

# Handleiding Keurmerk 'Veiligheid in de Vrouwenopvang'

**Een veilige toekomst voor mannen, vrouwen en kinderen**

Onderdeel van het Keurmerk 'Veiligheid in de Vrouwenopvang'



keurmerk  
veiligheid in de  
vrouwenopvang

Versie 2

Januari 2024

**Stichting Vrouwenopvang Nederland**



Actualisatie van versie 1 (mrt 2020) door



## Inhoudsopgave

Inhoudsopgave .....	1
1. Inleiding.....	3
1.1 Totstandkoming van het keurmerk.....	3
1.2 Continue ontwikkeling.....	3
1.3 Doelgroep van het keurmerk.....	4
1.4 Doel van het keurmerk.....	4
1.5 Organisatie van het keurmerk.....	5
1.6 Leeswijzer voor deze handleiding.....	5
2. Taken van beheerorganisatie.....	6
3. Vereisten en taken van Certificerende Instelling.....	6
4. Vereisten en taken van keurmerkhouder .....	7
4.1. Taken van keurmerkhouder.....	7
4.2. Verwittigen van belangrijke wijzingen .....	8
5. College van Deskundigen .....	8
6. Onderhoudscyclus.....	8
7. Beoordelen en toekennen van het keurmerk.....	9
7.1 Certificatieschema .....	9
7.2 Aanmelden, zelfevaluatie en kosten .....	10
7.3 Voorbereiden van externe audit.....	11
7.4. Uitvoeren van externe audit.....	12
7.5 Beoordeling en rapportage externe audit.....	13
7.6 Oorzaakanalyse en verbeterplan n.a.v. auditrapportage .....	14
7.7 Toekennen of afwijzen van het keurmerk.....	15
7.8 Interne audit .....	16
7.9 Tussentijdse intercollegiale audit.....	17
7.10 Tussentijdse externe audit.....	17
7.11 Hercertificering .....	17
8. Schorsen of intrekken van het keurmerk.....	18
9. Rol van de cliënt bij (her)certificering.....	18
10. Uitvoeringstoets Certificerende Instelling.....	18
11. Klachten en bezwaarprocedures .....	18
11.1 Klachtenprocedure .....	18

11.2 Bezwaarprocedure ..... 19

12. Voorwaarden voor het gebruik van beeldmerken en logo's..... 20

13. Privacy en geheimhouding ..... 20

    13.1 Geheimhouding rondom de interne, intercollegiale en externe audits ..... 21

14. Slotbepalingen ..... 22

Bijlage 1 Definities ..... 23

Bijlage 2 Documentatie t.b.v. externe audit ..... 25

Bijlage 3 Voorbeeld format oorzakenanalyse en verbeterplan ..... 26

**Versiebeheer**

<b>Versie</b>	<b>Datum</b>	<b>Uitgegeven door</b>
1	Mrt. 2020	Q-consult Zorg
2	Jan. 2024	Valente

## 1. Inleiding

### 1.1 Totstandkoming van het keurmerk

Het keurmerk 'Veiligheid in de Vrouwenopvang' is in 2020 tot stand gekomen naar aanleiding van de wens om 'kwaliteit en veiligheid' te concretiseren naar een set van normen en deze in de praktijk te borgen. Het keurmerk kwam tot stand met een breed draagvlak van de organisaties voor geweld in afhankelijkheidsrelaties, Valente, de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en het ministerie van VWS.

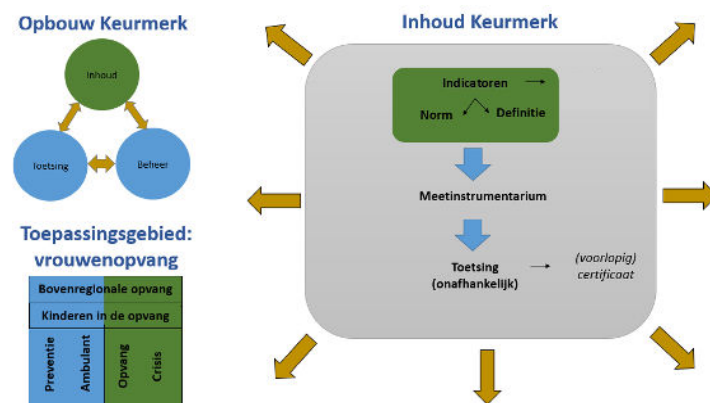
Het keurmerk 'Veiligheid in de Vrouwenopvang' is een *kwaliteitskeurmerk* en is aanvullend op bestaande instrumenten zoals ISO, HKZ en het kwaliteitskader. Voor het ontwerp van het keurmerk 'Veiligheid in de Vrouwenopvang' is gekozen voor zoveel mogelijk aansluiting bij ISO en HKZ zodat toetsing van het keurmerk 'Veiligheid in de Vrouwenopvang' door gebruikers van het keurmerk in dezelfde processen kan worden meegenomen als ISO en HKZ. Het keurmerk is gebaseerd op twee normenkaders die zijn versmolten tot één normenkader. Als eerste is het normenkader 'Veiligheid in het landelijk stelsel bij geweld in afhankelijkheidsrelaties' (Q-Consult Zorg, 2018) ontwikkeld en het normenkader 'Kinderen in de opvang' (Q-Consult Zorg, 2019) vormt een aanvulling hierop.

### 1.2 Continue ontwikkeling

De opzet van het keurmerk 'Veiligheid in de Vrouwenopvang' is gericht op veiligheid (figuur 1). Het geeft weer hoe de opbouw van een keurmerk er in algemene zin uitziet en welke elementen onderdeel zijn van het keurmerk.

Voor zowel de indicatoren als de normen geldt dat deze continu in ontwikkeling zijn. De gebruikers van het keurmerk bepalen welke indicatoren en normen wanneer opgenomen worden in het keurmerk. Tevens bepalen zij de normen en aanpassingen aan de normen. Kwaliteit en veiligheid zijn immers geen statische begrippen maar dynamisch: het verandert in de tijd door gegroeide kennis en inzichten. Het keurmerk biedt de mogelijkheid om aan te sluiten bij (landelijke) ontwikkelingen en veranderingen.

In 2023 is het normenkader en de handleiding voor de eerste keer geactualiseerd<sup>1</sup>. Een opsomming van de belangrijkste aanpassingen is te vinden in het document Normenkader 'Veiligheid in de Vrouwenopvang'. In de eerste zes maanden na publicatiedatum<sup>2</sup> hebben keurmerkhouders de keuze om bij de eerstvolgende externe audit, intercollegiale audit of hercertificering getoetst te worden volgens het geactualiseerde normenkader. Keurmerkhouders dienen haar voorkeur op te geven bij de CI. Na het verstrijken van de termijn van zes maanden is het geactualiseerde normenkader de basis voor elke toetsing.



Figuur 1 Opbouw keurmerk 'Veiligheid in de Vrouwenopvang'.

<sup>1</sup> Publicatie in januari 2024

<sup>2</sup> Dit is de datum op de voorpagina van het normenkader en de handleiding

De actualisatie is uitgegaan van de huidige toepassing, namelijk binnen de opvangsetting. Mogelijk dat de wens ontstaat het keurmerk op termijn uit te breiden naar andere diensten bijvoorbeeld ambulante zorg.

Indien de handleiding en/of het normenkader aanpassingen of vernieuwingen behoeft, kunnen keurmerkhouders hiervan melding maken bij de beheerorganisatie. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor de besluitvorming rondom kritische normen (zie hoofdstuk 7.5) en fasering van normen (zie hoofdstuk 7.11). De beheerorganisatie kan dit meenemen in de onderhoudscyclus van het keurmerk.

Naast de indicatoren en normen is ook de wijze van toetsing aan ontwikkeling onderhevig. Waar kwaliteitsaudits in het verleden vooral gericht waren op het toetsen op conformiteit met de auditcriteria zijn de meeste audits tegenwoordig waarde gedreven. Verbetering is niet meer enkel een bijkomende auditdoelstelling. Auditoren kiezen auditmethoden die aansluiten bij de ontwikkelfase en de doelstellingen van de organisatie. Het normenkader is geen afvinklijst maar een instrument aan de hand waarvan de auditor het gesprek aangaat met de keurmerkhouder en zoekt naar een rode draad tussen verschillende observaties. Er wordt niet meer gesproken van een auditsysteem maar een geheel aan toetsingsinstrumenten (zoals zelfevaluatie, tracer audits, themagerichte audits, flitsaudits, veiligheidsrondes, etc.). Het inzetten van verschillende methodieken naast elkaar, levert veel waardevolle informatie op. De handleiding bij het keurmerk 'Veiligheid in de Vrouwenopvang' waarin de wijze van toetsing is uitgewerkt, kan ook op deze manier worden gelezen en in de onderhoudscyclus worden meegenomen.

### **1.3 Doelgroep van het keurmerk**

Gebruikers van het keurmerk zijn organisaties voor geweld in afhankelijkheidsrelaties. Dit zijn organisaties, die overall in Nederland opvang en hulp bieden aan vrouwen en mannen - en hun eventuele kinderen - die slachtoffer zijn van huiselijk geweld, eengerelateerd geweld, (seksuele)uitbuiting of mensenhandel. Deze organisaties worden ook wel opvangorganisaties genoemd. Het keurmerk is specifiek gericht op alle vormen van intramurale opvangsituaties in de vrouwenopvang; niet op ambulante vormen van zorg in de vrouwenopvang.

Gemeenten gebruiken het keurmerk in algemene zin binnen de samenwerking met opvangorganisaties, bijvoorbeeld bij kwaliteitsontwikkeling of inkoopafspraken. Gemeenten erkennen dus de meerwaarde van het keurmerk. Gemeenten streven er naar om vrouwenopvang organisaties zo veel mogelijk te ondersteunen bij het behalen en in stand houden van dit keurmerk.

Het keurmerk kan ook gehanteerd worden door samenwerkingspartners op het gebied van veiligheid zoals de politie, veiligheidshuizen en Veilig Thuis en de uitvoerende (centrum)gemeenten. Voor politie, veiligheidshuizen en Veilig Thuis kan het keurmerk als basis dienen voor doorverwijzing.

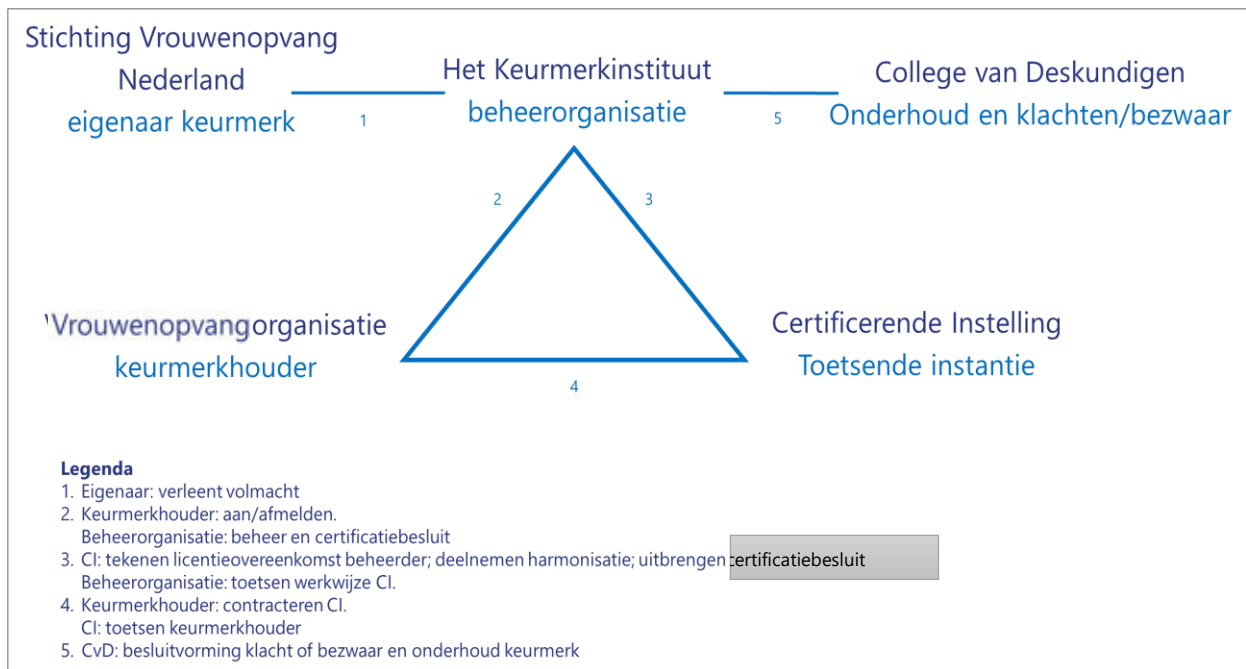
### **1.4 Doel van het keurmerk**

Het primaire doel van het keurmerk is het bieden van een waarborg van kwaliteit en veiligheid. Dit is in het belang van vrouwen én mannen én hun kinderen die door opvangorganisaties geholpen worden. Naast het primaire doel beoogt het keurmerk nog twee andere doelen, namelijk het bieden van eenheid van taal in de sector, en inzicht en transparantie in de kwaliteit voor gemeenten, toezichthouders en de opvangorganisaties zelf.

Het keurmerk moet leiden tot vertrouwen en tevreden 'klanten', daarnaast maakt het dat organisaties zich inhoudelijk kunnen positioneren. Het keurmerk staat voor een garantie van veiligheid voor cliënten in het landelijk stelsel van de opvang. Dit betekent gegarandeerde kwaliteit en veiligheid bij de afzonderlijke organisaties.

### 1.5 Organisatie van het keurmerk

Bij het keurmerk 'Veiligheid in de Vrouwenopvang' zijn verschillende partijen betrokken, zie figuur 2. De keurmerkeigenaar is de Stichting Vrouwenopvang Nederland (VON). Het Keurmerkinstituut is de beheerorganisatie van het keurmerk; de VON verleent het Keurmerkinstituut de volmacht voor beheer, uitgifte, onderhoud en de positionering van het keurmerk. Het Keurmerkinstituut faciliteert organisaties die willen toetreden tot het keurmerk, de aan- en afmeldprocedure, de doorlooptijd van aanvraag tot toekenning/afwijzing, mogelijkheden van bezwaar en de financiële afwikkeling van deelname. Over financiële afwikkeling van deelname aan het keurmerk maken VON en de beheerorganisatie afspraken.



Figuur 2 Schematische weergave van alle betrokken partijen bij het keurmerk 'Veiligheid in de Vrouwenopvang'

De keurmerkhouders zijn opvangorganisaties die vrouwenopvang bieden in Nederland. De toetsing van keurmerkhouders ligt in handen van Certificerende Instellingen (CI). Om de onafhankelijkheid van beheer en toetsing te kunnen borgen, is een scheiding aangebracht tussen het beheer van het keurmerk en toetsing van het keurmerk. De keurmerkhouders kiezen zelf een CI, die verantwoordelijk is voor de toetsing van de normenkaders. In 2023 is een College van Deskundigen (CvD) ingesteld bestaande uit vertegenwoordigers en stakeholders uit de sector, dat verantwoordelijk is voor het onderhoud van het keurmerk en de bijbehorende documenten. Tevens treedt het CvD op als bezwaarcommissie.

### 1.6 Leeswijzer voor deze handleiding

Deze handleiding is onderdeel van het keurmerk 'Veiligheid in de Vrouwenopvang' en moet gelezen worden in combinatie met het normenkader 'Veiligheid in de Vrouwenopvang'.

In deze handleiding zijn eerst de taken van de beheerorganisatie, de CI, de keurmerkhouders en het CvD beschreven. Dit staat in hoofdstuk 2 tot en met 5. De onderhoudscyclus van de handleiding en het normenkader is toegelicht in hoofdstuk 6. Vervolgens wordt uitgelegd hoe het beoordelen en toekennen van het keurmerk in zijn werk gaat in hoofdstuk 7, gevolgd door het schorsen en intrekken

van het keurmerk in hoofdstuk 8. Daarna beschrijft hoofdstuk 9 de rol van de cliënt bij de certificering. Hoofdstuk 10 gaat in op de uitvoeringstoets die de beheerorganisatie uitvoert op de CI. De klachten-, bezwaar- en beroepsprocedure wordt in hoofdstuk 11 beschreven. Hierop volgen de voorwaarden voor het gebruik van beeldmerken en logo's van het keurmerk in hoofdstuk 12 en de nodige bepalingen rondom privacy en geheimhouding in hoofdstuk 13. De handleiding wordt besloten met de slotbepalingen. In de bijlages zijn de gebruikte terminologie (bijlage 1), de benodigde documentatie t.b.v. een externe audit (bijlage 2) en een voorbeeldformat voor de oorzakenanalyse en het verbeterplan n.a.v. de externe audit (bijlage 3) toegevoegd.

## **2. Taken van beheerorganisatie**

De beheerorganisatie is verantwoordelijk voor beheer, uitgifte, onderhoud en positionering van het keurmerk. Daarvoor voert de beheerorganisatie de volgende taken uit:

- Het beheer van aan- en afmeldingen van keurmerkhouders die het keurmerk willen hanteren.
- Het sluiten van een licentieovereenkomst met de CI voor de certificering van de keurmerkhouders, en het eventueel ontbinden hiervan indien de CI niet conform deze handleiding handelt.
- De toetsing op besluit van de CI op de toekenning van het keurmerk door het uitvoeren van een (steekproefsgewijze) controle op de auditrapporten.
- Het verwerken van klachten en bezwaren door middel van een klachten- en bezwarencommissie (het CvD) en het implementeren van genomen besluiten.
- Het structureel onderhoud van het keurmerk door middel van het CvD.
- Het informeren van de CI over inhoud of inhoudelijke wijzigingen in het normenkader ten behoeve van de uitvoering van het certificeringsproces met behulp van jaarlijkse harmonisatiebijeenkomsten.
- Het ondersteunen van de keurmerkhouders en de CI door middel van een helpdesk.
- Toezien op het juist gebruik van het keurmerklogo, keurmerkcertificaat en de naam en logo van de beheerorganisatie en de keurmerkeigenaar, door de keurmerkhouders.
- Over financiële afwikkeling van deelname aan het keurmerk maken VON en beheerorganisatie afspraken.

## **3. Vereisten en taken van Certificerende Instelling**

De CI speelt een belangrijke rol bij het stimuleren, toetsen en waarborgen van de kwaliteit en veiligheid in de vrouwenopvang, dat het keurmerk beoogt. De CI wordt geselecteerd en gecontracteerd door de keurmerkhouders. Een CI is onafhankelijk, onpartijdig en deskundig en kan aantonen dat het een hoog niveau van kwaliteitszorg hanteert.

Er is geen externe invloed op adviezen en besluiten van de CI tijdens het certificeringsproces.

Om eenduidigheid en kwaliteit van het certificeringsproces te bewaken, worden eisen gesteld aan een CI. Deze vereisten worden opgenomen in een licentieovereenkomst (gebruiksrecht) afgesloten tussen de beheerorganisatie en CI.

De vereisten aan de CI zijn:

- Onafhankelijke positie ten opzichte van de vrouwenopvangsector.
- Minimaal 3 jaar aantoonbare kennis en ervaring met het toetsen van keurmerken.
- Verantwoordelijk voor het inzetten van gekwalificeerde auditoren gedurende het certificeringsproces. Dit houdt in dat CI's een geldige accreditatie met een zorgsector gerelateerde scope bezitten op basis van NEN-EN-ISO/IEC 17021-1 hebben. CI's die niet in het

bezit zijn van de hiervoor genoemde accreditatie dienen deze items op een gelijkwaardige manier geborgd te hebben.

- In het auditteam moet kennis van de vrouwenopvang aanwezig zijn.
- De auditoren werken conform de ISO 19011 'Richtlijn voor het uitvoeren van kwaliteits- en/of milieumanagement systeemaudits.
- De audit mag geheel of gedeeltelijk worden uitgevoerd door een auditor in opleiding onder toezicht van een bevoegde auditor.
- Het verplicht bijwonen van de jaarlijkse harmonisatiebijeenkomsten van de beheerorganisatie door de certificatiemanager van de CI. De certificatiemanager is verantwoordelijk voor kennisdeling onder auditoren.
- Het verplicht opvolgen van (inhoudelijke) wijzigingen (zoals nieuwe versies, interpretaties) van het normenkader en de handleiding.

De taken van de CI omvatten:

- Het stimuleren van een kwaliteitsimpuls bij opvangorganisaties.
- Het plannen en uitvoeren van een externe audit op locatie volgens de bepalingen in deze handleiding.
- Het opmaken van een rapportage volgens de bepalingen in deze handleiding.
- Het delen van een conceptrapportage met de betreffende keurmerkhouders.
- Het toekennen van het keurmerk aan de keurmerkhouders op basis van de audit, wanneer aan alle keurmerkeisen is voldaan.
- Het informeren van de beheerorganisatie ten aanzien van het wel/niet behalen van het keurmerk waarbij tevens de auditrapportage wordt verstrekt.

#### 4. Vereisten en taken van keurmerkhouders

Bij start van het keurmerk in 2020 waren de leden van Valente aspirant keurmerkhouders en behielden deze status tot het moment van de eerste externe audit. Anno eind 2023 hebben nagenoeg alle aspirant keurmerkhouders het keurmerk behaald.

Om in aanmerking te komen voor aspirant keurmerkhouders als nieuw lid, dient een organisatie te voldoen aan de volgende eisen:

- De organisatie beschikt over ISO/HKZ of een ander werkend kwaliteitssysteem.
- De organisatie participeert in het landelijk stelsel, werkt volgens het '*landelijk beleidskader instroom en uitstroom*'.<sup>3</sup>
- Registratie van normen 5.1 en 5.2 t.b.v. in-, door- en uitstroom landelijk kader.

Nieuwe aanvragen tot aspirant keurmerkhouders worden aan de beheerorganisatie voorgelegd voor beoordeling tot toelating. Aspirant keurmerkhouders dienen binnen een jaar na aanmelding het keurmerk te behalen.

##### 4.1. Taken van keurmerkhouders

De keurmerkhouders hebben de volgende taken:

- Aanmelden bij de beheerorganisatie (voor nieuwe keurmerkhouders) en de gestelde financiële bijdrage voldoen.
- Een CI contracteren voor het uitvoeren van de externe toetsing.

---

<sup>3</sup> In het eerste kwartaal van 2024 wordt een geactualiseerde versie van het beleidskader gepubliceerd.



- Afspraken maken met CI over toetsing en vastlegging hiervan.
- Volledige medewerking verlenen aan de CI bij het uitvoeren van de audit.
- Zorg dragen voor toestemming van cliënten bij inzage cliëntdossiers tijdens de audit.
- Zorg dragen voor opleiding van interne medewerkers ten behoeve van interne audits of hiervoor een externe partij inhuren.
- Uitvoeren interne audits.

#### **4.2. Verwittigen van belangrijke wijzingen**

De keurmerkhouders stelt de beheerorganisatie en de CI op de hoogte van alle wijzingen die gevolgen kunnen hebben op de uitkomsten van de audit, zoals:

- wijzigingen met betrekking tot de juridische, commerciële of organisatorische status of eigendom.
- wijzigingen met betrekking tot organisatie en management (zoals sleutelfunctionarissen of besluitvormend personeel).
- wijzigingen met betrekking tot het contactadres en locaties; wijzigingen die een invloed kunnen hebben op de duur van de beoordeling.

### **5. College van Deskundigen**

Het College van Deskundigen (CvD) bestaat uit vertegenwoordigers en stakeholders uit de sector. Leden zijn het CvD zijn vertegenwoordigers van vrouwenopvang organisaties, een ervaringsdeskundige, een cliëntenraadslid, vertegenwoordigers van Veilig Thuis, een gemeente, de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG). Het Keurmerkinstituut is aangesteld als voorzitter en Valente is secretaris.

Het CvD is verantwoordelijk voor het onderhoud van het normenkader en de handleiding. Ook fungeert het CvD als klachten- en bezwarencommissie<sup>4</sup> alsook oordelen over wijzigingen in het keurmerk. Het CvD vergadert en besluit minimaal één keer per jaar. De beheerorganisatie bereidt de vergaderingen voor het CvD voor aangaande het onderhoud van het normenkader. De beheerorganisatie communiceert en implementeert de genomen besluiten van het CvD.

### **6. Onderhoudscyclus**

Om het keurmerk blijvend te laten functioneren is periodiek (groot en klein) onderhoud nodig. Met onderhoud wordt beoogt de criteria in het normenkader en de werkwijze in de handleiding voortdurend aan te laten sluiten op de praktijk. Bijvoorbeeld omdat er interpretatiekwesties ontstaan, er sprake is van voortschrijdend inzicht of aanvullende wensen zijn die aanpassingen in het keurmerk en/of bijbehorende interpretatiedocumenten vereisen.

Grotere wijzigingen aan het normenkader worden bij voorkeur gebundeld en aan het einde van de toetsingscyclus doorgevoerd. Dat wil zeggen eens per drie jaar (te starten vanaf 2020). Dit in verband met de duur van de noodzakelijke implementatietermijn en acceptatie bij keurmerkhouders. Wijzigingen in wet- en regelgeving van toepassing op het normenkader zijn hierop vanzelfsprekend een uitzondering.

Het keurmerk wordt onderhouden middels een driejaarlijkse cyclus. Een maal per drie jaar zogenaamd 'groot onderhoud', te weten in 2026, 2029 enz. Groot onderhoud betreffen grotere aanpassingen aan

---

<sup>4</sup> Verder toegelicht in paragraaf 11.1

het normenkader. De andere twee jaren van de cyclus vindt zogenaamd ‘klein onderhoud’ plaats, te weten 2024, 2025, 2027, 2028, 2030 enz. Klein onderhoud betreft aanpassingen in de nadere toelichting, bijvoorbeeld interpretatiezaken en procedurele afspraken. De beheerorganisatie brengt vervolgens de keurmerkhouders en CI’s op de hoogte van de wijzigingen.

Indien de handleiding en/of het normenkader aanpassingen of vernieuwingen behoeft, kunnen keurmerkhouders hiervan melding maken bij de beheerorganisatie. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor de besluitvorming rondom kritische normen (zie hoofdstuk 7.5). De beheerorganisatie zet deze voorstellen door aan het CvD. Het CvD besluit vervolgens over het al dan niet aanpassen van de handleiding en het normenkader. Het CvD kan, in geval van kleine wijzigingen, jaarlijks een vernieuwde versie van - of bijlage bij - de handleiding of het normenkader uitbrengen, volgens de cyclus van klein onderhoud.

## 7. Beoordelen en toekennen van het keurmerk

Het keurmerk ‘Veiligheid in de Vrouwenopvang’ is drie jaar geldig. Voor het behalen van het keurmerk vindt in het eerste jaar een uitgebreide externe audit plaats door een CI op de locatie(s) van de keurmerkhouder. In de twee daaropvolgende jaren wordt het keurmerk ‘Veiligheid in de Vrouwenopvang’ parallel aan de tussentijdse ISO of HKZ geaudit, middels een externe audit en een intercollegiale audit. Na drie jaar verloopt het keurmerk en kan het keurmerk opnieuw behaald worden middels hercertificering door een CI. De cyclus ziet er als volgt uit:

Jaar 1: (her)Certificering door CI

Jaar 2: Intercollegiale audit door vrouwenopvang organisatie

Jaar 3: Externe audit door CI

De volgende situatie vormt een uitzondering op bovenstaande cyclus: als de CI vaststelt dat kritische normelementen niet in orde zijn. In die situatie vindt de eerstvolgende externe audit na één jaar plaats. Bij positief resultaat kan in jaar drie van de toetsingscyclus alsnog een intercollegiale audit plaats vinden.

### 7.1 Certificatieschema

In Tabel 1 is het verloop van de certificering en tussenliggende jaren weergegeven. In het vervolg van dit hoofdstuk wordt de certificering stap voor stap beschreven. De termijnen in onderstaand schema zijn een richtlijn. De keurmerkhouder en CI maken hierover afspraken. Indien de keurmerkhouder in bezit is van ISO of HKZ heeft het de voorkeur om het certificatieschema van het keurmerk ‘Veiligheid in de Vrouwenopvang’ hiermee zoveel mogelijk gelijk te laten lopen.

Tabel 1 Certificatieschema

Actie	Wie	Wanneer
<b>1. Aanmelden bij beheerorganisatie</b>	Keurmerkhouder	
• Contracteren CI	Keurmerkhouder	
• Uitvoeren zelfevaluatie	Keurmerkhouder	
<b>2. Voorbereiden externe audit</b>	Keurmerkhouder en CI	
• Aanleveren (concept) programma externe audit door CI	Keurmerkhouder in overleg met CI	3 maanden voor geplande externe audit of parallel aan proces ISO of HKZ

<ul style="list-style-type: none"> <li>Opleveren documenten t.b.v. documentbeoordeling aan CI</li> </ul>	Keurmerkhouders	1 maand voor geplande externe audit of parallel aan proces ISO of HKZ
<b>3. Uitvoering externe audit</b>	CI	3 maanden na aanleveren programma externe audit parallel aan proces ISO of HKZ
<b>4. Beoordeling en rapportage externe audit</b>	CI	Binnen 1 maand na uitvoering externe audit parallel aan proces ISO of HKZ
<b>5. Oorzaakanalyse en verbeterplan n.a.v. auditrapportage</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aanleveren oorzaakanalyse en verbeterplan</li> </ul>	Keurmerkhouders	Major afwijking: een maand na oplevering auditrapportage Minor afwijking: drie maanden na oplevering auditrapportage. Of Parallel aan proces ISO of HKZ
<ul style="list-style-type: none"> <li>Accordering oorzaakanalyse en verbeterplan</li> </ul>	CI	Binnen 1 maand na positieve beoordeling CI parallel aan proces ISO of HKZ
<b>6. Toekennen of weigeren van het keurmerk</b>	CI	Binnen 1 maand accordering oorzaakanalyse en verbeterplan parallel aan proces ISO of HKZ
<b>7. Uitvoering interne audit</b>	Keurmerkhouders	Parallel aan de interne audit voor ISO of HKZ audit
<b>8. Tussentijdse intercollegiale audit</b>	Keurmerkhouders i.s.m. andere vrouwenopvang organisatie	Jaar 2 van de cyclus. Parallel aan de tussentijdse ISO of HKZ audit
<b>9. Tussentijdse audit</b>	CI	Jaar 3 van de cyclus. Parallel aan de tussentijdse ISO of HKZ audit
<b>10. Hercertificering</b>	Keurmerkhouders en CI	3 jaar na behalen certificaat. Parallel aan proces ISO of HKZ

## 7.2 Aanmelden, zelfevaluatie en kosten

Aspirant keurmerkhouders kunnen hun interesse in certificering kenbaar maken via een online aanmeldformulier op de website [www.keurmerkrouwopvang.nl](http://www.keurmerkrouwopvang.nl). Bij deze aanmelding moet de aspirant keurmerkhouders vermelden welke CI zij voornemens is te contracteren en moet het certificaat van het huidige kwaliteitsmanagementsysteem worden geüpload. Vervolgens wordt door de beheerorganisatie nagegaan of de aanvrager in aanmerking komt voor het keurmerk.

### 7.2.1 Zelfevaluatie

Een keurmerkhouders kan een zelfevaluatie uitvoeren. Voor nieuwe toetreders is het uitvoeren van een zelfevaluatie verplicht. Deze zelfevaluatie geeft inzicht in aan welke normen de keurmerkhouders verwacht reeds te voldoen en aan welke normen zij nog niet (volledig) verwacht te voldoen.

De keurmerkhouders maakt hierover afspraken met de CI. De zelfevaluatie is een Excelbestand en kan worden opgevraagd bij de beheerorganisatie nadat de aspirant keurmerkhouders zich online heeft aangemeld. Voor het aanleveren van de uitkomsten van de zelfevaluatie kan de keurmerkhouders

gebruikmaken van het online portaal van de CI. De CI kan de zelfevaluatie als uitgangspunt nemen voor het opstellen van het auditprogramma. CI en keurmerkhouders maken hierover afspraken.

### 7.3 Voorbereiden van externe audit

Een auditprogramma dient in samenspraak met de auditor van de CI opgesteld te worden door een staffunctionaris van de keurmerkhouders, bij voorkeur een kwaliteitsmedewerker of een andere direct betrokkene bij de processen beschreven in het normenkader.

Toetsing door de CI vindt plaats op twee manieren:

- Documentbeoordeling.
- Auditgesprekken op locatie met betrokken medewerkers.

De CI stemt voor de geplande externe audit het auditprogramma af met de keurmerkhouders. Het auditprogramma kan afgestemd worden op het auditprogramma van ISO of HKZ. Het opgestelde auditprogramma is leidend gedurende de auditdag(en). In het auditprogramma wordt ten minste het volgende beschreven:

- De datum (of data) van de certificatieaudit.
- De auditlocatie(s).
- De contactperso(n)en die de auditor op de dag van de audit kan benaderen.
- Te auditen medewerkers.
- Eventuele informatie die de keurmerkhouders nodig acht om vooraf te weten (bv. context van de organisatie, organisatiewijzigingen, lopende projecten).
- Een overzicht van de op te vragen documenten t.b.v. de documentbeoordeling (voor specificatie zie bijlage 2).
- Een vermelding van de benodigde tijd voor de audits o.b.v. het aantal fte en het aantal locaties van de keurmerkhouders, zie tabel 2 en 3.

#### 7.3.1 Berekenen audittijd

De audittijd omvat het maximaal aantal mandagen dat nodig is voor de documentbeoordeling en voor de daadwerkelijke externe audit. De audittijd voor organisaties welke geen ISO- of HKZ-certificaat hebben, wordt berekend naar het aantal fte aan professionals, management en ondersteuning van de keurmerkhouders. Hierbij geldt: hoe groter de organisatie; hoe meer audittijd er nodig is. Dit is uitgewerkt in Tabel 2. Indien de audit wordt gecombineerd met de audits van HKZ en/of ISO zal de audittijd lager zijn, afhankelijk van de specifieke situatie. Keurmerkhouders en CI maken hierover onderling afspraken.

Tabel 2 Berekening audittijd

Aantal fte	Maximaal aantal mandagen audit, uitgaande van 1 auditor + alleen audit op keurmerk VO
1 – 10	1,5
11 – 30	1,5
31 – 60	2,5
61+	3

Het aantal te bezoeken locaties wordt bepaald aan de hand van Tabel 3. Deze tabel is gebaseerd op het door de IAF opgestelde document 'Certification of multiple sites'<sup>5</sup>. Het benodigd aantal mandagen neemt toe indien een keurmerkhouders meer dan een locatie heeft. Indien de keurmerkhouders over

<sup>5</sup> [https://www.iaf.nu/upFiles/IAFMD12007\\_Certification\\_of\\_Multiple\\_Sites\\_Issue1v3Pub5.pdf](https://www.iaf.nu/upFiles/IAFMD12007_Certification_of_Multiple_Sites_Issue1v3Pub5.pdf)

twee of meer locaties beschikt, bespreekt deze in overleg met de CI de toename in aantal mandagen en worden de mandagen verspreid over de locaties van de keurmerkhouders. Ook dit geldt in het geval het keurmerk geïsoleerd wordt getoetst, dus los van ISO of HKZ.

Tabel 3 Berekening aantal te bezoeken locaties

Aantal locaties	Aantal te auditen locaties bij certificatie-audit ( $\sqrt{x}$ )	Aantal te auditen locaties bij hercertificatie-audit (na 3 jaar) ( $0.8 \cdot \sqrt{x}$ )
1	1	1
2	2	2
3	2	2
4	2	2
5	3	2

#### 7.4. Uitvoeren van externe audit

Gedurende de externe audit wordt getoetst of de keurmerkhouders voldoet aan de in het normenkader beschreven normen.

Hiertoe is het belangrijk dat de externe auditor zijn/haar bevindingen steunt op ten minste twee van de drie onderstaande bronnen:

- Documenten
- Bevindingen uit het auditgesprek
- Observatie

Dit houdt bijvoorbeeld in dat indien de auditor in het auditgesprek hoort dat de keurmerkhouders voldoet aan de norm, hij/zij dit middels observatie en/of het checken van documentatie dient te bevestigen.

De keurmerkhouders en CI bespreken welke auditmethodiek wordt ingezet (bijvoorbeeld: procesgerichte-, waarderende- of risicogerichte audits). De auditmethodiek kan verschillen naar gelang de ontwikkelfase van de keurmerkhouders. In de startfase van het keurmerk kan bijvoorbeeld gekozen worden voor een procesgerichte audit. Een waarderende audit is geschikt als het doel is om het kwaliteitsdenken binnen de organisatie te bevorderen en risicogerichte audits zijn gericht op het optimaliseren van het (cliënt)proces/veiligheid.

##### 7.4.1 Documentbeoordeling door CI

Als onderdeel van de audit kan de CI de keurmerkhouders vragen documenten te overhandigen ter beoordeling. Het doel is inzichtelijk te maken of de keurmerkhouders voldoet aan de normen. In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van relevante documenten. De toepassing in praktijk wordt getoetst middels een auditgesprek.

Traditioneel vindt de documentbeoordeling een maand voor de uitvoering van de externe audit plaats. Voor deze documentbeoordeling levert de keurmerkhouders minstens een maand voor de externe audit de benodigde documenten aan bij de CI. Beoordeling kan ook plaatsvinden tijdens de audit. Opvangorganisatie en CI maken afspraken over het moment van de documentaanlevering en beoordeling. Dit kan ook parallel lopen aan de audit voor ISO en HKZ.

De documentbeoordeling kan door de CI op afstand worden uitgevoerd. Indien de auditor vragen heeft over de aangeleverde documenten moet hij/zij in de gelegenheid zijn om telefonisch contact te

hebben met een staffunctionaris, bij voorkeur een kwaliteitsmedewerker of een andere direct betrokkene bij de processen beschreven in het normenkader. Indien aanlevering aan de CI niet mogelijk is, moet de auditor tijdens de certificeringsaudit toegang tot de documenten hebben op locatie.

#### **7.4.2 Auditgesprek**

Het doel van de auditgesprekken is om te toetsen of de keurmerkhouders werkt conform de bedoeling van het normenkader en bijdraagt aan het verbeteren van kwaliteit en veiligheid aan cliënten alsook het duurzaam doorbreken van de geweldscyclus.

Het geniet de voorkeur om een breed spectrum aan medewerkers van de keurmerkhouders te spreken, zoals: bestuur, staffunctionaris Kwaliteit, management, gedragsdeskundigen, (woon)begeleiders, coaches en de cliënt. Gedurende de auditgesprekken dient de auditor te worden begeleid door een staffunctionaris – bij voorkeur een kwaliteitsmedewerker of een andere direct betrokkene bij de processen beschreven in het normenkader – zodat vragen van de auditor direct beantwoord kunnen worden en eventuele wijzigingen in het auditprogramma doorgegeven kunnen worden.

Desbetreffende functionaris kan in onderling overleg met de CI aanwezig zijn bij de auditgesprekken. Aan het eind van elke auditdag vindt een terugkoppeling plaats op de geaudite locatie. Gedurende deze terugkoppeling bespreekt de auditor de geconstateerde afwijkingen en positieve bevindingen die zijn opgedaan. Bij deze bespreking zijn alle geaudite medewerkers vrij om aan te sluiten; tevens worden de locatiemanager en bestuurder van de keurmerkhouders uitgenodigd.

#### **7.5 Beoordeling en rapportage externe audit**

De geconstateerde positieve bevindingen en de afwijkingen uit zowel de documentbeoordeling als de auditgesprekken worden tezamen met een besluit over het verstrekken van het keurmerk (wel/niet verstrekken) door de CI aangeleverd aan de keurmerkhouders met een kopie aan de keurmerkbeheerder. Hierbij gebruikt de CI het door de beheerorganisatie vastgestelde rapportageformat dat minimaal de volgende elementen bevat:

1. Gegevens getoetste keurmerkhouders:
  - a. Naam en adres van keurmerkhouders.
  - b. Gegevens contactpersoon keurmerkhouders.
2. Besluit naar beheerorganisatie t.a.v. het wel/niet behalen van het keurmerk.
3. De door de CI ontvangen documenten in het kader van de documentbeoordeling.
4. Een overzicht van de door de CI gevonden afwijkingen op indicatorniveau (met nummering) en normniveau (met nummering) waarin onderscheid wordt gemaakt in major en minor afwijkingen.
5. Een door de CI ingevuld format verbeterplan (zie bijlage 3 om te zien welke kolommen ingevuld dienen te worden door de CI).
6. Een korte beschouwing op indicatorniveau waarin de auditor reflecteert op hoe de keurmerkhouders bijdraagt aan het doel van het keurmerk: het verbeteren van kwaliteit en veiligheid aan cliënten alsook het duurzaam doorbreken van de geweldscyclus.  
Deze beschouwing is gebaseerd op de analyse op indicator- en normniveau.

De beheerorganisatie stelt het rapportage format vast. Om administratieve belasting voor de opvangorganisaties en CI's te beperken wordt voor het rapportageformat aangesloten bij de rapportages die de CI's voor de opvangorganisaties hanteren voor ISO of HKZ.

### 7.5.1 Major en minor afwijkingen

Indien de keurmerkhouders niet voldoet aan een of meerdere normen, dan benoemt de CI dit als een afwijking. Het keurmerk onderscheidt twee soorten afwijkingen, afhankelijk van de norm waarop de afwijking betrekking heeft. Een minor afwijking wil zeggen dat een afwijking op deze norm op termijn een verhoogd risico betekent voor de cliënt(zorg). Een major afwijking betekent een onmiddellijk hoog risico voor de (cliënt)zorg. Indien een keurmerkhouders op indicatorniveau meer dan drie minor afwijkingen scoort, kent de CI een major toe op indicatorniveau.

Een major wordt in ieder geval afgegeven als:

- aan één van de kritische normen niet wordt voldaan;
- op één of andere manier geconstateerd is dat de cliëntveiligheid in gevaar is;
- de keurmerkhouders bij een minor niet binnen 3 maanden aan kan tonen hoe zij middels een verbeterplan aan de eisen van de norm gaat voldoen.

Voor de eerste toetsingscyclus zijn 3 normen geïdentificeerd als kritische normen. Deze zijn weergegeven in Tabel 4. Deze normen worden beschouwd als kritisch omdat bij niet voldoen aan deze normen cliëntveiligheid direct in gevaar is.

Tabel 4 Lijst van normen voor de eerste toetsingscyclus waarbij een afwijking geldt als major

<b>Normen die gelden als "kritische norm": een afwijking hierop geldt als major afwijking.</b>	
<b>Indicator 1</b>	Normen 1.1 en 1.6
<b>Indicator 2</b>	-
<b>Indicator 3</b>	-
<b>Indicator 4</b>	Norm 4.1
<b>Indicator 5</b>	

### 7.5.2 Resultaat- en inspanningsverplichting

Voor de normen geldt een resultaatverplichting. De CI geeft per norm die niet gehaald wordt, duidelijk aan welke vervolgstappen nodig zijn om het alsnog te halen. Er zijn twee normen geïdentificeerd waar een inspanningsverplichting voor geldt in plaats van een resultaatverplichting. Deze zijn weergegeven in Tabel 5. Voor deze normen geldt een inspanningsverplichting omdat de uitvoering deels buiten de invloedssfeer ligt van de organisatie.

Tabel 5 Lijst van normen voor de iedere toetsingscyclus waarbij een afwijking geldt als inspanningsverplichting

<b>Inspanningsverplichting (in plaats van resultaatverplichting)</b>	
<b>Indicator 1</b>	
<b>Indicator 2</b>	
<b>Indicator 3</b>	
<b>Indicator 4</b>	Norm 4.2
<b>Indicator 5</b>	Norm 5.1

### 7.6 Oorzaakanalyse en verbeterplan n.a.v. auditrapportage

Van de keurmerkhouders wordt verwacht dat zij een oorzaakanalyse uitvoert op (een) major en/of minor afwijking(en) die geconstateerd zijn op basis van de externe audit. Het doel van de oorzaakanalyse is om te achterhalen welke onderliggend probleem de major/minor afwijking(en)

veroorzaakt; alsook het vinden van factoren die bijdragen aan dit onderliggende probleem. Het weghalen van deze factoren moet ervoor zorgen dat de afwijkingen niet meer voor kunnen komen.

Op basis van de oorzaakanalyse stelt de keurmerkhouders een verbeterplan op om de geconstateerde major en/of minor afwijkingen op te lossen. Het verbeterplan omvat ten minste:

- Het doel van de verbetering.
- De benodigde acties om deze verbetering tot stand te brengen.
- Het tijdsplan waarin deze verbetering tot stand zal komen.
- Wie welke verantwoordelijkheden draagt bij deze verbetering.

Een voorbeeldformat voor de oorzaakanalyse en het verbeterplan dat de keurmerkhouders kan gebruiken is opgenomen in bijlage 3. Indien de CI een format aanlevert, dient deze in ieder geval een oorzaakanalyse en verbeterplan te bevatten. Keurmerkhouders kan in overleg met de CI besluiten om voor de oorzaakanalyse en het verbeterplan hetzelfde format te gebruiken als voor ISO/HKZ.

Omdat een major afwijking op de norm een onmiddellijk hoog risico inhoudt, is het van belang de doorlooptijd tussen de constatering van de major afwijking en het verbeterplan zo kort mogelijk te houden. Daarom heeft de keurmerkhouders in het geval van een major afwijking 1 maand de tijd om de oorzaakanalyse uit te voeren en het daarbij horende verbeterplan op te stellen. Vervolgens beslist de auditor of voorgestelde verbetermaatregelen in het verbeterplan voldoende worden geacht.

Minor afwijkingen hebben op termijn een verhoogd risico voor de cliënt(zorg). Om deze reden is de doorlooptijd tussen constatering van de minor afwijking en verbeterplan langer ten opzichte van een major afwijking. De auditor beoordeelt na 3 maanden de kwaliteit van het verbeterplan.

Voor zowel major als minor afwijkingen geldt dat het verbeterplan gaat om het opstellen van de verbetermaatregelen. De CI toetst de effectiviteit van de genomen maatregelen niet.

De keurmerkhouders levert de oorzaakanalyse en het verbeterplan aan bij de CI, die daarna beide documenten kan accorderen. Indien de oorzaakanalyse en het verbeterplan akkoord is bevonden, geeft de CI een positief besluit omtrent uitgifte van het certificaat aan de beheerorganisatie. In het geval dat de oorzaakanalyse en/of het verbeterplan door de CI als onvoldoende beoordeeld wordt, zijn de vervolgstappen onderstaand bij 'Afwijzen' omschreven.

## **7.7 Toekennen of afwijzen van het keurmerk**

### **7.7.1 Toekennen**

Indien de keurmerkhouders voldoet aan de normen van het normenkader, of de door de keurmerkhouders voorgestelde maatregelen naar inschatting van de CI tot voldoende verbetering leiden, besluit de CI om het keurmerk toe te kennen (zie paragraaf 7.5). De keurmerkhouders wordt over het besluit geïnformeerd door de CI. De CI deelt dit besluit te samen met de auditrapportage en het certificaat met de beheerorganisatie.

### **7.7.2 Afwijzen**

Indien de CI de oorzaakanalyse of het verbeterplan van de keurmerkhouders als onvoldoende beoordeelt, krijgt de keurmerkhouders eenmalig de kans om binnen een maand de oorzaakanalyse en/of het verbeterplan aan te passen op basis van feedback van de CI.



Indien de keurmerkhouders geen passende maatregelen heeft kunnen opstellen, dient de CI een of meer van de volgende maatregelen te nemen, afhankelijk van de urgentie en/of het belang van de afwijking:

- Een schriftelijke waarschuwing.
- Een extra audit.
- Meer of strengere interne controlevereisten voor de keurmerkhouders.
- Een tijdelijke verhoging van de frequentie van audits.

De CI dient het keurmerk af te wijzen wanneer:

- De CI constateert dat de oorzaakanalyse en het verbeterplan na herkansing (zie hoofdstuk 7.6 – afwijzen) niet voldoet aan de eisen die de CI hieraan stelt.
- De CI constateert dat de keurmerkhouders geen interne audits heeft uitgevoerd.
- De keurmerkhouders niet voldoet aan gewijzigde vereisten van een vernieuwde handleiding en/of normenkader voor de datum waarop de vereisten van de vorige handleiding en/of normenkader aflopen (zie hoofdstuk 6).

Indien CI besluit om een keurmerk af te wijzen informeert de CI zowel de keurmerkhouders als de beheerorganisatie over dit besluit. Indien gewenst, kan de keurmerkhouders over dit besluit bezwaar aantekenen volgens de procedure beschreven in hoofdstuk 11.

### **7.8 Interne audit**

Om de interne verbetercyclus bij de keurmerkhouders in gang te zetten, dient de keurmerkhouders interne audits uit te voeren. Een interne audit is een systematisch en onafhankelijk onderzoek uitgevoerd door medewerkers van de eigen organisatie. In een interne audit worden de verscheidene aspecten van een kwaliteitssysteem getoetst en continu verbeterd door te kijken of beschreven werkprocessen en genomen maatregelen effectief én efficiënt zijn in de dagelijkse bedrijfsvoering. In de interne audits toetst de keurmerkhouders de werking van de eigen processen en dus van het kwaliteits- en veiligheidsmanagement systeem. Als de normen uit het normenkader in de organisatieprocessen zijn geborgd dan toetst de keurmerkhouders dus de werking van de processen zoals de organisatie dit al gewend is te doen.

Op basis van de uitkomsten van de zelfevaluatie, de externe audit of het verbeterplan naar aanleiding van de minor of major afwijkingen, kiest de keurmerkhouders ten minste één indicator van het normenkader keurmerk 'Veiligheid in de Vrouwenopvang' waarop zij in de tussenliggende periode interne audits gaat uitvoeren. Indien de keurmerkhouders voor ISO of HKZ al een interne auditcyclus heeft ingericht en het thema veiligheid zoals omschreven in het normenkader vrouwenopvang meeneemt, volstaat dit ook.

De keurmerkhouders zorgt dat haar interne auditoren aan de benodigde competenties voldoen en weten hoe zij interne audits behoren uit te voeren. De competenties van een interne auditor zijn: hij/zij kan analytisch denken en is diplomatiek, een goede beoordelaar, onderzoekend, professioneel, geïnteresseerd, onbevooroordeeld en vooral communicatief ingesteld.

Tijdens een interne audit wordt van de auditor verwacht dat hij/zij:

- Zich onafhankelijk opstelt ten opzichte van de auditee.
- Zonder vooroordelen werkt en goed kan luisteren.
- Integer en discreet is.
- De auditee zo min mogelijk beïnvloedt.

- Zoveel mogelijk objectief is en zoekt naar feiten, niet naar meningen.
- Zorgt voor een objectieve, feitelijke beoordeling van de auditgegevens en een juist beeld schetst aan de opdrachtgever van de audit. De auditor zal niet altijd bekend zijn met onderwerpen die tijdens de audit worden getoetst, maar moet ze toch onderzoeken en er een gefundeerd oordeel over uitspreken.
- Beschikt over een goed analytisch vermogen en onderzoeks-, gespreks- en rapportagevaardigheden.

De keurmerkhouders beslist zelf welke auditmethodiek zij inzet. Een interne auditmethodiek die past bij het doel van het keurmerk is de *tracermethodiek*. In deze methodiek staat de cliënt centraal: de interne auditor volgt het logistieke pad van een cliënt of een systeem, proces of onderwerp. Het doel van deze auditmethodiek is om een duidelijker beeld te krijgen van het perspectief van de cliënt en van de samenwerking in de gehele zorgketen.

De resultaten van de interne audit kunnen door de CI worden gebruikt als input voor de hercertificatie audits. De CI kan de keurmerkhouders voorafgaand of tijdens de audit om de rapportage van de interne audit vragen.

### **7.9 Tussentijdse intercollegiale audit**

Eens per toetsingscyclus (van drie jaar) vindt een tussentijdse intercollegiale audit plaats. De keurmerkhouders organiseert de intercollegiale audit en vraagt hierbij een collega instelling die tevens keurmerkhouders is. Bij voorkeur kiest de organisatie een collega instelling met vergelijkbare grote en dienstverleningspakket. De werkwijze en randvoorwaarden voor de intercollegiale audit zijn hetzelfde als die van de interne audit (paragraaf 7.8). De organisatie die de audit uitvoert verzorgt de verslaglegging. Keurmerkhouders toont bij de eerstvolgende externe audit door de CI dat een intercollegiale audit heeft plaats gevonden, wat hier de resultaten van waren en welke maatregelen zijn genomen. De mogelijkheid bestaat om een interne auditorenpool op te zetten waarin interne auditoren van verschillende keurmerkhouders kunnen worden uitgewisseld.

### **7.10 Tussentijdse externe audit**

Eens per toetsingscyclus (van drie jaar) vindt een tussentijdse audit op het keurmerk 'Veiligheid in de Vrouwenopvang' plaats. Deze audit verloopt parallel aan de tussentijdse audit op het ISO of HKZ keurmerk en wordt uitgevoerd door de desbetreffende CI. Als input voor de tussentijdse audit voor het keurmerk 'Veiligheid in de Vrouwenopvang' kijkt de CI onder andere naar de major en/of minor afwijkingen die in de voorgaande audit(s) zijn geconstateerd. Ook kan de CI de resultaten van de interne en intercollegiale audits gebruiken om verder vorm te geven aan de tussentijdse audit. Resultaten van de tussentijdse audit (een overzicht van de gevonden afwijkingen en relevante overige opmerkingen) worden door de CI gedeeld met de beheerorganisatie.

### **7.11 Hercertificering**

Na 3 jaar vindt hercertificering plaats door middel van een externe audit door de CI. De hercertificering vindt op dezelfde wijze plaats als de initiële certificering, zoals beschreven in hoofdstuk 7.3 t/m 7.8. Indien CI tekortkomingen constateert, raakt de keurmerkhouders het keurmerk niet direct kwijt, maar geldt er een hersteltermijn van drie maanden. CI controleert op de uitvoering van de tekortkomingen. Indien CI wederom constateert dat er tekortkomingen zijn, kan CI besluiten tot verlenging van de hersteltermijn wegens bijzondere omstandigheden of het intrekken van het keurmerk. De organisatie mag dan niet langer het logo van het keurmerk voeren.

Van de keurmerkhouders wordt verwacht dat zij interne audits uitvoeren om de interne verbetercyclus en een sector-brede kwaliteitsslag te stimuleren, dit is reeds bij hoofdstuk 7.9 omschreven.

## 8. Schorsen of intrekken van het keurmerk

De beheerorganisatie is gerechtigd het keurmerk geheel of gedeeltelijk te schorsen of in te trekken indien:

- De keurmerkhouders zijn financiële verplichtingen niet is nagekomen.
- De keurmerkhouders zijn medewerking niet verleent aan de CI bij het uitvoeren van de audit.
- De keurmerkhouders het keurmerklogo, keurmerkcertificaat, en de naam en logo van de beheerorganisatie en de keurmerkeigenaar onjuist gebruikt (zie hoofdstuk 12).

De beheerorganisatie kan er voor kiezen om de bevoegdheid tot schorsen of intrekken van het keurmerk te beleggen bij de CI.

Indien de einddatum van de schorsing is verstreken, zonder dat de reden voor de schorsing is opgegeven, is de beheerorganisatie gerechtigd het keurmerk in te trekken. Indien het keurmerk van een keurmerkhouders met meerdere locaties wordt geschorst of ingetrokken, zal de beheerorganisatie te allen tijde de certificatie in haar geheel schorsen of intrekken met inbegrip van alle gecertificeerde locaties.

De beheerorganisatie of de keurmerkeigenaar behoudt zich het recht voor om een overzicht van alle geschorste en ingetrokken certificaten te publiceren. Schorsing of intrekking van certificatie heeft geen gevolgen voor de financiële verplichtingen van de keurmerkhouders jegens de beheerorganisatie.

## 9. Rol van de cliënt bij (her)certificering

Omdat de borging van kwaliteit en veiligheid voor de cliënt centraal staat binnen het keurmerk, is het uitgangspunt om de cliënt bij het certificeringstraject te betrekken. Hiertoe wordt van de keurmerkhouders minimaal gevraagd om binnen de externe-, intercollegiale en interne auditrondes minimaal één cliënt als auditee te interviewen. Daarnaast kan overwogen worden om ervaringsdeskundigen/cliënten op te leiden tot (aspirant) interne auditor. Ook is het raadzaam voor keurmerkhouders om cliënten mee te laten beslissen in bijvoorbeeld het vaststellen van de onderwerpen van een interne audit of bij het opstellen van verbetermaatregelen.

## 10. Uitvoeringstoets Certificerende Instelling

De CI deelt de auditrapportage met de beheerorganisatie en het besluit omtrent de certificatie. De beheerorganisatie beoordeelt de deskundigheid, onpartijdigheid, onafhankelijkheid en kwaliteit van de CI's. De beheerorganisatie kan dit toetsen met een (steekproefsgewijze) controle op de gevolgde procedure bij de uitvoering van de audits, de auditrapportage en het certificatiebesluit. Indien de beheerorganisatie constateert dat de CI haar taak niet naar behoren heeft uitgevoerd, gaat zij in gesprek met de CI. Indien beide partijen geen overeenstemming kunnen vinden, kan de beheerorganisatie de licentieovereenkomst met de betreffende CI ontbinden.

## 11. Klachten en bezwaarprocedures

### 11.1 Klachtenprocedure

Klachten omtrent het handelen van de beheerorganisatie kunnen schriftelijk worden ingediend bij de beheerorganisatie. De klacht omvat ten minste: de naam en het adres van de indiener, de dagtekening en een omschrijving van de gedraging waartegen de klacht wordt ingediend. De beheerorganisatie

registreert en bevestigt de klacht schriftelijk naar de indiener. De klachtencommissie is tweeledig: procedurele klachten worden afgehandeld door de beheerder; inhoudelijke klachten door het CvD. Klachten omtrent het handelen van de CI vallen onder de klachtenprocedure van de desbetreffende CI.

Bij behandeling door het CvD, stelt het CvD een vertegenwoordiging samen die de klacht behandelt. Er wordt naar gestreefd tenminste een ervaringsdeskundige aan de vertegenwoordiging deel te laten nemen.

De klachtencommissie is niet verplicht een klacht te behandelen indien het betrekking heeft op een gedraging waarover reeds eerder een klacht is ingediend en die volledig is afgehandeld zoals hierboven omschreven; die langer dan een jaar voor de indiening van de klacht heeft plaatsgevonden; waartegen door de indiener bezwaar gemaakt had kunnen worden; waartegen door de indiener beroep kan of kon worden ingesteld. De klachtencommissie brengt de indiener zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen 4 weken na ontvangst van de klacht, op de hoogte van het niet in behandeling nemen van de klacht.

De klachtencommissie handelt de klacht binnen 6 weken af. De klachtencommissie kan deze afhandeling met maximaal 4 weken verdagen. In geval van verdaging brengt de beheerorganisatie de indiener en de beklagde partij hiervan schriftelijk op de hoogte. De beheerorganisatie draagt zorg voor registratie van de bij hem ingediende schriftelijke klachten en publiceert deze jaarlijks.

### **11.2 Bezwaarprocedure**

Bezwaar kan alleen ingediend worden door belanghebbenden van het keurmerk: namelijk door een keurmerkhouders of een CI. Een keurmerkhouders kan bezwaar indienen tegen een besluit van de beheerorganisatie omtrent intrekking of schorsing van het keurmerk. Een CI kan bezwaar indienen tegen het besluit omtrent beëindiging van de licentieovereenkomst door de beheerorganisatie.

De termijn voor indiening van bezwaar is uiterlijk 6 weken na dagtekening van het besluit. Het bezwaarschrift wordt schriftelijk ingediend en omvat ten minste: de naam en het adres van de indiener, de dagtekening, een beschrijving van het besluit waartegen de klacht wordt ingediend, de gronden van het bezwaar en wat de indiener concreet vraagt van de beheerorganisatie in reactie op het bezwaar. Indien het bezwaarschrift niet voldoet aan deze voorwaarden, zal de beheerorganisatie het bezwaarschrift retourneren voor herstel, waarop het bezwaarschrift alsnog ingediend kan worden.

De beheerorganisatie registreert en bevestigt het bezwaar schriftelijk naar de indiener. De beheerorganisatie deelt het bezwaarschrift met het CvD, die in deze optreedt als bezwaarcommissie. Het CvD stelt een vertegenwoordiging samen. Er wordt naar gestreefd tenminste een ervaringsdeskundige aan de vertegenwoordiging deel te laten nemen. Het CvD neemt het bezwaarschrift in behandeling. Het CvD neemt een beslissing op het bezwaarschrift binnen 6 weken, gerekend vanaf de dag waarop het termijn van indiening is verstreken. Het CvD kan dit besluit verdagen met ten hoogste 6 weken. In geval van verdaging brengt de beheerorganisatie de indiener hiervan schriftelijk op de hoogte.

De beslissing van het CvD op het bezwaarschrift kan inhouden: het bezwaarschrift is niet-ontvankelijk (d.w.z. voldoet niet aan de bovengenoemde voorwaarden); ongegrond (d.w.z. het bezwaarschrift wordt afgewezen); of gegrond (d.w.z. het bezwaarschrift wordt toegewezen). Daarna stelt de beheerorganisatie de klager en de bezwaarmakende partij schriftelijk en gemotiveerd in kennis van de bevindingen omtrent het bezwaarschrift als ook van de eventuele conclusies die het CvD daaraan

verbindt. De beheerorganisatie draagt zorg voor registratie van de bij hem ingediende schriftelijke bezwaren en publiceert deze jaarlijks.

## 12. Voorwaarden voor het gebruik van beeldmerken en logo's

De CI verstrekt het keurmerkcertificaat aan de keurmerkhouders.

Zodra het keurmerk is verstrekt, mag de keurmerkhouders verwijzen naar het keurmerk en gebruik maken van het keurmerkcertificaat en het keurmerklogo in interne en externe communicatie. De keurmerkhouders mag geen gebruik maken van het keurmerklogo voor werkzaamheden die buiten de vrouwenopvang vallen en daarmee buiten het toepassingsgebied van het keurmerk.

Indien het keurmerk is geschorst of ingetrokken, dient de keurmerkhouders het gebruik van het keurmerkcertificaat en het keurmerklogo in interne en externe communicatie te staken. Het is de keurmerkhouders niet toegestaan misleidende verklaringen te (doen) leggen met betrekking tot het keurmerk, zoals:

- Suggesteren dat het keurmerk geldt voor processen, personen en systemen die buiten het toepassingsgebied van het keurmerk vallen.
- Verwijzen naar het keurmerk of gebruik van het keurmerklogo op reclamedocumenten, aanbiedingen, websites, etc. die geen betrekking hebben op de processen, personen en systemen waar het normenkader betrekking op heeft – bijvoorbeeld het algemeen verwijzen naar het keurmerklogo.

Met betrekking tot het keurmerkcertificaat dient de keurmerkhouders, indien wordt gevraagd naar een kopie van het keurmerkcertificaat, een volledige kopie van het gehele certificaat te verstrekken; zijn afnemers op verzoek een dergelijke kopie te verstrekken; en uitsluitend verwijzen naar de meest recente versie van het keurmerkcertificaat.

De keurmerkhouders mag geen associatie oproepen tussen haar organisatie en de beheerorganisatie of de keurmerkeigenaar, tenzij de beheerorganisatie of de keurmerkeigenaar daar nadrukkelijk schriftelijk toestemming voor heeft verleent.

De beheerorganisatie ziet toe op het juist gebruik van het keurmerklogo, keurmerkcertificaat en gebruik van de naam en logo van de beheerorganisatie en de keurmerkeigenaar, door de keurmerkhouders. Indien een keurmerkhouders niet aan bovenstaande voldoet, kan de beheerorganisatie:

- De keurmerkhouders een waarschuwing geven, waarbij het onjuist gebruik binnen 3 maanden opgelost moet zijn.
- De keurmerkhouders bij het lang aanhouden van het onjuist gebruik (langer dan 3 maanden) schorsen (zie hoofdstuk 8).

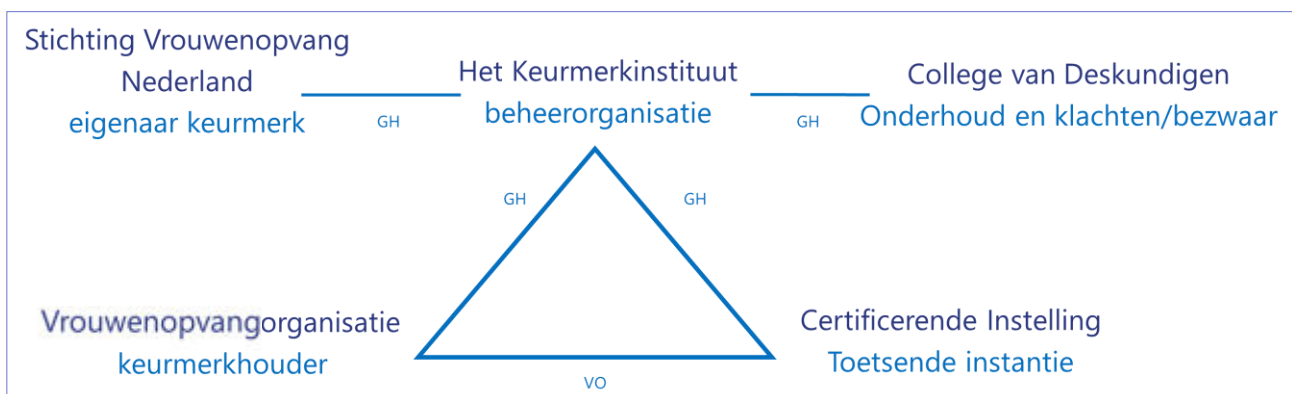
Alle bovengenoemde voorwaarden met betrekking tot het keurmerklogo, keurmerkcertificaat en gebruik van de naam en logo van de beheerorganisatie en de keurmerkeigenaar, blijven van kracht na het intrekken of schorsen van het keurmerk.

## 13. Privacy en geheimhouding

De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) is leidend in de inzage/verwerking van alle privacygevoelige informatie. Uitgangspunten hierbij zijn:

- Een geheimhoudingsovereenkomst is een vast onderdeel in de contractering tussen keurmerkhouders en de CI, waarin afspraken worden gemaakt over in welke persoonsgegevens inzake wordt gegeven en met welk doel. Indien gegevens worden verwerkt is een verwerkingsovereenkomst van toepassing.
- Alle (herleidbare) persoonsgegevens worden (zoveel mogelijk) geanonimiseerd. Indien dit niet gerealiseerd is, dient er toestemming aan de betreffende cliënten gevraagd te worden of worden nagegaan of hier al voor is getekend bij de intake.
- Alleen noodzakelijke informatie wordt lokaal ingezien.
- Er worden alleen gegevens naar een andere locatie meegenomen/verstuurd indien dit noodzakelijk is voor de audit.
  - o Er worden passende beveiligingsmaatregelen getroffen en indien van toepassing worden gegevens versleuteld via een beveiligd medium verstuurd. Er wordt vastgelegd welk medium hiervoor gebruikt wordt en getoetst of dit voldoet aan de wetgeving.
  - o Er wordt vastgelegd wat de bewaartermijn is van de gegevens en wanneer deze vernietigd/verwijderd worden.
- In eventuele rapportages worden gegevens volledig geanonimiseerd en niet herleidbaar weergegeven.
- De beheerorganisatie, keurmerkeigenaar en het CvD zijn gehouden aan een geheimhoudingsverklaring (zie ook figuur 3).

Indien de beheerorganisatie verplicht is om vertrouwelijke informatie vrij te geven op grond van de wet of contractuele verbintenissen, dient de keurmerkhouders op de hoogte te worden gesteld van de verstrekte informatie, tenzij dit wettelijk verboden is. De beheerorganisatie zal geen aanvraag (verwerking) aan derden bekendmaken, tenzij de keurmerkhouders daarvoor schriftelijk toestemming geeft. De beheerorganisatie kan de auditresultaten anoniem en niet herleidbaar rapporteren aan belanghebbende derden (bijv. Nederlandse Vereniging van Gemeenten of het ministerie van VWS). De beheerorganisatie houdt een register bij van alle verstrekte certificaten. De beheerorganisatie kan aan iedereen op verzoek informatie verstrekken over de geldigheid van het keurmerk. Deze geheimhouding laat onverlet de bevoegdheid van de beheerorganisatie om openbare mededelingen te doen inzake de intrekking of schorsing van het keurmerk (zie ook hoofdstuk 8).



Figuur 3 Overzicht van de benodigde Geheimhoudingsverklaringen (GH) en Verwerkingsovereenkomsten (VO) indien van toepassing

### 13.1 Geheimhouding rondom de interne, intercollegiale en externe audits

Voor het toetsen van het normenkader hebben externe en intercollegiale auditoren o.a. inzage nodig in een aantal cliëntendossiers. Ook kunnen zij verslagen, klachten, etc., lezen, die ook vertrouwelijke

informatie kunnen bevatten. Omdat hierbij geen inbreuk mag worden gemaakt op de privacy van betrokkenen, worden hierover van tevoren afspraken gemaakt. Deze afspraken staan in de geheimhoudingsovereenkomst, die wordt gemaakt tussen de keurmerkhouders en de CI (zie ook figuur 3). Indien er ook data worden verwerkt is tevens een verwerkingsovereenkomst nodig.

De keurmerkhouders zorgt dat aan het inzage-recht van de auditoren geen beperkingen worden opgelegd. Dit is eenzelfde werkwijze die gehanteerd wordt bij controles vanuit inspecties en andere toezichthouders. Hierbij is de keurmerkhouders verantwoordelijk voor het verkrijgen van toestemming van cliënten voor inzage in cliëntdossiers. Zonder tegenbericht gaat de CI ervan uit dat het inzage-recht van de auditoren is geregeld. De CI komt met de keurmerkhouders overeen op welke wijze de keurmerkhouders ervoor zorgt dat er een gepaste steekproef genomen kan worden waarbij de privacy van de cliënten en medewerkers in acht wordt genomen.

## **14. Slotbepalingen**

Indien bijzondere omstandigheden daartoe aanleiding geven, kan de beheerorganisatie afwijken van de bepalingen in deze handleiding. In gevallen waarin deze handleiding niet voorziet, beslist het CvD. Dit reglement treedt in werking op 1 juni 2020.

Voor vragen kunt u contact opnemen met het Keurmerk Instituut. Voor contactgegevens zie [www.keurmerk.nl](http://www.keurmerk.nl).

## Bijlage 1 Definities

In dit document worden de volgende definities gehanteerd:

Term	Definitie
<b>Afwijking (major)</b>	Een geconstateerde afwijking gedaan tijdens de externe audit. Een major afwijking op de norm houdt in dat dit onmiddellijk een hoog risico oplevert voor de cliënt(zorg).
<b>Afwijking (minor)</b>	Een geconstateerde afwijking gedaan tijdens de externe audit. Een minor afwijking op de norm houdt in dat de afwijking op termijn een verhoogd risico voor de cliënt(zorg) oplevert.
<b>Audit (extern)</b>	Uitvoeren van beoordeling op locatie door de auditor bij de auditee.
<b>Audit (intercollegiaal)</b>	Een systematisch en onafhankelijk onderzoek uitgevoerd door medewerkers van een collega instelling (tevens keurmerkhouders) op het kwaliteitssysteem en normen uit het normenkader 'Veiligheid in de Vrouwenopvang' bij de auditee.
<b>Audit (intern)</b>	Een systematisch en onafhankelijk onderzoek uitgevoerd door medewerkers van de eigen organisatie op het kwaliteitssysteem en normen uit het normenkader 'Veiligheid in de Vrouwenopvang'.
<b>Auditee</b>	Persoon bij de keurmerkhouders die de auditor faciliteert tijdens de audit, middels bijv. een interview.
<b>Auditor</b>	Persoon die de audit uitvoert.
<b>Auditresultaat</b>	Het resultaat van een audit, waaruit blijkt in welke mate de keurmerkhouders voldoet aan het normenkader 'Veiligheid in de Vrouwenopvang'.
<b>Beheerorganisatie</b>	De organisatie die het keurmerk in beheer heeft.
<b>Certificerende Instelling (CI)</b>	De instantie die door de keurmerkhouders wordt gecontracteerd om de externe audit uit te voeren.
<b>Cliënt</b>	Een man, vrouw of kind die zorg ontvangt van de keurmerkhouders.
<b>College van Deskundigen (CvD)</b>	Vertegenwoordigers en stakeholders uit de sector, die oordelen over wijzigingen in het keurmerk, als ook aangetekende bezwaren en klachten.
<b>Handleiding</b>	Beschrijving van de onderlinge verantwoordelijkheden en taken van de beheerorganisatie, de Certificerende Instellingen en de keurmerkhouders m.b.t. het keurmerk 'Veiligheid in de Vrouwenopvang'.
<b>Indicator</b>	Kwaliteitsuitgangspunt waarin een aspect van kwaliteit van zorg van de keurmerkhouders wordt beschreven; deze wordt geconcretiseerd in normen.
<b>Inspanningsverplichting</b>	Partij doet alles wat in zijn vermogen licht om een bepaald resultaat te bereiken.
<b>Keurmerkcertificaat</b>	Het bewijs van certificatie wat keurmerkhouders ontvangen.
<b>Keurmerkeigenaar</b>	De rechtspersoon die verantwoordelijk is voor (de uitvoering van) het normenkader.
<b>Keurmerkhouders</b>	Een instelling die vrouwenopvang verleent in Nederland en die daarmee de doelgroep vormt van dit keurmerk. Dit omvat zowel



	organisaties die het keurmerk al hebben, als zij die nog in het aanvraagproces zijn (aspirant).
<b>Keurmerklogo</b>	Het beeldmerk dat hoort bij het keurmerk.
<b>Kinderen in de vrouwenopvang</b>	Minderjarige kinderen die met minstens één volwassene buiten de eigen thuissituatie worden opgevangen.
<b>Kritische norm</b>	Normen waaraan de keurmerkhouders te allen tijde moet voldoen en waarbij een afwijking wordt aangeduid als major afwijking.
<b>Licentieovereenkomst</b>	Overeenkomst tussen beheerorganisatie en CI, waarmee de beheerorganisatie toestemming verleent aan de CI om de keurmerkhouders te toetsen en een besluit uit te brengen voor certificering.
<b>Major afwijking</b>	Een afwijking die onmiddellijk leidt tot een hoog risico voor de (cliënt)zorg.
<b>Minor afwijking</b>	Een afwijking die op termijn leidt tot een verhoogd risico voor de cliënt(zorg).
<b>Normenkader</b>	Geheel aan normen waarop de keurmerkhouders getoetst wordt.
<b>Norm</b>	Kwaliteitsuitgangspunt waarin een aspect van kwaliteit van zorg van de keurmerkhouders wordt geconcretiseerd.
<b>Oorzakenanalyse</b>	Een analyse om te achterhalen welke onderliggende probleem de major/minor afwijking(en) veroorzaken, als ook het vinden van factoren die bijdragen aan dit onderliggende probleem.
<b>Resultaatverplichting</b>	Partij moet een bepaald concreet resultaat daadwerkelijk leveren.
<b>Risicotaxatie</b>	Instrument dat inzicht geeft in de veiligheidssituatie van een cliënt die zich bij een opvangorganisatie meldt.
<b>Risicotaxatie-instrument</b>	Instrument dat inzicht verschaft in de veiligheidssituatie van een cliënt die zich bij een opvangorganisatie meldt.
<b>Veiligheid</b>	Veiligheid betreft cliënten (mannen, vrouwen en kinderen) maar ook medewerkers van opvangorganisaties. Hierbij gaat het zowel om feitelijke (on)veiligheid (gebeurtenissen) als ook de beleving van (on)veiligheid door cliënten en medewerkers (gevoelens).
<b>Verbeterplan</b>	Een plan om de geconstateerde major en/of minor afwijkingen op te lossen. Om adequate verbetermaatregelen te treffen gebruikt de keurmerkhouders de gevonden oorzaken uit de oorzakenanalyse.

## Bijlage 2 Documentatie t.b.v. externe audit

Bij de externe audit kan de CI de keurmerkhouders vragen de volgende documentatie beschikbaar te stellen aan de CI:

	Onderwerp / documentnaam	Norm
<b>Risicotaxatie-instrument</b>	Het door de opvangorganisatie gebruikte risicotaxatie-instrument inclusief handleiding	1.1, 1.2
<b>Protocol*</b>	Protocol gebruik risicotaxatie-instrument	1.1, 1.2, 1.3, 3.5
	Protocol opname / plaatsing cliënt(systeem)	1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9
	Protocol opstellen / uitvoeren veiligheidsplan	2.2, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8
	Protocol overdracht cliënt	3.5 4.1
	Protocol monitoring veiligheid	2.8
<b>Beleid</b>	Beleidsstukken veiligheidsbevordering cliënt / kind	2.2
	Beleid omtrent systeemdenken	1.11 2.4
	Beleid kindvriendelijke omgeving in de opvang	3.2
	Beleid taken en bevoegdheden personeel	1.10 3.4
	Beleid meldcode / radarfunctie VO	4.3
	Beleid schulden en/of aanvullende problematiek	4.4
	Beleid capaciteit bovenregionale opvang	5.1, 5.2
<b>Samenwerkingsafspraken</b>	Samenwerkingsafspraken met samenwerkingspartners	1.4 3.3 4.1, 4.2, 4.3
<b>Overig</b>	Kwaliteitsbeleid / kwaliteitshandboek / kwaliteitsverslag <u>Of:</u> Certificaat keuring kwaliteitssysteem (bv. ISO of HKZ)	2.1
	Jaarlijkse uitkomsten Cliënttevredenheidsonderzoek	6.1, 6.2
<b>Risicotaxatie-instrument</b>	Het door de opvangorganisatie gebruikte risicotaxatie-instrument inclusief handleiding	1.1, 1.2
<b>Protocol*</b>	Protocol gebruik risicotaxatie-instrument	1.1, 1.2, 1.3, 3.5

\*waar protocol staat kan ook werkwijze/procedure gelezen worden

### Bijlage 3 Voorbeeld format oorzakenanalyse en verbeterplan

Dit format wordt gedeeltelijk ingevuld aangeleverd door de CI aan de keurmerkhouders. In de bovenste rij staat aangegeven welke kolommen door de CI ingevuld dienen te worden en welke kolommen door de keurmerkhouders in het kader van de oorzakenanalyse en het verbeterplan ingevuld dienen te worden.

Afwijking nummer	Afwijking hoort bij norm:	Omschrijving afwijking <u>Aangeleverd door CI</u>	Minor of Major afwijking <u>In te vullen door CI</u>	Oorzaak-analyse <u>In te vullen door keurmerkhouders</u>	Verbeterplan (doel, acties, tijdsplan, verantwoordelijkheden) <u>In te vullen door keurmerkhouders</u>	Akkoord maatregel <u>In te vullen door CI</u>
1			Minor / major			
2			Minor / major			
3			Minor / major			
4			Minor / major			
5			Minor / major			