. Het resultaat van deze controle en validatie is vastgelegd in het document "Bepaling van Drugs of Abuse met behulp van LC-MS/MS" QOL-00885". Dit document werd op verzoek getoond. Met dit document voldoet het laboratorium aan de eis dat eigen ontwikkelde software in voldoende detail wordt gedocumenteerd en gevalideerd als geschikt voor gebruik.

Conclusie: De afwijking is opgeheven?	**Ja**
Teamlid: [redacted]	Datum: 08-11-2015
Teamleider: [redacted]	Datum: 10-12-2015

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

Afwijkingenformulier

Afwijkingnummer: **NCB_[redacted]_01** **(categorie_initialen_nummer)**

Scope onderdeel: verrichting 53-55 (MSP-Firearms&Ammunition)

RvA beoordelingselement: E.1 Vastgestelde en geschikte methoden

Accreditatievereisten: ISO/IEC 17025 :2005 5.4.1

Termijn voor opheffen: 3 maanden **Voorstel voor verificatie:** Documentenonderzoek

Afwijking (objectieve waarneming en eenduidige beschrijving van de afwijking):

De voorschriften 141103 en 141105 zijn niet meer actueel. Het teruggaan naar de oorspronkelijke vijftrappen schaal is niet beschreven in de huidige versie van deze documenten.

(Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het geleverde werk vollediger is dan beschreven is in de voorschriften 141103 en 141105).

Er wordt niet voldaan aan de vereisten van criterium 5.4.1 van de (NEN-EN-)ISO/IEC 17025 waarin onder andere wordt gesteld: "Alle instructies, normen, handboeken en referentiegegevens die relevant zijn voor de werkzaamheden van het laboratorium, moeten actueel worden gehouden en... etc."

Teamlid: [redacted] Vertegenwoordiger instelling: [redacted]

Reactie van instelling

1) Samenvatting van resultaten van onderzoek naar oorzaak en omvang:
Vanaf 1 januari 2015 wordt gewerkt met een uitgebreidere conclusieschaal. Om die overstap voor te bereiden is eind 2014 het gehele vergelijkende kogel- en hulsonderzoek herzien met als gevolg een uitgebreidere wijze van onderzoek en verslaglegging. Omdat de uiteindelijke werkwijze begin 2015 nog aan wijzigingen onderhevig was, is besloten de documentatie pas te schrijven als alle discussies zijn gevoerd en alle keuzes zijn gemaakt. Deze documentatie was ten tijde van de RvA-audit nog niet klaar.

2) Getroffen herstel en corrigerende maatregelen:
De gehele documentatie van het vergelijkend kogel- en hulsonderzoek is herzien. De drie oude documenten:
- 141103 Vergelijkend kogel- en hulsonderzoek met wapen
- 141104 De Landelijke Verzameling Kogels en Hulzen
- 141105 Vergelijkend kogel- en hulsonderzoek zonder wapen

zijn in oktober 2015 vervangen door de volgende elf documenten:
- 02071 Onderzoek hulzen
- 02084 Onderzoek kogels
- 02070 Onderzoek vuurwapens
- 02074 Ontroesten, schoonmaken en ontsmetten SVO's
- 02077 Vergelijkend hulsonderzoek
- 02085 Vergelijkend kogelonderzoek
- 02076 Interpretatie / conclusie vergelijkend onderzoek
- 02086 Bepaling mogelijk merk wapen
- 02089 Registratie en vergelijkend onderzoek LVKH en IBIS

- 02087 Internationaal onderzoek
- 02088 Rapporteren vergelijkend kogel- en hulsonderzoek

Met name de volgende drie documenten beschrijven de nieuwe werkwijze:
- 02077 Vergelijkend hulsonderzoek
- 02085 Vergelijkend kogelonderzoek
- 02076 Interpretatie / conclusie vergelijkend onderzoek

Verder zijn voor het vergelijkend onderzoek de volgende twee documenten aangepast:
- 141101 Proefschieten;
- 141107 Procedure Tweede mening.

3) Resultaten van de eigen verificatie van effectiviteit (interne audit of anderszins):
De elf nieuwe documenten zijn grotendeels gebaseerd op de drie vervangen documenten. Voor invoering van deze aangepaste werkwijze zijn eind 2014 diverse testen uitgevoerd. Deze bleken voldoende gelijkheid te tonen voor invoering van de werkwijze. De werkwijze maakt het mogelijk op veel beslispunten testen uit te voeren. Deze zullen het komende jaar plaatsvinden op de werkwijze en de gelijkheid van uitvoering verder te verfijnen en bij te sturen.

4) Identificatie van meegezonden ondersteunende bewijsvoering:
Zie de genoemde documenten in 2).

Vertegenwoordiger instelling: [redacted]

Datum: 29-10-2015

Resultaten van de RvA vervolgbeoordeling

De werkvoorschriften (02077 Vergelijkend hulsonderzoek; 02085 Vergelijkend kogelonderzoek en 02076 Interpretatie / conclusie vergelijkend onderzoek) zijn nu aangepast en conform met de werkmethode van het NFI-MSP.

Conclusie: De afwijking is opgeheven? **Ja**

Teamlid: [redacted] Datum: 03-11-2015

Teamleider: [redacted] Datum: 05-11-2015

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

Beoordeelde scope L146 d.d. 13-05-2015 (als zogeheten "scopetabel"; aanvullende wijzigingen van het RvA-beoordelingsteam zijn rood gemarkeerd):

No.	Material or product	Type of activity[1]	Internal reference number
		FCO (Forensic Chemical Investigation) – Toxicology [redacted]	
1.	Blood, urine and vitreous humor	Determination of alcohol; the ADH-method with ultraviolet spectrophotometry	110301 in house method
2.		Determination of alcohol; headspace gas chromatography with flame ionisation detection	110201 in house method
3.	Blood	Determination of carbon monoxide; visible spectrophotometry	113301 in house method
4.	T10 assessed 16/04/15	Quantitative determination of drugs; LC-MS/MS Cocaine, Morphine, Amphetamine, Methamphetamine, MDMA, MDEA, MDA, GHB, THC, Benzoylecgonine, 9-Carboxy-THC	QOL-01326 in house method intended for Article 8 of the Wegenverkeerswet
5.	Blood	Quantitative determination of drugs of abuse; LC-MS/MS Methylecgonine,benzoylecgonine, nitrazepam, 7-amino, clonazepam, 7-amino, nitrazepam, 7-aceetamido, flunitrazepam, 7-amino, clonazepam, 7-aceetamido, morfine, MDA, amphetamine, morfine, 6-monoacetyl, MDMA, methylamfetamine, codeine, demoxepam, zopiclon, clobazam, desmethyl, MDEA, clobazam, chloordiazepoxide, desmethy;l, oxazepam, temazepam, chloordiazepoxide, diazepam, desmethyl, cocaine, diazepam, fluoxetine, nortriptyline, dextropropoxyfeen, methadone, amitriptyline, flunitrazepam, desmethy, bromazepam, nitrazepam, clonazepam, tramadol, O-desmethyl, flunitrazepam, triazolam, hydroxyl, alprazolam, hydroxyl, lorazepam, flurazepam, hydroxyethyl, zolpidem, triazolam, alprazolam, flurazepam, desalkyl, brotizolam, midazolam, hydroxyl, lormetazepam, tramadol, midazolam, lidocaine, citalopram, 9-carboxy-11-nor-delta-9-THC, paroxetine, fluvoxamine, 11-hydroxy-delta-9-THC, delta-9-THC	QOL-00885 in house method

[1] If there is a referral to a scope (Sxxx), this constitutes a scheme of an accepted scheme owner. The accepted version is mentioned on the concerning scope of the scheme owner.

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

No.	Material or product	Type of activity[1]	Internal reference number
6.	Blood and urine	Determination of Ethanol; GC-FID	QOL-01125 in house method intended for Article 8 of the Wegenverkeerswet
		FCO - Chemical Identification Investigation	
7.	Various materials, debris and liquids	Ignitable liquid analysis; GC-FID and GC-MS	260202 and 260206, QOL-00681, 00797 and 00798 in house method
8.	Fire residue, soil, sludge and waste	Identification of volatile organic components; headspace gas chromatography with mass spectrometry ethanol, methanol, ethanol, 2-propanol, 2-methyl-2-propanol, 1-propanol, 2-methyl-1-propanol, 1-butanol, Aldrich,2-butanol, Aldrich, 3-methyl-butanal, 3-methyl-1-Butanol, aceton, butanon,ethylisobutylketon, tetrahydrofuraan, methylacetaat, ethylacetaat, propylacetaat, n-butylacetaat, diëthylether, aceetaldehyde, benzylmethylketon, 1,1-diethoxyetaan, 1,2-ethaandiol, propyleencarbonaat, 2-methoxy-2-methylpropanol, broomethaan, dichloormethaan, 1,1-dichloorethaan, chloroform, tetrachloormethaan, 1,2-dichloorethaan, trichlooretheen, 1,1,2-trichloorethaan, tetrachlooretheen, chloorbenzeen, 1,1,2-trichloor-1,2,2-trifluoroethaan, trichloorfluormethaan, 4-broomfluorbenzeen, benzeen, tolueen, ethylbenzeen, m-xyleen, p-xyleen, o-xyleen, cumeen, n-propylbenzeen, 1-ethyltolueen, 2-ethyltolueen,3-ethyltolueen, 1,3,5-trimethylbenzeen, 1,2,4-trimethylbenzeen, 1,2,3-trimethylbenzeen, naftaleen, styreen, n-pentaan, 2-methylbutaan, n-hexaan, n-heptaan, n-octaan, n-nonaan, n-decaan, n-undecaan, n-dodecaan, n-tridecaan,n-tetradecaan, n-pentadecaan, n-hexadecaan, 2-propeennitril, pyridine, acetonitrile, dimethylformamide, nitromethaan, koolstofdisulfide	223211 in house method

Research and Development (O&O)
FCO – Chemical identification investigation

No.	Material or product	Type of activity	Method of analysis and/or techniques Internal reference no

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

No.	Material or product	Type of activity[1]	Internal reference number
9.	Solid and liquid samples	Analytical chemical investigation of (un)known chemicals and/or unknown material; gas chromatography, HPLC, ionchromatography and wet chemical techniques	QOL-00339 in house method
		FCO – Drugs	
10.	Powder, paste, impregnated material and concentrated solutions	Screening for anions	253602 in house method
11.	Powder, tablets and impregnated material	Qualitative analysis of LSD; thin layer chromatography and gas chromatography with mass spectrometry	250301 in house method
12.	Powders, liquids, paste, impregnated materials and tablets	Quantitative analysis of cocaine, heroin, amphetamine and MDMA; by GC-FID {had NFI weggehaald, maar method behoort er m.i. bij}	QOL-00714 in house method
13.	Plant material (suspected to be cannabis), cannabis resin slabs and/or parts of slabs and oily liquids suspected to be hashish oil	Identification of cannabis, cannabis resin and hashish oil; combination of external properties, microscopy and chemical analysis	QOL-01100 in house method
14.	Powders, liquids, paste, impregnated materials and tablets	Identification of common drugs; GC-MS: cocaïne, heroïne, MDMA, amfetamine, metamfetamine, 2C-B	QOL-00629 in house method
15.	Mushrooms	Qualitative analysis of psilocin and psilocybin; by GC/MS	250701 in house method
16.	Powder and (concentrated) water solutions	Qualitative analysis of the Na- and K-salt of GHB; FT-IR	250801 in house method
17.	Hashish, cannabis and cannabis oil	Quantification of THC; GC-FID	251501 in house method
18.	Tablets and powders	Determination of the MDMA-related organic impurity profile; GC-MS	QOL-00045 in house method
19.	Amphetamine powders	Determination of the amphetamine-related organic impurity profile; GC-MS	QOL-00238 in house method

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

No.	Material or product	Type of activity[1]	Internal reference number
20.	Cocaïne powders	Residual solvent analysis; HS-GC-MS	QOL-00707 in house method
21.	BMK oils	Determination of the organic impurity profile; GC-MS	QOL-01063 in house method
22.	PMK oils	Determination of the organic impurity profile; GC-MS	QOL-01114 in house method
		FCO - Explosives	
23.	Watery extracts	Qualitative analysis of anions and cations; ionchromatography	QOL-00863 in house method
24.	Methanol extracts	Qualitative analysis of organic components; LC-MS-MS: Nitramines: HMX, RDX CL-20 and Tetryl Nitraatesters: EGDN, DEGDN, NG and PETN Nitroaromates: TNB, Tetryl, TNT, 1,2-, 1,3- and 1,4-DNB, 2,4-, 2,6-, 3,4- and 3,5-DNT	QOL-00657 in house method
25.		Qualitative analysis of organic peroxides; LC-MS-MS: TATP and HMTD	QOL-00658 in house method
26.	Detonators and detonator fragments	Determination of detonators; visual inspection, resistance measuring and eventually testing	163003 in house method
		HBS (Human Biological Traces) [redacted]	
27.	Various materials	Searching for, securing of and (qualitative) analysis of biological traces as blood, saliva, semen, hair and other cell-material; visual inspection, microchemical, immunological and enzymatic testing	121104, 121203, 121204, 121205, 121215, 121301, 121305, 121307, QOL-00019, 00324, -00580, -00802, -00809 and -00828 in house method
28.	Hair	Description of and comparative analysis; low power microscopy	121303 and 121304 in house method

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

No.	Material or product	Type of activity[1]	Internal reference number
29.	Various materials	DNA isolation, quantification, amplification and typing of STR-systems and the XY amelogenine gene Including opinions and interpretations regarding comparison (forensic) DNA results on source level	122103, 122105, 122116, 122144, 122145, 122146, 122148, 122201, QOL-00017, -00021, -00023, -00024, -00025, -00026, -00029, -00232, -00503, -00504, -00505,-121209, -00678, -00711, -00742, -00793, -00794, -00808, -00934, -00957, -01066, -01070 and -01240 in house method
30.		Analysis, interpretation and reporting of biological paternity investigation and other biological familial relational investigation (kinship) using STR-systems and the XY amelogenine gene Sampling and identification excluded	QOL-00507, -122400 and -01015 in house method Analysis, interpretation and reporting in accordance with ISFG: Paternity testing commission of the International Society of Forensic Genetics 2002 and 2007 in accordance with Resolution DNA investigation paternity, Law gazette Kingdom of the Netherlands, 2008 417
31.	Various materials	Amplification and analysis of mitochondrial DNA; sequence analysis	QOL-00516 in house method
32.	Animal hair	Determination; microscopy	QOL-121302 in house method
33.	Various materials	Research for bloodstains, bloodstain identification, interpretation and selection (for further DNA analysis); microscopy and visual inspection	QOL-00344 in house method
34.		RNA isolation, cDNA synthesis, amplification, typing and interpretation of RNA profiles	QOL-01075 in house method

Research and Development (O&O)
HBS

No.	Material or product	Type of activity	Method of analysis and/or techniques Internal reference no

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

No.	Material or product	Type of activity[1]	Internal reference number
35.	Various materials	Research of (un)known human biological material; visual inspection, microscopy, quantification testing, qualitative testing, microchemical testing, enzymatic testing, immunological testing and molecular biological techniques	124101 in house method
		MSP (Micro traces)-Element analysis, Glass and Tape	
36.	Glass	Securing of glass; visual inspection followed by comparison of glass samples by measurement of thickness and refractive index	261007 and 261005 in house method
37.		Comparison analysis of elements; LA-ICP-MS	222104 in house method
38.	Solid material	Qualitative analysis of crystalline compounds; X-ray diffraction	260608 in house method
39.	Duct tape	Comparison analysis based on element composition measured; LA-ICP-MS	QOL-01062 in house method
40.	Duct tape backing material	Determination of the isotope ratios for carbon and hydrogen; Isotope Ratio Mass Spectrometry (IRMS) in relation to comparative investigations	QOL-01111 in house method

Research and Development (O&O)
MSP

No.	Material or product	Type of activity	Method of analysis and/or techniques Internal reference no
41.	Solid and liquid samples	Analytical chemical investigation of (un)known chemicals and/or unknown material; ICP-AES, LA-ICP-MS, AAS, XRF and IRMS for C and H	334108 in house method
42.	(Un)known materials	Biological investigation; visual inspection, microscopy, extraction and analysis of pollen and diatoms, extraction, amplification and analysis of DNA-markers through molecular biological techniques	QOL 334108 in house method

MSP- Paint, Fibres, and Textiles

[redacted]

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

No.	Material or product	Type of activity[1]	Internal reference number
43.	Paint	Comparison with microscopy infrared spectrometry, microspectrophotometry	260101 and 260114 in house method
~~44.~~	~~Various materials~~	~~Searching for fibres in sexual assault cases, robbery cases and in cases of murder or homicide; visual inspection~~	~~131000~~ ~~in house method~~
~~45.~~		~~Searching for damage in textiles in stabbing cases; visual inspection~~	~~132100~~ ~~in house method~~
46.	Fibres and textiles	Comparative analysis of textile fibres; optical microscopy and (UV-VIS and infrared) microspectroscopy	131000 and 131100 in house method
47.		Characterisation of textile fibres; optical microscopy and infrared microspectrometry	131200 in house method
48.		Investigation of damages and reconstructed damages in textiles; visual inspection and microscopy	132100 in house method
		MSP – Gunshot residues	
49.	Recovered material on stubs	Analysis of gunshot residues; electron microscopy and X-ray	152000 and 152016 and QOL-00931 in house method
50.	Clothing of suspects	Gunshot residue analysis; visual analysis, sampling and chemographical methods	150027, 152001, 152006, 152007, 152013, 152014 and 152016, QOL-00243, -00833 and -00931 in house method
51.	Clothing or pieces of skin of victims	Gunshot residue analysis; visual analysis, and chemographical methods	150027, 150501, 150502, 152006, 152007, 152008, 152009, 152013 and 152016, QOL-00243 and -00931 in house method
		MSP – Toolmarks [redacted]	
52.	Various materials such as metals	Comparison of toolmarks; visual inspection and microscopy	313101 - 313108 in house method
		MSP – Firearms & Ammunition [redacted]	

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

No.	Material or product	Type of activity[1]	Internal reference number
53.	Ammunition	Identification of bullets and cartridge cases; visual inspection and comparison microscopy (with received firearms)	141103 in house method
54.		Identification of bullets and cartridge cases; visual inspection and comparison microscopy (without received firearms)	141105 in house method
55.		Test firing of firearms in order to identify bullets and cartridge cases	141101 in house method
		MFO – Pathology	
56.	Corpse and/or body parts	Execution of a forensic section	190101, 190102, 190103, 192003, 192006, 192008, 194401 and 194402 in house method
57.	Tissue	Histological investigation (with amongst others colouring tests and muscle tests)	190203, 190213, 190233, 190240, 190309 and QOL-00392, -00887, -00888, -00889, -00890, -00891, -00892, -00893, -00894, -00895, -00896, -00897, -00898, -00946, -00947 and -00948 in house method
		DT&B (Digital Technology and Biometry) – Fingerprints	
58.	Non porous materials	Fingerprint development; -cyanoacrylate treatment -safranine- and basis yellow treatment after pre-treatment with cyanoacrylate -vacuum metal deposition -amidoblack treatment	184001,184002,184005, 184008 in house method
59.	Non porous materials (such as tape and labels)	Fingerprint development by; -cyanoacrylate treatment -methylviolet treatment -powder suspensions (waar is dit van afkomstig? M.a.w. is dit beoordeeld geweest in 2014?!?) [redacted] stelt op 13/5/15 van wel.	184001, 184007, QOL-01238 and -01138 in house method
60.	Porous materials (such as paper, cardboard and unpainted wood)	Fingerprint development; -indianedionezincchlorid treatment -ninhydrine treatment -physical developer treatment	QOL-00923, -184004 and -184006 in house method

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

No.	Material or product	Type of activity[1]	Internal reference number
61.	Porous and non-porous materials	Fingerprint comparison by visual inspection?!? Of benoemen van een andere techniek	QOL-01128 in house method
62.		Fingerprint photography and digital enhancement {is dit beoordeeld geweest in 2014?!?!}	QOL-01200 In house method
		DT&B – Handwriting and Documents [redacted]	
63.	Handwriting	Examination; visual inspection	231003 – 231007 in house method
64.	Documents	Detection of indented writing; electrostatic detection / ESDA-method	240501 in house method
65.	Documents and writing materials	Luminiscence research (examination of ink: VSC-2000, IRL)	240505 in house method
66.	Stamps and stamp impressions	Examination; microscopy	240502 in house method
67.	Paper	Detection of alterations in documents; (for example) microscopy	240508 in house method
68.	Documents and writing materials	Document examination; near infrared light=?? {kan hieraan nog iets worden toegevoegd, zodat het meer op een techniek lijkt? Microscopy of visual inspection bijvoorbeeld?}	240509 in house method
		DT&B – Digital Technology	
69.	Non-volatile memory chips installed in embedded devices	Removing memory chip and making a bit stream copy of an exhibit by?? {indien mogelijk, nog een type activiteit/techniek toevoegen}	QOL-00919 in house method
70.		Developing a procedure for removing a memory chip from a printed circuit board and making a bit stream copy using a reference device	QOL-00920 in house method

Project:	L146-C05.2-(2015)
Locatie:	Nederlands Forensisch Instituut (NE)
Datum(s) beoordeling:	26-5-2015, 10-6-2015, 3-8-2015, 4-8-2015

No.	Material or product	Type of activity[1]	Internal reference number
		Front Office NFI-forensic engineering	
		[redacted] via éérst een bijwoning in het veld – gevolgd door beoordeling afhandeling te NFI (juni c.q. aug)	
71.	Various waste materials and waste water	Sampling in forensic environmental cases	213007 in house method

New on the scope (extension)
Changes 2014; not really addressed during final check after end C05.1
Technical assessor

BEOORDELINGSPLAN

Instelling: Nederlands Forensisch Instituut
Project: L146-C05.2

RAAD VOOR ACCREDITATIE

Instelling:	**Nederlands Forensisch Instituut**
Project:	**L146-C05.2**
Locatie:	**'S-GRAVENHAGE**
Soort beoordeling:	**Controle**
Scope van accreditatie(s):	**Voorgestelde scope d.d. 13-05-2015**
Datum(s):	**10 juni, 3 en 4 augustus 2015**
Beoordelingsteam:	**[redacted] Teamleider** — **Afkorting** [redacted] **[redacted] Vakdeskundige** — [redacted] **[redacted], Vakdeskundige** — [redacted] **[redacted], Vakdeskundige** — [redacted] **[redacted], Vakdeskundige** — [redacted] **[redacted], Vakdeskundige** — [redacted] **[redacted], Vakdeskundige** — [redacted]

Accreditatie-vereisten:

- NEN-ISO 14065; Greenhouse gases - Requirements for greenhouse gas validation and verification bodies for use in accreditation or other forms of recognition *(2007)*
- NEN-EN-ISO 15189; Medical laboratories - Requirements for quality and competence *(2012)*
- ISO/IEC 17020; Conformity assessment - Requirements for the operation of various types of bodies performing inspection *(2012)*
- NEN-EN-ISO/IEC 17021; Conformiteitsbeoordeling - Eisen voor instellingen die audits en certificatie van managementsystemen uitvoeren *(2011)*
- NEN-EN-ISO/IEC 17024; Conformity assessment - General requirements for bodies operating certification of persons *(2012)*
- NEN-EN-ISO/IEC 17025; Algemene eisen voor de bekwaamheid van beproevings- en kalibratielaboratoria *(2005)*
- NEN-EN-ISO/IEC 17065; Conformity assessment - Requirements for bodies certifying products, processes and services *(2012)*
- NEN-EN-ISO/IEC 17043; Conformity Assessment – General requirements for proficiency testing *(2010)*
- ISO Guide 34; General requirements for the competence of reference material producers *(2009)*
- EMAS; Verordening EC 1221/2009 *(2009)* (in combinatie met NEN-EN-ISO/IEC 17021)
- De vereisten zoals vastgelegd in de van toepassing zijnde RvA beleidsregels, voorschriften en voorwaarden voor accreditatie

Interpretatie-document(en):

NEN-ISO 14065:

- EA-6/03; EA document for Recognition of Verifiers under EU ETS Directive *(2013)*
- IAF MD 6; Mandatory Document for the Application of ISO 14065:2007 *(2009/2014)*
- AVR Key Guidance note no. II.8; The Accreditation and Verification regulation – relation between the AVR and EN ISO 14065 *(2012)*

NEN-EN-ISO 15189:

- RvA-T018; Acceptabele herleidbaarheid *(2012)*
- RvA-T030; Interlaboratoriumvergelijkingen *(2014)*
- RvA-T031; Onderzoeks- en ontwikkelingswerk *(2010)*
- RvA-T038; Invoering van ISO 15189:2012 *(2013)*
- EA-4/02; Expression of the Uncertainty of Measurements in Calibration *(2013)*
- EA-4/17; Position paper on the description of scopes of accredited medical laboratories *(2008)*

NEN-EN-ISO/IEC 17020:

- ILAC-P15; Application of ISO/IEC 17020:2012 for the Accreditation of Inspection Bodies *(06/2014)*
- RvA-T018; Acceptabele herleidbaarheid *(2012)*
- RvA-T021; Accreditatie van monsterneming *(2005)*
- RvA-T035; Invoering van ISO-IEC 17020:2012 *(2013)*
- CEN/TS 15675; Air Quality - Measurements of stationary source emissions - Application of EN ISO/IEC 17025:2005 to periodic measurement *(2007)*

NEN-EN-ISO/IEC 17021:

- ISO-IEC/TS 17021-2; Conformity assessment — Requirements for bodies providing audit and certification of management systems Part 2: Competence requirements for auditing and certification of environmental management systems *(2012)*
- ISO-IEC/TS 17021-3; Conformity assessment - Requirements for bodies providing audit and certification of

management systems - Part 3: Competence requirements for auditing and certification of quality management systems *(2013)*
- RvA-T033; Beoordeling van Schema's voor Conformiteitsbeoordeling *(2014)*
- IAF MD 1; Mandatory Document for the Certification of Multiple Sites Based on Sampling *(2007)*
- IAF MD 2; Mandatory Document for Transfer of Accredited Certification of Management Systems *(2007)*
- IAF MD 3; Mandatory Document for Advanced Surveillance and Recertification Procedures (ASRP) *(2008)*
- IAF MD 4; Mandatory Document for the Use of Computer Assisted Auditing Techniques ("CAAT") for accredited Certification of Management Systems *(2008)*
- IAF MD 5; Mandatory Document for Duration of QMS and EMS audits *(2013)*
- IAF MD 9; Mandatory document for the application of ISO/IEC 17021 in Medical Device Quality Management Systems (ISO 13485) *(2011)*
- IAF MD 10; Mandatory document for the Assessment of Certification body Management of Competence in Accordance with ISO/IEC 17021 *(2013)*
- IAF MD 11; Mandatory Document for the application of ISO/IEC 17021 for audits of integrated management systems (IMS) *(2013)*
- IAF MD 12; Mandatory document for the Assessment of Certification Activities for Cross Frontier Accreditation *(2013)*
- IAF ID1; Informative Document for QMS Scopes of Accreditation *(2010)*
- EA-6/02; Guidelines on the Use of EN 45011 and ISO/IEC 17021 for Certification to EN ISO 3834 *(2013)*
- EA-7/04; Legal Compliance as a part of accredited ISO 14001:2004 certification *(2010)*
- ISO/TS 22003; Food safety management systems - Requirements for bodies providing audit and certification of food safety management systems *(2007/2014)*
- NEN-ISO/IEC 27006; Information technology - Security techniques - Requirements for bodies providing audit and certification of information security management systems *(2011)*

NEN-EN-ISO/IEC 17024:
- RvA-T033; Beoordeling van Schema's voor Conformiteitsbeoordeling *(2014)*
- RvA-T036; Invoering van ISO/IEC 17024:2012 *(2013)*

NEN-EN-ISO/IEC 17025:
- RvA-T001; Toepassing van de begrippen 'eigen methode', 'conform' en 'gelijkwaardig aan' *(2009)*
- RvA-T002; Toelichtend document microbiologie *(2010)*
- RvA-T015; Toelichting op ISO/IEC 17025:2005 *(2010)*
- RvA-T016; Meetonzekerheid en kwaliteitsborging Civieltechnische testlaboratoria *(2011)*
- RvA-T018; Acceptabele herleidbaarheid *(2012)*
- RvA-T021; Accreditatie van monsterneming *(2005)*
- RvA-T022; Eerstelijnscontrole *(2010)*
- RvA-T025; Scope van testlaboratoria *(2006)*
- RvA-T030; Interlaboratorium Vergelijkingen *(2014)*
- RvA-T031; Onderzoeks- en ontwikkelingswerk *(2010)*
- RvA-T039; Toelichtend document Hydrobiologie *(2014)*
- RvA-Tk2.27; De sterkte van het zwaarteveld in Nederland *(2004)*
- EA-4/02; Expression of the Uncertainty of Measurements in Calibration *(2013)*
- ILAC P9; ILAC Policy for Participation in Proficiency Testing Activities *(2010)*
- ILAC P10; ILAC Policy on Traceability of Measurement Results *(2013)*
- ILAC P14:01/2013 ILAC Policy for Uncertainty in Calibration *(2013)*
- CEN/TS 15675; Air Quality - Measurements of stationary source emissions - Application of EN-ISO/IEC 17025:2005 to periodic measurement *(2007)*

NEN-EN-ISO/IEC 17065:
- RvA-T033; Beoordeling van Schema's voor Conformiteitsbeoordeling *(2014)*
- RvA-T037; Invoering van ISO/IEC 17065:2012 *(2013)*
- IAF MD 12; Mandatory document for the Assessment of Certification Activities for Cross Frontier Accreditation *(2013)*
- EA-6/02; Guidelines on the Use of EN 45011 and ISO/IEC 17021 for Certification to EN ISO 3834 *(2013)*
- EA-6/04; Guidelines on the Accreditation of Certification of Primary Sector Products by Means of Sampling of Sites *(2011)*

ISO Guide 34:
- RvA-T034; Accreditation of Reference Material Producers *(2013)*
- ISO Guide 30; Terms and definitions used in connection with reference materials *(1992)*
- ISO Guide 31; Reference materials-Contents of certificates and labels *(2000)*
- ISO Guide 35; Reference materials- General and statistical principles for certification *(2006)*
- ISO 10012; Managementsystemen voor metingen - Eisen voor meetprocessen en meetapparatuur *(2003)*
- VIM Third Edition; International Vocabulary of Metrology - Basic and General Concepts and Associated Terms *(2012)*
- GUM; Guide to the expression of uncertainty in measurement *(2008)*

EMAS (in combinatie met NEN-EN-ISO/IEC 17021):
- IAF MD 10; Mandatory document for the Assessment of Certification body Management of Competence in

BEOORDELINGSPLAN (versie 2; wijzigingen zijn geel gemarkeerd)

Instelling: Nederlands Forensisch Instituut
Project: L146-C05.2

Instelling:	**Nederlands Forensisch Instituut**
Project:	**L146-C05.2**
Locatie:	**DEN HAAG**
Soort beoordeling:	**Controle**
Scope van accreditatie(s):	**Voorgestelde scope d.d. 13-05-2015**
Datum(s):	**26 mei, 10 juni, 3 en 4 augustus 2015**
Beoordelingsteam:	
Accreditatie-vereisten:	• NEN-EN-ISO/IEC 17025; Algemene eisen voor de bekwaamheid van beproevings- en kalibratielaboratoria *(2005)* • De vereisten zoals vastgelegd in de van toepassing zijnde RvA beleidsregels, voorschriften en voorwaarden voor accreditatie
Interpretatie-document(en):	• RvA-T001; Toepassing van de begrippen 'eigen methode', 'conform' en 'gelijkwaardig aan' *(2015)* • RvA-T015; Toelichting op ISO/IEC 17025:2005 *(2015)* • RvA-T018; Acceptabele herleidbaarheid *(2012)* • RvA-T021; Accreditatie van monsterneming *(2015)* • RvA-T022; Eerstelijnscontrole *(2010)* • RvA-T025; Scope van testlaboratoria *(2006)* • RvA-T030; Interlaboratorium Vergelijkingen *(2014)* • RvA-T031; Onderzoeks- en ontwikkelingswerk *(2010)* • EA-4/02; Expression of the Uncertainty of Measurements in Calibration *(2013)* • ILAC P9; ILAC Policy for Participation in Proficiency Testing Activities *(2014)* • ILAC P10; ILAC Policy on Traceability of Measurement Results *(2013)* • ILAC P14:01/2013 ILAC Policy for Uncertainty in Calibration *(2013)* • ILAC G19; ILAC Guidelines for Forensic Science Laboratories *(2014)*
Bijzonderheden:	De instelling wordt vriendelijk verzocht een geschikte ruimte aan het team ter beschikking te stellen voor teamoverleg.

Algehele planning

Datum	Activiteit	Teamlid
26-05-2015	**Bijwoning en kantooronderzoek** (dagplanning wordt in onderling overleg afgestemd)	
26-05-2015	**Kantooronderzoek en bijwoning laboratoriumonderzoeken**	
10-06-2015	**Kantooronderzoek en bijwoning laboratoriumonderzoeken**	
03-08-2015	**Kantooronderzoek en bijwoning laboratoriumonderzoeken**	
04-08-2015	**Kantooronderzoek en bijwoning laboratoriumonderzoeken**	

BEOORDELINGSPLAN (versie 2; wijzigingen zijn geel gemarkeerd)

Instelling: **Nederlands Forensisch Instituut**

Project: **L146-C05.2**

Dagplanning		
26-05-2015; kantooronderzoek en bijwoning laboratoriumonderzoeken te Den Haag		
Start	**Onderwerp**	**Teamlid**
9:00	Korte openingsbijeenkomst met management instelling *introductie, werkwijze, vaststellen scope, vaststellen dagprogramma*	
9:15	Beoordeling uitvoering verrichtingen uit de scope van accreditatie *o.a. werkvoorschriften, uitvoering testen, bevoegdheidsverklaringen, kwaliteitscontroles (w.o. ringonderzoeken), apparatuur/hulpmiddelen (w.o. kalibraties en herleidbaarheid) en rapportage*	
12:30	Werklunch (verwerking bevindingen) *(Het beoordelingsteam zou het zeer op prijs stellen indien u zorg kunt dragen voor een eenvoudige lunch.)*	
13:15	Beoordeling uitvoering verrichtingen uit de scope van accreditatie; vervolg op ochtendprogramma	
16:00	Verwerking bevindingen en eventueel telefonisch overleg met de RvA-teamleider	
16:30	Terugkoppeling bevindingen onderzoeksdag	
17:00	Einde onderzoeksdag	

Dagplanning		
10-06-2015; kantooronderzoek en bijwoning laboratoriumonderzoeken te Den Haag		
Start	**Onderwerp**	**Teamlid**
9:00	Openingsbijeenkomst met management instelling *introductie, werkwijze, vaststellen scope, vaststellen dagprogramma*	
9:30	Beoordeling uitvoering verrichtingen uit de scope van accreditatie *o.a. werkvoorschriften, uitvoering testen, bevoegdheidsverklaringen, kwaliteitscontroles (w.o. ringonderzoeken), apparatuur/hulpmiddelen (w.o. kalibraties en herleidbaarheid) en rapportage*	
9:30	Behandeling deel A	
9:45	Beoordeling managementsysteem en algemene laboratoriumprocessen	
12:30	Lunch (met intern overleg beoordelingsteam en verwerking bevindingen) *(Het beoordelingsteam zou het zeer op prijs stellen indien u zorg kunt dragen voor een eenvoudige lunch.)* Indien mevr. Wijnker afwijkingen heeft vastgesteld zal er in onderling overleg een moment gekozen worden om die afwijkingen formeel terug te koppelen.	
13:30	Vervolg op ochtendprogramma	
13:30	Dossieronderzoek en beoordeling van de uitwerking van de eerder bijgewoonde monstername	
16:00	Verwerking bevindingen en intern overleg RvA-beoordelingsteam	
16:30	Terugkoppeling bevindingen onderzoeksdag	
17:00	Einde onderzoeksdag	

Dagplanning		
03-08-2015; kantooronderzoek en bijwoning laboratoriumonderzoeken te Den Haag		
Start	**Onderwerp**	**Teamlid**
9:00	Korte openingsbijeenkomst met management instelling *introductie, werkwijze, vaststellen scope, vaststellen dagprogramma*	
9:15	Beoordeling uitvoering verrichtingen uit de scope van accreditatie *o.a. werkvoorschriften, uitvoering testen, bevoegdheidsverklaringen, kwaliteitscontroles (w.o. ringonderzoeken), apparatuur/hulpmiddelen (w.o. kalibraties en herleidbaarheid) en rapportage*	
9:15	Beoordeling managementsysteem en algemene laboratoriumprocessen	
12:30	Lunch (met intern overleg beoordelingsteam en verwerking bevindingen) *(Het beoordelingsteam zou het zeer op prijs stellen indien u zorg kunt dragen voor een eenvoudige lunch.)*	
13:30	Vervolg op ochtendprogramma	
16:00	Verwerking bevindingen en intern overleg RvA-beoordelingsteam	
16:30	Terugkoppeling bevindingen onderzoeksdag	
17:00	Einde onderzoeksdag	

BEOORDELINGSPLAN (versie 2; wijzigingen zijn geel gemarkeerd)

RAAD VOOR ACCREDITATIE

Instelling: **Nederlands Forensisch Instituut**

Project: **L146-C05.2**

Dagplanning		
04-08-2015; kantooronderzoek en bijwoning laboratoriumonderzoeken te Den Haag		
Start	**Onderwerp**	**Teamlid**
9:00	Korte openingsbijeenkomst met management instelling *introductie, werkwijze, vaststellen scope, vaststellen dagprogramma*	
9:15	Beoordeling uitvoering verrichtingen uit de scope van accreditatie *o.a. werkvoorschriften, uitvoering testen, bevoegdheidsverklaringen, kwaliteitscontroles (w.o. ringonderzoeken), apparatuur/hulpmiddelen (w.o. kalibraties en herleidbaarheid) en rapportage*	
9:15	Beoordeling managementsysteem en algemene laboratoriumprocessen	
12:30	Lunch (met intern overleg beoordelingsteam en verwerking bevindingen) *(Het beoordelingsteam zou het zeer op prijs stellen indien u zorg kunt dragen voor een eenvoudige lunch.)*	
13:30	Vervolg op ochtendprogramma	
15:45	Verwerking bevindingen en intern overleg RvA-beoordelingsteam	
16:30	Afsluitende bijeenkomst met management instelling (en gesprekspartners en eventuele andere belangstellenden) – mondelinge toelichting op de bevindingen van het RvA-controleonderzoek – vervolgafspraken naar aanleiding van eventuele afwijkingen	
17:00	Einde onderzoek	

De hiervoor genoemde tijden zijn streeftijden; daar kan vanzelfsprekend in onderling overleg van afgeweken worden.