

Kwaliteitshandboek

Voor Favoriet Bureau B.V.

Documentstatus: vastgesteld door de directie | Revisie 21 oktober 2026

Document-ID	02_Kwaliteitshandboek
Versie / datum	1.0 / 21 oktober 2026
Eigenaar / goedkeurder	Oussama Arrood (kwaliteit) / Directie Favoriet Bureau B.V.

1. Inleiding en toepassingsgebied

Doel en scope

Dit handboek beschrijft de kwaliteitsafspraken van Favoriet Bureau B.V. voor werving, selectie, personele inzet en sociaal beheer. Het verbindt verantwoordelijkheden, uitvoering, registratie en evaluatie met elkaar. Voor de voorgenomen opdracht 't Koetshuis zijn de aanvullende eisen uit het Programma van Eisen verwerkt in de betreffende processen.

De kern is een vaste manier van werken: opdrachtvereisten beoordelen, gekwalificeerde medewerkers inzetten, prestaties en meldingen registreren, resultaten bespreken en afwijkingen herstellen. Dit handboek vormt een onderbouwing van de kwaliteitsaanpak; het is geen ISO 9001-certificaat.

Relatie SNA

SNA/NEN 4400-1 geeft, na verificatie van de geldigheid en scope, aanvullend bewijs voor beheersing van arbeidsrechtelijke en administratieve verplichtingen. Het is geen automatische vervanging voor ISO 9001. Het volledige kwaliteitsmanagementsysteem moet aan de hand van procedures en werking worden onderbouwd.

Identificatie en bestaande borging

Favoriet Bureau B.V. (KvK 95857621) verricht personeelsbemiddeling, detachering en begeleiding in onder meer sociaal domein en zorg. Het kwaliteitsmanagementsysteem geldt voor werving, selectie, inzet, klantafstemming en kwaliteitsbewaking; de specifieke contractverplichtingen voor 't Koetshuis worden in PvE-processen vertaald. Het SNA-registratiebewijs van 17 oktober 2026 is aanvullend bewijs, geen ISO 9001-certificaat.

2. Context van de organisatie en belanghebbenden

Contextanalyse

Relevant zijn veranderingen in regelgeving (arbeid, AVG, Arbo), beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel, opdrachtgeverseisen, meertaligheid, kwetsbaarheid van bewoners, samenwerking tussen sociaal beheer en beveiliging en afhankelijkheid van gemeentelijke regie. De directie stelt minimaal jaarlijks de contextanalyse bij.

Belanghebbenden

Opdrachtgevers verlangen continuïteit, rapportage en zichtbare kwaliteit; bewoners verlangen veiligheid, respect en begrijpelijke toegang tot ondersteuning; medewerkers verwachten veilige werkomstandigheden

en heldere instructies; de gemeentelijke regisseur en ketenpartners verlangen zorgvuldige samenwerking; toezichthouders verwachten wettelijke naleving.

3. Leiderschap en kwaliteitsbeleid

Leiderschap

De directie is eigenaar van het kwaliteitsmanagementsysteem, bepaalt doelstellingen, wijst verantwoordelijkheden toe en beoordeelt middelen en risico's. Het document 01-Kwaliteitsbeleid is na directievaststelling de leidende beleidsverklaring.

Bewoners en opdrachtgever

Opdrachtbehoeften worden vooraf beoordeeld. Medewerkers worden geïnstrueerd om respectvol, cultuursensitief en binnen bevoegdheden te handelen. Bevindingen en klachten worden gebruikt voor verbetering.

Aangewezen coördinator

Oussama Arrod draagt de uitvoerende verantwoordelijkheid voor kwaliteit, waaronder bevoegdheidscontrole, certificaatverloop, opvolging van afwijkingen en verslaglegging. De directie blijft eindverantwoordelijk en stelt dit handboek op de feitelijke goedkeuringsdatum vast.

4. Rollen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Organogram en vervanging

Voor iedere rol (directie, kwaliteitscoördinator, contractcoördinator, HR/planning, sociaal beheerder en auditor) is een taakprofiel vastgelegd in 03-Organisatie. De namen, vervangers en mandaten worden bij formele invoering ingevuld.

Grenzen sociaal beheer

Het sociaal beheer biedt dagelijkse begeleiding, maar neemt geen gemeentelijke beschikkingen of individuele casusregie over; PvE-eisen 24-26 borgen de taakafbakening.

Taakverdeling verificatie

Medewerkers leveren kwalificaties en BHV-bewijs aan; HR/een bevoegd controleur verifieert diploma's via een passende officiële bron, registreert controle en vrijgave; de Bendy bewaakt certificaatverval; Oussama Arrod volgt signalen en afwijkingen op.

5. Risico's en kansen

Risicomanagement

De kwaliteitscoördinator beheert een register met risico, oorzaak, kans, impact, bestaande beheersmaatregelen, eigenaar, rest-risico en herzieningsdatum. Beoordeel ten minste personeelsuitval, niet-gekwalficeerde inzet, onvoldoende VOG-controle, incidenten, datalekken, onduidelijke escalatie en ontbrekende registraties.

Voorbeelden van kansen

Cultuursensitieve instructie, betere samenwerking met lokale ketenpartners, gestandaardiseerde overdracht, digitalisering van registratie en terugkerende verbeterdialogen vergroten continuïteit en vertrouwen. Een maatregel wordt uitsluitend als uitgevoerd gemarkeerd met bewijs.

Controle op de drie Breda-risico's

Hoogrisico-onderwerpen (NvI vraag 9): tijdige signalering en escalatie van ondersteunings-/GGZ-vragen; overdracht bij dienstwisseling of vervanging; betrouwbare afsluiting van klachten, incidenten en afwijkingen. Elk risico krijgt een procesmaatregel, eigenaar, controle en gedateerd bewijs (F03, F10, F02 en F12).

6. Kwaliteitsdoelstellingen

Doelstellingenbeheer

De directie stelt meetbare kwaliteitsdoelen vast, inclusief meetmethode, verantwoordelijke, middelen, streefwaarde en evaluatiedatum. Minimaal worden kwalificatiecontrole vóór inzet, roosterdekking, tijdige achtervang, opvolging van meldingen, evaluaties en rapportages gemonitord.

Rapportage en correctie

Afwijkende uitkomsten leiden tot analyse en actie in het verbeterregister. Het voorgestelde beleid en de meetinstrumenten staan in 01-Kwaliteitsbeleid en 06-Evaluatie en verbetering.

Monitoring en prestatie-indicatoren

Voor te stellen prestatie-indicatoren: aandeel medewerkers vrijgegeven vóór inzet, percentage op tijd verlengde BHV-bewijzen, aantal openstaande/afgehandelde automatische vervalnotificaties, tijdige opvolging van incidenten, rooster- en overdrachtscompleetheid. Streefwaarden en meetfrequenties worden door de directie vastgesteld; geen resultaat claimen zonder meting.

KPI's met bron en evaluatiemoment

Per doelstelling wordt bronregistratie, verantwoordelijke, noemer/teller of controlecriterium, meetperiode, streefwaarde, realisatie en opvolging vastgelegd. Het bestaan van een 100%-doel is geen bewijs van 100% realisatie; dat vergt aantoonbare controles (F01/F13, F07 en F12).

7. Competentie, opleiding en kwalificaties

Toets vóór inzet

HR/planning verifieert mbo-4 of inhoudelijk gelijkwaardige opleiding, kennis doelgroep, methodisch werken, cultuursensitiviteit en geldige passende VOG. PvE-eisen 4-5 en 12-15 zijn de minimale norm voor 't Koetshuis.

Bewijzen

De organisatie onderhoudt een opleidingsoverzicht, kwalificatiematrix, inwerkregistratie en individuele beoordeling met afgeschermd onderliggende documenten. Zie 07-Opleiding en kwalificaties.

BHV en diploma-app

Favoriet Bureau B.V. verlangt dat medewerkers BHV-bewijsstukken aanleveren. Diploma's worden via een toepasselijke officiële online verificatievoorziening gecontroleerd; de uitslag komt met datum en controleur in het afgeschermd systeem. Bendy meldt naderend certificaatverloop, volgens de huidige inrichting circa één maand vooraf; de medewerker wordt tijdig benaderd voor herhaling en hernieuwde aanlevering. Een ongeldig verplicht bewijs verhindert inzet voor de desbetreffende taak.

Vrijgave en hercontrole van inzet

Voor iedere eerste inzet of relevante functiewijziging geldt een functie- en opdrachtgebonden dossiercontrole (diploma, VOG, doelgroepkennis, scholing) met aantoonbaar besluit. Signalen uit de personeelsapp krijgen tijdige opvolging; zzp'ers en onderaannemers worden onder hetzelfde kwaliteitsregime gecontroleerd (F01, F08, F13).

8. Gedocumenteerde informatie en documentbeheer

Documentcontrol

Documenten hebben herkenbare versie, eigenaar, goedkeurder, ingangsdatum en vastgestelde classificatie. Publicatie op de website volgt pas na autorisatie. Achterhaalde versies worden archief en niet meer als geldig gepresenteerd. Zie 08-Documentenbeheer.

Bewijsbeveiliging

Registraties zijn correct, herleidbaar en beschermd tegen ongeautoriseerd lezen of wijzigen; vooral bewoners-, VOG-, klacht- en incidentgegevens blijven besloten.

Afgeschermd app en bewijs van controle

De applicatie bevat kwalificatiebewijzen, status, vervaldatum en notificaties. De organisatie heeft verwerkersafspraken met Bendy en verklaart de bewaartermijnen en privacy-inrichting conform de geldende regels te beheren; Bendy vermeldt publiek ISO 27001:2022 en publiceert zijn privacybeleid. Het publieke handboek bevat geen personeels- of bewonersgegevens.

9. Dienstverleningsprocessen (werving, selectie, plaatsing, sociaal beheer)

Procesbenadering

Processtappen en controlemomenten zijn vastgelegd in 04-Dienstverleningsprocessen: opdrachtafname, eisenanalyse, selectie en vrijgave, roostering, bewonersbegeleiding, signalering, participatie, overdracht, rapportage.

Locatiespecifieke verplichtingen

Voor 't Koetshuis gelden onder meer werkdagdekking 07.00-21.00 (eis 16), acute achtervang 15/30/60 minuten (eisen 19-21), overleggen en bijeenkomsten (eisen 29-30, 35-41), digitale incidentregistratie (eis 43) en maandrapportage (eis 46). Registreer uitvoerbaar bewijs per eis.

Procescontrole 2026

Kernproces: diploma/BHV-ontvangst → verificatie → registratie in app → functie-/opdrachtgebonden inzetvrijgave → geautomatiseerde expiratiesignalering → verzoek verlenging → hercontrole → hernieuwde vrijgave. Nieuwe opdracht: toepassen op PvE 4-5 en 12-15, inclusief VOG en methodisch werken. De aanwezigheid op werkdagen van maandag-vrijdag uitgezonderd erkende feestdagen is 07.00-21.00; achtervang geldt alle dagen (NvI vraag 1).

P10-P14: gesloten keten in de dienstverlening

Bij sociaal beheer: van bewonerssignaal naar juiste dossierregistratie en bevoegd contactpersoon, van rooster naar volledige overdracht, en van melding naar aantoonbare sluiting. Koetshuis-specifieke uitvoeringstermijnen staan in document 04 en het PvE; dit zijn geplande locatie-instructies en geen bewijs van reeds gerealiseerde opdrachtn uitvoering.

10. Klachten en incidenten

Proces

Iedere melding krijgt een ID, prioriteit, behandelaar, reactietermijn, maatregelen en afsluitingscontrole. Acute situaties hebben voorrang op gewone klachten. Meldprocedures voor bewoners en opdrachtgever moeten uiterlijk bij aanvang van de opdracht beschikbaar zijn. Zie 05-Klachten en incidenten.

Herleidbare klacht- en incidentsluiting

Een melding krijgt categorie, urgentie, dossierverwijzing, tijdstip, eigenaar, opvolging en effectiviteitscontrole. Herhalingen en tekortkomingen leiden tot oorzaakanalyse en verbeterregistratie (F02 → F06). Bescherm persoons- en veiligheidsgegevens.

11. Monitoring en klanttevredenheid

Monitoring

De uitvoering wordt gemonitord met bezetting, dossiersteekproeven, termijnbewaking, overlegregistraties, klachten, feedback en rapportages. Minimaal maandelijks wordt operationeel gerapporteerd aan de opdrachtgever voor 't Koetshuis. Zie 06-Evaluatie en verbetering.

Maandelijkse trendanalyse en signalering

Analyseer waar van toepassing werkelijke personeelsvrijgave, certificaatverloop, continuïteit, meldingen, tevredenheid en open verbeterpunten. Bron, uitkomst en voorgestelde actie zijn zichtbaar in F07/F09/F12; maak onderscheid tussen gemeten data en toekomstige Koetshuis-resultaten.

12. Interne audits

Onafhankelijke toets

Een auditplan bepaalt criteria, scope, auditor, steekproef en bewijs. Bevindingen worden geclassificeerd en verbeteracties getoetst. Minimaal één audit per jaar is een voorgesteld organisatiedoel; feitelijke uitvoering moet met een gedateerd auditverslag worden aangetoond.

Beoordeling bestaande controles

Een echte interne audit kan controles uit de certificatenapp omvatten: steekproeven diplomaverificatie, BHV-verlooptmeldingen, geblokkeerde inzet en opvolgacties. Auditdatum, bevindingen, auditor en herstelstatus moeten aantoonbaar zijn. Een gepland onderzoek is nog geen uitgevoerd auditbewijs.

Audit van werkelijke dossiers en objectiviteit

Een auditplan bevat scope, criteria, controleur, onafhankelijkheid, omvang van steekproef en brondocumenten. Feitelijke controles en conclusies komen in F04; tekortkomingen in F06. Een leeg auditformulier is onvoldoende om werking aan te tonen.

13. Managementbeoordeling

Directiebeoordeling

De directie beoordeelt periodiek context, KPI's, klachten, audits, risico's, middelen en resultaten van eerdere maatregelen. Besluiten krijgen eigenaar en termijn. Het verslag wordt als bewijs van werking afgeschermd bewaard.

Besluitvorming van de directie met opvolging

De directie beoordeelt het kwaliteitsbeeld, eerdere besluiten, risico's, afwijkingen, klantfeedback en benodigde middelen. F05 legt daadwerkelijke bespreking, besluit, eigenaar, deadline en follow-up vast; onderteken alleen na de werkelijke bespreking.

14. Afwijkingen en continue verbetering

Niet-conformiteit

Bij een afwijking wordt direct gecorrigeerd en daarna beoordeeld of oorzaakaanpak nodig is. De kwaliteitscoördinator legt maatregel, eigenaar, deadline en verificatie vast. De directie bespreekt trends; effectiviteit wordt gecontroleerd voordat het dossier sluit.

PDCA en bewijs

De onderlinge samenhang van beleid, processturing, registratie, evaluatie en verbetering wordt aantoonbaar gemaakt in de gelijkwaardigheidsmatrix en niet alleen in dit beschrijvende handboek.

Werkingsbewijs voor Breda

NvI vraag 38 maakt duidelijk dat SNA en handboek niet vanzelf gelijkwaardig zijn. Voeg aantoonbaar bestaande controles, eventuele klachtenafhandeling, uitgevoerde evaluaties en verbeteracties toe aan een afzonderlijke beveiligde bewijsindex. Het systeem moet uiterlijk 2 november 2026 geïmplementeerd zijn, niet pas op de latere verificatiedatum.

Borging van verbetermaatregelen

Voor elke relevante afwijking: concreet bronbewijs → herstel → oorzaakanalyse → corrigerende maatregel → verantwoordelijke/deadline → latere controle op werking. Sluit een afwijking alleen met werkelijk bewijs; gebruik F06 en F12. De directie bewaakt openstaande acties bij de managementbeoordeling.

De scope van dit handboek omvat bestaande diensten van Favoriet Bureau en biedt toekomstig in te richten Koetshuis-specifieke procedures. Beschrijf niet dat de volledige Koetshuis-uitvoering al is getest zolang de dienstverlening niet is gestart. Voor Breda telt de op 2 november 2026 aantoonbaar bestaande werking van de organisatie als inschrijver.

Praktijkwerking kwaliteitsmanagementsysteem – geactualiseerd 21 oktober 2026

Bendy is de bestaande personeels- en kwalificatieapp. Medewerkers kunnen hun eigen stukken uploaden, planners en de eigenaar hebben functiegebonden toegang en een opdrachtgever kan waar passend beperkte rechten ontvangen. Via Kloptie verloopt de DUO-broncheck van diploma's. De uitkomst van de systeemcontrole bepaalt of iemand voor inzet kan worden vrijgegeven; het systeem registreert de uitslag, zonder dat per automatische check noodzakelijk een afzonderlijke menselijke controleur is vastgelegd. Geldigheid van onder meer VOG, BHV en overige certificaten wordt bewaakt en Bendy attendeert circa één maand van tevoren op verloop (instelbaar). Een medewerker met ontbrekende of verlopen verplichte stukken wordt niet ingezet.

Reeds werkende klachten- en verbeterroute

De Lovable-website bevat al een actieve klachtenfunctie. Daarnaast ontvangen medewerkers of het management klachten via e-mail en kunnen cliënten zich bij de opdrachtgever melden, bijvoorbeeld Parnassia. De interne vastlegging en formele afsluiting gebeuren in de afgeschermd OneDrive-klachtenregistratie. Favoriet Bureau past hoor en wederhoor toe, treft zo nodig maatregelen en registreert

uitsluiting van een opdracht in Bendy. Oussama Arrood beoordeelt klachtenpatronen en controleert of maatregelen werken; Nadir Loutfi neemt waar bij afwezigheid.

Bestaande evaluatie en externe privacybasis

De eigenaar voert elk kwartaal evaluatiegesprekken met opdrachtgevers; de kwaliteit van individuele casussen wordt tijdens de looptijd besproken. HR evalueert medewerkers bij contractverlenging. Bendy publiceert beleid over beveiliging, verwijdering en bewaring van gegevens en vermeldt ISO 27001:2022-certificering. Favoriet Bureau bevestigt dat de gebruikte configuratie onder de verwerkersafspraken valt en dat bewaartermijnen conform geldende regels worden toegepast. ISO 27001 bij Bendy vervangt geen aantoonbaar eigen ISO 9001-gelijkwaardig kwaliteitssysteem.

Documentbeheer en vrijgave

Dit document is door de directie vastgesteld. De genoemde controles en verbeteractiviteiten worden alleen als uitgevoerd aangemerkt wanneer daarvoor gedateerde praktijkregistraties beschikbaar zijn.

Bronnen en afbakening

Beschrijvend document, versie 2 september 2026, par. 3.2.5, p. 21. Door gemeente Breda geformuleerde eis: ISO 9001 of aantoonbaar gelijkwaardig kwaliteitsmanagementsysteem.

Programma van Eisen, Bijlage 3, eisen 1 t/m 46, p. 4-8. Operationele eisen voor perceel 1; zie PvE-matrix.

Gepubliceerde Nota van Inlichtingen T230381 (export 17 oktober 2026): vragen 4, 5, 9, 15, 16 en 38 over aantoonbare ISO 9001-gelijkwaardigheid; vijf bewijsgebieden en expliciete afwijzing van automatische gelijkwaardigheid SNA plus handboek.

Dit kwaliteitsmanagementsysteem is opgesteld op basis van de verstrekte aanbestedingsstukken en de beschreven werkwijze van Favoriet Bureau B.V. Bij tegenstrijdigheden zijn de geldende aanbestedingsstukken en ondertekende overeenkomsten leidend. Opdrachtspecifieke procedures voor toekomstig werk zijn niet gelijk te stellen aan reeds uitgevoerde werkzaamheden.