



# Verlag directiebeoordeling Zorg-Los uitgevoerd op 30 juni 2023

## Opening

Dit is de vijfde directiebeoordeling voor Zorg-Los er zijn nog geen eerdere acties om op te volgen.

## Beoordeling bedrijfsbeheerssysteem

### Opvolging vervolmaatregelen vorige directiebeoordeling

Er zijn geen openstaande acties.

## Resultaten van in- en externe audits.

19 Mei 2023 is de interne audit uitgevoerd door de kwaliteitscoördinator, gedragsdeskundige en directie. De resultaten van de audit waren goed.

DEKDRA Audit heeft een externe audit uitgevoerd bij Zorg-Los op 1 juni 2023.

Tijdens de audit is opgevallen dat:

- Het management- en strategisch plan wordt geactualiseerd. Hierbij is gekozen om de meeste stakeholders te betrekken, hierdoor ontstaat een mooie verbinding tussen alle partijen (vanuit zorgvrager, informeel netwerk, formeel netwerk intern en formeel netwerk extern).
- De organisatie een gesloten verbetercyclus heeft gewaarborgd door het werken met een verbeterregister in het digitaal kwaliteitssysteem. Hierin worden verbetermaatregelen vanuit verschillende bronnen (waaronder audits, tevredenheidsonderzoeken, analyse incidentenmanagement) centraal beheerst en bewaakt.
- De organisatie een volledig kwaliteitsmanagementsysteem digitaal heeft ingericht. Hierin is een kalender opgenomen waarin per medewerker de taken per jaar ingepland worden. Zo kan eenvoudig bewaakt worden of de taken conform afspraken uitgevoerd zijn/worden.
- Tijdens de audit bleek een grote betrokkenheid van de gesproken medewerkers, vaak ook voortkomend uit eigen ervaring, bij de zorgvrager. Er worden activiteiten aangeboden die aansluiten bij de zorgvrager en er wordt bewust gezorgd voor rustmomenten en afwisseling in begeleidings- en behandelingsactiviteiten. Hierbij wordt ook gebruik gemaakt van externen en zijn een aantal huisdieren onderdeel van het "begeleidingsteam".
- Er zijn geen openstaande tekortkomingen.



#### Conclusie:

- Het systeem voldoet aan de beoordeelde eisen van NEN-EN-ISO 9001:2015 (NL). Tijdens de audit is de conformiteit en effectiviteit van het managementsysteem aangetoond, in relatie tot de scope van de certificatie.
- Er is vastgesteld dat het systeem in staat is de doelstellingen van het management te bereiken, zoals die zijn beschreven in het management en strategieplan van de organisatie.
- Dit is mede beoordeeld aan de hand van de interne audits en de management review. Bewijsvoering voor deze constatering werd door de auditor gevonden uit de combinatie van interviews, documenten, registraties en waarnemingen.

Zorg-Los is wederom gecertificeerd tot 21 juni 2025

Voor de komende jaren is een auditplanning opgezet, deze is onderdeel van het beheersplan en is door de directie goedgekeurd voor de komende periode.

### Terugkoppeling van zorgvragers Zorgvragerstevredenheid

Mei 2023 is er een zorgvragers tevredenheidsonderzoek uitgezet. In totale 46 bezoeken en 39 hebben geantwoord. In vergelijking met vorig jaar hadden ook 39 geantwoord. De directie is hier tevreden mee, voor een volgend onderzoek wordt er wederom in het ambulante werkveld actief gestimuleerd om deel te nemen aan het onderzoek en zal er in de laatste week een herinnering gestuurd worden.

Het gemiddelde gegeven cijfer is een 8,6 op een schaal van 10. De directie is blij met dit resultaat, zorgvragers geven in het onderzoek aan erg tevreden te zijn met Zorg-Los. Directie heeft 30 juni verslag van de resultaten opgesteld en als document opgeslagen onder Organisatie evaluaties. Dit verslag is tevens verspreid naar alle zorgvragers en/of wettelijke vertegenwoordigers. Voor verdere informatie wordt naar dit verslag verwezen. De opmerkingen zijn opgenomen in het verbeterregister en zullen in de komende periode worden opgepakt. Directie is wederom met recht trots op de uitkomsten van dit onderzoek. Dit verslag wordt ook besproken op een van de eerstvolgende teamvergadering, waar nodig zullen maatregelen tot (verdere) verbetering van zorgvragerstevredenheid worden genomen.

### Klachten

Het afgelopen jaar zijn er geen externe klachten geweest t.a.v. de kwaliteit van zorgverlening van Zorg-Los. Er is één interne klacht geweest, waar bestuur en ambulante medewerker met ouders over in gesprek zijn gegaan. Er zijn duidelijke afspraken gemaakt, zodat de zorgverlening gecontinueerd kon worden en alle betrokkenen hebben hun vertrouwen uitgesproken binnen de samenwerking.

Binnen Zorg-Los houden we maandelijks een ontwikkelingsgericht overleg, hierin zit de raad van bestuur, directie, gedragsdeskundige, clustermanager en de kwaliteitscoördinator. Eventuele (gesignaleerde) klachten worden besproken. Eventuele verbeterpunten worden aangepast in het kwaliteitsmanagementsysteem. Klachten worden anoniem besproken in de teamvergadering, in de vergadering van de cliëntenraad en in de vergadering van de raad van commissarissen.



## Inspecties

Zorg-Los voldoet aan de kwaliteit van zorgverlening, de organisatie voldoet aan de algemeen geldende normen, de wetten, professionele standaarden, veldnormen en in het veld vastgestelde kwaliteitskaders.

De GGD regio Utrecht bracht op 21 maart 2022 een aangekondigd bezoek met onaangekondigde elementen aan Zorg-Los in opdracht van de gemeenten De Ronde Venen, Montfoort, Oudewater, Stichtse Vecht en Woerden. Het rapport kwaliteitstoezicht Wmo is op 17 mei 2022 definitief gemaakt.

Conclusie:

- Op basis van de bevindingen uit dit onderzoek, concludeert de toezichthouder dat de aanbieder geheel voldoet aan de kwaliteitsnormen uit de Wmo 2015 en de gemeentelijke normen die in dit onderzoek zijn meegenomen. In het rapport zijn geen tekortkomingen geformuleerd.

Voor verdere informatie verwijzen we naar het rapport wat openbaar is gepubliceerd.

## Incidenten

Incidenten In het Beheersplan is een apart register opgenomen voor zorgvragers/medewerkers gebonden incidenten.

In het jaar 2022 zijn er in totaal 43 VIM meldingen gedaan. Dit zijn 16 VIM meldingen minder dan in 2021.

Het merendeel van incidenten gaan over verbale agressie en/ of agressie gericht op objecten. De incidenten vinden voornamelijk plaats op de dagbesteding/ dagbehandeling. De agressie incidenten zijn voornamelijk voorgekomen bij zorgvragers die nog geen goed signaleringsplan hebben en zorgvragers die waarbij een psychologisch onderzoek nog gaande is met als doel handvatten te bieden in de begeleiding. Een maal is er sprake geweest naar fysieke agressie van zorgvrager naar zorgvrager. Dit is het gevolg geweest van oplopende spanning die niet op tijd gesignaleerd en stopgezet is. Er zijn problemen met een medewerker die tot nu toe onvoldoende in staat is om opbouwende spanning te signaleren en hier de juiste interventie op te zetten. Zorg-Los geeft desbetreffende medewerker coaching en de medewerker neemt deel aan de scholing om zo meer vaardigheden te leren om, om te gaan met zorgvragers met emotie regulatie problematiek en autisme.

Alle wegloop incidenten zijn gemeld in combinatie met agressie incidenten en waren van korte duur. In bijna alle gevallen loopt de zorgvrager uit de situatie om de spanning te reduceren. In het zorgplan staat opgenomen hoe hier te handelen.

Op alle agressie incidenten zijn interventies ingezet door gedragskundige, managers en de persoonlijk begeleiders. Waar nodig is nazorg geleverd aan collega's. Ook is er aandacht geweest voor nazorg aan de betrokken zorgvragers, zowel voor getroffen en als de veroorzakers. Voor alle collega's is er geïnvesteerd in beeldvorming d.m.v. deskundigheidsbevordering, het opstellen van een behandelbeleid en coaching van collega's. Er is een medewerker die geschoold wordt in Brain Blocks en het hele team is opgeleid in 'Geef me de vijf.'



Met betrokken zorgvragers en hun systeem zijn doelen opgenomen in het zorgplan om te werken aan vaardigheden die nodig zijn om emoties en gedrag te reguleren. Tevens is in het signaleringsplan opgenomen hoe de omgeving kan signaleren hoe opbouwende spanning herkent kan worden en handvatten hoe te handelen om de spanning te laten zakken.

Door bijna dagelijks een E-begeleider in te delen op de dagbehandeling en een leidinggevende wordt geprobeerd de continuïteit te waarborgen, waardoor er een duidelijke structuur is, er nabijheid geboden kan worden waar nodig en nieuwe collega's meer ondersteund worden in hun dagelijkse werkzaamheden. Er staat een vacature open voor de functie van begeleider dagbesteding/dagbehandeling.

Voor alle zorgvragers worden er uitgebreide casuïstiek besprekingen georganiseerd, om te werken aan beeldvorming, het behandelbeleid toe te lichten en collega's handvatten te geven om hun werkzaamheden met desbetreffende zorgvrager uit te voeren. Ook het systeem wordt actief betrokken bij het behandelbeleid. In het zorgplan worden risico-inventarisaties opgenomen om het risico's op incidenten te verkleinen.

Bij alle ongevallen/ bijna ongevallen is contact opgenomen met het systeem om deze in te lichten en/of afspraken te maken over het in de toekomst voorkomen van het (bijna) ongeval. Zo nodig is er een aanpassing gemaakt in het zorgplan en/ of signaleringsplan van de betreffende zorgvrager. Er zijn hier geen trends in waargenomen.

Er zijn in 2022 geen incidenten geweest betreft medicatie fouten. De incidenten waren 33 keer agressie en 12 keer weglopen.

## Status van corrigerende maatregelen

Het verbeterregister heeft sinds de invoering geleid tot het doorvoeren en implementeren van verschillende verbeterpunten ter bevordering van de kwaliteit van zorg. De verschillende meldingen lopen aardig uiteen, zie module verbeteren. Een trend is nog niet zichtbaar, dit is gezien de omvang van de organisatie ook niet vreemd. Meldingen die afgerond zijn worden afgesloten na evaluatie.

Het gebruik van het register bevalt de organisatie tot nu toe goed, het geeft een duidelijk overzicht van de verbeteringen die zijn doorgevoerd en de status van de lopende verbeteringen. Voor de directeur is het ook van belang dat het volledige team toegang heeft tot het verbeterregister en het register geregeld terugkomt in vergaderingen. Om deze reden is besloten dat deze manier van werken behouden blijft voor het komende jaar.

## Evaluatie effectiviteit van de gevolgde opleidingen

De vaste BHV-trainingen voor alle medewerkers van Zorg-Los worden jaarlijks georganiseerd en het gehele team heeft 12 januari 2022 bij BRN (EHBO, Reanimatie en BHV) gevolgd en zijn gecertificeerd, daarnaast is er dit jaar is extra aandacht besteed aan het vergroten van competenties van medewerkers en het gebruik van ieders kwaliteiten. In oktober 2023 staat de BHV training wederom ingepland.



Er is gewerkt aan deskundigheidsbevordering:

- Persoonlijkheidsstoornissen;
- Oplossingsgerichte therapie en gesprekstechnieken;
- PTSS;
- Autisme en Brain Blocks.

Medewerkers worden geschoold in het kwaliteitssysteem en hoe dit uit te voeren binnen eQuse, wie welke verantwoording draagt.

Medewerkers worden geschoold in een zelfgekozen thema/onderwerp. Dit wordt in de POP-verslagen bijgehouden.

Alle medewerkers hebben medicatie, diabetes, epilepsie en suïcide scholing gevolgd en hebben daarvoor een certificaat ontvangen. Driejaarlijks wordt dit herhaald. Oktober 2023 staat dit weer ingepland. Nieuwe medewerkers dienen deze scholing tevens te volgen. Nieuwe medewerkers zonder BIG registratie krijgen een cursus medicatie, diabetes en epilepsie cursus aangeboden. Doel: medewerkers zijn bevoegd en bekwaam voor medicatie, diabetes en epilepsie.

De Raad van Commissarissen zijn aangesloten bij de NVTZ en hebben scholingsdagen gevolgd.

Voor het komende jaar is een opleidingsplan opgesteld waarin rekening wordt gehouden met de vaste trainingsmomenten en extra aandacht zal worden geschonken aan het verder opleiden van medewerkers.

De effecten van de scholing zijn voor de organisatie duidelijk zichtbaar in de kwaliteit van zorg die geleverd wordt. De directie beoordeelt dat er op dit moment voldoende kennis in huis is om de doelgroep van passende zorg te kunnen voorzien. De medewerkers zijn in staat om een groot deel van de problematiek zelfstandig op te pakken en zijn zich bewust van hun grenzen hierin, zodat ook achtervang en expertise op tijd worden ingeschakeld.

Werknemers met HBO-opleiding/niveau of hoger voldoen aan de wettelijke kwaliteitseisen op hun vakgebied (SKJ/BIG). Gezien de huidige groei en toename van jeugdige zorgvragers, is het van belang om medewerkers te werven die SKJ/BIG geregistreerd zijn of deze registratie kunnen krijgen.

Alle medewerkers/vrijwilligers/stagiaires zijn in het bezit van een VOG.

Directie volgt nauwgezet de maatschappelijke ontwikkelingen binnen de zorg, zowel landelijk als lokaal. Dit middels collegiaal overleg, lokaal (gemeentelijk) overleg, (provinciaal) overleg en het bezoeken van seminars/congressen. En natuurlijk via alle voorhanden zijnde media.



## Vertrouwenspersoon/preventiemedewerker

Vorig jaar is er een externe vertrouwenspersoon aangesteld voor zorgvragers en personeel, iedereen is hierover op de hoogte gesteld door de directie. De vertrouwenspersoon functioneert tevens als preventiemedewerker. Zorg-Los heeft een arbodienst Aegon, zij verzorgen het verzuimmanagement. Afgelopen jaar zijn er enkel kortdurende ziekmeldingen geweest en er is geen beroep gedaan op de vertrouwenspersoon.

## AVG

Voor de invoering van de AVG wet heeft Zorg-Los door Branch Solutions een AVG-proof laten uitvoeren. Voor verdere rapportage verwijst ik naar de voortgangsrapportage 24-05-2018, de directie heeft de aanpassingen doorgevoerd. Zorg-Los heeft een FG (Functionaris Gegevensbescherming FG-nummer is FG00644). Deze persoon is contactpersoon van de Autoriteit Persoonsgegevens en is deskundige op AVG en beveiligingsbeleid. Zorg-Los heeft een register van verwerking activiteiten (RVA), 22 mei 2023 heeft dit register weer een update gekregen.

## Evaluatie medewerkers tevredenheid

Medewerkers tevredenheid is uitgevraagd via jaarlijkse functioneringsgesprekken, hieruit is naar voren gekomen dat de medewerkers over het algemeen erg tevreden zijn met de werkzaamheden die zij uitvoeren en weinig concrete verbetervoorstellen hebben. De directie zelf is ook tevreden over het functioneren van de medewerkers.

Mei 2023 is er een medewerkers tevredenheidsonderzoek uitgezet. In totale hebben 11 geantwoord. De directie is content met deze hoge respons, zij stimuleert in de begeleidingsgesprekken en functioneringsgesprekken hier aandacht aan te besteden en dat het belangrijk is om de enquête in te vullen.

Het gemiddelde gegeven cijfer is een 8.6 op een schaal van 10. De directie is tevreden met dit resultaat, gezien het voorgaande cijfer een gemiddelde was van 8.5 was.

Directie heeft 30 juni 2023 dit verslag van de resultaten opgesteld en als document opgeslagen onder Organisatie evaluaties. Dit verslag is tevens per e-mail verspreid naar alle medewerkers, vrijwilligers en RvC. Voor verdere informatie wordt naar dit verslag verwezen. De opmerkingen zijn opgenomen in het verbeterregister en zullen in de komende periode worden opgepakt. Directie is content met de uitkomsten van dit onderzoek, heeft zo een duidelijk beeld gekregen en kan hier verder op aansluiten en bouwen. Dit verslag wordt ook besproken op een van de eerstvolgende teamvergadering, waar nodig zullen maatregelen tot (verdere) verbetering van medewerkers tevredenheid worden genomen.

## Samenwerkingspartners

De samenwerking met ketenpartners verloopt naar tevredenheid van de organisatie. Binnen de samenwerkingsverbanden is over het algemeen een goede communicatie en loopt de samenwerking soepel. Inhoudelijk lopen deze partners al lange tijd mee met de organisatie en zijn er weinig tot geen problemen die naar boven komen. Er is gedurende het jaar geregeld overleg, waarbij ook ruimte is



om gezamenlijk te evalueren wanneer er problemen zijn. Wanneer hier verandering in komt kan de directie alsnog besluiten om een specifieke evaluatie te organiseren. Voor nu wordt besloten dat de huidige manier van werken behouden blijft.

## Leveranciersbeoordeling

Zorg-Los heeft 19 leveranciers als kritische partner opgenomen in het beheersplan en beoordeelt via de leveranciersbeoordeling. Eén van de leveranciers is op probleemoplossend meedenken als onvoldoende beoordeelt. De organisatie heeft besloten om het probleem enerzijds op te lossen en daardoor is het geen probleem meer binnen de bedrijfsvoering. Hetgeen staat beschreven in het kwaliteitsmanagementsysteem, de risicomodule, hieraan is ook een verbeterpunt aangemaakt met bijbehorende actie die maandelijks binnen OGO (ontwikkelingsgericht overleg) uitgevoerd en geëvalueerd worden. Voor de leveranciers die net aan voldoende scores gaat Zorg-Los breder kijken naar mogelijkheden en er zijn lopende acties op uitgezet. De overige leveranciers voldoen aan de gestelde eisen.

De organisatie is relatief klein. De lijnen zijn al erg kort en is er ook zonder een overzicht al goed zicht op de leveranciers. De manier van beoordelen is echter eenvoudig en past voldoende bij de organisatie om te besluiten ook het komend jaar deze methode te blijven hanteren. Bij de volgende directiebeoordeling kan dan opnieuw worden beoordeeld of aanpassing nodig is.

## Herbeoordeling context, interne en externe issues

Context en belanghebbenden zijn opgenomen in het management- en strategische plan. Dit plan is vastgesteld en de directie geeft aan dat het plan op moment van schrijven van deze directiebeoordeling nog actueel is en het management- en strategische plan in 2024 weer aangepast gaat worden. Ook is vastgesteld dat de doelgroep en uitsluitingscriteria nog actueel zijn. De scope is omschreven: begeleiding aan en behandeling van mensen met een beperking en/of psychiatrische zorgvraag.

Gewijzigde wet en regelgeving is aangepast en opnieuw opgenomen binnen het beheersplan, dit overzicht wordt gedurende het jaar bijgewerkt wanneer er wijzigingen zijn. De organisatie zorgt dat het tijdig op de hoogte is van komende wijzigingen in de wet- en regelgeving. Zorg-Los is lid van mailinglijsten van de rijksoverheid met betrekking tot wijziging in de wet- en regelgeving.

## Beleid en doelstellingen

Het beleid en de meerjaren doelen voor de organisatie zijn opgenomen in het management- en strategische plan en zijn vastgesteld.

In 2023 is het management- en strategische plan op drie kwaliteitsdoelstellingen tussentijds aangepast na overleg met het team, de cliëntenraad en de raad van commissarissen.



De directie heeft op basis van bovenstaande top kansen en risico de volgende kwaliteitsdoelstellingen geformuleerd voor de komende periode:

1. Zorg-Los beschikt over een woonlocatie welke aan alle eisen en wensen van de organisatie voldoet en levert daar 24 uren zorg
2. Zorg-Los continueert de professionalisering en doorontwikkeling van de organisatie.
3. In het professioneel handelen richt Zorg-Los zich 75% op doelgericht en 25 % op sfeer matig werken.
4. Individuele kwaliteiten van het gehele professionele netwerk worden ingezet tijdens de dagelijkse bedrijfsvoering.
5. Zorg-Los is minder kwetsbaar door een verdeling van zorg bij Jeugd (45%), Wmo (15%) en WLZ (40%).
6. Primaire, secundaire processen en KMS adequaat inrichten voor de specialistische GGZ.
7. Ingezette zorgverlening is meetbaar en zorginkoop wordt uitgebreid.
8. Zorg-Los heeft een competentiegericht gedifferentieerde dagbehandeling/dagbesteding en implementeert het sociaal therapeutisch klimaat binnen de dagbehandeling/dagbesteding.

#### **Strategische keuzes uit het marketingplan:**

- Zorg-Los denkt in mogelijkheden.
- Binnen de zorgverlening is er voldoende aandacht voor maatschappelijke participatie.
- Belanghebbenden ervaren meerwaarde vanuit kennisoverdracht.
- Zichtbaarheid vergroten van Zorg-Los.
- Binnen de samenwerking wordt er effectief driedimensionaal samengewerkt.
- Kwalitatief handgemaakte producten.

Het opstellen van de kwaliteitsdoelstellingen en het overdragen hiervan via onder andere het management- en strategische plan bevalt de directie goed. Het maakt beter zichtbaar waar de organisatie heen wil in de komende periode en door het vastleggen fungeren de doelen ook meer als een stok achter de deur dan wanneer zij alleen mondeling zijn besproken. Voor nu blijven de gestelde doelen staan en besluit de directie ook dat deze werkwijze behouden blijft.

De strategische keuzes worden middels PDCA uitgevoerd en geëvalueerd door de werkgroep marketing. Zij koppelen hun werkzaamheden terug aan het OGO-team.

### **Risicoregister; evaluaties genomen maatregelen**

Het risicomanagement is vormgegeven via een risicoregister in de risicomanagement-module in eQuse. Er is invulling gegeven aan de geconstateerde risico's, bekeken wordt of deze risico's op de juiste manier beheerst worden. Wanneer dit niet het geval is en het risico te groot is of catastrofaal, wordt hier een extra maatregel genomen, die middels een verbeterpunt gemonitord wordt. Dit verbetertraject wordt gedeeld in de teamvergadering en maandelijks geëvalueerd in het kwaliteitsoverleg. Momenteel zijn er 82 risico's omschreven, waarop 7 actieve verbeterpunten geagendeerd zijn.

Aanvulling van de risicomodule blijft een actiepoint voor komend jaar, zodat alle risico's betreft alle processen, het beleid en de organisatie inzichtelijk worden. Oplossingen worden gezocht binnen het





aanpassen van het beleid, de groei en indeling van de organisatie, de communicatiekanalen, voeren van gesprekken en overleggen, afspraken die er zijn met belanghebbenden en het blijven sturen op kwaliteit en het professioneel gedrag van medewerkers.

Het werken met het risicoregister bevalt de directie goed. Het heeft meerwaarde om kritisch te blijven kijken naar het eigen zorgproces en zicht te houden op mogelijk risico's en de oplossingen hiervoor. Het risicoregister kan in de toekomst nog meerwaarde bieden in het aantonen van al geconstateerde risico's en het beoordelen van de effecten van genomen maatregelen.

## Risico-Inventarisatie en Evaluatie

In november 2021 is zowel een RIE uitgevoerd op de locatie Terschellingkade 6-8 als op de locatie Jozef Israëlslaan 1 B te Woerden. Zorg-Los voldoet aan alle verantwoordelijkheden. Alle punten die uit het RI&E kwamen zijn inmiddels verbeterd. Op de logeerlocaties wordt de RIE door de verhuurder uitgevoerd en deze zijn ter inzage voor de directie.

## Vaststellen product en procesconformiteit

In module PI van EQuse houden we de procesindicatoren bij. De indicatoren zijn vastgesteld in het management- en strategische plan en zien toe op het meten van:

1. Het aantal crisisopnames
2. Groei van de organisatie
3. Incidenten (VIM-zorgvragers/medewerkers)
4. Inzet van individuele kwaliteiten van medewerkers
5. Verdeling in doelgericht (75%) en sfeermatig werken (25%)
6. Klachten
7. Meetbaar maken van zorg
8. Zorg-Los is minder kwetsbaar door een verdeling van zorg bij jeugd (45%), Wmo (15%) en WLZ (40%)
9. Zorgvragers tevredenheid onderzoek.

De indicatoren worden gemonitord tijdens overleggen, individuele begeleiding en evaluatiegesprekken. Afwijking van de normwaarde wordt teambreed besproken en indien nodig worden hierin stappen genomen die in de verbetermodule inzichtelijk gemaakt worden.

De meerwaarde van het werken met vastgestelde indicatoren ervaart de organisatie als positief. Deze manier van werken zit ook nu in de zichtbaarheid van de resultaten en de mogelijkheid om op basis van feitelijke informatie bij te sturen binnen het team. De directie besluit dat de vastgestelde indicatoren in ieder geval het komende jaar behouden blijven zodat er door een meerjaren evaluatie een groter inzicht komt in effectiviteit van de genomen maatregelen.

## Behoeftte aan middelen

De benodigde middelen voor de organisatie zijn door de directie vastgesteld in het management- en strategische plan. Dit plan is nog actueel, de directie besluit dat wijziging op dit punt niet nodig is.



## Conclusie

Concluderend kan worden gesteld dat het systeem naar behoren functioneert. Er wordt binnen een vaste structuur gewerkt welke doorwerkt in de gehele organisatie en waarmee de kwaliteit van het geheel wordt verbeterd. Deze kaderstelling helpt ook om medewerkers mee te kunnen nemen in de ontwikkelingen van de organisatie, zij kunnen via het systeem inzicht krijgen in de weg die de organisatie wil bewandelen en hebben een meer actieve rol in de verbetering van de kwaliteit. Het bewustzijn van de eigen taken en verantwoordelijkheden groeit waardoor zowel ISO als de missie en visie breed gedragen worden. Kortom: het systeem biedt zeker meerwaarde en zal ook in de toekomst behouden blijven.

## Rondvraag

Er zijn geen vragen tijdens de rondvraag.

## Afsluiting

Woerden, 30 juni 2023

Directie

Jeanet Bitter-Teensma