

Toelichting bij de eisen te stellen aan de ouderdom van een VOG

Datum: 29 juli 2022

Inleiding:

Tijdens de audits blijkt regelmatig dat er onduidelijkheid bestaat over de eisen die gesteld worden aan de ouderdom van de Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG). Hiervoor is eerder op 23 februari 2022 een toelichting verspreid. Naar aanleiding van vragen over deze toelichting is nader onderzoek uitgevoerd.

Wat wordt vereist:

De Jeugdwet vereist daar waar het de VOG betreft het volgende:

Artikel 4.1.6

Lid 1 - stelt dat wanneer de betrokkene voor de gecertificeerde instelling gaat werken der een VOG overlegt moet worden dus vereist is die niet eerder mag zijn afgegeven dan drie maanden voor de aanvang van de werkzaamheden.

Aanvullend onderzoek, onder andere door de IGJ, heeft uitgewezen dat voor medewerkers van de GI's geen wettelijk vereiste is om iedere drie jaar, vijf jaar of andere periode een nieuwe VOG te overleggen.

Of de GI van de jeugdbeschermers een met zekere regelmaat hernieuwde VOG kan overleggen is daarmee geen aandachtspunt tijdens de audits uitgevoerd onder het normenkader JBJR.

Het voorgaande laat onverlet dat vanuit andere gremia, bijvoorbeeld het SKJ, wel aanvullende eisen met betrekking tot (de ouderdom van) een VOG van een jeugdbeschermer gesteld kunnen worden. Of aan dergelijke eisen al dan niet wordt voldaan is dan nog steeds geen aandachtspunt tijdens de audits uitgevoerd onder het normenkader JBJR.

De eerder gepubliceerde 'Toelichting bij de eisen te stellen aan de ouderdom van een VOG' dd 23 februari 2022 komt hiermee te vervallen.

Implementatie

Deze toelichting is gecommuniceerd met:

- College van Belanghebbenden JB/JR;
- Schemaeigenaar min J&V;
- JBJR Gecertificeerde Instellingen;
- de auditoren.

Deze toelichting is per direct vanaf de eerst volgend audit van toepassing.

Toelichting bij de termijnen voor het oplossen van gevonden (kritische) afwijkingen

Datum: 23 februari 2022

Inleiding:

Indien er sprake is van gevonden afwijkingen zijn er voor afwikkeling daarvan termijnen van toepassing. Kritische afwijkingen dienen in dit kader binnen 3 maanden te zijn opgelost. In al de jaren dat Keurmerkinstituut managementsysteem certificatie uitvoert is dit oplossen binnen 3 maanden zo geïnterpreteerd dat er gevallen kunnen zijn dat een maatregel een langere oplostermijn vereist. Mits er voldoende voortgang was bij de implementatie van de maatregelen, kon de kritische afwijking worden afgetekend en werd die definitief op volledige implementatie en effectiviteit getoetst met de volgende audit

Keurmerkinstituut is recentelijk door de RvA er op geattendeerd dat een dergelijke interpretatie in geval van een herbeoordeling niet is toegestaan. Alvorens tot her-certificatie, de afgifte van een nieuw certificaat, wordt overgegaan, dient de afwijking volledig te zijn weggewerkt en dient dit door Keurmerkinstituut te zijn geverifieerd op implementatie en effectiviteit.

Wat is daarmee vanaf heden de werkwijze:

Indien afwijkingen zijn vastgesteld,

- stelt het Keurmerkinstituut de aanvrager in de gelegenheid om binnen een termijn van 4 weken een plan voor het nemen van correctieve en corrigerende maatregelen in te dienen. Het plan moet erin voorzien dat de afwijkingen en hun gevolgen binnen een termijn van 3 maanden zijn hersteld. Het Keurmerkinstituut kan de hersteltermijn verlengen of verkorten als de aard van de afwijkingen dit rechtvaardigt.
- Keurmerkinstituut zal omstreeks drie maanden na het vaststellen van de afwijkingen een vervolfbeoordeling op locatie uitvoeren waarbij
 - De verificatie van de effectieve implementatie en doeltreffendheid van corrigerende maatregelen van **niet-kritische afwijkingen** tot de eerst volgende audit **kan** worden uitgesteld.
 - Bij **kritische afwijkingen** wordt het bewijs van effectieve implementatie en doeltreffendheid van corrigerende maatregelen altijd binnen die 3 maanden tijdens een verificatie onderzoek beoordeeld. Bij herbeoordelingen moet deze verificatie echter wel vóór de vervaldatum van de certificatie zijn uitgevoerd én met positief resultaat zijn afgesloten. Anders kan de geldigheid van het certificaat niet tijdig worden verlengd.

Dit laatste kan grote consequenties hebben. Indien één en ander niet vóór de verloopdatum van het certificaat met goed resultaat is afgesloten, kan de geldigheid van het certificaat niet tijdig worden verlengd en heeft de GI geen regulier certificaat meer. Er zal dan een tijdelijk certificaat moeten worden afgegeven. Dit kan, mits er voldoende uitzicht is op alsnog oplossen van de afwijking, in de vorm van een overbruggingscertificaat met een geldigheidsduur van 4 maanden. Dit certificaat kan één keer worden verlengd. Na ongeveer 4 maanden zal een volledige extra audit moeten plaatsvinden om weer tot reguliere certificering te komen.

Is er sprake van een controle audit, dan is er nog enige maar wel beperkte ruimte om de hersteltermijn te verlengen alvorens tot verificatie over te gaan. Echter, met een herbeoordeling en de daarbij noodzakelijke verlenging van een certificaat is die ruimte er dus niet meer.

Toelichting: het voorgaande is niet een specifieke eis in het normenkader, maar betreft een gevolg van de eisen zoals gesteld in de norm ISO/IEC 17021, de accreditatienorm die als uitgangspunt heeft gediend voor het normenkader.

Implementatie

Deze toelichting is gecommuniceerd met:

- College van Belanghebbenden JB/JR;
- Schemaeigenaar min J&V;
- de gedelegeerd schemabeheerder CCV;
- JBJR Gecertificeerde Instellingen;
- de auditoren.

Deze toelichting is per direct vanaf de eerst volgend audit van toepassing.

Bijlage: zie [BR 02 Beleidsregel systeemcertificatie v3](#) - te downloaden van www.keurmerk.nl

Toelichting bij de wijze van beoordeling van de '5 dagen contact termijn' onder het Certificatieschema voor toetsing van het kwaliteitsmanagementsysteem van uitvoerende organisaties voor Jeugdbescherming en Jeugdreclassering versie 2.0

Datum: 23 februari 2022

Inleiding:

De wet stelt dat er binnen 5 dagen nadat de voogdij aan de Gecertificeerde Instelling is opgedragen een eerste contact met de minderjarige en ouders plaats moet vinden. In de norm staat dat er dit aangaande een actuele registratie dient te zijn. Voor GI's is niet altijd duidelijk wat de consequenties zijn als ze die 5-dagen norm niet altijd realiseren en dit tijdens een audit wordt signaleerd. Is alleen de norm van toepassing, of speelt de wet hierbij ook nog een rol?

Wat wordt vereist:

De norm eist het volgende:

Bij de operationele eisen en indicatoren genoemd onder normelement D.5.4 staat vermeld:
De organisatie houdt een actuele registratie bij van de volgende indicatoren:

-
- *% van de contactregistraties in het cliëntendossier waarin het eerste face-to-face-contact met jeugdige binnen vijf dagen na aanmelding heeft plaatsgevonden.*
-

De Jeugdwet luidt als volgt:

Artikel 4.2.1:

1. *Binnen vijf werkdagen nadat de voogdij aan de gecertificeerde instelling is opgedragen en zij hiervan in kennis is gesteld, wijst de gecertificeerde instelling een voogdijwerker aan en vindt het eerste contact plaats tussen de voogdijwerker en de minderjarige en zijn ouders.*
2.

Dezelfde termijn wordt tevens vermeld in de artikelen 4.2.2 en 4.2.3 voor een onder toezichtstelling respectievelijk een jeugdreclasseringsmaatregel.

De norm vereist louter registratie, de wet echter realisatie van die 5 dagen termijn. De GI voldoet alleen aan de norm als ook aan de wet kan worden voldaan, in die zin dat het managementsysteem het vermogen moet hebben om aan de toepasselijke eisen (waaronder ook wetgeving) en verwachte resultaten te voldoen (zie artikel 9.4.8.3 van de ISO 17021-1). De GI moet 'in control' zijn, wat betekent dat wanneer niet aan de 5 dagen termijn wordt voldaan er een degelijke oorzaakanalyse met bijbehorend actieplan op systeem niveau (dus niet op casus niveau) dient te liggen om alsnog in voldoende mate aan die eis te gaan voldoen.

Interpretatie en wijze van beoordeling

Uitgangspunt van de wetgever is dat een dergelijke eis zoals hiervoor wordt genoemd in de wet is opgenomen opdat er in het belang van het kind snel wordt gehandeld, de veiligheid en het welzijn van het kind wordt gewaarborgd.

Er moet echter worden erkend dat deze 5 dagen termijn vanwege verklaarbare redenen niet altijd kan worden gerealiseerd (bijvoorbeeld als een kind en/of diens ouders zoek zijn) of omdat veiligheid en welzijn al wel zijn gewaarborgd (bijvoorbeeld indien alvorens tot dwang is overgegaan er een drang-traject liep en daarin veiligheid en welzijn al gewaarborgd zijn waarbij een gesprek binnen 5 dgn daarmee niet noodzakelijk is of soms zelfs schadelijk kan zijn).

Aanvullend moet opgemerkt worden dat de norm alleen van toepassing is op 'dwang'-trajecten.

Gezien het voorgaande, vindt tijdens de audit op dit punt toetsing als volgt plaats:

1. De instelling dient goed te monitoren en te registreren in hoeverre binnen 5 dgn na de uitspraak van de rechter er face to face contact met de cliënt is. Dit dient voor drangtrajecten separaat beschikbaar te zijn (dus niet drang en dwang gesommeerd);
2. Indien de 5 dgn niet wordt gerealiseerd, zal per case waarbij dit het geval is de veiligheid van de cliënt aantoonbaar geregeld cq gewaarborgd moeten zijn;
3. Wanneer de 5 dgn niet wordt gerealiseerd, dient er tevens een oorzaakanalyse te zijn uitgevoerd waarom die 5 dgn termijn niet wordt gerealiseerd en moet er een plan zijn hoe dit probleem op te lossen opdat die 5 dgn termijn wel in voldoende mate gerealiseerd gaat worden.

Indien de 5 dgn niet wordt gerealiseerd én niet aan de hiervoor genoemde voorwaarden wordt voldaan is er sprake van een afwijking. Afhankelijk van de ernst, het risico voor de cliënt (te bepalen door de auditor), is dit een kritische afwijking of een niet-kritische afwijking.

Implementatie

Deze toelichting is gecommuniceerd met:

- College van Belanghebbenden JB/JR;
- Schemaeigenaar min J&V;
- de gedelegeerd schemabeheerder CCV;
- JBJR Gecertificeerde Instellingen;
- de auditoren .

Deze toelichting is per direct vanaf de eerst volgend audit van toepassing.

Toelichting met betrekking tot de inzet van stagiaires

Datum: 23 februari 2022

Inleiding:

Zeker gezien de situatie op de arbeidsmarkt is er bij veel GI's sprake van een grote werkdruk en noodzaak om alle beschikbare handen in te kunnen zetten. Soms wordt dan ook gevraagd in hoeverre de inzet van stagiaires mogelijk is. Stagiaires moeten het vak leren, dat is belangrijk, maar dit zal binnen de mogelijkheden van de norm plaats moeten vinden.

Wat stelt de norm:

Met betrekking tot de inzet van professionals, en daarmee ook stagiaires, is de norm duidelijk. Meerdere normelementen zijn hierbij van belang:

Normelement B.1.1.

Vereist dat de organisatie werkt met in het kwaliteitsregister Jeugd geregistreerde jeugdprofessionals of aannemelijk maakt dat werktoedeling aan anderen niet leidt tot kwaliteitsverlies dan wel dat het noodzakelijk is anderen dat werk toe te delen (comply of explain).

Normelement B.2.2

Vereist dat de organisatie professionals inzet die beschikken over de vastgestelde relevante competenties - is hierbij van belang,

Relevant is hiermee of een stagiaire de vereiste competenties heeft? In principe is dat niet het geval, want anders was het niet meer een stagiaire!!!

Interpretatie

Gezien het voorgaande is het volgende van toepassing:

- Een stagiair is iemand die in het kader van zijn of haar opleiding of inwerkperiode ervaring komt opdoen op de werkvloer. Zelfstandig handelen van stagiaires, met name in geval van cliëntcontact zonder directe supervisie (fysieke aanwezigheid) van een gekwalificeerde professional, staat de norm dus niet toe.
- Stagiaires mogen dan ook geen caseload hebben. Caseload betekent (eind)verantwoordelijkheid en/of zelfstandig handelen en dat mag niet.
- Verhoging van een caseload van een gekwalificeerde professional omdat die een stagiaire begeleidt is daarmee ook maar zeer beperkt mogelijk – het noodzakelijke persoonlijke contact kan hij/zij niet uitbesteden/delegeren naar die stagiaire (uitwerken van rapportages, administratie, etc wel natuurlijk).

Wanneer hieraan niet wordt voldaan is er sprake van een (al dan niet kritische) afwijking.

Implementatie

Deze toelichting is gecommuniceerd met:

- College van Belanghebbenden JB/JR;
- Schemaeigenaar min J&V;
- de gedelegeerd schemabeheerder CCV;
- JBJR Gecertificeerde Instellingen;
- de auditoren.

Deze toelichting is per direct vanaf de eerst volgend audit van toepassing.

Toelichting bij de interpretatie van het norm-element D.6.1 Certificatieschema voor toetsing van het kwaliteitsmanagementsysteem van uitvoerende organisaties voor Jeugdbescherming en Jeugdreclassering versie 2.0

Datum: 23 maart 2019

Inleiding

De Raad voor Accreditatie, toezichthouder bij de certificatie van JB/JR organisaties, heeft geconstateerd dat de interpretatie voor de beoordeling van norm D6.1. uit Certificatieschema voor JB/JR nadere toelichting behoeft.

Deze toelichting op de interpretatie betreft met name de interne audits en de directiebeoordelingen op het managementsysteem (normelement D 6.1).

Normelement D 6.1 luidt als volgt

Onderwerp:

De organisatie evalueert en verbetert periodiek de werkzaamheid van haar processen en de resultaten die geleverd worden.

Eisen

- De organisatie stelt een systematiek, inclusief de evaluatiemethoden, vast voor het periodiek evalueren van de werkzaamheid van haar processen.
- De organisatie zorgt dat de resultaten van deze evaluaties leiden tot inzicht in de werkzaamheid van haar processen en neemt indien nodig maatregelen ter verbetering van beleid en/of processen en/of procedures.
- De organisatie evalueert regelmatig haar verbetercyclus en stelt indien nodig bij.

Operationele eisen en indicatoren

Minimaal is er sprake van:

- risico-evaluaties
- **interne audits**
- **directie-beoordelingen op het management-systeem**
- beoordelingen in het kader van de planning & control-cyclus.

Daarnaast maakt de organisatie voor het evalueren van de werkzaamheid van processen en resultaten bewuste en passende keuzes uit de volgende evaluatiemethoden:

- zelfevaluatie op professionals, methodieken, organisatie, ketensamenwerking
- peer reviews
- klanttevredenheids- en ervaringsmetingen
- medewerker-tevredenheid-metingen

en neemt deze keuzes op in haar systematiek van verbeteren.

Wijze van beoordeling

Er worden (naast risico-evaluaties, interne audits, directiebeoordelingen en beoordelingen in het kader van de planning & control-cyclus) ook minimaal twee andere vormen van evaluaties aantoonbaar en met regelmaat toegepast.

Uit registraties en gesprekken met professionals en management blijkt dat de uitkomsten worden gebruikt om verbetermogelijkheden te benoemen en verbeteringen te realiseren.

Toelichting op de interpretatie

De JBJR norm wordt ge-audit onder accreditatie, waarmee algemene eisen met betrekking tot bv interne audits en de directiebeoordeling ook van toepassing zijn voor de JBJR norm. Dit geldt overigens ook indien dat niet in het normenkader als zodanig specifiek wordt genoemd.

Teneinde ook aan de eisen zoals gesteld vanuit de accreditatie te voldoen, wordt per direct op de volgende toelichting op de interpretatie getoetst.

Interne audits

- De organisatie voert interne audits uit. Het doel van de interne audits is onderzoeken of:
 - de organisatie aan de eisen uit het certificatieschema JB/JR én aan de eigen eisen (zoals de vastgestelde werkwijzen) voldoet
 - het managementsysteem doeltreffend geïmplementeerd is en onderhouden wordt
 - en waar verbetermogelijkheden liggen.

De gekozen auditmethodiek moet passend zijn voor deze doelen.

- Bij interne audits mag men niet het eigen werk beoordelen.
- Beoordeling en evaluatie van individuele gevallen kan onderdeel van de systematiek zijn, maar deze dienen als input voor een evaluatie op minimaal procesniveau. Op basis hiervan kunnen structurele corrigerende en preventieve maatregelen worden genomen.

Directiebeoordeling

- De organisatie dient directiebeoordelingen op het managementsysteem uit te voeren. Het doel van deze beoordeling is dat de directie van de organisatie een uitspraak doet over de mate waarop het kwaliteitsmanagementsysteem
 - geïmplementeerd is,
 - geschikt is voor het realiseren van haar doelstellingen
 - en in lijn is met de strategie van de organisatie.

De uitkomsten worden gebruikt om verbetermogelijkheden te benoemen en verbeteringen te realiseren.

- De organisatie dient hiervoor een werkwijze te hebben waarin minimaal is aangegeven
 - met welke frequentie de directiebeoordeling wordt uitgevoerd
 - wat de input is; De minimale input is de resultaten van de evaluaties genoemd in de norm (C.2.1 en C.2.2, D.6.1, E.4.1)
 - en wat de output is; De output bestaat minimaal uit (smart) maatregelen ter verbetering van beleid en/of processen en/of procedures.Tevens dient gemonitord te worden dat deze maatregelen daadwerkelijk tot het gewenste resultaat leiden.
- De directie dient afsluitend een uitspraak te doen over doeltreffendheid van het (kwaliteitsmanagement)systeem met betrekking tot de realisatie van haar doelstellingen en de voortdurende operationele beheersing.

Implementatie

Deze nadere toelichting op de interpretatie is gecommuniceerd met:

- College van Belanghebbenden JB/JR
- Schemaeigenaar min J&V
- de gedelegeerd schemabeheerder CCV
- JBJR Gecertificeerde Instellingen
- de auditoren

Deze nadere toelichting op de interpretatie wordt per direct vanaf de eerst volgend audit op implementatie door de gecertificeerde instelling getoetst.

Indien de organisatie niet voldoet, wordt minimaal een niet-kritisch feit uitgeschreven. De afhandeling en termijnen voor afhandeling van feiten zijn ongewijzigd.