



THUISZORG

KWALITEITSHANDBOEK

ALTUN
NOORD-HOLLAND

ZORGBURO ALTUN | ROBIJNSTRAAT 7 | 1812 RB ALKMAAR | 0725822565

INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding.....	3
2.	Informatie Organisatie	3
2.1	Zorgburo Altun	3
2.2	Diensten organisatie	3
2.3	Organigram	4
2.3.1	Verantwoordelijkheden bestuur	4
3.	Kwaliteitssysteem	5
3.1	Doel kwaliteitssysteem	5
3.1.1	Vecozo	6
3.1.2	Plan-Do-Check-Act cyclus	7
3.2	Wettelijke kaders	7
3.2.1	Clientenraad	8
3.2.2	Zorgdossier	8
3.2.3	Reglementen, protocollen en werkinstructies	8
3.3.3	Formulieren	8
3.3.4	Documentatie-eisen	8
4.	Client	10
4.1	Zelfregie	10
4.1.1	Werkwijze zelfregie	11
4.2	Maatwerk	11
4.2.1	Werkwijze maatwerk	11
4.3	Uitvoering.....	12
5.	Randvoorwaarden goede zorg	13
5.1	Inventarisatie	13
5.1.1	Interne en externe punten	13
5.1.2	Relevante belanghebbende	14
5.1.3	Kansen en bedreigingen	14
5.2	SWOT Analyse	15

5.3 Strategie	15
5.3.1 Misie en visie	16
5.3.2. Raad van bestuur en raad van toezicht.....	16
5.3.3 Medezeggenschap cliënten.....	17
5.4 Interne audits	17
5.5 Gedragscode	18
BIJLAGE.....	22
BIJLAGE A: Principes raad van bestuur- en toezicht.....	23

1. INLEIDING

Er is een kwaliteit managementsysteem beschreven ten behoeve van Zorgburo Altun. Binnen het kwaliteit managementsysteem is rekening gehouden met de eisen die gebaseerd zijn op het ISO 9001:2015 en het INK-model. Met deze norm heeft Zorgburo Altun een systeem opgezet dat helpt om te leren en te verbeteren en niet de nadruk legt op het schrijven van procedure en protocollen.

2. INFORMATIE ORGANISATIE

2.1 ZORGBURO ALTUN

Zorgburo Altun is in 2014 opgericht in Heerhugowaard. Om groei te realiseren heeft de organisatie een kantoor geopend in Alkmaar. Hierdoor is de bereikbaarheid van de organisatie vergroot. De organisatie heeft momenteel zes medewerkers in dienst bestaand uit: directrice, vertegenwoordiger, begeleiders, helpende en medewerkers voor huishoudelijke hulp. Zorgburo Altun is operationeel in Noord Holland en heeft in verschillende steden in Noord Holland cliënten die ondersteund worden.

Tabel 1 geeft inzicht in de organisatie Zorgburo Altun.

HANDELSNAAM	Zorgburo Altun
KVK NUMMER	60143371
CONTACTGEGEVENS	Robijnstraat 7, 1812 RB Alkmaar
JURIDISCHE RECHTSVORM	Eenmanszaak
AGB CODE	41782012, 98103646
ALGEMENE VOORWAARDEN	Algemene voorwaarden budgethouders (PGB)
KEURMERK	HKZ keurmerk (op termijn)
AANGESLOTEN BIJ BRANCHEORGANISATIE	Vecozo
CONCENTRATIE WERKGEBIED	Noord Holland
MARKTSEGMENT	
HUIDIGE FINANCIERINGSVERMOGEN	WLZ- PGB, WMO- PGB, ZVW-PGB
KLANTSEGMENT	
CLIENTGROEPEN	

2.2 DIENSTEN ORGANISATIE

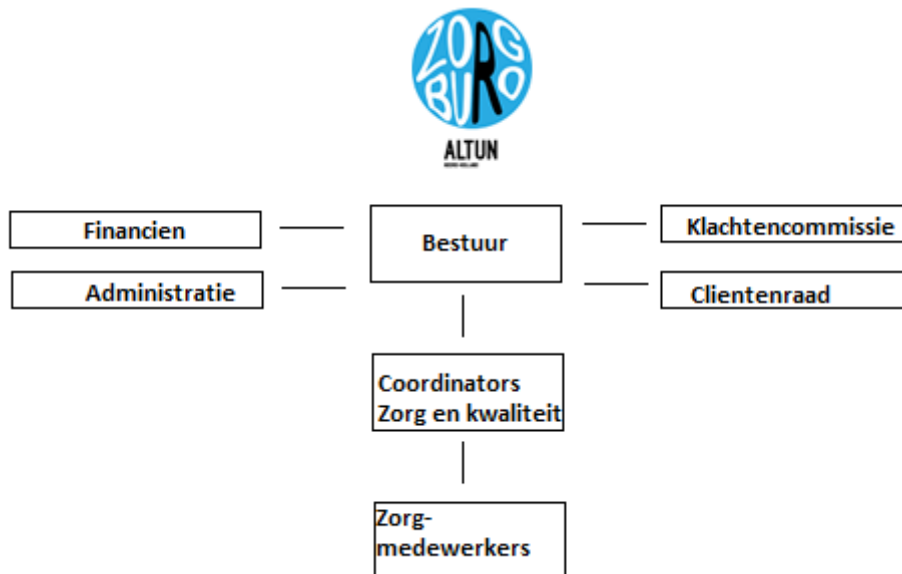
Zorgburo Altun kan, afhankelijk van het werkgebied en welke contracten er zijn afgesloten met opdrachtgevers, zorg verlenen op de volgende gebieden in extramurale zin:

- Huishoudelijke hulp
- Begeleiding individueel
- Persoonlijke verzorging
- Verpleging
- Groepsbegeleiding

Binnen de diensten zal altijd rekening gehouden worden met de wensen en behoeften van de cliënten en omgeving. Cliënten met een hoog complexe zorgvraag kunnen doorverwezen worden naar andere instellingen voor specifieke specialistische verpleegkundige handelingen.

2.3 ORGANIGRAM

Afbeelding 1 laat het organigram van de organisatie zien. Het organigram is opgemaakt om de kwaliteit van de geleverde diensten zo goed mogelijk uit te voeren en te controleren en personeel te ontwikkelen. De organisatie heeft een platte, open structuur, zodat verbeterpunten snel opgepakt kunnen worden.



2.3.1 VERANTWOORDELIJKHEDEN BESTUUR

De directie stelt voldoende middelen ter beschikking om op een kwalitatief hoog niveau uitvoering te kunnen geven aan de benodigde bedrijfsprocessen om aan de klanteneisen te kunnen voldoen:

1. Uitvoeren en monitoren van processen en het continu verbeteren van de doeltreffendheid.
2. Uitvoeren van activiteiten in het kader van de cliëntveiligheid.
3. Verhogen van de cliënttevredenheid.

De directie is verantwoordelijk voor het in kaart brengen van de behoeften en verwachtingen van de klant en voor het omzetten ervan in meetbare klanteisen. De directie bevordert een veilige cultuur waarin medewerkers gestimuleerd worden om incidenten te melden, erover te communiceren en ervan te leren.

De directie maakt kenbaar binnen de organisatie:

1. Het belang om te voldoen aan wet-/regelgeving.
2. Het belang om te voldoen aan de eisen van klanten.
3. De organisatiestructuur.
4. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.
5. Interne en externe communicatiestructuur
6. Besluitvormingsstructuur

3. KWALITEITSSYSTEEM

Het kwaliteitssysteem is het geheel van documenten en instructies die richting geven aan al het handelen binnen de organisatie en is gericht op het uitvoeren van het primaire proces. In dit kwaliteitshandboek wordt de onderlinge samenhang tussen procedures, processen en instructies beschreven. De opzet van het kwaliteitshandboek is gebaseerd op de Randvoorwaarden Verantwoorde Zorg en Veiligheid en die van de Inspectie Gezondheidszorg.

3.1 DOEL KWALITEITSSYSTEEM

Zorgburo Altun streeft naar kwaliteitsbewustwording in alle geledingen en naar continue verbetering van haar processen. Dit handboek kan gezien worden als een basis hiervoor. Het kwaliteitssysteem is opgezet conform de Randvoorwaarden voor Veilige en Verantwoorde Zorg en de actuele Wet- en Regelgeving. Doel van het hanteren van dit kwaliteitssysteem is een volledige beheersing van de uit te voeren werkzaamheden, zodat een optimale werksituatie ontstaat en daardoor kwaliteit, veiligheid en arbeidsvoldoening gewaarborgd zijn. Hierdoor zal de juiste communicatie tussen Zorgburo Altun en haar cliënten van groot belang zijn om aan de eisen van haar klanten en eventuele wettelijke eisen te kunnen voldoen. Om nu en in de toekomst de nodige wendbaarheid en aantrekkelijkheid in de markt te behouden, dienen de in dit document omschreven procedures gehanteerd te worden. Bovendien dienen de procedures op gezette tijden getoetst en zo nodig bijgesteld te worden. Alle medewerkers worden voortdurend gewezen op het belang van het leveren van goede kwaliteit die aansluit op de door de klant gestelde eisen. Alleen op deze manier kan de kwaliteit gewaarborgd blijven. Het bestuur van Zorgburo Altun steunt het kwaliteitssysteem van harte en zal regelmatig de effectiviteit van het kwaliteitssysteem en de overeengekomen acties onderzoeken.

Ook zal zij zorg dragen dat alle middelen welke benodigd zijn om continue te kunnen verbeteren en om aan de eisen van de klant (zorgvrager) te kunnen voldoen, beschikbaar worden gesteld.

Dit Handboek Kwaliteitszorg geeft de samenhang aan tussen de doelstellingen, het beleid en de verschillende procedures en regels met betrekking tot het kwaliteitssysteem voor de uitvoering van alle activiteiten op het gebied van kwaliteitsborging bij Zorgburo Altun. De directie is eindverantwoordelijke voor het vaststellen van de behoeften en verwachtingen van haar cliënten en zal dit delegeren naar de overige medewerkers.

Het kwaliteitssysteem is per proceskenmerk beschreven, waarbij de randvoorwaarden voor Veilige en Verantwoorde Zorg zijn aangehouden. Tevens is beschreven de professionele standaarden van de beroepsbeoefenaren (Zorgprofessionals). Dit handboek beschrijft het kwaliteitssysteem zoals door Zorgburo Altun gehanteerd wordt, om te komen tot een hogere kwaliteit en daardoor te bereiken dat afnemers tevreden zijn. Doel van het ingerichte kwaliteitssysteem:

- Werkmethoden identificeren en documenteren
- Doeltreffende uitvoering en beheersing van processen
- Beschikbaar stellen van middelen zeker stellen
- Processen bewaken, meten, analyseren en zo nodig aanpassen
- Medewerkers hebben inzicht in de methoden van werken
- Zorgdiensten verbeteren met betrekking tot kwaliteitseisen
- Bekwaamheid van personeel en arbeidsomstandigheden verbeteren
- Risico van incidenten of ongewenste gebeurtenissen verminderen
- Organisatie werkt conform wettelijke- en andere overheidsverplichtingen

De principes voor het kwaliteit managementsysteem zijn als volgt:

- Klantgerichtheid (maatwerk voor de cliënt)
- Leiderschap
- Betrokkenheid van medewerkers
- Procesbenadering
- Verbetering
- Op bewijs gebaseerde besluitvorming
- Relatiemanagement

De coördinator stelt in overleg met de directie een jaarplanning op voor het behalen van de beoogde kwaliteitsdoelstellingen, de wijze en het tijdstip van het monitoren van de kwaliteitsnormen en de rapportage hierover. Op basis van de gegevens uit periodieke bewakingsmechanismen als interne audits, rapportages, registraties e.a. vindt een voortdurende analyse van de kwaliteit van de processen en producten plaats. De kwaliteitsmanager zorgt voor het vertalen van deze analyse in meetbare correctieve en preventieve maatregelen en de toetsing van de effectiviteit hiervan.

3.1.1 VECOZO

VECOZO is het communicatiepunt voor ketenpartijen in de zorg die hun administratieve processen willen stroomlijnen en optimaliseren. Binnen het administratieve zorgdomein faciliteert VECOZO een digitale omgeving waarin de ketenpartijen snel, eenvoudig en veilig gegevens met elkaar kunnen uitwisselen. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en maken gebruik van VECOZO-diensten, onder meer voor het declaratieverkeer en de berichten van zorgtoewijzing. Zorgburo Altun is lid van VECOZO en wil gebruik maken van haar dienstverlening.

3.1.2 PLAN-DO-CHECK-ACT CYCLUS

Het inrichten van een kwaliteit managementsysteem dat voldoet aan de eisen van HKZ Zorg en Welzijn (ISO 9001).

Het inrichten van een KMS dat voldoet aan de eisen van deze norm bestaat doorgaans uit vier fasen:

- De voorbereidende planningsfase (PLAN); het vaststellen van de doelstellingen en processen die nodig zijn om resultaten te bereiken die in overeenstemming zijn met de eisen van klanten en het beleid van de organisatie;
- De implementatiefase (DO); het invoeren van de processen
- De fase van meting en analyse (CHECK); het monitoren en meten van processen en producten ten opzichte van beleid, doelstellingen en eisen voor het product alsmede het rapporteren van de resultaten;
- De fase van continue verbetering (ACT); het treffen van maatregelen om de procesprestaties continu te verbeteren.

3.2 WETTELIJKE KADERS

Wettelijke kaders onderneming	Handelsregister Wet op de ondernemingsrader (WOR) Wet marktordeing gezondheidszorg (WMG)
Wettelijke kaders kwaliteit	Kwaliteitskader verantwoorde zorg en veiligheid Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst Wet op kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wettelijke kaders cliënten	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen Wet bescherming persoonsgegevens Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg Wet zorg en dwang Wet meldcode
Wettelijke kaders personeel	Wet op de collectieve arbeidsovereenkomst Wet bescherming persoonsgegevens Arbeidsomstandighedenwet Wet verbetering poortwachter
Wettelijke kaders financiering	Wet maatschappelijke ondersteuning Wet langdurige zorg Zorgverzekeringswet

3.2.1 CLIENTENRAAD

Zorgburo Altun is als zorgorganisatie verplicht een cliëntenraad in te stellen. Vanaf 1 april 2019 is een onafhankelijke vertegenwoordiger als zijnde “de cliëntenraad” geïnstalleerd. Deze behartigt binnen Zorgburo Altun de gemeenschappelijke belangen van de cliënten, voor zover van toepassing en uitvoerbaarheid.

3.2.2 ZORGDOSIER

Het zorgdossier vormt een integraal onderdeel van het kwaliteitssysteem. Het primaire zorgproces wordt vastgelegd in het zorgdossier en afspraken met de cliënt worden vastgelegd in het hetzelfde dossier. De zorgcoördinator is verantwoordelijk voor het up to date houden van het zorgdossier. Het zorgdossier vormt een van de belangrijkste administratieve borgingsinstrumenten voor de kwaliteit.

3.2.3 REGELEMENTEN, PROTOCOLLEN EN WERKINSTRUCTIES

De reglementen, protocollen en werkinstructies worden afgeleid van de procedurebeschrijvingen en geven een gedetailleerd stappenplan om de procedure uit te voeren. Zorgburo Altun maakt gebruik van de Landelijke gebruikelijke zorg CIZ.

3.3.3 FORMULIEREN

Het uitvoeren van de procedures en instructies brengt met zich mee dat gegevens moeten worden vastgelegd en een bepaalde periode bewaard worden. Dergelijke voor gedefinieerde (controle)formulieren, afgeleid van de eisen in het certificatieschema en wettelijke kaders worden een bepaalde periode bewaard. De bewaartermijnen liggen, indien relevant, vast in het autorisatieprotocol.

3.3.4 DOCUMENTATIE-EISEN

De documentatie van het kwaliteitsmanagementsysteem moet omvatten:

- Gedocumenteerde verklaringen van een kwaliteitsbeleid en kwaliteitsdoelstellingen,
- Een kwaliteitshandboek,
- Documenten, met inbegrip van registraties waarvan de organisatie heeft vastgesteld dat deze nodig zijn om een doeltreffende planning, uitvoering en beheersing van processen te bewerkstelligen,
- Een overzicht en beschrijving van de zorgprocessen en andere processen die onder het kwaliteitsmanagementsysteem vallen,
- Hoe risico's in de zorg worden beheerst in zorg- en andere processen en documenten die betrekking hebben op het beheer van zorgprocessen voor alle zorgeenheden in de
- Organisatie, met inbegrip van processen die aan een externe partij zijn uitbesteed.

De zorgcoördinator heeft de verantwoordelijkheden en bevoegdheden om:

- Zeker te stellen dat processen worden vastgesteld en onderhouden
- Te rapporteren aan de directie over de prestaties van het kwaliteitsmanagementsysteem
- Te adviseren over noodzaak tot verbetering
- Het bewustzijn van de eisen van de klant in alle lagen te bevorderen
- Het bewustzijn van medewerkers in welke mate zij bijdragen aan de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg.

Dit resulteert in de volgende taken:

- Ondersteuning geven bij de totstandkoming van procesbeschrijvingen en documenten
- Bewerkstelligen dat nieuwe of gewijzigde, geautoriseerde processen worden ingevoerd
- Behandelen en beoordelen van voorstellen tot wijziging van procesbeschrijvingen
- In voorkomende gevallen signaleren dat de invoering stagneert
- Uitvoeren of laten uitvoeren van interne audit
- Voorbereiden van de managementreview
- Maandelijks (laten) samenstellen van een klachtenanalyse
- Onderhouden van contacten over kwaliteitsmanagement met klanten, certificerende
- Instellingen en toeleveranciers

4. CLIENT

Bij eigen regie of 'zelfregie' gaat het erom dat de cliënt in staat wordt gesteld (mee) te beslissen over zijn leven, behandeling/begeleiding/zorg- en /of dienstverlening. Bovendien wordt de cliënt ondersteund om zichzelf lichamelijk, sociaal en in psychisch opzicht te redden. Centraal staat wat de cliënt wil en kan.

Dit hoofdstuk richt zich op hoe de organisatie ervoor gaat zorgen dat de zelfregie van de cliënt gerealiseerd gaat worden.

4.1 ZELFREGIE

Bij zelfregie gaat het erom dat de cliënt in staat wordt gesteld om (mee) te beslissen over zijn leven, behandeling/begeleiding/zorg en/of dienstverlening. Bovendien wordt de cliënt ondersteund om zichzelf lichamelijk, sociaal en in psychisch opzicht te redden. Centraal staat wat de cliënt wil en kan.

Er zijn kwaliteitskenmerken om de zelfregie van cliënten te waarborgen. Deze zijn:

Kwaliteitskenmerken

1. Geschikte, correcte zorg;
2. Beschikbaarheid;
3. Continuïteit van zorg;
4. Doeltreffendheid;
5. Doelmatigheid;
6. Gelijkwaardigheid;
7. Zorg gebaseerd op bewijs en kennis;
8. Op de zorgontvanger gerichte zorg met inbegrip van lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke integriteit;
9. Betrokkenheid van de zorgontvanger;
10. Cliënt-/patiëntveiligheid;
11. Tijdigheid/toegankelijkheid.

De zorgorganisatie definieert haar visie op/beleid voor kwaliteit en stelt kwaliteitskenmerken vast voor de eigen context/situatie

KPI

Door middel van indicatoren worden de resultaten van processen en resultaten van het product gemeten. De meting geeft informatie over de effectiviteit en kwaliteit van processen en de geleverde zorg. Tenminste zijn de prestatie indicatoren zoals afgeleid van kwaliteitskader verantwoorde zorg opgenomen. Daarnaast worden prestatie indicatoren verbonden aan verbetermaatregelen, zodat gemeten kan worden wat de effectiviteit en kwaliteit van ingezette verbetermaatregelen is.

4.1.1 WERKWIJZE ZELFREGIE

Binnen het intakegesprek wordt de benodigde zorg in kaart gebracht. Hierin wordt rekening gehouden met de wensen en behoeften van cliënt en naasten. Het netwerk van cliënt wordt in kaart gezet, om te kijken naar mogelijkheden wat zij voor cliënt kunnen betekenen. Er wordt informatie gegeven betreft zelfregie aan cliënt en wat wij voor cliënt kunnen betekenen. Aan de hand van de hulpvraag wordt gekeken naar mogelijkheden, zoals hulpmiddelen in ter bevordering van de zelfredzaamheid van cliënt. Hierna wordt het zorgdossier voor cliënt opgesteld. Hier is de zorgcoördinator verantwoordelijk voor. Samengevat ziet de procedure er als volgt uit:

1. Afspraken maken met cliënt op welke manier cliënt ondersteund wil worden bij eigen regie.
2. Informatie geven over de mogelijkheden voor eigen regie en wat Zorgburo Altun hierin kan betekenen.
3. Netwerk in kaart brengen en kijken naar mogelijkheden wat zij hierin kunnen betekenen.
4. Op basis van de zorgvraag de nodige hulpmiddelen inventariseren die een positieve bijdrage hebben op de zelfredzaamheid van cliënt.
5. Duidelijke, gestructureerde afspraken maken over bovenstaande met cliënt.
6. Coördinator maakt op goedkeuring van cliënt het zorgdossier.

4.2 MAATWERK

Op basis van de behoeften, mogelijkheden, persoonskenmerken en voorkeuren van de cliënt wordt samen de cliënt een besluit genomen over de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening. Zo komt maatwerk tot stand. Dit is niet alleen bij het begin van het traject van belang maar tijdens de gehele behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening.

Binnen het bieden van maatwerk wordt rekening gehouden met het Governance Code (G). Zie bijlage A voor Governance Code.

4.2.1 WERKWIJZE MAATWERK

Cliënt dient informatie te verkrijgen in de behandel/begeleiding/zorg- en/of dienstverleningssoorten. Dit kan zijn in de vorm van folders of uitleg met informatie. Hierdoor kan de cliënt (mee) beslissen over de mogelijkheden. Er dient voldoende ruimte gegeven te worden aan cliënt om hierover na te denken. Samenvattend kunnen de mogelijkheden nogmaals herhaalde worden, zodat de mogelijkheden door cliënt zeker zijn begrepen. Samen met cliënt wordt gekeken naar wat cliënt kan en waar knelpunten liggen. Op deze manier kan met cliënt samen beslist worden hoe er daar mee omgegaan dient te worden tijdens de behandeling. Hieruit kan vervolgens ook samen met cliënt beslist worden wat de doelen zijn om te behalen. Hierin wordt rekening gehouden met de indicatie en eigen regie. Aan de hand van wat er met cliënt is besproken, samen met cliënt de geschikte behandeling kiezen. Het is hierin van belang dat cliënt inspraak op behandeling heeft. Aan de hand van de beslissingen van cliënt dient er een zorgdossier samengesteld te worden, die voldoet aan de wet en regelgeving. Cliënt kan het zorgdossier inzien en voor cliënt en Zorgburo Altun zijn de gemaakte afspraken bekend.

Samenvattend weergave van de werkwijze van het maatwerk is hieronder weergegeven:

1. Geef de cliënt de informatie die hij nodig heeft om (mee) te kunnen beslissen over zijn behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening.
2. Stem daarbij de informatie af op de cliënt en ga na of de informatie wordt begrepen.

3. Inventariseer met de cliënt waar mogelijkheden en risico's zitten en hoe daarmee moet worden omgegaan in de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening.
4. Inventariseer bij de cliënt wat zijn verwachtingen en doelen ten aanzien van zijn behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening zijn en neem hierbij bepaling over de indicatie en de afspraken over zijn eigen regie(4.1) mee.
5. Besluit met de cliënt op basis van bovenstaande over de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening. (G)
6. Leg de afspraken die met de cliënt over behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening zijn gemaakt, vast. (G)
7. Zorg voor dossiervoering conform professionele standaarden en wet- en regelgeving.
8. Zorg ervoor dat de cliënt inzage kan hebben in zijn dossier en dat de afspraken hierover bekend zijn.

4.3 UITVOERING

Op basis van de zelfregie en maatwerk is het zorgdossier opgesteld door de zorgcoördinator.

In het zorgdossier staan de gemaakte afspraken vast. Hier heeft de cliënt ook inspraak op en heeft hierin meebeslist. Aan de hand van het zorgdossier dient de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening uitgevoerd te worden. Netwerk van cliënt en de mogelijkheden van hen was hiervoor al in kaart gebracht. Hierdoor kan het netwerk betrokken worden bij de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening. Daarnaast worden er logboeken bijgehouden om op termijn te kunnen evalueren aan welke doelstellingen er gewerkt zijn en hoe deze zijn verlopen. Aan de hand van de logboeken kunnen er verbeterpunten ontstaan of aandachtspunten helder worden. Het is van belang dat behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening goed bereikbaar blijft, continuïteit gewaarborgd is en een verantwoordelijke aanspreekpunt moet zijn voor de cliënt. Dit is de zorgcoördinator. Bij overdracht dient het zorgdossier, met daarbij behorende logboeken, behaalde doelstellingen en/of nog te behalen doelstellingen met de aandachtspunten helder omschreven te worden. Op deze manier wordt de kwaliteit van de zorg gegarandeerd. Daarnaast dient er altijd informatie gegeven te worden voor nazorg, mocht dat nodig zijn. Stapsgewijs is de uitvoering van de zorg als volgt:

1. Voer op basis van de gemaakte afspraken met de cliënt (4.1 en 4.2) de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening.
2. Betrek in overleg met de cliënt andere disciplines en het sociaal netwerk bij de behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening.
3. Zorg voor actuele rapportage over behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening in het dossier).
4. Ervoor zorgen dat:
 - a. De behandeling/begeleiding/zorg- en/of dienstverlening goed bereikbaar is
 - b. De continuïteit gewaarborgd is
 - c. Het duidelijk is voor de cliënt wie waarvoor het aanspreekpunt is.
5. Zorg bij doorstroom/uitstroom van de cliënt indien nodig voor een volledige en tijdige overdracht.
6. Bespreek de mogelijkheden van nazorg en regel dit indien nodig voor de cliënt.

5. RANDVOORWAARDEN GOEDE ZORG

Om goed te kunnen organiseren is het van belang dat de organisatie kijkt naar de relevante interne en externe ontwikkelingen, de stakeholders en de risico's op organisatieniveau. Hieronder worden de bedreigingen en kansen verstaan. De uitkomsten hiervan zijn bepalend voor de gekozen strategie en het beleid dat hiermee samenhangt.

In hoofdstuk 2 is de vorm van de organisatie besproken. Binnen dit hoofdstuk wordt hierop dieper ingegaan. De doelen van de organisatie zijn:

- Het welbevinden van cliënten, de zorg en de dienstverlening geen doel op zich zijn, maar een middel om dit te bereiken.
- Cliënten zolang mogelijk zijn zelfstandigheid behoud en het aan bod van diensten bij de vraag van cliënten aansluiten.
- De vrijheid van cliënten om hun leven naar eigen inzicht te regelen;
- Doelmatig te werk gaan zonder oog op persoonlijke benadering te verliezen.

5.1 INVENTARISATIE

Hierin komen de interne en externe punten naar voren die bepalend zijn voor het behalen van de doelen. Daarnaast wordt er ingegaan op de relevante belanghebbenden van de organisatie en wat de behoeften en verwachtingen van de belanghebbende zijn. Tevens worden de risico's en kansen geïdentificeerd.

5.1.1 INTERNE EN EXTERNE PUNTEN

Interne punten op doelen

- De wensen en behoeften van cliënten staan binnen de organisatie centraal, hierop wordt het zorgaanbod op aangepast. Dit kan te maken zijn door o.a. sociaal- culturele of zorgvraag vanuit cliënt. Zorgburo Altun speelt hier goed op in door medewerkers in dienst te hebben van verschillende culturele- en zorgachtergronden.
- Interne regeling voor in kaart brengen wat de zelfredzaamheid van cliënt is. Daarnaast wordt goed in kaart gebracht wat het netwerk van cliënt kan betekenen. Hiervan uitgaand wordt het zorgaanbod besproken.
- Het is belangrijk voor Zorgburo Altun dat cliënt inspraak heeft en mee beslist met de gegeven zorg.
- Zorgburo Altun is een kleinschalige organisatie, waardoor er een persoonlijke benadering gerealiseerd kan worden. Dit zorgt ervoor dat medewerkers doelmatiger te werk kunnen gaan, omdat medewerkers de cliënten op deze manier beter leren kennen.

Externe punten op doelen

- Van aanbod gerichte zorg, verandert de markt naar vraaggerichte zorg.
- Er is vergrijzing in Nederland, tevens willen mensen steeds langer thuis blijven. Hierdoor groeit de vraag van zorgbehoefde naar thuiszorg. Er kan in eigen vertrouwde omgeving zorg verleend worden.
- Huishoudens worden steeds kleiner, hierdoor groeit de vraag naar thuiszorg ook, omdat er geen directe hulp binnen een huishouden kan zorgen.
- Door de veranderende demografische factoren, zitten veel thuiszorgorganisaties in werkdruk. Tevens is er te weinig personeel binnen de zorg. Dit zorgt ervoor dat er geen persoonlijke hulp gegeven kan worden aan zorgbeoefende.

5.1.2 RELEVANTE BELANGHEBBENDE

De relevante belanghebbende zijn kunnen in verschillende facetten omschreven worden:

- Zorgbeoefende (cliënt)
- Omgeving van cliënt
- Betrokken organisaties (verzekeringen, gemeenten, zorgverlenende instellingen)

De belanghebbende hebben verschillende verwachtingen en behoeften. Deze zijn hieronder beschreven:

Zorgbeoefende:

Verwacht een zorg van goed kwaliteit. Daarnaast zijn de verwachtingen dat er binnen een vertrouwde omgeving zorg wordt verleend die een meerwaarde heeft op de zorgbeoefende. Tevens is het van belang dat de gestelde doelen behaald worden en dat de zelfredzaamheid van zorgbeoefende verder wordt bevorderd.

Omgeving van cliënt:

Omgeving van cliënt wil betrokken zijn bij de diensten die verleend worden. Daarnaast moet de druk en lasten van de omgeving ontlast worden.

Betrokken organisaties:

Betrokken organisaties kunnen verschillen. Dit kunnen bijvoorbeeld gemeenten zijn, of de zorgverzekering. Deze willen graag korte lijnen hebben en weten hoe het er voor staat. Willen op de hoogte gehouden van het proces.

5.1.3 KANSEN EN BEDREIGINGEN

Uit eerder gemaakte onderzoek zijn de volgende relevante kansen en bedreigingen naar voren gekomen:

Kansen	Bedreigingen
K1 - Doelgroep is hoog betrokken	B1 - Onduidelijkheden op het gebied van wetswijzigingen
K2 - Doelgroep wil dat cliënten beste zorg krijgen	B2 - Aanwezige concurrenten bieden soortgelijke diensten aan
K3 - Mensen met een VG indicatie stijgt, vooral in het verzorgingsgebied, Kop van NH	B3 - PGB is vaak een last voor veel cliënten.
K4 - Oudere met een beperking maken steeds vaker gebruik van 1e- en 2e lijns zorg.	
K5 – Weinig in organisaties in de markt die kleinschalige (persoonlijk) zorg aanbieden	
K6 – Weinig multiculturele organisaties binnen de markt	

5.2 SWOT ANALYSE

Confrontatiematrix		Sterktes	Zwaktes
		S1 – Wensen en behoeften van cliënten staan centraal. S2 – Multiculturele organisatie S3 – Kleinschalige organisatie, met ook op persoonlijke werkwijze S4 – Procedure om cliënt mee te laten beslissen	Z1 – Wordt gewerkt met PGB Z2 – Weinig naamsbekendheid Z3 – Erg regionaal Z4 – Veel administratieve taken
Kansen	K1 - Doelgroep is hoog betrokken K2- Mensen met een VG indicatie stijgt, vooral in het verzorgingsgebied, Kop van NH K3 - Oudere met een beperking maken steeds vaker gebruik van 1e- en 2e lijns zorg. K4 – Weinig in organisaties in de markt die kleinschalige (persoonlijk) zorg aanbieden K5 – Weinig multiculturele organisaties binnen de markt	Strategische opties Groeien/ uitbouwen	
		S1K1: Zorgburo Altun gaat uit van de zorgvraag en wensen van cliënten. Doelgroep is erg hoog betrokken bij de geleverde zorg. Hierdoor kan hierop goed ingespeeld op worden. S2K5: Er zijn weinig multiculturele organisaties in het verzorgingsgebied. Zorgburo Altun onderscheidt zich hierin. S3K4: Door de kleinschaligheid kan Zorgburo Altun persoonlijke zorg geven waar behoefte aan is.	Versterken/ verbeteren Z1K1K2K3K4K5: Er zijn veel kansen m.b.t. het verlenen van zorg. Echter wordt er op basis van PGB zorg verleend. Dit is een punt dat verbeterd kan worden, omdat PGB vaak mensen afschrikt. Z2K1K2K3K4K5: Er dient meer naamsbekendheid gecreëerd te worden, omdat er kansen zijn binnen het verzorgingsgebied. Z4K1K4: Soms zijn er te veel administratieve taken, waardoor niet geheel gericht kan worden op het operationele niveau.
Bedreigingen	B1 - Onduidelijkheden op het gebied van wetswijzigingen B2- Aanwezige concurrenten bieden soortgelijke diensten aan B3- PGB is vaak een last voor veel cliënten.	Verdedigen	
		S2S3B2: Concurrentie-intensiteit is hoog, echter onderscheidt Zorgburo Altun zich met S2 en S3. S1S3B3: PGB is vaak een last voor cliënten, maar met een PGB hebben cliënten meer inbreng is de zorg dat ontvangen wordt.	Terugtrekken/ ombuigen Z1B4: Ervoor zorgen dat er minder met pgb gewerkt wordt en contracten aangaan met gemeentes/zorgkantoren. Z2B3: Er is weinig naamsbekendheid en concurrentie-intensiteit is hoog. Hieraan dient gewerkt te worden. Z1B1: Er zijn veel onduidelijkheden op het gebied van het wet. PGB neemt verantwoordelijkheden met zich mee hierover.

5.3 STRATEGIE

De organisatie dient de naamsbekendheid verder uit te bouwen in de regio. De organisatie onderscheidt zich met dat het een multiculturele organisatie is die persoonlijke zorg verleent aan mensen. Doordat de wensen, behoeftes van zowel cliënten als omgeving centraal wordt gesteld kan er op een goed manier zorg verleend worden in verschillende (gewenste) talen.

5.3.1 MISIE EN VISIE

Missie

Goede zorg leveren die past bij de wensen van de cliënt. Door goed naar de behoeftes te luisteren van de cliënt en de familie begrijpen wij goed wat de nodige zorg is. Hierdoor bieden wij op maat zorg aan zodat de cliënt en familie een beter leven kunnen leiden.

Visie

Ieder mens is anders, hierdoor is de behoefte van ieder cliënt ook anders. Wij willen in heel Nederland zorg op maat aanbieden. Op deze manier wordt de kwaliteit van het leven van onze cliënten, familie en omgeving verbeterd.

5.3.2. RAAD VAN BESTUUR EN RAAD VAN TOEZICHT

Raad van bestuur:

De raad van bestuur is het leidinggevende orgaan van de organisatie. Strategische beslissingen worden in de raad van bestuur genomen. Raad van bestuur ontwikkelt het strategisch beleid. De koers wordt hierin besproken en geëvalueerd. Dit geldt ook voor de doelstellingen van de organisatie. Raad van bestuur is verantwoordelijk voor het gevoerde beleid. Zie bijlage A voor principes raad van bestuur en raad van toezicht.

Raad van toezicht:

In algemene zin toetst de Raad van Toezicht of de Raad van Bestuur bij zijn beleidsvorming en de uitvoering van zijn bestuurstaken oog houdt op het belang van de organisatie in relatie tot haar functie. Bovendien wordt getoetst of hierbij een zorgvuldige en evenwichtige afweging is gemaakt van de belangen van allen die bij de stichting zijn betrokken.

Onder de verantwoordelijkheid van de Raad van Toezicht vallen onder meer:

- De zorg dragen voor een goed functionerende Raad van Bestuur (benoeming, beoordeling en ontslag van de Raad van Bestuur).
- Het functioneren als adviseur en klankbord voor de Raad van Bestuur.
- Het houden van integraal toezicht op het beleid van de Raad van Bestuur en de algemene gang van zaken in de organisatie.
- Het goedkeuren van statutair vastgelegde strategische beslissingen.

De Raad van Toezicht ziet er in het bijzonder op toe dat de uitvoering van het bestuursbeleid strookt met de vastgestelde en goedgekeurde beleidsplannen en bestuursuitgangspunten. De Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur maken daarbij afspraken over de ijkpunten die door de Raad van Toezicht gehanteerd worden.

De Raad van Toezicht onderschrijft de governance code.

5.3.3 MEDEZEGGENSCHAP CLIENTEN

Cliëntenraad:

Een cliëntenraad zorgt voor de belangen van cliënten.

De cliëntenraad is een serieuze gesprekspartner van de bestuurders en/of directie en behartigt de belangen van alle patiënten door invloed uit te oefenen en controle uit te voeren op het beleid van de zorginstelling.

De Wmcz geeft de cliëntenraad een duidelijke taak: het behartigen van de gemeenschappelijke belangen van cliënten. Om goed te kunnen functioneren heeft een cliëntenraad een aantal rechten:

Recht op informatie

De zorginstelling moet de cliëntenraad alle informatie geven die deze voor zijn taak nodig heeft.

Recht op overleg

De cliëntenraad overlegt regelmatig met de bestuurder over het beleid van de instelling.

Recht om te adviseren

De cliëntenraad mag gevraagd en ongevraagd de bestuurder adviseren.

Bindende voordracht raad van toezicht

De cliëntenraad kan invloed uitoefenen op de samenstelling van het bestuur of de raad van toezicht. Hij mag ten minste 1 persoon voordragen ter benoeming als lid van de raad van toezicht.

Recht op facilitering

De organisatie zorgt ervoor dat de cliëntenraad kan vergaderen, gebruik kan maken van communicatiemiddelen zoals de website van de organisatie en ondersteuning en scholing financiert.

De cliëntenraad beoordeelt wat de gevolgen van het beleid van de organisatie zijn voor de zorg en dienstverlening. Hij geeft gevraagd en ongevraagd advies aan de directie over alle onderwerpen die met de kwaliteit van de zorg te maken hebben. De cliëntenraad kijkt altijd door de bril van de cliënt en stelt daarbij kritische vragen over wat het beleid voor u in uw woonsituatie thuis betekent.

5.4 INTERNE AUDITS

Interne audits Doel interne audits:

- Vaststellen of het kwaliteitsmanagementsysteem volgens de richtlijnen van de norm is ingericht en wordt onderhouden.
- Vaststellen of de praktijk met de processen/richtlijnen overeenkomt
- Vaststellen of de effectiviteit optimaal is
- Verhogen van de efficiency van de bedrijfsprocessen.

Zorgburo Altun waarborgt door de keuze van auditors en het te auditen onderwerp dat de audits objectief en onpartijdig worden uitgevoerd. De audits worden planmatig uitgevoerd. De effecten van corrigerende en preventieve maatregelen worden in follow up audits gemeten.

5.5 GEDRAGSCODE

BEJEGENING	
Agressie, racisme, leeftijdsdiscriminatie, seksuele intimidatie en discriminatie op grond van levensbeschouwing of discriminatie op grond van uiterlijk. De eisen aan de beroepshouding van de zorgverlener is beschreven in artikel 3 van dit reglement. In onze organisatie:	
LEVENSBESCHOUWING	Wordt geen enkele soort van agressie, racisme, leeftijdsdiscriminatie, seksuele intimidatie en discriminatie op grond van levensbeschouwing of discriminatie op grond van uiterlijk getolereerd.
AGRESSIE	Zijn agressieve handelingen en/of – uitingen niet toegestaan
DISCRIMINATIE	Is het niet toegestaan discriminerende, seksistische of andere beledigende grappen en uitlatingen, mondeling of schriftelijk kenbaar te maken

SCHADE AAN DE CLIENT OF AAN EIGENDOMMEN VAN DE CLIENT	
Indien zich een situatie voordoet bij de cliënt waar door toedoen van de zorgverlener persoonlijke of psychische schade ontstaat bij de cliënt wordt gehandeld volgens het protocol melden incidenten. De wijze waarop omgegaan wordt met materiele schade, ontstaan door toedoen van de zorgverlener, aan eigendommen van cliënt is vastgelegd in dit reglement.	
PERSOONLIJKE SCHADE	Vaak is het bij schade met persoonlijk letsel op het moment dat de schade wordt “aangebracht” nog onvoldoende duidelijk wat het letsel is; of er sprake is van blijvend letsel en/of er nog sprake is van vervolgschade
MATERIELE SCHADE	Als er een situatie voordoet waarbij zaken van eenbeschadigd raken, tenietgaan of vermist worden door toedoen van een zorgverlener, dan moet dit door de zorgverlener door middel van het Schadeformulier van de verzekeringsmaatschappij gemeld worden aan de directie. Op het Schadeformulier moet zo veel mogelijk informatie over situatie worden gemeld. Belangrijk is dat de bewijsstukken worden meegestuurd (zoals aankoop- en reparatienota's e.d.). Hiervoor moeten de schadeformulieren van de verzekeringsmaatschappij worden gebruikt.

OMGANG MET ELEKTRONISCHE COMMUNICATIEMIDDELEN	
Zorgburo Altun behoudt zich het recht voor om de toegang tot communicatiemiddelen te beperken zoals het beperken van toegang tot bepaalde sites en (mobiele) telefoonnummers. Met name sites met, of nummers die toegang bieden tot een pornografische, racistische, discriminerende of een op entertainment gerichte inhoud zullen (kunnen) worden geweerd.	
COMPUTER- EN NETWERKGEBRUIK	Zorgburo Altun kan het recht tot gebruik (een deel van) internet en/of een ander Elektronisch Communicatiemiddel toestaan, maar ook altijd weer intrekken. Zonder dat recht is gebruik van (een deel van) internet en/of het andere Elektronische Communicatiemiddel niet toegestaan.
PRIVEGEBRUIK BEDRIJFSMIDDELEN	Elektronische middelen worden niet gebruikt voor privédoeleinden, zowel intern als extern. Het is niet toegestaan de elektronische communicatiemiddelen voor onacceptabele privédoeleinden zoals downloaden van spelletjes, winkelen, gokken of deelnemen aan kansspelen, het voeren van een werk gerelateerd dagboek (blogging) en het bezoek van chat- en babbelboxen.
AUTORISATIEPROTOCOL	We verwijderen de toegangsrechten van medewerkers zodra zij niet meer voor het bedrijf werkzaam zijn. De toegankelijkheid tot middelen en informatie door medewerkers is vastgelegd in het PROT-P100001.5 Autorisatieprotocol. Deze identiteit is vertrouwelijk en mag dus niet worden gedeeld of doorverteld.

OMGANG MET EIGENDOMMEN	
Het betreft hier eigendommen van cliënten die in beheer zijn van de organisatie. Hierbij kan gedacht worden aan sleutels, persoonlijke spullen, beheer van cliëntgelden maar ook aan cliëntgegevens en gegevens van anderen (bijv. vertrouwelijke informatie van ketenpartners).	
CADEAUS EN GELD	Het is niet toegestaan om financiële zaken van de cliënt te regelen of voor de cliënt te gaan pinnen. Bovendien is het verboden om goederen van de cliënt te kopen, verkopen of in bruikleen te nemen. Het is wettelijk niet toegestaan om u in het testament van de cliënt te laten opnemen. Mocht u los geld of sieraden in het huis van de cliënt aantreffen, moet u de cliënt of zijn contactpersonen hierop attenderen
VERLIES VAN EIGENDOMMEN	In voorkomende gevallen beheren de zorgverleners eigendommen van cliënten waarbij wordt voldaan aan binnen de organisatie geformuleerde zorgvuldigheidseisen en waarbij uitwerking wordt gegeven aan de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van betrokkenen. De medewerker moet zorgvuldig omgaan met eigendom van de cliënt wanneer dit door de organisatie wordt beheerd of gebruikt. Als enig eigendom van de cliënt verloren gaat, beschadigd wordt of anderszins ongeschikt geacht wordt voor gebruik, dan moet dit worden gerapporteerd aan de cliënt. Indien er sleutels verloren gaan wordt er aangifte gedaan bij de politie
DIEFSTAL VAN EIGENDOMMEN	In geval van diefstal van bedrijfseigendommen of eigendommen van cliënten dient er melding te worden gedaan bij de directie. Er wordt aangifte gedaan en er volgt een politieonderzoek. Tijdens het onderzoek wordt een zorgverlener op non-actief gezet, in eerste instantie voor de duur van drie weken. Afhankelijk van de uitkomst van het onderzoek zal bepaald worden welke maatregelen worden genomen

KENNIS & VAARDIGHEDEN – DESKUNDIGHEID	
BEVOEGD-/ BEKWAAMHEID	De zorgverlener verleent alleen die zorg waar hij of zij bevoegd/ bekwaam voor is. De zorgverlener draagt er zorg voor dat hij/zij beschikt over de kennis en vaardigheden die nodig zijn om de zorg veilig en doelmatig uit te voeren.
RICHTLIJNEN, PROTOCOLLEN & WERKINSTRUCTIES	De zorgverlener is verantwoordelijk voor de manier waarop hij/zij de zorgverlening uitvoert. De organisatie schept randvoorwaarden zodat de zorgverlener zijn functie en bijbehorende taken volgens professionele standaarden kan uitvoeren en verantwoorden.
GEWETENSBEZWAREN HANDELEN	De zorgverlener respecteert de opvatting en deskundigheid van collega's en andere hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg aan de cliënt. De zorgverlener werkt samen binnen het team waarbij er een samenwerkingsrelatie bestaat tussen de zorgverlener, het team, de cliënt en betrokken naasten.
VERANTWOORDINGSBEREIDHEID	De zorgverlener is bereid de keuze van bepaald gedrag te verantwoorden en accepteert beslissingen die het organisatiebelang dienen, ook als dit niet direct het persoonlijke belang van de zorgverlener waarborgt

BEROEPSHOUDING & ETHIEK - BEJEGENING	
RESPECTVOLLE BEJEGENING	De cliënten en collega's worden als gelijkwaardige medemensen en met respect voor het individu benaderd. De zorgverlener is representatief, beleefd, zorgvuldig, tactvol.
RESPECT VOOR RELIGIE	De zorgverlener heeft respect voor ieders ras, sekse, levensbeschouwing en leeftijd en andere gronden genoemd in deze gedragscode.
BELANGENVERSTRENGELING	Elke handeling die vermenging van zakelijke- en privébelangen kan veroorzaken, dient vermeden te worden om belangenverstremgeling te voorkomen. Deze regel houdt in dat, zonder persoonlijk belang, betrouwbaar en professioneel moet worden gehandeld. Indien er een situatie is waarbij belangenverstremgeling een rol speelt, dient dit gemeld te worden bij de directie. De directie bekijkt of de werkzaamheden kunnen worden voortgezet.
AGRESSIE & ONVEILIGHEID	De zorgverlener laat zich bij contacten met cliënten leiden door de gedragsregels zoals die gelden voor de beroepsgroep (Wetboek van Strafrecht en Burgerlijk Wetboek). De zorgverlener accepteert geen agressieve gedragingen van cliënten en neemt zelf geen initiatief tot agressie jegens hen. De zorgverlener accepteert geen seksuele gedragingen van cliënten en neemt zelf geen initiatief tot seksuele gedragingen jegens hen.
DISCRIMINATIE	De zorgverlener accepteert geen discriminerend gedrag van cliënten en werkt niet mee aan en/of neemt zelf geen initiatief tot discriminerend gedrag.
DRUGS, ALCOHOL , VUURWAPENS EN STEEKWAPEN	In onze organisatie is het verboden om zowel soft als harddrugs en alcohol bij zich te dragen of te gebruiken tijdens het werk. In onze organisatie is het verboden om vuurwapens/steekwapens bij zich te dragen (zie Wapenwet, hoofdstuk 1, artikel 1). Wanneer naar voren komt dat een zorgverlener soft of harddrugs, alcohol of vuurwapens/steekwapens bij zich draagt of soft/harddrugs of alcohol nuttigt tijdens het werk worden er passende maatregelen getroffen. Dit kan leiden tot ontslag.

BEROEPSHOUDING & ETHIEK – BETROUWBAARHEID

<p>VERTROUWENSRELATIE</p>	<p>De zorgverlener houdt persoonsgegevens van de cliënt die verzameld worden in het kader van de zorgverlener geheim. Dit wordt alleen beschikbaar gesteld na toestemming van de cliënt of in spoedgevallen die informatie die nodig is voor het waarborgen van de veiligheid van de cliënt. Voor overleg met mantelzorgers en ketenpartners geeft de cliënt eerst een machtiging af voor toestemming, alvorens overleg plaatsvindt.</p>
<p>OMGANG MET PRIVACYGEGEVENS</p>	<p>De cliënt wordt op de hoogte gebracht van de wijze waarop de organisatie omgaat met privacygegevens. Desgewenst ontvangt de cliënt het privacyreglement van de organisatie. De cliënt is er in ieder geval van op de hoogte welke gegevens worden geregistreerd en met welke doeleinden.</p>

BIJLAGE

BIJLAGE A: PRINCIPES RAAD VAN BESTUUR- EN TOEZICHT

- 1 Bestuurders en toezichthouders zorgen voor een cultuur van openheid en aanspreekbaarheid binnen de organisatie.
- 2 Het bestuur en de raad van toezicht vergewissen zich van de onafhankelijkheid van hun leden. Bestuurders en toezichthouders hebben geen zakelijke of artistieke belangen of relaties met de organisatie anders dan als bestuurder of toezichthouder. Zij aanvaarden zonder voorafgaande goedkeuring van de raad van toezicht geen (neven)functies die gezien de aard of het tijdsbeslag raken aan hun functioneren.
- 3 Een voormalig lid van het bestuur kan gedurende een periode van vier jaar geen toezichthouder van de organisatie zijn.
- 4 Bestuurders en toezichthouders laten het belang van de organisatie prevaleren boven eigen belangen en onthouden zich van persoonlijke bevoordeling van henzelf of hun naasten.
- 5 De organisatie hanteert spelregels om belangenverstrengeling in een zo vroeg mogelijk stadium te signaleren, om ongewenste belangenverstrengeling te vermijden en om te waarborgen dat bestuurders en toezichthouders op een transparante en zorgvuldige wijze omgaan met eventuele tegenstrijdige belangen.
- 6 Bestuurders en toezichthouders melden elke vorm van (mogelijke)belangenverstrengeling en (potentieel) tegenstrijdig belang aan de voorzitter van de raad van toezicht en verschaffen hem daarover alle relevante informatie. De raad van toezicht besluit dan buiten de aanwezigheid van de betrokken toezichthouder(s) en/of bestuur der(s) of er sprake is van ongewenste belangen -verstrengeling of tegenstrijdig belang en treft passende maat -regelen. De raad van toezicht geeft hierover openheid binnen de organisatie en naar externe belanghebbenden.
- 7 Als op basis van een melding geconstateerd wordt dat er sprake is van ongewenste belangenverstrengeling zorgt de betrokken bestuurder of toezichthouder ervoor dat deze belangen -verstrengeling zich niet voordoet of zo snel mogelijk wordt opgeheven. De raad van toezicht ziet hierop toe en neemt maat -regelen wanneer de betrokken bestuurder of toezichthouder hierin nalatig is.
- 8 Als er sprake is van tegenstrijdige belangen neemt de betrokken bestuurder of toezichthouder niet deel aan de voorbereiding, beraadslaging, besluitvorming en uitvoering van deze zaken.
- 9 Besluiten tot het aangaan van transacties of relaties waarbij tegenstrijdige belangen van bestuurders of toezichthouders (kunnen) spelen, behoeven vooraf goedkeuring door de raad van toezicht. De raad van toezicht legt deze besluiten schriftelijk en met een motivering vast en rapporteert hierover in het jaarverslag.