Keurmerkinstituut

Rapport Audit jeugdbescherming/jeugdreclassering

Opdrachtgever
Stichting Jeugdbescherming Noord
t.a.v. 5.1.2e
Postbus 1203
9701 BE GRONINGEN

Omschrijving
Stichting Jeugdbescherming Noord is een houdsterstichting met de werkstichtingen Groningen en Drenthe. Beide werkstichtingen voeren jeugdbescherming en jeugdreclassering uit vanuit 2 locaties (Groningen en Assen); bedrijfsvoering en directie zijn ondergebracht in de houdsterstichting. Het totaal aantal fte's is ca. 143,37

Toetsing
Controle 1

Toetsing aan
Certificatieschema jb/jr 2.0 (2017)

Toepassingsgebied / scope
jeugdbescherming en jeugdreclassering

5.1.2e

Team
5.1.2e

Dit rapport is eigendom van het Keurmerkinstituut. Het bevat geen beslissing over goedkeuring/ erkenning/certificatie. Het rapport mag alleen in zijn geheel worden geopenbaard. Voor gedeeltelijke openbaarmaking is voorafgaande schriftelijke toestemming van het Keurmerkinstituut vereist.
This report is the property of Keurmerkinstituut. It does not include any decision on approval/ recognition/certification. Publication of the entire report is allowed. Partial publication is only allowed after written permission by Keurmerkinstituut.

§ A Inleiding doel en opzet van de audit

Keurmerkinstituut

§ B Bevindingen
§ B-A Doelstelling van de organisatie
§ B-B Professionals
§ B-C Methoden
§ B-D Organisatie
§ B-E Ketensamenwerking
§ C Opmerkingen
§ D Eindconclusie en certificatieadvies

§A Inleiding doel en opzet van de audit

Dit rapport geldt voor de totale driejarige certificatieperiode. Tussentijds wordt dit rapport bij de controles aangevuld. De eventueel geconstateerde feiten (afwijkingen) van de betreffende toetsing zijn te vinden aan het einde van deze rapportage.

Op 29 en 30 maart 2023 is het kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) van Stichting Jeugdbescherming Noord en Veilig Thuis Groningen getoetst aan Certificatieschema jb/jr 2.0 (2017).

De organisatie telt twee locaties in Groningen en Drenthe (Assen); tijdens de audit zijn beide locaties bezocht.

Het doel van de audit is om na te gaan of het managementsysteem voldoet aan de norm, geschikt is voor implementatie van wet- en regelgeving en contractuele eisen, en effectief is in de realisatie van de organisatiedoelen. Ook is nagegaan of onderzoeken en rapporten van toezichthoudende instanties adequaat worden opgevolgd.

Vanuit de vorige periode is gebleken dat het KMS van de organisatie nog verbetering behoeft. Het (te) lage tempo waarin men tot verbetering komt is een terugkerend patroon geweest gedurende de voorgaande periode. Bij het maken van verbeterplannen wordt over het algemeen een tijdspad aangegeven maar dit wordt vaak niet gehaald en is ook met grote regelmaat onvoldoende bekend bij medewerkers. In voorgaande periodes heeft onder andere dit punt geleid tot diverse kritische feiten en daarop volgende verificatie audits en zelfs in een enkel geval een extra controle daarop. De organisatie is zich hierdoor zeer bewust geworden van de consequenties en risico's die het niet adequaat implementeren van verbetermaatregelen met zich meebrengen, inclusief het risico van het verliezen van het certificaat. Tijdens de voorgaande periode zijn alle regels en termijnen voortvloeiend uit de (verplichte) certificering voor JB/JR aan de orde geweest en uitgelegd aan de organisatie.

Herbeoordeling 2023:

Tijdens de herbeoordelingsaudit 2023 is het managementsysteem getoetst bij de primaire processen jeugdbescherming en jeugdreclassering, en bij de ondersteunende processen HRM, ICT, faciliteit, beleid en kwaliteit.

De bereikbaarheid van de organisatie buiten kantoortijden is getoetst. De organisatie is goed bereikbaar in het geval van crisis situaties en kan op die momenten voldoende deskundigheid leveren middels medewerkers die toegang hebben tot de dossiers. De website biedt heldere en goed vindbare informatie over de bereikbaarheid van de organisatie.

Verder zijn getoetst de actualiteit van het toepassingsgebied (scope) en eventuele uitsluitingen, het correcte gebruik van het certificaat (incl. logo) en de implementatie van eerder geaccordeerde maatregelen.

De organisatie beheerst het gebruik van de certificatiedocumenten.

De eerder geaccordeerde maatregelen zijn geïmplementeerd. Dat blijkt uit het getoonde bewijsmateriaal en de uitgevoerde verificatie.

Controle 1 2024:

Op 29 mei 2024 is het kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) van Stichting Jeugdbescherming Noord en Veilig Thuis

Keurmerkinstituut

Groningen getoetst aan Certificatieschema jb/jr 2.0 (2017).

De organisatie telt twee locaties in Groningen en Drenthe (Assen); tijdens de audit zijn beide locaties bezocht. Voorafgaand aan het locatiebezoek zijn 2 opnames van MDO's bekeken (Groningen en Drenthe).

Auditduur herbeoordeling: 6 dag(en)
Controle 1: 3 dag(en)
Controle 2: 3 dag(en)

Bronnen:
- A1 Auditgegevens
- A2 Feitenrapport
- A3 Zie de auditagenda(s) voor de geïnterviewde functionarissen. Dit is bij alle paragrafen van toepassing
- A4 Website, briefpapier, brochures (correct gebruik certificaat +logo)

§ B-A Doelstelling van de organisatie

Herbeoordeling 2023:

Er wordt door de organisatie rekening gehouden met de sterk aan veranderingen onderhevige context en de kansen en risico's die daarmee gepaard gaan. De organisatie heeft een strategie vastgesteld in aansluiting op de missie en visie in de vorm van het 'Strategiehuis'. Deze strategie is beschreven in 5 pijlers. Het is de bedoeling dat deze strategie wordt vertaald naar concreet geformuleerde doelstellingen op teamniveau. Tijdens de audit kon hierover verteld worden maar was dit zeker nog niet in alle teams concreet uitgewerkt (zie opm. 1).

De organisatie heeft de ambitie om de PDCA cirkel breder te implementeren en met name een grotere mate van proactief werken aan de dag te leggen. Tijdens de audit is gebleken dat dit deels wordt vormgegeven vanuit het KMS en bijbehorende instrumentarium maar ook voor een deel vanuit informele structuren en werkwijzen waardoor de (onderbouwde) planmatigheid van de organisatie niet volledig aantoonbaar is. Wel kan hierover verteld worden.

Verder is gebleken dat de kloof die voorheen gevoeld werd tussen het MT en de werkvloer minder groot wordt. De wijze waarop het Strategiehuis richting geeft maar ook hoe de afdeling communicatie is neergezet, zijn volgens de medewerkers voorbeelden waardoor deze kloof gedicht wordt.

Tijdens de audit is geconstateerd dat de organisatie geen jeugdhulp uitvoert.

Bronnen:
- Interviews (zie auditagenda)
- Strategie huis/ jaarplan 2023
- Risico analyse 30-01-2023
- Team jaarplan Drenthe 2023
- Team jaarplan Noord Oost 2023
- Jaarplan communicatie 2023

Controle 1:

De organisatie bevindt zich nog steeds in een lastige positie. De organisatie zit in een periode van krimp. De operatie vraagt steeds extra inzet van medewerkers om de kwaliteit te verbeteren met als gevolg dat de ondersteunende diensten een te geringe omvang hebben om het primaire proces goed te ondersteunen.
Er is sprake van strategisch management in verbinding met de keten. De komende jaren wordt toegewerkt naar een zogenaamd regionaal veiligheidsteam. Het betreft hier echter een vergezicht. Een groot aandachtspunt blijft het doorvoeren van verbeteringen voor de korte termijn. De organisatie-brede implementatie van de PDCA cirkel waar tijdens de herbeoordeling over is gesproken, is nog onvoldoende aantoonbaar.

Bronnen:
- Interviews (zie auditagenda)

- Strategiehuis
- Kaderbrief 2024/2025

§ B-B Professionals

Herbeoordeling 2023:

Binnen de organisatie wordt de norm verantwoorde werktoedeling aantoonbaar toegepast. Dit is aantoonbaar in de cliëntdossiers maar het is ook waargenomen tijdens de observatie van MDO's waar de kernbesluiten worden genomen.
De organisatie ondersteunt de medewerkers bij de ontwikkeling en het onderhouden van competenties door o.a. (bij)scholing. Waar het gaat om houdingsaspecten heeft de organisatie communicatiebeleid in ontwikkeling waarin overstijgende criteria (zoals missie, visie en kernwaarden) zijn opgenomen. Van daaruit worden handvatten geboden aan medewerkers om hun handelen en hun communicatie hierop af te stemmen. De organisatie beschikt over een professioneel statuut maar uit de interviews is gebleken dat dit onvoldoende wordt gekend (zie feit 7). Intervisie en deskundigheidsbevordering zijn vaste onderdelen van het werk en vinden planmatig en op maat plaats.

Medewerkers voelen zich, over het algemeen, in voldoende mate gefaciliteerd voor de uitvoering van hun werk. Reflecties worden meegenomen in de jaargesprekken van de medewerkers en dragen bij aan de ontwikkeling en het onderhoud van de competenties van medewerkers. Medewerkers beschikken over de benodigde beroepsregistraties (SKJ/BIG). Het percentage ingeleverde jaargesprekken is (te) laag. Door te werken met een nieuw inspirerend en digitaal format zal dit percentage naar verwachting stijgen naar het gewenste niveau. Een pilot met dit nieuwe systeem is al gedraaid.
HR houdt actief zicht op verplichte scholing, en het aanwezig en actueel zijn van de relevante documenten (SKJ, VOG) dit is aantoonbaar d.m.v. uitdraailijsten. Op basis daarvan worden, indien nodig, acties uitgezet. De organisatie heeft momenteel voldoende personele capaciteit. Het afgelopen jaar was er een verloop van 20%. Aan de hand van een verloopanalyse zijn maatregelen genomen om dit verloop terug te dringen.
De MDO's zijn ondersteunend aan zorgvuldige besluitvorming. Er is sprake van een goed voorbereide agenda op basis waarvan zeer gestructureerd vanuit meerdere invalshoeken en vanuit de juiste deskundigheid casuïstiek besproken wordt. Besluiten worden zorgvuldig onderbouwd vanuit concrete adviezen van de gedragswetenschapers en met gebruikmaking van actuele richtlijnen. Dit is goed terug te vinden in de dossiers.

Bronnen:
- Interviews (zie auditagenda)
- Bijwoning MDO's: Team Noord-Oost 4, Team Centraal-West 3 en Team 4 JB
- Teamplan HR 2023
- Inwerkprogramma gedragswetenschapper
- Overzicht jaargesprekken mws JBN VTG mrt 2023
- Jaarplanning functioneringsgesprekken: Regio NoordOost 2-23
- Dossiers van de volgende personeelsleden: 5.1.2e

Controle 1 2024:

De organisatie heeft te kampen met een te hoog ziekteverzuim. De RI&E is geactualiseerd en er is een MTO uitgevoerd. De organisatie heeft geen aantoonbaar (recent) risicomanagement uitgevoerd op competentie van medewerkers, vanuit HR staat deze PRI gepland voor 2025. De jaargesprekken met medewerkers worden gevoerd maar hieruit vloeien geen aantoonbare acties/ plannen o.i.d. voort. Verslaglegging van jaargesprekken ontbreekt (zie feit 5). Er is sprake van een goede monitoring van geldigheid van VOG's en SKJ registratie. De monitoring van de realisatie van het jaarplan van de afdeling HR is onvoldoende aantoonbaar (zie kritisch feit 2). Het uitgevoerde MTO heeft laten zien dat de medewerkers de organisatie op diverse thema's als onvoldoende ervaren. Deze thema's zijn opgepakt en op basis daarvan is een verbeterplan opgesteld.

De gesproken medewerkers geven aan zich over het algemeen voldoende gefaciliteerd te voelen maar in sommige gevallen werd ook verteld dat werkdruk en verzuim een rol spelen en dat ervaren wordt dat er herstelwerkzaamheden nodig zijn om kwalitatief op orde te komen (CRT). Er is sprake van ondersteuning van jb- en jr-medewerkers middels onder andere werkbegeleiding, intervisie en (bij)scholing. Gedragsdeskundigen dragen

Keurmerkinstituut

vanuit hun deskundigheid in voldoende mate bij aan zorgvuldige besluitvorming onder andere tijdens de MDO's. Er is geen sprake van onbevoegde inzet van stagiaires, deze worden in voldoende mate begeleid en ondersteund bij hun leerproces.

Bronnen:
- Interviews (zie auditagenda)
- Jaarplan HR 2023
- ARBO RI&E met plan van aanpak 2023-2026
- MTO d.d. december 2023
- Uitvoeringsplan MTO
- Personeelsdossiers: 5.1.2e

§ B-C Methoden

Herbeoordeling 2023:

In de geobserveerde MDO's is gezien dat er vanuit een methodisch kader wordt gewerkt, de landelijke richtlijnen worden aantoonbaar gebruikt en reflectie wordt bevorderd vanuit de vraagstelling en diverse invalshoeken. De toetsing van het methode integer handelen vindt plaats volgens een vastgestelde werkwijze. Waar nodig worden op basis van de resultaten aantoonbaar maatregelen genomen. De praktijkbegeleiders hebben een actieve rol in het borgen van het methodisch handelen.
Risicotaxaties (ARIJ) zijn over het algemeen een vast onderdeel van de dossiers en worden aantoonbaar gebuikt bij het nemen van (kern)besluiten en waar nodig vertaald naar beheersmaatregelen. Dit geldt niet voor zaken waarin (slechts in zeer beperkte mate) gebruik wordt gemaakt van de DVL. Waar dit werd aangetroffen bleek deze lijst te zijn ingevuld maar was er geen sprake van aantoonbaar risicomanagement dat hierop gebaseerd was. De medewerkers vertelden dat de DVL geen toegevoegde waarde heeft (zie feit 2).

Het wachtlijstbeheer verloopt zorgvuldig en eenduidig. Zaken die niet direct kunnen worden opgepakt door de een vaste jeugdzorgwerker, worden opgepakt door het C.C.P.. Hier vindt continue beoordeling en prioritering plaats. Veiligheidsinschatting wordt gedaan en het plan van aanpak wordt opgesteld zodat de termijnen hiervoor zoveel mogelijk gehaald worden. Binnen het C.C.P. worden zowel nieuwe casussen als de werkvoorraad (zaken die moeten worden overgedragen) besproken.

Bronnen:
- Interviews (zie auditagenda)
- Toetsing methode integer handelen Voogdij september 2022 incl. bijbehorend plan van aanpak
- Overzicht werkvoorraad Drenthe, de te verdelen casuïstiek t.o.v. de caseloadruimte en de daaruit voortvloeiende voorspelling wanneer er sprake is van een lege werkvoorraad (juni)
- Ontwikkelagenda JBNoord vanuit stafdag
- Cliëntdossiers: 5.1.2e
5.1.2e

Controle 1 2024:

De geobserveerde MDO's laten in voldoende mate zien dat er sprake is van zorgvuldige besluitvorming ven dat de juiste deskundigheid hierbij aanwezig is. Hierbij dient opgemerkt te worden dat het stellen van (kritische) vragen (Groningen) met name door de praktijkbegeleider en GW-er werden gesteld.

Binnen de organisatie wordt nog steeds gebruik gemaakt van landelijke standaarden zoals bijvoorbeeld de ARIJ bij de uitvoering van maatregelen.

De organisatie regelt de verdeling van zaken nog steeds via het CCP. Hoe casuïstiek geprioriteerd wordt, kon met name bij JR in Groningen niet uitgelegd worden. Hier viel tevens op dat er geen GW-er meekijkt hierbij en dat medewerkers aangeven het overzicht te verliezen.

Daarnaast is een Casus Regie Team (CRT) gepositioneerd om vrijgevallen casuïstiek op te pakken in geval van verloop en verzuim. Dit team is er om de continuïteit te borgen. De lijst van casussen van dit team is lang en vooralsnog is er vooral sprake van herstelwerk in casuïstiek waarin al een (langere) tijd geen jeugdzorgwerker

Keurmerkinstituut

actief is geweest (zie kritisch feit 3).

Bronnen:
- Interviews (zie auditagenda)
- Observatie MDO's (opnames vanuit Groningen en Drenthe)
- Overzicht CRT zaken
- Cliëntdossiers: 5.1.2e

§ B-D Organisatie

Herbeoordeling 2023:

De organisatie hecht veel waarde aan de participatie van jeugdigen en hun gezinnen. Onder andere door in te zetten op een goed functionerende cliëntenraad maar ook door mogelijkheden omtrent de inzet van ervaringsdeskundigen te verkennen. Deze kunnen volgens de visie van de organisatie het cliëntperspectief meenemen in de uitvoering, hierbij wordt nadrukkelijk opgemerkt dat dit naast de deskundigheid van de jeugdzorgwerkers dient te worden ingezet en zeker niet in plaats van. De wijze waarop gesproken wordt over jeugdigen en gezinnen tijdens MDO's ondersteunt het beeld dat de organisatie veel waarde hecht aan de participatie van jeugdigen en hun gezinnen. Ook de nieuwe functie van communicatie adviseur is ondersteunend aan dit onderwerp door onder andere de uitwerking van helder beleid waarin onder andere vanuit missie, visie, kernwaarden en de 'tone of voice' wordt neergezet waar de organisatie voor staat. Dit biedt aanknopingspunten voor het handelen van de professionals en de wijze waarop ze zich profileren (intern en extern).
De organisatie is financieel gezond al wordt melding gemaakt van zorgen op dit gebied vanuit het afnemende aantal maatregelen. Financiële sturing is aantoonbaar en de organisatie zet nadrukkelijk in op transparante communicatie hierover. De inhoud blijft in voldoende mate leidend.

De organisatie zet in voldoende mate in op de facilitering van de professionals. Dit blijkt onder andere uit de geobserveerde werkomgeving/ werkplekken en uit de mate waarin medewerkers aangeven zich gefaciliteerd te voelen. Binnen de organisatie wordt aandacht besteed aan het faciliteren van thuiswerken maar ook aan het beschikbaar stellen van spreekkamers en overige (personele) ondersteuning waar het gaat om het voeren van risicogesprekken. De RI&E en het bijbehorende plan van aanpak zijn niet actueel, dit is onder de aandacht bij de organisatie (zie feit 6). Er worden regelmatig ontruimingsoefeningen gehouden.
Waar het gaat om het toepassen van privacy richtlijnen zijn er verbetermogelijkheden. Het melden van datalekken is onvoldoende geborgd. In zijn algemeenheid is er wel sprake van goede randvoorwaarden onder andere vanuit de systemen en vastgesteld beleid (zie feit 4). Onderdelen van het gedocumenteerde systeem zijn volgens het versiebeheer verlopen, al betekent dit niet automatisch dat ze niet meer actueel zijn. De organisatie heeft dit zelf goed in beeld (zie feit 5).
Binnen de organisatie is sprake van een passende overlegstructuur en het monitoren van acties vanuit het MT.

De organisatie geeft aantoonbaar sturing vanuit de verplichte KPI's. Er is sprake van een overzichtelijk dashboard waarmee op diverse niveaus (regio's/teams/medewerkers) inzichtelijk te maken is hoe de organisatie zich verhoudt tot deze indicatoren. Er is een systematiek ingericht waarmee 2x per maand het gesprek wordt gevoerd met de managers over wat dit voor hun betekent en er afspraken worden gemaakt over wat er eventueel nodig is om te verbeteren. Dit heeft geleid tot een stijgende lijn en een meer proactieve werkwijze van de teams door bijvoorbeeld het CCP optimaal te benutten en ruimte die in caseloads ontstaat vroegtijdig in beeld te hebben. Indien er afwijkingen zijn op de norm die aan de KPI's zijn gekoppeld, dient hiervoor een reden opgevoerd te zijn. Hierdoor wordt er alleen beargumenteerd afgeweken van de norm. Al met al heeft de organisatie laten zien al het mogelijke te doen om qua realisatie zo dicht mogelijk bij de gestelde normen t.a.v. de verplichte KPI's te komen. De organisatie heeft middels trimester rapportages ook een heldere verantwoording hiervan geborgd.

Er worden interne audits uitgevoerd maar hiervan kan worden gezegd dat deze onvoldoende aansluiten op de richtlijnen hiervoor (ook de eigen richtlijnen). Middels interne audits kan onvoldoende aantoonbaar worden vastgesteld of de organisatie voldoet aan de eigen eisen en aan die uit het normenkader JB/JR. Interne audits leiden derhalve niet aantoonbaar tot maatregelen ter verbetering van het KMS (zie feit 3).
De directiebeoordeling is uitgevoerd. Het KMS wordt beoordeeld door de diverse onderwerpen en bijbehorende instrumenten met een cijfer van 0 tot 10 te beoordelen en deze score toe te lichten met een aantal kort en bondig geformuleerde plussen en minnen. Bij een score lager dan 6 neemt de organisatie maatregelen die worden toegekend aan het verantwoordelijke MT-lid. De maatregelen worden gemonitord maar nog niet automatisch in het

Keurmerkinstituut

IBABS systeem. Verder valt het op dat de maatregelen nogal hoog over beschreven zijn. Het is hiermee niet helder of de 'minnen' die als toelichting bij de score worden gegeven allemaal voldoende worden opgepakt. Het is raadzaam dat de organisatie hier kritisch naar blijft kijken in de monitoring van de verbeteracties.

De organisatie heeft helder beleid t.a.v. het melden van klachten en incidenten. Tijdens de herbeoordeling is ingezoomd op de klachtenregistratie inclusief afhandeling/opvolging. Hieruit is gebleken dat dit op een zeer gestructureerde en eenduidige wijze gebeurt. Het leren vanuit klachten wordt op een zorgvuldige wijze vorm gegeven.

Het jaarlijkse gesprek met de cliëntenraad leverde het volgende op: De organisatie heeft meer dan voldoende regelmatig en constructief contact met de cliëntenraad. Men ervaart "korte lijnen" en beschrijft het contact als persoonlijk en betrokken van aard. De cliëntenraad ervaart dat de organisatie meedenkt in mogelijkheden om de participatie van jeugdigen en gezinnen te bevorderen al zou dit wat de raad betreft nog meer aandacht mogen krijgen. De cliëntenraad krijgt voldoende faciliteiten en ondersteuning, er is regelmatig formeel overleg, ook met de bestuurder van de organisatie. De cliëntenraad presenteert zichzelf op internet en via de nieuwsbrief. Het jaarplan 2023 is in ontwikkeling.

Bronnen:
- Interviews (zie auditagenda)
- Directiebeoordeling (managementreview 2022)
- Voortgangsrapportage managementreview
- Interne audit rapport (inwerkprogramma 17-02-2022/ werving en selectie 24-01-2023)
- Werkwijze en planning interne audits
- Jaarrekening 2021 getekend bestuurder en RvT incl. controleverslag
- Notulen MT 6 maart 2023
- IBABS systeem
- Corporate communicatie beleid
- Overzicht klachten
- Klacht 202213
- Overzicht benoemingen klachtencommissie 2023
- Lopende klachtenoverzicht
- Jaarverslag klachten 2022
- Monitor KPI's (dashboard)
- Trimester rapportages
- Privacy regelement
- Overzicht klachten en incidenten d.d. 10-03-2023 + infographic
- Jaarplan 2022 Cliëntenraad
- Nieuwsbrief JBNoord
- https://jeugdbeschermingnoord.nl/cliëntenraad
- https://jeugdbeschermingnoord.nl/terugbelverzoek-cliëntenraad
- Verslag ontruimingsoefening 19-04-2022

Controle 1 2024:

De organisatie heeft naar aanleiding van de van de herbeoordeling maatregelen beschreven om te voldoen aan de eisen t.a.v. informatiebeveiliging. Deze maatregelen zijn niet in aansluiting op de planning uitgevoerd. Het feit van de herbeoordeling is om die reden kritisch geworden (zie kritisch feit 1). De RI&E is geactualiseerd en de bekeken documenten uit het handboek zijn actueel.

De organisatie slaagt er onvoldoende aantoonbaar in om een systematiek te realiseren waarmee op operationeel niveau kwaliteit te leveren. Het KMS maakt zwakke punten zichtbaar maar proactief maatregelen doorvoeren om steeds de maximale kwaliteit te leveren blijft een probleem. De maatregelen hebben doorgaans een reactief karakter waardoor na een periode van uitvoering op een kwalitatief te laag niveau steeds herstelwerkzaamheden nodig zijn. Dit brengt de nodige risico's met zich mee voor jeugdigen en gezinnen (zie feit 2).

De uitvoering van interne audits is verbeterd. Het interne auditteam is getraind. Interne audits worden vanuit heldere en passende criteria uitgevoerd. Interne audits leiden aantoonbaar tot heldere verbetermaatregelen. De monitoring op de realisatie van de uitgezette maatregelen loopt uit de tijd (zie feit 2).

De systeembeoordeling is uitgevoerd. De gehanteerde systematiek hierbij is hetzelfde als de vorige keer. De systeembeoordeling van november 2023 was ten tijde van de audit nog niet afgerond (zie feit 2).

Het jaarlijkse gesprek met de cliëntenraad leverde het volgende op: De cliëntraad geeft aan zich in onvoldoende mate vertegenwoordiging van de achterban te voelen. De zichtbaarheid van de cliëntraad wordt als onvoldoende aangemerkt. Daarnaast geeft de cliëntraad aan onvoldoende zicht te hebben op de geleverde kwaliteit van de uitvoering binnen de organisatie. Er wordt informatie gemist en de communicatie is onvoldoende effectief. De cliëntraad geeft aan vanuit diverse kanten (ook van buiten de organisatie) zorgelijke signalen te ontvangen ten aanzien van de geleverde kwaliteit door JB Noord. Op dit moment kan vanuit de cliëntraad niet gezegd worden dat er sprake is van effectieve participatie van jeugdigen en gezinnen (zie kritisch feit 4).

Bronnen:
- Interviews (zie auditagenda)
- Bestuurlijke rapportage 2024 Q1
- MT rapportage Q1 2024
- Verbeterplan JB Drenthe
- Continuïteitsplan JBN Groningen
- Rapportage Groningen Q1 2024
- PRI CRT d.d. 28-02-2024
- Plan van aanpak inrichten CRT
- Auditplan oktober 2023
- Interne auditrapportage inclusief plan van aanpak
- Systeembeoordeling 2023

§ B-E Ketensamenwerking

Herbeoordeling 2023:

De organisatie staat in nauw contact met de keten. Dit geldt zowel voor contractpartners, partners in de jeugdbescherming keten zoals rechtbank, politie etc als voor jeugdhulp organisaties. Er wordt actief en aantoonbaar geïnvesteerd in het verbeteren van de ketensamenwerking. De keten ICT is ingericht conform de landelijke standaarden.

Op casusniveau zijn de medewerkers goed op de hoogte van de sociale kaart en de (on)mogelijkheden van de hulpverleningsinstellingen in de regio en ook daarbuiten. Dit blijkt uit de interviews en bijgewoonde casuïstiek. Veilig Thuis is partner in de organisatie, hierdoor is het contact direct en de aansturing vindt plaats vanuit hetzelfde management.

Tijdens de herbeoordeling was er geen sprake van lopende LET casuïstiek binnen de organisatie. Er is gekeken naar een casus die vanuit het LET weer is overgedragen aan de organisatie. Dossiervorming vanuit het LET was in aansluiting op de richtlijnen en er was sprake van regelmatig overleg tussen het LET en de G.I. De samenwerking was vastgelegd in een UVO. Gebleken is dat de samenwerking door de betrokken Praktijkbegeleider en JB-er soms als moeizaam ervaren is, vooral in het geval van een verschil in visie ontstond het gevoel van verlies van regie en (mede)zeggenschap. De betreffende medewerkers doen nadrukkelijk de aanbeveling om in de toekomst wanneer een overdracht naar het LET aan de orde is de afspraken in de UVO aan te passen op basis van deze ervaring.

Bronnen:
- Interviews (zie auditagenda)
- LET casus (terug overgedragen) (maart 2021-2022), besproken in interview JB-er en Praktijkbegeleider Team centraal West
- Afspraken met gemeentes: samenwerkingsafspraken vastgelegd a3

Controle 1 2024:

De organisatie staat in nauw contact met de keten. Dit geldt zowel voor contractpartners, partners in de jeugdbescherming keten zoals rechtbank, politie etc als voor jeugdhulp organisaties. Er wordt actief en

aantoonbaar geïnvesteerd in het verbeteren van de ketensamenwerking. De keten ICT is ingericht conform de landelijke standaarden.

Tijdens de herbeoordeling was er geen sprake van lopende LET casuïstiek binnen de organisatie.

§C Opmerkingen en verantwoording

Herbeoordeling 2023:

Tijdens de audit zijn 5 personeelsdossiers en 4 cliëntendossiers doorgenomen. Bij het nemen van de steekproeven uit de dossiers is rekening gehouden met de relevante risico's die daarbij aanwezig zijn.

De ingeziene dossiers worden onder de betreffende paragrafen bij bronnen vermeld.

Tijdens de audit is het primaire proces geobserveerd door aanwezig te zijn bij de casuïstiekbespreking van de volgende teams: Team Noord-Oost 4, Team Centraal-West 3 en Team 4 JB.

Controle 1 2024:

Tijdens de audit zijn 5 personeelsdossiers en 18 cliëntendossiers doorgenomen. Bij het nemen van de steekproeven uit de dossiers is rekening gehouden met de relevante risico's die daarbij aanwezig zijn.

De ingeziene dossiers worden onder de betreffende paragrafen bij bronnen vermeld.

Tijdens de audit is het primaire proces geobserveerd door opnames te bekijken van een MDO uit zowel Groningen als Drenthe

§ D Eindconclusie en certificatieadvies

Herbeoordeling 2023:

Het managementsysteem heeft het vermogen om aan de toepasselijke eisen en verwachte resultaten te voldoen, wat onder andere blijkt uit de deskundigheid van de medewerkers en de zorgvuldige besluitvorming middels de MDO's in combinatie met het lerend vermogen van de organisatie.
Het proces van interne audit en directiebeoordeling levert een matige tot voldoende bijdrage aan de doeltreffendheid van het managementsysteem, wat onder andere blijkt uit de verbetermogelijkheden t.a.v. interne audits waar het gaat om de criteria waarlangs getoetst wordt en de verbetermogelijkheden t.a.v. de monitoring van acties die voortkomen uit de directiebeoordeling.

De organisatie heeft gereageerd op de feiten. De analyses van oorzaak en omvang hadden voldoende diepgang. De genomen maatregelen sluiten daar in voldoende mate op aan.

De getroffen corrigerende maatregelen m.b.t. eerder geïdentificeerde afwijkingen zijn doeltreffend.

Het toepassingsgebied is ongewijzigd

Het toepassingsgebied is geschikt voor certificatie onder het Certificatieschema voor toetsing van het kwaliteitsmanagementsysteem van uitvoerende organisaties voor Jeugdbescherming en Jeugdreclassering versie 2.0.

Het KMS voldoet in voldoende mate aan de norm, is geschikt voor implementatie van wet- en regelgeving en contractuele eisen, en is effectief in de realisatie van de organisatiedoelen. Het advies is om het certificaat te verlengen.

Disclaimer
De audits zijn gebaseerd op een proces van het nemen van steekproeven van beschikbare informatie.

Keurmerkinstituut

Opgesteld door: 5.1.2e
Datum: 07-06-2023

Controle 1 + verificatie 10-09-2024:

Het managementsysteem heeft het vermogen om aan de toepasselijke eisen en verwachte resultaten te voldoen, wat onder andere blijkt uit de aandacht die wordt gegeven aan het verbeteren van de juiste randvoorwaarden in combinatie met de medewerkers die met een enorme betrokkenheid en gedrevenheid bijdragen aan de noodzakelijke verbetering. Dit werd met name zichtbaar tijdens de verificatie van 10 september 2024.

Het proces van interne audit en directiebeoordeling levert een matige bijdrage aan de doeltreffendheid van het managementsysteem, wat blijkt uit het feit dat het inzichtelijk maken van noodzakelijke verbetering over het algemeen goed lukt maar dat het doorvoeren van effectieve maatregelen minder goed lukt.

De organisatie heeft gereageerd op de feiten. De analyses van oorzaak en omvang hadden voldoende diepgang. De genomen maatregelen sluiten daar in voldoende mate op aan.

Het plan van aanpak t.a.v. de kritische feiten bleek (te) ambitieus. Niet in de laatste plaats (mede) veroorzaakt door de organisatorische verandering/onrust vanuit de wisseling van bestuurder. Dat heeft ervoor gezorgd dat de aandacht toch weer wat verschoven is naar randvoorwaarden en het doorbreken van ingesleten patronen. Tijdens de verificatie is gezien dat de plannen van aanpak t.a.v. de kritische feiten 1 en 4 voldoende aantoonbaar hebben geleid tot de noodzakelijke verbetering. Ten aanzien van kritisch feit 3 is met name op het gebied van het realiseren van de juiste randvoorwaarden en continuïteit een stijgende lijn zichtbaar. Het onderscheid tussen JB en JR in de werkbeschrijving voor het CCP is nog onvoldoende aantoonbaar. Het is nog onvoldoende duidelijk dat de score op kpi's als vast onderwerp wordt besproken in het staf-lijn overleg. Medewerkers hebben nog onvoldoende scherp in beeld hoe ze zich verhouden tot de kpi's (m.n. ftf). Ten aanzien van de realisatie van de kpi's was tijdens de verificatie nog onvoldoende een stijgende lijn aantoonbaar. Op basis van de verificatie is afgesproken dat de organisatie periodieke rapportages aanlevert om de voortgang te monitoren tot aan de tweede controle. De eerste rapportage zal worden aangeleverd op 1 november 2024, vervolgens 2-maandelijks. Wanneer de stijgende lijn onvoldoende aantoonbaar is vanuit de periodieke rapportages zullen nieuwe maatregelen worden overwogen.

Bronnen Verificatie:
- Interviews (zie agenda)
- Risicoanalyse voor informatiebeveiliging
- Van nulmeting informatiebeveiliging naar plan van aanpak
- Inleiding tot verbetervoorstellen en uitwerking actiepunt zichtbaarheid
- Voorstel stukken naar cliëntenraad
- Voorstel ophalen cliënttevredenheid, Juli 2024
- Caseloadoverzicht Drenthe en overzicht Praktijkbegeleider t.a.v. caseloadopbouw
- Overzicht werkvoorraad CRT
- Cliëntdossiers(4): 5.1.2e
- Notulen JB team Groningen d.d. 16-07-2024
- Agenda staf/lijn Groningen 18-04-2024 en 01-08-2024
- MT rapportage Q2 2024

De getroffen corrigerende maatregelen m.b.t. eerder geïdentificeerde afwijkingen zijn doeltreffend.

Het toepassingsgebied is ongewijzigd

Het toepassingsgebied is geschikt voor certificatie onder het Certificatieschema voor toetsing van het kwaliteitsmanagementsysteem van uitvoerende organisaties voor Jeugdbescherming en Jeugdreclassering versie 2.0.

Het KMS voldoet in voldoende mate aan de norm, is geschikt voor implementatie van wet- en regelgeving en contractuele eisen, en is effectief in de realisatie van de organisatiedoelen. Het advies is om het certificaat te continueren met inachtneming van de afspraken die gemaakt zijn ten aanzien van de monitoring van de realisatie van de kpi's.

Keurmerkinstituut

Disclaimer
De audits zijn gebaseerd op een proces van het nemen van steekproeven van beschikbare informatie.

Opgesteld door: [redacted] 5.1.2e
Datum: 10-09-2024

Keurmerkinstituut
Versie 5.0

Project rapport

Stichting Jeugdbescherming Noord
Projectnummer: 9410
Toetsing: Controle 1
Norm: Certificatieschema jb/jr 2.0 (2017)

Feitnummer	Locatie/afdeling/activiteit	Normparagraaf
1	Organisatie	D.5.1

Datum 29-05-24

Omschrijving
Het is onvoldoende aantoonbaar dat op het gebied van privacy voldoende wordt aangesloten op wet- en regelgeving

Kritisch
Ja

Opm. over maatregelen **Maatregel Ok** 01-07-2024 **Implementatie Ok** 10-09-2024

C1; plan van aanpak van de herbeoordeling niet volledig uitgevoerd. Met name de 0-meting en plan van aanpak op basis daarvan ontbreken. Feit kritisch gemaakt d.d. 29-05-2024
Verificatie d.d. 10-09-2024: plan van aanpak uitgevoerd. Gezien 0-meting + pva juli 2024

Oorzaak

Audit 2023:
De bevinding van het KMI sluit aan bij het beeld dat is geconstateerd in de managementreview en de doelen die we als organisatie hier zelf aan stellen.

De ICT systemen die door de organisatie in gebruik zijn voldoen aan de eisen die hieraan gesteld worden.

Omvang (welke locaties/activiteiten/dossiers e.d. vertonen een vergelijkbare afwijking)

Het procesmatig omgaan met beveiligen van informatie binnen de organisatie.

Maatregelen (wegnemen oorzaak en gevolgen)	Wie	Uiterlijk
Uitvoeren van een 0-meting t.b.v. de eisen die wordt gesteld op basis van de NEN7510, met ondersteuning van Jeugdzorg Nederland.	Manager Bedrijfsvoering	01-09-24
Op basis van de uitkomsten van de 0-meting planmatig werken aan het voldoen aan de wettelijke verplichting NEN7510 die geld vanaf 01-01-2024.	Manager Bedrijfsvoering	01-01-25

Keurmerkinstituut
Versie 5.0

Project rapport

Stichting Jeugdbescherming Noord
Projectnummer: 9410
Toetsing: Controle 1
Norm: Certificatieschema jb/jr 2.0 (2017)

Feitnummer	Locatie/afdeling/activiteit	Normparagraaf
2	Organisatie	D.5.2

Datum	Omschrijving
29-05-24	De PDCA cirkel is niet op alle processen aantoonbaar

Kritisch
Nee

Opm. over maatregelen **Maatregel Ok** 01-07-2024 **Implementatie Ok**

Oorzaak
In vergelijking met andere GI's beschikt JBNoord over een kleine afdeling bedrijfsvoering. Hierdoor kan niet op alle momenten de ondersteuning worden geboden die wenselijk is. Uitbreiding van capaciteit is niet of beperkt mogelijk gezien de dalende instroom van zaken.
Daarnaast is er langere tijd sprake van discontinuïteit in de verschillende managementlagen.
Ontwikkelingen en verbeteringen vinden vaak reactief plaats in plaats van proactief. We hebben

Omvang (welke locaties/activiteiten/dossiers e.d. vertonen een vergelijkbare afwijking)
Organisatie breed

Maatregelen (wegnemen oorzaak en gevolgen)	Wie	Uiterlijk
Uitvoeren van een scan van alle PDCA-cirkels: Wat gaat goed, wat kan beter, wat is er nodig	Adviseurs Kwaliteit & Beleid	01-10-24
Uitkomsten scan inclusief verbeterplan presenteren aan het MT	Manager Kwaliteit & Beleid	01-11-24
Vaststellen benodigde acties en het toewijzen van de verantwoordelijken	MT	01-12-24
Uitzetten van de acties	MT	01-01-25
Monitoren van de voortgang van de acties, vanaf 01-01-2025	Adviseurs Kwaliteit & Beleid	01-01-25

Keurmerkinstituut
Versie 5.0

Project rapport

Stichting Jeugdbescherming Noord
Projectnummer: 9410
Toetsing: Controle 1
Norm: Certificatieschema jb/jr 2.0 (2017)

Feitnummer	Locatie/afdeling/activiteit	Normparagraaf
3	Organisatie	D.5.4

Datum 29-05-24

Omschrijving
De veiligheid van de jeugdigen is niet in alle gevallen aantoonbaar geborgd

Kritisch
Ja

Opm. over maatregelen **Maatregel Ok** 01-07-2024 **Implementatie Ok** 10-09-2024

Verificatie 10-09-2024: afgesloten met voorwaarden. Zie toelichting.

Oorzaak

Het hoge verloop en ziekteverzuim heeft ons het afgelopen jaar genoodzaakt aanpassingen te doen in onze werkwijze ten aanzien wachtlijsten door, naast het CCP, ook een CRT te ontwikkelen. Tijdens de KMI audit hebben we kunnen laten zien dat we steeds meer grip krijgen op wachtlijst en werkvoorraad. Het implementeren van de nieuwe werkwijze kost tijd. We zijn gestart bij de jeugdbescherming en het wordt ook ingevoerd bij de jeugdreclassering. Het betekent dat de resultaten op de gestelde normen op dit

Omvang (welke locaties/activiteiten/dossiers e.d. vertonen een vergelijkbare afwijking)

Primair Proces JB en JR, locatie Drenthe en Groningen

Maatregelen (wegnemen oorzaak en gevolgen)	Wie	Uiterlijk
Toevoegen van formatie aan het CCP/CRT (t.b.v. de volledigheid en toewerken naar tijdigheid) • Vanaf uiterlijk 1 september werken we conform de norm van 5 werkdagen en hebben we zicht op de afwijkingen en sturen hier op bij (tijdigheid)	Teammanagers	01-10-24
Inrichten van het CCP voor de JR conform de werkwijze bij de jeugdbescherming.	Teammanagers	01-08-24
Beschikbaar maken van eenduidige informatievoorziening voor alle functies verbonden aan het primaire proces (JB, PB, GW en TM) t.b.v. het zicht op de inhoudelijk lijn van de casuïstiek JB en JR.	Adviseur informatievoorziening	01-08-24
Het sturen op de inhoudelijke lijn van de casuïstiek • Het invoeren van caseloadgesprekken van medewerkers met de praktijkbegeleider (t.b.v. voortgang individuele medewerker) • Vast agendapunt op het overleg van de staf lijn (PB, GW, TM) van alle regio	Teammanagers	01-08-24
Monitoren van de voortgang als vast agenda punt in het werkoverleg tussen de adjunct-directeur en de teammanagers.	Adjunct-Directeur Primair Proces	01-07-24

Keurmerkinstituut
Versie 5.0

Project rapport

Stichting Jeugdbescherming Noord
Projectnummer: 9410
Toetsing: Controle 1
Norm: Certificatieschema jb/jr 2.0 (2017)

Feitnummer	Locatie/afdeling/activiteit	Normparagraaf
4	Cliëntraad	D.1.1

Datum 29-05-24

Omschrijving
Er is onvoldoende aantoonbaar sprake van effectieve participatie van jeugdigen en gezin

Kritisch
Ja

Opm. over maatregelen **Maatregel Ok** 01-07-2024 **Implementatie Ok** 10-09-2024

Verificatie 10-09-2024: plan van aanpak uitgevoerd. Gesproken met cliëntraad en gezien in stand van zaken notitie.

Oorzaak

Om tot een oorzaakanalyse te komen is er eerst afstemming geweest met de cliëntenraad. Dit om te onderzoeken welke factoren vanuit de organisatie en vanuit de ontwikkeling van de cliëntenraad hebben bijgedragen aan de problemen in de afstemming die de cliëntenraad nu ervaart. De cliëntenraad is kwetsbaar in capaciteit en door wisselingen van de leden. Vanuit de organisatie hadden we meer kunnen aansluiten bij de mogelijkheden van de cliëntenraad.

Omvang (welke locaties/activiteiten/dossiers e.d. vertonen een vergelijkbare afwijking)

Het betreft het functioneren van de cliëntenraad en de samenwerking tussen de cliëntenraad en de organisatie.

Maatregelen (wegnemen oorzaak en gevolgen)	Wie	Uiterlijk
Met de cliëntenraad wordt vastgesteld welke aanvullende informatie zij willen ontvangen om zicht te houden op de kwaliteit van werken naar onze cliënten	Manager Kwaliteit & Beleid	01-08-24
De zichtbaarheid van de cliëntenraad wordt vergroot, dit kan door reclamecampagne en het organiseren van themabijeenkomsten. Dit wordt in gezamenlijkheid met de cliëntenraad opgepakt.	Manager Kwaliteit & Beleid	01-10-24
Samen met de cliëntenraad gaan we vorm en inhoud vaststellen voor een cliënttevredenheidsonderzoek.	Manager Kwaliteit & Beleid	01-10-24

Keurmerkinstituut
Versie 5.0

Project rapport

Stichting Jeugdbescherming Noord
Projectnummer: 9410
Toetsing: Controle 1
Norm: Certificatieschema jb/jr 2.0 (2017)

Feitnummer	Locatie/afdeling/activiteit	Normparagraaf
5	HR	B.4.1

Datum	Omschrijving
29-05-24	De verslagen van jaargesprekken ontbreken in veel gevallen

Kritisch
Nee

Opm. over maatregelen **Maatregel Ok** 01-07-2024 **Implementatie Ok**

Oorzaak
In september 2023 is na een pilot periode het nieuwe beleid m.b.t. jaargesprekkencyclus in werking getreden. Onderdeel van het nieuwe beleid is het in gebruik nemen van een nieuwe tool.
Door discontinuïteit in de lijnfuncties is de implementatie niet volgens het voorgestelde tijdpad gerealiseerd en heeft de verwachtte optimalisatie in het proces nog onvoldoende resultaat opgeleverd.
Bijsturingsmaatregel tussentijds heeft onvoldoende effect gehad (digitaal doorzetten).
Omvang (welke locaties/activiteiten/dossiers e.d. vertonen een vergelijkbare afwijking)
Organisatie breed, zowel primair proces als de ondersteunende diensten.

Maatregelen (wegnemen oorzaak en gevolgen)	Wie	Uiterlijk
Uitvoeren van de jaargesprekken conform de jaarplanning, (iedere medewerker heeft dit jaar een jaargesprek gehad)	Teammanagers	01-01-25
Her activeren van het implementatieplan van de nieuwe beleidsuitgangspunten en het gebruik van de tool en de optimalisatie van digitalisering.	HR manager	01-10-24
Monitoren van de status van de gesprekscyclus als vast agenda punt in het werkoverleg tussen de adjunct-directeur en de teammanagers. (doorlopend vanaf 01 -07-2024)	Adjunct-Directeur Primair Proces	01-07-24
Monitoring organisatie breed vind per kwartaal plaats in de MT rapportage (reeds bestaande praktijk)	MT	01-07-24