

Kwaliteitshandboek CAZZ 2021 - 2022

Hoofdaanneming



Inhoudsopgave

Woord vooraf	4
1 Introductie	4
2 Beleid en strategie	5
2.1 Missie en visie	5
2.2 Kwaliteitsbeleid	5
2.3 Contextanalyse.....	6
2.3.1 Inventarisatie interne en externe factoren	7
2.3.2 Inventarisatie stakeholdereisen /-verwachtingen (stakeholdersanalyse)	7
2.3.2 Contextanalyse (bepalen kansen en risico's)	7
2.3.3 Periodieke evaluatie	7
2.4 Kwaliteitsdoelstellingen	7
2.4 Strategie	9
3 Risicobeoordeling	9
3.1 Inleiding.....	9
3.1 Risicosignalering.....	10
3.2 Risico-inventarisatie en -beoordeling	10
3.2.1 Risico inventarisatie op strategisch niveau	10
3.2.2 Risicobeoordeling	10
3.3 Risico-inventarisatie op operationeel niveau.....	10
3.4 Risicobeoordeling	11
4 Organisatie	12
4.1 Structuur van de organisatie	12
4.2 Verantwoordelijkheden en bevoegdheden	13
4.3 Interne overleg- en communicatievormen	14
5 Het CAZZ model (primaire processen)	15
5.1 Eerste werkproces: cliëntadministratie (in Nedap)	17
5.2 Tweede werkproces: planning	18
5.3 Derde werkproces: zorgverlening	19
5.4 Vierde werkproces: urenverantwoording en verwerking.....	20
5.6 Zesde werkproces: controle (doelmatigheid) bestendig uren.....	21
5.7 Zevende werkproces: financiële administratie	23
5.8 Achtste werkproces: declaratie.....	24
5.9 Negende werkproces: jaarlijkse verantwoording productie	25
6 Kwaliteitsmanagement	26

6.1	De jaarlijkse beoordeling van het kwaliteitssysteem.....	26
6.2	Implementatie van nieuwe processen.....	27
6.2.1	Beoordelingscriteria	27
6.2.2	Projectplan.....	27
6.3	Procesbeheersing.....	27
6.4	Audits.....	28
6.5	Continue verbetering en verbeterregister	28
6.6	Corrigerende maatregelen.....	30
6.7	Klachtenmanagement	30
6.8	Agressiebeleid en calamiteitenprotocol	30
6.9	Beheersing van door de cliënt verstrekte gegevens.....	31
6.9	Beheersing van kwaliteitsregistraties	31
7	Documentbeheer.....	32
7.1	Doel	32
7.2	Algemeen	32
7.3	Verantwoordelijkheden	32
7.4	Procedure.....	33
8	Management van middelen	35
8.1	Doel	35
8.2	Verantwoordelijkheden	35
8.3	Algemeen	35
8.4	Procedure.....	35
9	Tarieven.....	37
9.1	Budgetrisico.....	37
	Bijlage 1 – Strategisch jaarplan.....	38
	Bijlage 2 – Identificatie documenten	40

Woord vooraf

Dit handboek is bedoeld voor zzp-ers die lid zijn van CAZZ en graag in hoofdaanneming via de coöperatie CAZZ werkzaamheden willen verrichten. Het doel van het handboek is het organiseren van de kwaliteit van de zorgverlening. Naast algemene richtlijnen bevat het handboek ook de informatie uit de verschillende stappen in het zorgverleningsproces.

1 Introductie

De Coöperatie CAZZ is een zorgcoöperatie waarbij de leden zelfstandig (zorg)ondernemer zijn en de Coöperatie centraal de zorg- en dienstverlening aanbiedt richting zorgfinanciers en het kwaliteitssysteem (de invoering, certificatie en het onderhoud van het kwaliteitssysteem van CAZZ) binnen de gehele organisatie coördineert en bewaakt.

Met betrekking tot het kwaliteitsmanagement binnen de Coöperatie zijn de afspraken die gelden voor CAZZ en haar leden vastgelegd in het kwaliteitsmanagementsysteem, bestaande uit het Kwaliteitshandboek CAZZ Hoofdaanneming en daarvan afgeleide procedures en reglementen.

Het kwaliteitsmanagementsysteem is voor CAZZ een manier om alle activiteiten die binnen de Coöperatie met kwaliteit te maken hebben te sturen en te beheersen. Het totale systeem bestaat uit de organisatiestructuur, planning, processen, middelen en documentatie die worden gebruikt om de vastgestelde kwaliteitsdoelstellingen te halen.

Als referentiekader voor het opzetten van het kwaliteitsmanagementsysteem zijn de eisen van het PREZO-keurmerk gebruikt. Er is gekozen voor deze norm omdat deze op de doeltreffendheid van de zorg aangaande de cliënt georiënteerd is. Door certificering en de daaraan gekoppelde periodieke toetsing van een derde, door de overheid geaccrediteerde partij, is er tevens een systeem van kwaliteitsborging aanwezig.

Kwaliteit wordt binnen CAZZ gedefinieerd als *het streven naar rationele en intelligente beheersing en sturing van "sociale en maatschappelijke activiteiten" of streven naar bereiken van doeleinden, met hulpmiddelen in een gegeven tijdsvolgorde*. Als stakeholder van de Coöperatie worden onder meer aangemerkt: de zorgfinanciers (Zvw en Wlz), de leden, de cliënten van de leden en de overheid met haar (zorg)wetgeving. Met een zeer cliëntgerichte vorm van kwaliteitsmanagement staat CAZZ garant dat men rekening houdt met de wensen en behoeften van deze belanghebbenden. Op deze wijze streeft CAZZ er voortdurend naar de professionaliteit en kwaliteit van zorg van de Coöperatie te vergroten.

Door het structureren van het implementatie proces op een zodanige wijze tracht CAZZ dat de gewenste resultaten bij de uitvoerders en doelgroepen op gewenste wijze worden gerealiseerd. De ontwerpers van het beleid binnen Zorg en Co zullen actief worden ondersteund door de ontwerpers hiervan. Bovendien tracht CAZZ dat het beleid binnen de organisatie niet wordt achterhaald door nieuw of conflicterend beleid of door sociaaleconomische omstandigheden.

2 Beleid en strategie

2.1 Missie en visie

Het zorglandschap in Nederland verandert continu. Door te werken volgens het Rijnlands model zijn het niet alleen de aandeelhouders waar primair de focus op ligt, maar alle stakeholders die betrokken zijn bij CAZZ.

Kenmerkend voor de huidige traditionele (thuis)zorginstellingen is dat ze centraal zijn georganiseerd en verticaal zijn ingericht. Daar kan sprake zijn van een sterke hiërarchie en een top-down aansturing. CAZZ daarentegen is decentraal georganiseerd en juist horizontaal ingericht. Vanuit CAZZ wordt zoveel mogelijk bottom-up gewerkt vanuit netwerken en gemeenschappen. De Coöperatie is in staat in deze dynamische omgeving snel te anticiperen.

De missie en visie van CAZZ zijn dan ook als volgt te omschrijven:

Missie

CAZZ is een coöperatie van leden, zzp-ers in zorg en welzijn, die werkzaam zijn in de werkgebieden van de Wlz, Zvw, Wmo en Jeugdwet. CAZZ vindt het belangrijk dat de zorg en begeleiding vanuit het eigenaarschap van de leden wordt gegeven, menswaardig, warm en inclusief.

Visie

CAZZ streeft ernaar om aan elke hulpvraag de adequaat te kunnen voldoen, vanuit een flexibele inzet van onze medewerkers met aandacht voor de volgende kernwaarden; samenredzaamheid, inclusiviteit en verbinding.

Kernwaarden

- *Inclusiviteit*
- *Eigen regie*
- *Daadkrachtig*
- *Verbindend*
- *Vraaggericht*

2.2 Kwaliteitsbeleid

De visie van de Coöperatie is de basis voor het beleid en de daarbij behorende strategie. De wijze waarop de Coöperatie de kwaliteit continu wil verbeteren komt tot uiting in de hierna genoemde beleidsafspraken welke in de volgende paragraaf worden vertaald naar realiseerbare doelstellingen.

Visie op kwaliteit: Kwaliteit is een iteratief proces van verbeteringen op relationele, algemene- en technische- kwaliteitsaspecten. Hierbij streeft CAZZ naar een optimale doeltreffendheid en doelmatigheid teneinde het waarborgen van een zo efficiënt mogelijk zorg op maat.

Ten eerste zal de gewenste kwaliteit van de zorg- en dienstverlening binnen de gehele Coöperatie gegarandeerd worden door de integrale kwaliteitszorg

- Het kwaliteitsmanagementsysteem dat binnen de gehele Coöperatie wordt ingevoerd en centraal wordt beheerd door (het bestuur van) de Coöperatie, door onder meer het uitvoeren van interne audits en controles.
- Het kwaliteitsmanagementsysteem dat voldoet aan de eisen van het PREZO-keurmerk.

- Het verzamelen van kwaliteitsgegevens om de kwaliteit te meten, via PREM, zorgkaart Nederland, het verzamelen van klachten, MIC-meldingen et cetera. Deze gegevens worden periodiek aangeleverd en/of besproken door de leden van CAZZ. Ook worden deze gegevens periodiek, tijdens werkoverleggen, geanalyseerd en gesorteerd op mogelijke verbeterpunten, waarna op hun beurt weer verbeteringen worden ingevoerd.
- De contextanalyse (zie 2.5) zal bovendien ingezet worden om interne en externe risico's en kansen te inventariseren.
- Managementreview (zie 5.1)

Daarnaast zijn cliëntgerichtheid en continue verbetering de kwalitatieve kernwaarden binnen de gehele Coöperatie. Om deze waarden te realiseren zijn de volgende **beleidsregels** geformuleerd:

- Klantgerichtheid: alle activiteiten binnen de Coöperatie zijn gericht op het voldoen aan de wensen en behoeften van de directe belanghebbenden.
- Procesgericht: alle activiteiten binnen de organisatie worden op procesgerichte wijze benaderd, waarbij rekening wordt gehouden met de maatwerkoplossingen voor de cliënt binnen de zorg- en dienstverlening.
- Continue verbetering: het Bestuur, de Raad van Commissarissen en de Algemene vergadering is gericht op een continue verbetering van de zorg- en dienstverlening en de processen die deze diensten voortbrengen.
- Participatie, informatie en communicatie: de leden van de Coöperatie zullen actief deelnemen in overlegvormen, waarbij ook de prestaties van de leden en de Coöperatie worden besproken en actieplannen worden ontwikkeld voor het verbeteren van processen/werkwijzen zoals die door de organisatieleden zijn voorgesteld of zijn geconstateerd na de analyse van diverse meetresultaten.

Beleidscyclus:

- De visie en de missie van CAZZ zal elk jaar worden geëvalueerd en desgewenst bijgesteld.
- Er zal een contextanalyse gedaan worden waarbij de, kansen en risico's in kaart worden gebracht.
- De kaders van het beleid worden door de bestuurder ontwikkeld en vastgelegd.
- Doelstellingen worden opgesteld en vastgelegd voor de volgende periode
- De huidige practices worden periodiek geëvalueerd in de interne overlegstructuur en bij de managementreview.

2.3 Contextanalyse

Hierin wordt beschreven op welke wijze het bestuur inzicht krijgt in de externe en interne factoren die van invloed zijn op CAZZ. Hieruit kan worden bepaald of de interne en externe factoren voldoen aan de eisen en verwachtingen van de stakeholders.

Verantwoordelijkheden

Functionaris	
Bestuur	Inventariseren en beoordelen externe en interne factoren betreft strategische doelstellingen strategie
Manager Zorg	Stakeholders analyse
Bestuur	Afweging maken risico's en kansen van externe en interne factoren betreft strategische doelstellingen

Manager zorg	Stakeholders analyse toetsen aan wet en regelgeving
Manager zorg	Acties bepalen op basis in kaart gebrachte risico's en kansen

Procesbeschrijving

2.3.1 Inventarisatie interne en externe factoren

CAZZ bepaalt interne en externe factoren die van belang zijn voor de realisatie van de doelstellingen van de organisatie en het behalen van de doelen met betrekking tot het kwaliteitssysteem. Hierbij wordt als uitgangspunt de missie visie en beleidsdoelen genomen. Dit zal jaarlijks minstens eenmaal gerealiseerd worden.

2.3.2 Inventarisatie stakeholdereisen /-verwachtingen (stakeholdersanalyse)

Zorg en co maakt een inventarisatie van de eisen/verwachtingen van stakeholders die invloed hebben op het vermogen om te voldoen aan klanteisen en wet- en regelgeving. Dit wordt minimaal jaarlijks gedaan, waarna er nieuwe doelstellingen worden opgesteld. Dit wordt gedaan teneinde een mismatch tussen wensen en resultaten te voorkomen.

2.3.2 Contextanalyse (bepalen kansen en risico's)

Op basis van de exploratie van de context worden de kansen en risico's zorgvuldig afgewogen en naast de te behalen doelstellingen en resultaten gelegd.

De kansen en risico's worden als volgt geclassificeerd:

- Score -- Zeer bedreigend - Bedreigend 0 Neutraal + Kansrijk ++ Zeer kansrijk

De opbrengsten van de contextanalyse vormen tevens input voor het kwaliteitsbeleid en doelstellingen voor de komende periode (zie kwaliteitsdoelstellingen). Maatregelen die voortkomen uit de contextanalyse worden vastgelegd in het Verbeterregister (zie Corrigerende maatregelen 5.5).

2.3.3 Periodieke evaluatie

De contextanalyse wordt minstens eenmaal per jaar gedaan, voorafgaand aan het updaten van de kwaliteitsdoelstellingen. Wijzigingen in de tussentijd vinden plaats voorafgaand aan een evaluatiemoment. Dit kan afhankelijk zijn van wijzigingen in de context (interne / externe factoren of stakeholders en hun eisen/wensen). De doeltreffendheid van de acties die zijn ondernomen worden geëvalueerd in het verbeterregister Corrigerende maatregelen 5.5).

2.4 Kwaliteitsdoelstellingen

Zoals hierboven vermeld is het kwaliteitsbeleid door het Bestuur vertaald naar realiseerbare doelstellingen. De volgende concrete doelstellingen worden geformuleerd:

- 1 Het verwerven en onderhouden van een sterke(re) positie op de thuiszorgmarkt in Limburg en andere regio's in Nederland (o.a. Arnhem en Amsterdam) en ook voor de welzijnssector. Dit met als doel om ieder jaar opnieuw (raam)overeenkomsten met gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren af te sluiten voor het leveren van zorg en het maken van productieafspraken.

- 2 Het certificeren en actueel houden van het ingevoerde kwaliteitsmanagementsysteem conform het PREZO keurmerk:
 - Alle conform het PREZO keurmerk vereiste audits en beoordelingen worden periodiek uitgevoerd en gerelateerde acties worden tijdig afgehandeld en geverifieerd.
 - De context waarbinnen de Coöperatie opereert wordt jaarlijks geanalyseerd. Resultaten worden gebruikt om, waar nodig, het kwaliteitsbeleid aan te passen.

- 3 Het leveren van cliëntgerichte zorg en ondersteuning:
 - Uiterlijk binnen 6 weken na het eerste zorgmoment wordt door de leden, in samenspraak met de cliënt, een zorgplan opgemaakt. Door de zorgfinancier hiervoor een andere termijn worden opgesteld.
 - De afspraken in het zorgplan worden minimaal tweemaal per jaar, samen met de cliënt, geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.

- 4 Continue tevredenheid van de leden en cliënten van leden:
 - Periodieke toetsing van de tevredenheid van cliënten door het afnemen van een cliënttevredenheidsonderzoek, in ieder geval tweemaal per jaar (PREM).
 - Het rapporteren van resultaten van het cliënttevredenheidsonderzoek.
 - Periodieke toetsing van de tevredenheid van de leden, over het functioneren van de coöperatie in zijn geheel, door middel van een ledenenquête.

- 5 Continue beheersing van risico's op het niveau van de leden en cliënten van leden:
 - Eventueel inventariseren en registreren wat de risico's zijn op cliëntniveau. Deze resultaten worden tijdens evaluaties van zorgplannen geactualiseerd.
 - Het continu zorgvuldig managen en het jaarlijks reduceren van het aantal klachten.
 - Het continu zorgvuldig managen en reduceren van het aantal jaarlijkse (bijna) incidenten en calamiteiten (mic-meldingen).

- 6 Het continu beschikken over competente, bekwame en bevoegde leden (met juiste opleiding, vaardigheden en ervaring) om de vereiste kwaliteit van zorg en ondersteuning te kunnen bieden:
 - Tijdens het toetreden van nieuwe leden binnen CAZZ worden passende bekwaamheidseisen gehanteerd, gebaseerd op de competentie die nodig is om het actuele zorgaanbod en/of gerelateerde administratieve werkzaamheden op verantwoordelijke wijze te kunnen uitvoeren.
 - Het jaarlijks plannen en uitvoeren van ontwikkelingsgesprekken met leden van CAZZ.
 - Het hanteren en uitvoeren van een opleidingsplan voor leden van CAZZ.
 - Het jaarlijks organiseren van trainingen en intervisiebijeenkomsten voor leden van CAZZ.
 - Facilitering in bijscholing, professionaliseren en ontwikkeling door middel van de CAZZ Academie.

2.4 Strategie

De voorzitter van het Bestuur van CAZZ zal, waar nodig samen met andere bestuursleden en de Algemene Ledenvergadering, erop toezien dat het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsdoelstellingen bij alle leden bekend en begrepen zijn en worden nageleefd. Tevens zal de voorzitter in het dagelijks opereren toezicht houden op:

- 1 Het proces van verwerven en uitvoeren van zorgafspraken met gemeenten en (zorg)productieafspraken met zorgverzekeringen en zorgkantoren;
- 2 Het proces van het toelaten van deskundige, nieuwe leden bij de Coöperatie die het actuele en gewenste zorgaanbod kunnen leveren;
- 3 Het proces van bijhouden en verzamelen van (meet)gegevens, (zie contextanalyse) binnen de Coöperatie om op die manier de stand van zaken betreffende de te behalen doel te monitoren en waar nodig maatregelen te nemen;
- 4 Het jaarlijks uitvoeren van leveranciersbeoordelingen en de directiebeoordeling op centraal niveau;
- 5 Het cliëntgericht handelen binnen de Coöperatie;
- 6 Het periodiek uitvoeren van interne audits (eenmaal per jaar) binnen de Coöperatie om de doeltreffendheid van het kwaliteitsmanagementsysteem binnen de Coöperatie te controleren en waar mogelijk te verbeteren;
- 7 Het uitzetten van de ingevoerde verbeter- en herstelmaatregelen bij de leden wanneer interne en/of externe auditresultaten daarom vragen;
- 8 Het coördineren en begeleiden van periodieke externe audits door een certificerende instelling;
- 9 Het centraal vanuit de coöperatie periodiek plannen en laten afnemen van tevredenheidsonderzoeken onder de leden en cliënten. De resultaten analyseren en rapporteren aan de Algemene ledenvergadering;
- 10 Het kwaliteitshandboek en gerelateerde procedures en reglementen inhoudelijk eenmaal per jaar te evalueren en waar nodig te herzien.

3 Risicobeoordeling

3.1 Inleiding

Bij de risicobeoordeling wordt gekeken naar een afweging betreft de kansen en de risico's die zich kunnen voordoen met betrekking tot het realiseren van gestelde doelen en de resultaten daarvan.

In dit hoofdstuk wordt een risico gedefinieerd als een potentiële interne of externe gebeurtenis die mogelijk negatieve gevolgen met zich meebrengt ten aanzien van de dienstverlening van Zorg en Co, de efficiency of andere doelstellingen. Daarentegen wordt een kans gedefinieerd als een potentiële interne of externe gebeurtenis die mogelijk een positieve invloed met zich mee brengt ten aanzien van de dienstverlening van Zorg en Co, de efficiency of andere doelstellingen.

Functie	Verantwoordelijkheid
Manager	Inventarisatie risico's en kansen strategie
Manager	Inventarisatie risico's en kansen proces
Manager / Bestuur	Beslissen over acties

Manager / Bestuur	Evaluatie van kansen en risico's en effect van de geïnitieerde acties
-------------------	---

3.1 Risicosignalering

Zorg en Co tracht een goede balans te vinden in het anticiperen op kansen en risico's binnen het dynamische zorglandschap. Deze kansen en risico's zijn mogelijkterwijs van invloed op de volgende punten:

- Doelmatigheid;
- Noodzakelijk eisen (klanten, kwaliteitsbeleid, kwaliteitsmanagementsysteem en wet- en regelgeving);
- Servicegerichtheid en klanttevredenheid;
- Ongewenste effecten op de organisatie en de klant;
- Verbetering van de kwaliteit binnen de organisatie.

De bewustwording van de risico's binnen het zorglandschap worden ter sprake gebracht binnen het kwaliteitsteam van CAZZ en vinden binnen de overlegstructuur plaats. Hierover kan desgewenst worden "gescrumd".

3.2 Risico-inventarisatie en -beoordeling

Deze inventarisatie betreft de kansen en risico's op strategisch en operationeel niveau.

3.2.1 Risico inventarisatie op strategisch niveau

De contextanalyse dekt een groot deel van dit punt om de strategische positie van CAZZ in kaart te brengen en te analyseren (zie contextanalyse).

De uitkomsten van de contextanalyse vormen input voor het beleid en doelstellingen voor de komende periode (kwaliteitsdoelstellingen).

Maatregelen die voortvloeien uit de contextanalyse worden beheerd in het Verbeterregister.

3.2.2 Risicobeoordeling

Het effect van de kans of risico wordt op de volgende manier gekwantificeerd:

Score

- Zeer bedreigend
- Bedreigend
- 0 Neutraal
- + Kansrijk
- ++ Zeer kansrijk

3.3 Risico-inventarisatie op operationeel niveau

Bovendien worden de risico's op operationeel niveau gescoord en geanalyseerd. Dit omvat bestaande processen en werkwijzen van CAZZ. De verschillende zorgteams die aanwezig zijn bij CAZZ vergaren hierbij signalen en data en op basis daarvan wordt er beoordeeld of er bepaalde risico's gevormd worden met betrekking tot klanttevredenheid, kwaliteit en veiligheid van de zorg en andere factoren

De risico-inventarisatie is van belang wanneer er nieuwe zich aandienen en voor de kwaliteit van de zorgverlening in samenspraak met relevante ontwikkelingen en veranderingen binnen het kwaliteitsmanagementsysteem. Zodra de risico-inventarisatie is uitgevoerd, zal deze met de

stakeholders en andere relevante partijen worden besproken.

Het effect van de kans of risico wordt op de volgende manier gekwantificeerd:

RISICO-MATRIX

Ernst	= 1 (klein)	
Ernst	= 2 (matig)	
Ernst	= 3 (groot)	
Kans	= 1 (klein)	1 2 3
Kans	= 2 (matig)	2 4 6
Kans	= 3 (groot)	3 6 9

Het RISICO van gebeurtenis = de KANS van gebeurtenis x de ERNST.

Om de KANS in te schatten wordt de volgende schaal toegepast

- Klein (1): zeer onwaarschijnlijk / < 1x per jaar
- Matig (2): incidenteel maar het is plausibel / ≥ 1x per jaar maar < 1x per maand
- Groot (3): komt regelmatig voor ≥ 1x per maand

3.4 Risicobeoordeling

Om de mate van de ERNST van de gebeurtenis te duiden worden de volgende schaalitems gebruikt.

Weinig (1): geen / nauwelijks invloed op kwaliteit

geen / nauwelijks invloed op tevredenheid cliënt/klant, medewerker, externe partij
geen / nauwelijks letsel / ziekte, geen arts of ziekenhuisbezoek

Mild (2): negatieve invloed op kwaliteit, maar oplosbaar

cliënt/klant, medewerker, (externe) partij is ontevreden, klacht
niet blijvend letsel / ziekte

Groot (3): Ernstige invloed op kwaliteit en met blijvend negatieve invloed.

cliënt zegt contract op, medewerker neemt ontslag, K.O. criteria niet voldaan
Blijvend letsel / ziekte, fatale gevolgen / overlijden

Deze risico-matrix geeft een indicatie in hoeverre er al dan niet gehandeld wordt met betrekking tot een gebeurtenis die de potentie heeft de kwaliteit van Zorg & en Co aan te tasten. Op deze manier kunnen er op methodische wijze meer handvatten geboden worden om met de desbetreffende gebeurtenissen om te gaan. Acties worden opgenomen in het verbeterregister.

Wanneer een risico wordt geduid als ernstig, in de hogere categorieën, dan dient er direct actie ondernomen te worden om het risico af te schalen naar een lagere categorie.

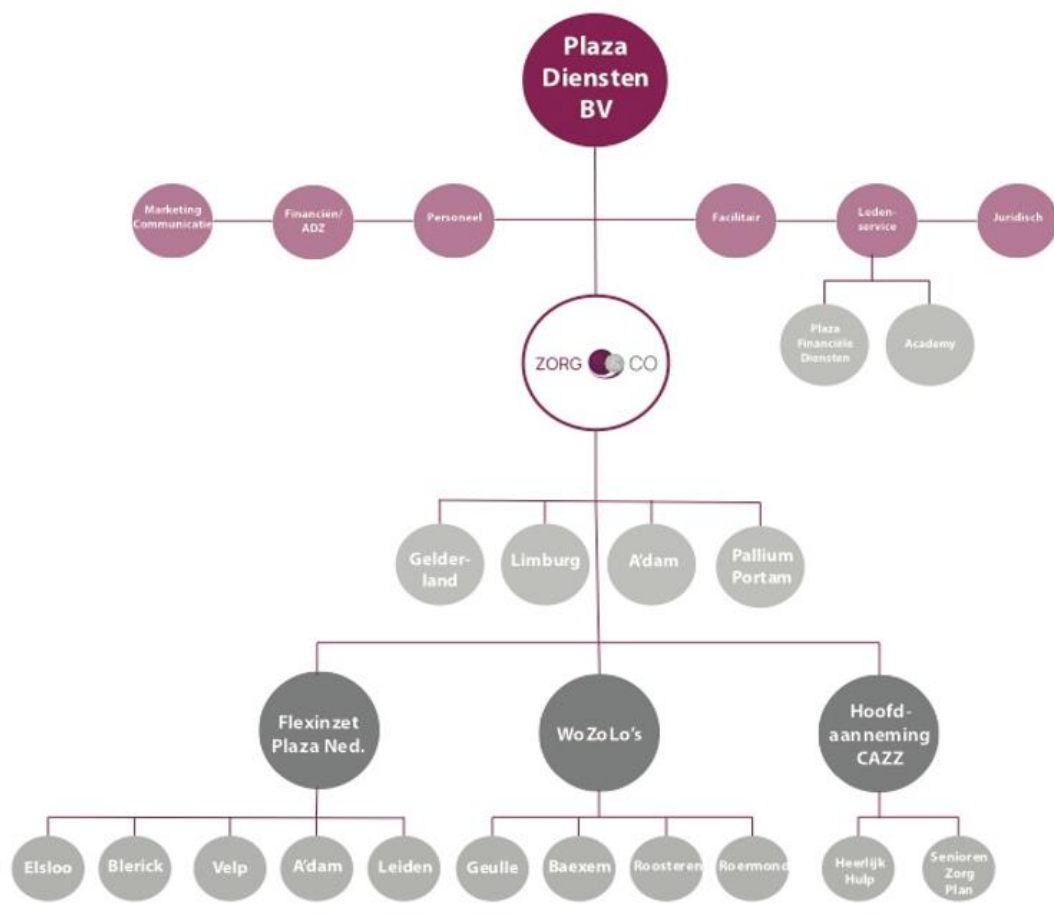
4 Organisatie

4.1 Structuur van de organisatie

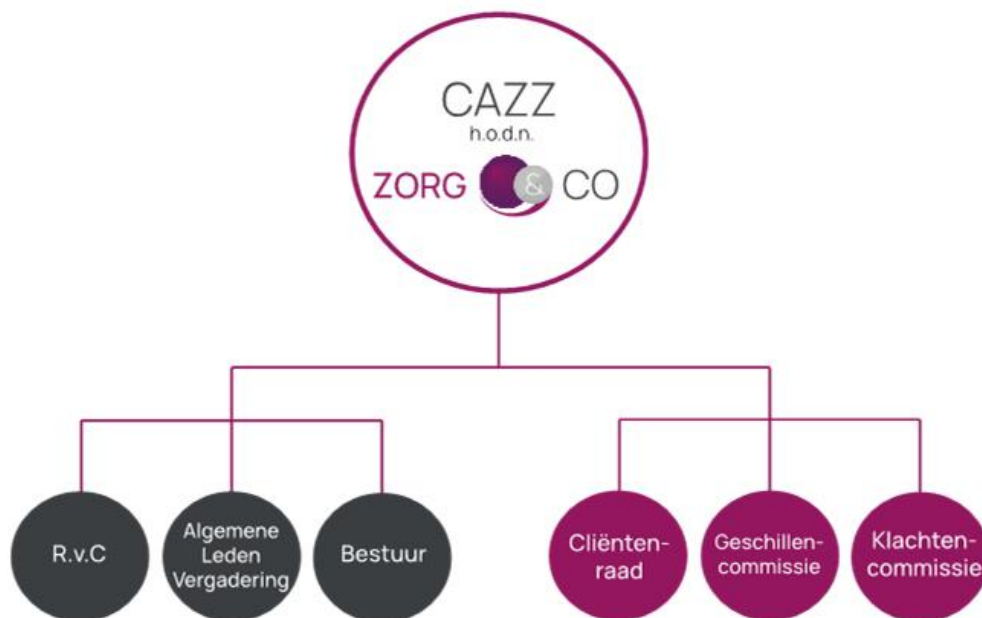
Bij het vormgeven van coöperatieve samenwerking is door de initiatiefnemers van de Coöperatie uitdrukkelijk aansluiting gezocht bij het Rijnlandse ondernemingsmodel, waarbij de nadruk ligt op het middellange- en langetermijndenken en waarbij continuïteit van de onderneming en de menselijke maat belangrijker zijn dan het nemen van een snelle kortetermijnwinst. Het ontwikkelde model betreft een sociaalmaatschappelijke werkmodel dat rekening houdt met de belangen van alle stakeholders:

- cliënten en hun mantelzorgers;
- de zorgfinanciers;
- de ketenpartners;
- de zorgverleners, in deze de leden van de Coöperatie.

Het organogram van **Zorg&Co** ziet er als volgt uit:



Het organogram van CAZZ ziet er als volgt uit:



4.2 Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

In de statuten van de Coöperatie en de lidmaatschapsvoorwaarden zijn de rechten en plichten van de leden van CAZZ beschreven. De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van het bestuur en het toezichthoudend orgaan zijn beschreven in de statuten van de Coöperatie, het Bestuursstatuut en het reglement van Raad van Commissarissen. Hierin staat ook de wijze beschreven waarop een eventueel conflict tussen bestuur en toezichthouders wordt geregeld.

De verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de verschillende leden/organen binnen de Coöperatie met betrekking tot kwaliteit zijn:

- 1 De Algemene ledenvergadering is verantwoordelijk voor het behalen van de overall kwaliteit van de Coöperatie.
- 2 De voorzitter van het Bestuur is onder meer verantwoordelijk voor het invoeren en onderhouden van het kwaliteitsmanagementsysteem conform de eisen van het PREZO keurmerk. Om dit te bewerkstelligen zal hij de taken uitoefenen die reeds zijn benoemd in paragraaf 2.4 van dit kwaliteitshandboek. Tevens ziet hij erop toe dat:
 - de documentatie, behorende bij het kwaliteitsmanagementsysteem, wordt beheerd;
 - alle officiële CAZZ documentatie (e.g. (raam)overeenkomsten, contracten, huishoudelijk reglement, kwaliteitshandboek, procedures en reglementen) geldig worden verklaard.
- 3 De leden van CAZZ zijn ervoor verantwoordelijk:
 - dat zij zelf en ieder die aan het lid is toegewezen, bekend zijn met het kwaliteitsbeleid van CAZZ;
 - dat deze personen werken volgens de door CAZZ vastgestelde kwaliteitsafspraken;

- het aanwezig zijn van het kwaliteitshandboek en gerelateerde procedures en reglementen op de werkplek en het stimuleren van de betrokkenheid van het team wanneer het gaat om klantgerichtheid en kwaliteitsverbetering.
- 4 De leden van CAZZ worden aangemoedigd problemen te identificeren en waar mogelijk verbeteringen voor te stellen. Alle leden blijven verantwoordelijk voor de kwaliteit van hun eigen werk.

4.3 Interne overleg- en communicatievormen

De interne periodieke overleg- en communicatievormen zijn binnen de Coöperatie vastgesteld in bijlage 1; Strategisch Jaarplan.

5 Het CAZZ model (primaire processen)

CAZZ verleent kwalitatief hoogwaardige en veilige persoonlijke zorgverlening, verpleging en begeleiding aan zorgvragers thuis. Door vraaggerichte en vraag gestuurde zorg wil CAZZ aansluiten bij de wensen, beleving, behoeften en mogelijkheden van de zorgvrager, zodat deze op een verantwoorde manier thuis kan blijven wonen. Zij wil zich daarbij vooral richten op de mogelijkheden die de zorgvrager heeft om zelfstandig te kunnen blijven wonen.

Laagdrempeligheid en goede voorlichting maken de organisatie toegankelijk voor iedere zorgvrager. Door kleine teams in de regio's blijft CAZZ in staat om persoonlijke zorg, verpleging en/of begeleiding te leveren volgens deze uitgangspunten.

In het kader van de inrichting van CAZZ is de interne bedrijfsvoering een belangrijk punt. Na zorgvuldige inventarisatie en analyse van het primaire proces, is CAZZ tot het inzicht gekomen dat een efficiënt ingericht bedrijfsproces cruciaal is om te voldoen aan interne en externe eisen ten aanzien van kwaliteit en doelmatigheid. Het voorliggende handboek thuiszorg beschrijft de werkwijze waarmee CAZZ het primaire proces optimaal kan inrichten. Het handboek is gericht op de primaire processen die zich afspelen bij de cliënt en op kantoor, de relevante ondersteunende processen en de relevante beleids- en sturingsprocessen.

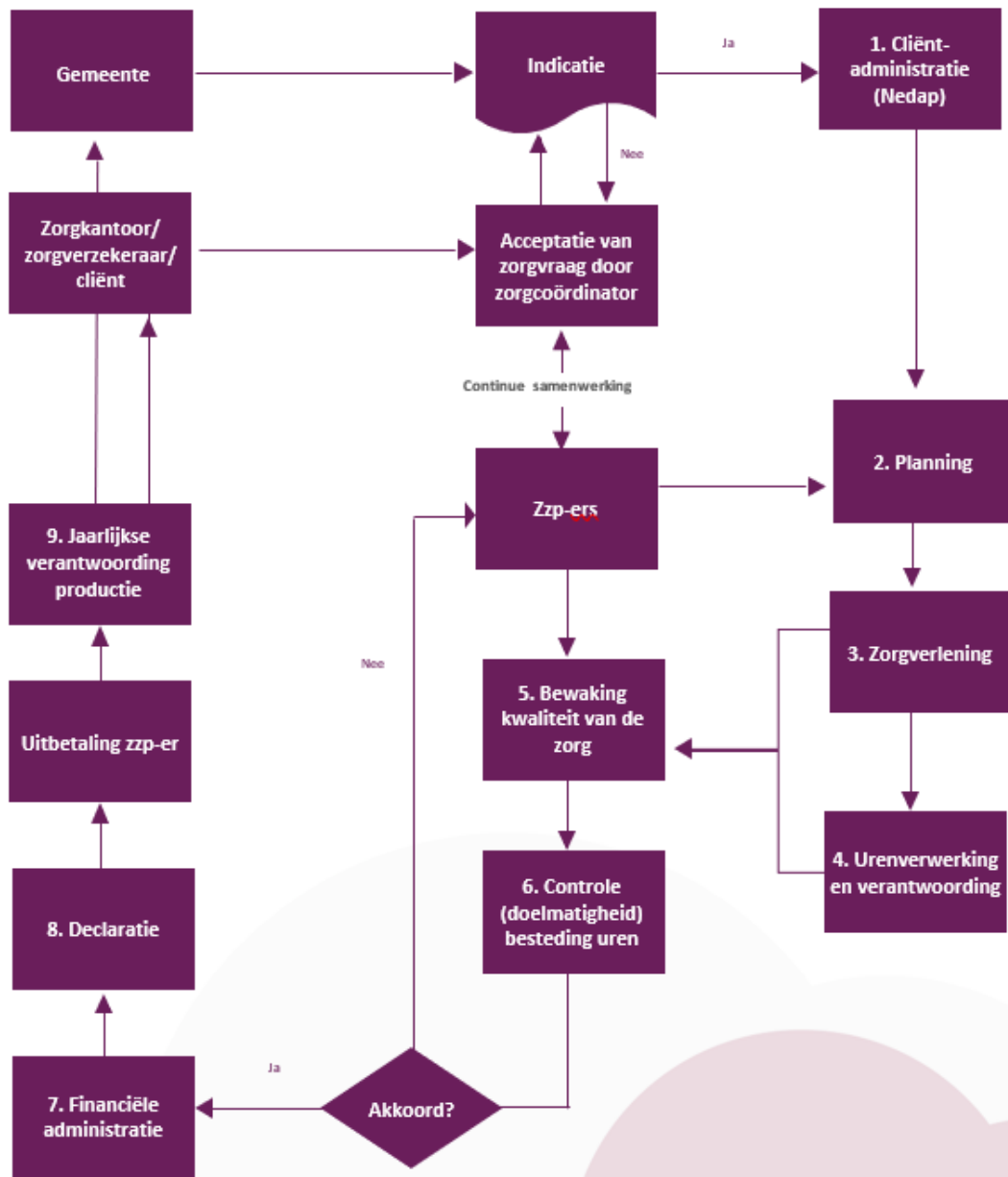
Het handboek is beschreven op een pragmatische wijze die past bij de omvang en de aard van de organisatie. De omvang van de organisatie vraagt om een systeem dat zo efficiënt mogelijk is.

Ter ondersteuning van de uitvoering van de activiteiten worden ook protocollen, formulieren, checklists, stappenplannen et cetera op de werkplekken zelf gehanteerd en zijn centraal aanwezig op de kennisbank. Het is mogelijk dat tijdens het gebruik hiaten of onvolkomenheden worden geconstateerd. Het is van belang deze signalen door te geven aan de beleidsadviseur van CAZZ, zodat deze kunnen worden verwerkt. Signalen ter verbetering en aanvulling worden op prijs gesteld. Ieder lid van CAZZ zal kennis moeten nemen van het handboek om de gewenste werkwijze optimaal te kunnen volgen.

Het thuiszorgmodel is opgebouwd vanuit een standaard procesgang (zie schema op de volgende pagina) en is toepasbaar in alle gebieden van zorg.

Het model wordt verder uitgewerkt aan de hand van verschillende processchema's welke dienen als ondersteuning aan haar leden bij al deze processen zodat de leden zich kunnen richten op hetgeen waar ze goed in zijn, namelijk het leveren van kwalitatief hoogstaande zorg.

Het thuiszorgmodel



Toelichting gebruik van figuren:



5.1 Eerste werkproces: cliëntadministratie (in Nedap)

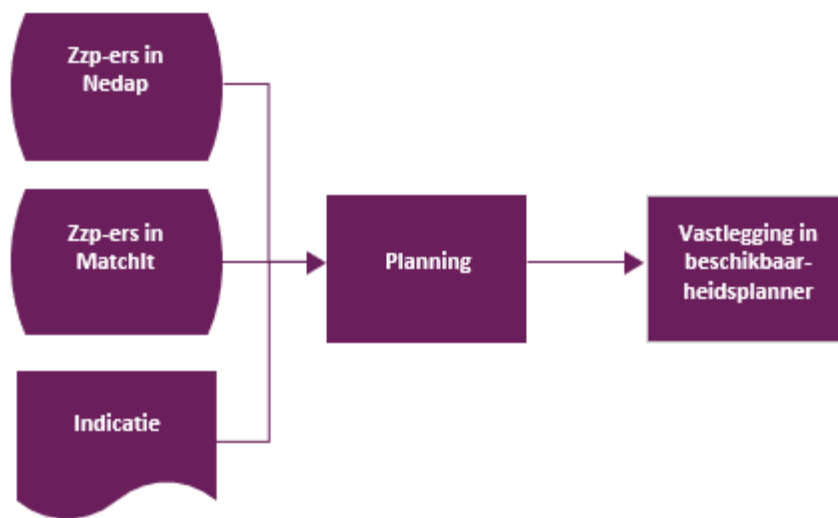
De zorgcoördinator van CAZZ analyseert, nadat de indicatie (digitaal) is ontvangen, de indicatie en de zorgvraag van de cliënt en verzorgt zo mogelijk de eerste zorgmomenten.

Op basis hiervan wordt de intake verder uitgevoerd en wordt het zorgleefplan in samenspraak met de cliënt of diens vertegenwoordiger vormgegeven. Ook wordt in deze fase de zorg- en dienstverleningsovereenkomst getekend en een akkoordverklaring voor het delen van informatie. Op basis van de indicatie worden de uren vastgesteld, waarbij de wens van de cliënt gerespecteerd wordt. De indicatie wordt na 6 weken met de cliënt geëvalueerd, dit wordt 2 keer per jaar herhaald. Indien nodig wordt de indicatie tijdens deze evaluatiemomenten bijgesteld.



5.2 Tweede werkproces: planning

Op basis van de beschikbaarheid van de zzp-er draagt de zorgcoördinator zorg voor het inplannen van de zorgmomenten. De zorg wordt desgewenst binnen 24 uur opgestart. De zorgcoördinator streeft ernaar om uiterlijk binnen twee weken te komen tot een planning van het gewenste zorgarrangement (voorkeurstijden) met zo weinig mogelijk wisselende zorgverleners. Hierbij wordt rekening gehouden met het juiste kwalificatieniveau, opleidingen en bevoegdheden. Dit betekent dat de zorgcoördinator kennis van zorg en kwalificatieniveaus heeft, of dat er een softwareapplicatie (Nedap) beschikbaar is, waarin een controle en/of bescherming is ingebouwd.

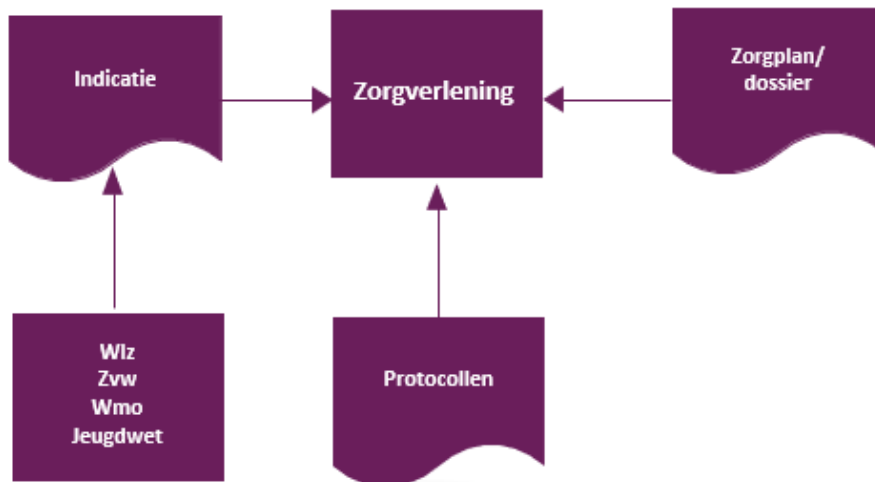


5.3 Derde werkproces: zorgverlening

Het zorgteam levert de afgesproken zorg en draagt zorg dat het geheel aan zorgmomenten conform afspraak plaatsvindt. Voor vragen, bijzonderheden, signaleren en veranderende zorgvragen kunnen zij contact opnemen met de zorgcoördinator van CAZZ. Laatstgenoemde blijft ‘de spin in het web’.

Basis voor de zorgverlening betreffen de geldende indicatie, de protocollen zoals die gebruikt worden door CAZZ (o.a. Vilans Protocollen) en de beschreven informatie in het zorgplan/zorgdossier.

Eventuele mutaties en afwijkingen worden door de zzp-er doorgegeven aan de zorgcoördinator. Er wordt uitgegaan van het principe dat geplande zorg (planning) na verwerking van de mutaties wordt omgezet in realisatie. De realisatie is uiteindelijk ook de productie de gedeclareerd zal worden.

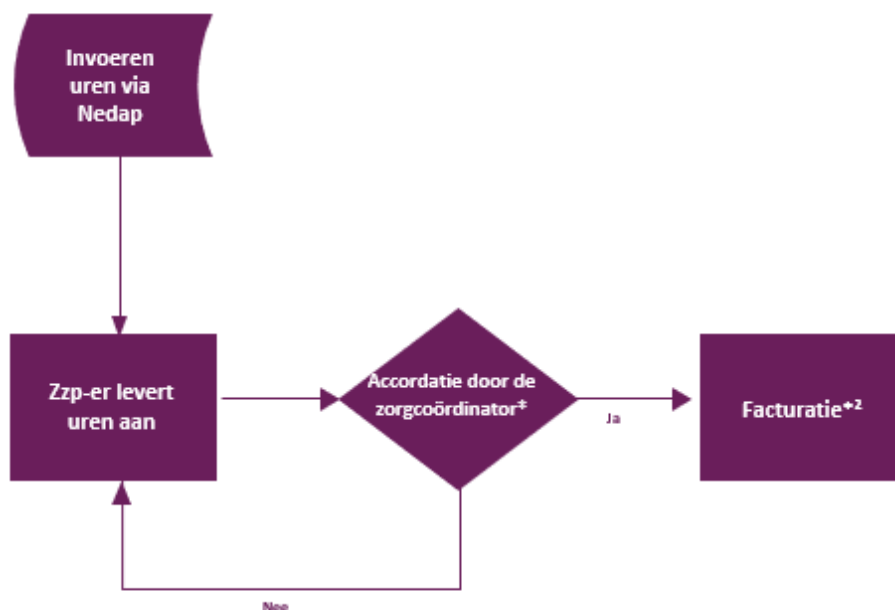


5.4 Vierde werkproces: urenverantwoording en verwerking

Zodra de uren zijn geleverd worden deze door de zzp-er in Nedap ingevoerd. De zorgcoördinator accordeert de uren. Na accordering worden de uren gefactureerd volgens een vast facturatieschema.

Een uitzondering op het proces is pgb. Hierbij accordeert de cliënt of diens mantelzorger of diens mantelzorger

*² Facturatie geschiedt volgens een vast facturatieschema



5.5 Vijfde werkproces: bewaking kwaliteit van zorg

Alle zorginstellingen moeten zorg leveren die voldoet aan bepaalde kwaliteitseisen. Ook onze coöperatie moet aan deze kwaliteitseisen voldoen.

De **eisen** waar wij aan moeten voldoen zijn:

- In het bezit zijn van een WTZi-toelating. CAZZ beschikt over deze toelating.
- Het leveren van verantwoorde zorg die voldoet aan de kwaliteitsstandaarden van de beroepsgroep. CAZZ houdt hier rekening mee tijdens de intake van de zzp-er en inzet van zzp-ers zijn cliënten.
- Alleen BIG-getoetste zorgverleners mogen bepaalde voorbehouden handelingen uitvoeren. Dit is conform onze werkwijze binnen CAZZ en hier gebruiken we de Vilans Protocollen voor.
- Bespreking van het zorgplan met cliënten. Binnen CAZZ is dit de rode draad door het hele zorgdossier.
- Medezeggenschap regelen. Binnen CAZZ is een cliëntenraad (4 leden) ingericht.
- Beschikken over een klachtenreglement. Binnen CAZZ is een eigen klachtenregeling en een onafhankelijke geschillencommissie beschikbaar.
- Voldoen aan de eisen vanuit Toetsingskader 'Toezicht op de zorg thuis' door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Het toetsingskader bestaat uit de volgende 5 elementen:
 1. cliënt staat centraal;
 2. integrale zorg;
 3. veiligheid;
 4. professionele autonomie van de wijkverpleegkundige;
 5. sturen op kwaliteit.

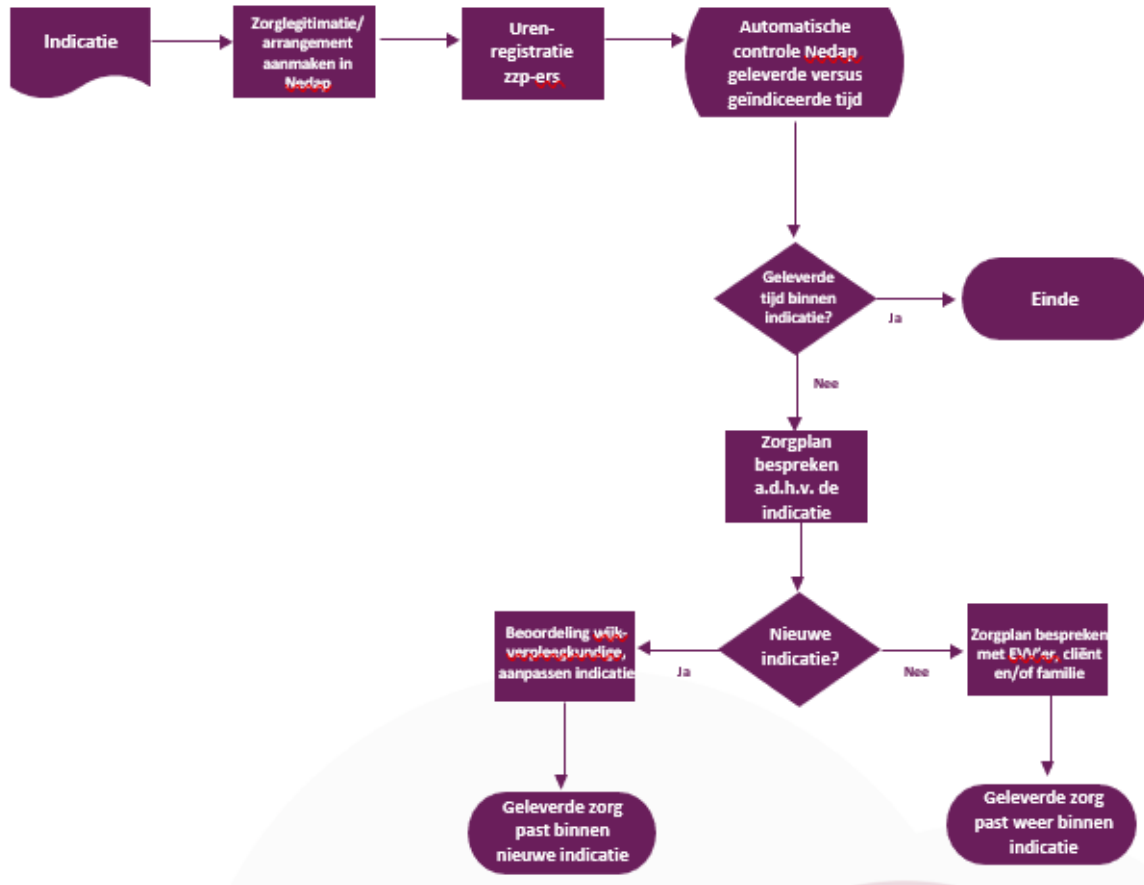
Bovenstaande elementen komen allemaal terug in het **PREZO keurmerk**.

Een zorginstelling kan een keurmerk voor kwaliteit hebben. Zo een keurmerk geeft aan wat kwaliteit inhoudt en hoe de kwaliteit wordt gemeten. Binnen CAZZ is gekozen voor het PREZO keurmerk, wat zich onderscheidt van andere keurmerken op het gebied van output. PREZO is een manier van denken en werken die kwaliteit heel tastbaar en concreet maakt. PREZO focust zich namelijk niet op protocollen, systemen of richtlijnen. PREZO kijkt in de eerste plaats naar het daadwerkelijke resultaat van de zorgverlening aan onze cliënten.

5.6 Zesde werkproces: controle (doelmatigheid) bestendig uren

Op het gebied van de registratie is het einddoel dat alle indicaties waarop CAZZ als aanbieder van voorkeur is benoemd, op één centraal punt (digitaal) worden opgehaald en worden ingelezen via Nedap. Vanuit Nedap zal het volledige digitale berichtenverkeer worden vormgegeven en de software, in combinatie met een juiste procesgang, ondersteunt een tijdige, juiste en rechtmatige inzet van zorg en draagt bij aan een administratieve lastenverlichting. De zorgcoördinatoren spelen een cruciale rol bij het controleren van de bestede uren en zullen, zodra een afwijking wordt geconstateerd, acties uitzetten om de indicatie passend te krijgen en te houden.

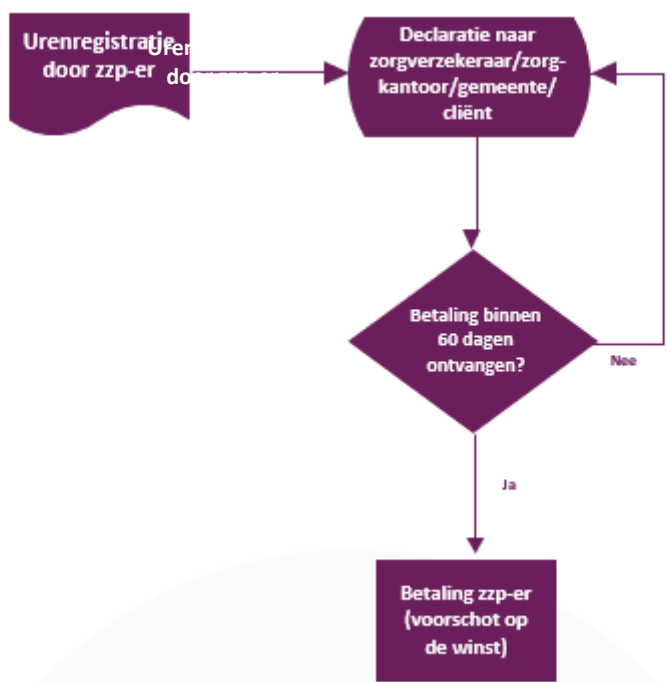
Het registratieproces



5.7 Zevende werkproces: financiële administratie

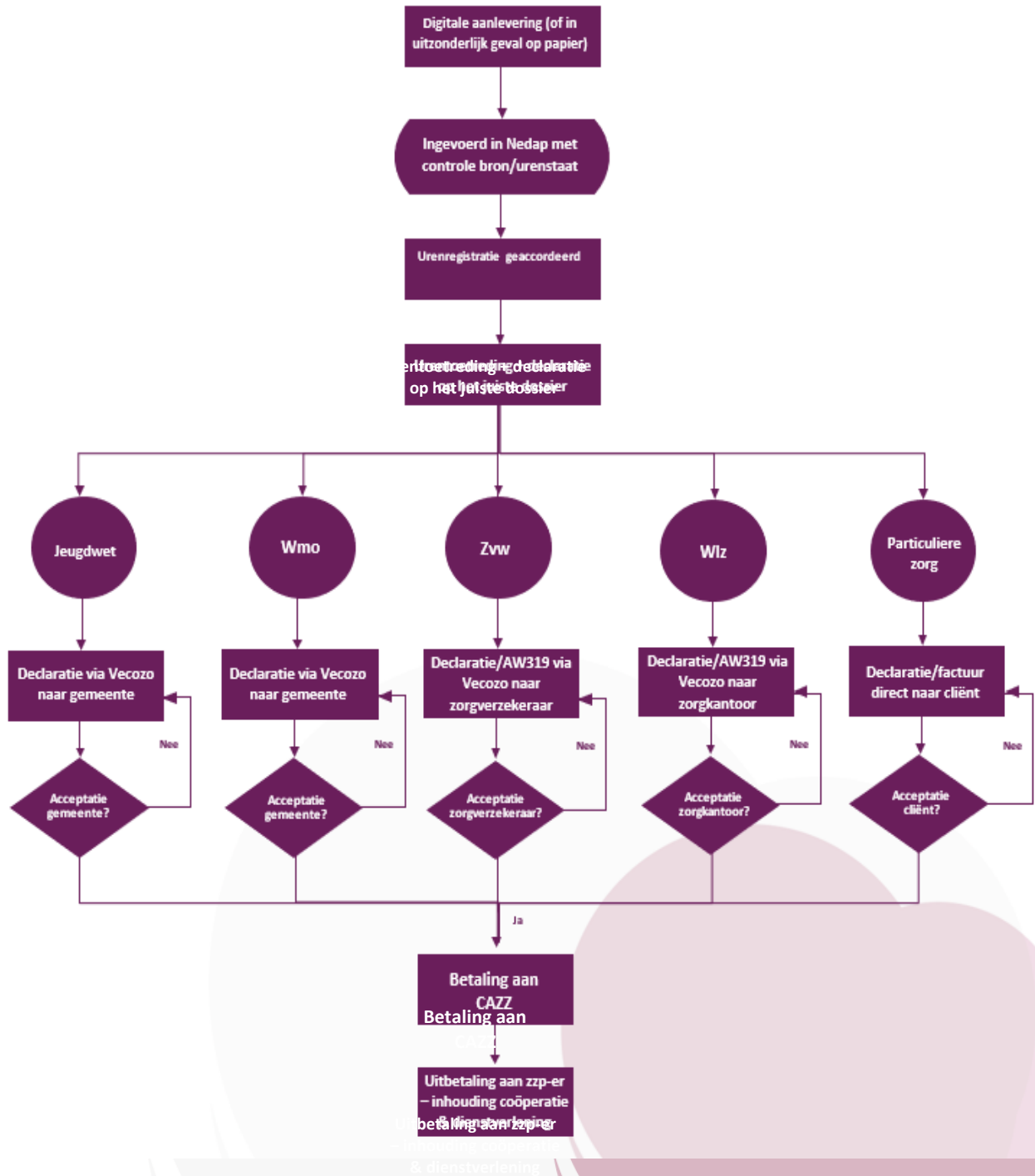
De facturatie en de daarbij behorende facturen op cliëntniveau worden door de financiële administratie van CAZZ uitgevoerd. De financiële administratie draagt zorg voor alle facturen. Tevens verzorgt de financiële administratie de bevoorschotting (op de winst) indien dit mogelijk is en de betaling(en).

De administratie is vormgegeven conform de kaderregeling AO/IC (Administratieve Organisatie en Interne Controle). Dit maakt het mogelijk om vanuit één punt binnen de organisatie de basis te leggen voor een goede administratie en efficiënt antwoord te kunnen geven op vragen. Het volgen en sturen van cliëntstromen wordt hierdoor vergemakkelijkt.



5.8 Achtste werkproces: declaratie

De declaratie wordt verzorgd nadat de urenregistratie is geaccordeerd. Declaraties vinden plaats in de verschillende zorgdomeinen.



5.9 Negende werkproces: jaarlijkse verantwoording productie

Binnen CAZZ wordt er jaarlijks verantwoord aan:

- CIBG (Jaarverantwoording Zorg);
- NZA (Jaarverantwoording productie Wlz Zorgkantoren);
- Gemeenten.

Voor deze verantwoording worden de financiële gegevens gecontroleerd door onze accountant.

6 Kwaliteitsmanagement

In dit hoofdstuk komen de onderdelen van het kwaliteitsmanagement aan de orde. Het betreft hier de volgende onderwerpen: de beoordeling van het kwaliteitssysteem, procesbeheersing, audits, continue verbetering, correctieve en preventieve maatregelen, klachtenmanagement, beheersing van door de cliënt verstrekte gegevens en beheersing van kwaliteitsregistraties en kwaliteitskosten.

6.1 De jaarlijkse beoordeling van het kwaliteitssysteem

1 Doel

Om de efficiency en nauwkeurigheid van het kwaliteitsmanagementsysteem te beoordelen en het inventariseren van verbeterpunten zal het Bestuur van de Coöperatie jaarlijks een evaluatie overleg (beoordeling) houden waarin alle belangrijke resultaten betreffende de geschiktheid en doeltreffendheid van het kwaliteitsmanagementsysteem worden besproken.

2 Procedure

Voor dit overleg zal de bestuursvoorzitter informatie verzamelen van de afgelopen 12 maanden, zodat het gehele kwaliteitsmanagementsysteem beoordeeld zal worden door het bestuur. Dat volgende componenten zijn hierbij aan de orde.

- a. Evaluatie van de afhandeling van de acties uit de vorige managementreview
- b. Belangrijke veranderingen op het gebied van wet- en regelgeving die van invloed zijn of in de toekomst zullen zijn op de Coöperatie;
- c. De prestaties van de Coöperatie (afgeleid van de kwaliteitsdoelstellingen); (updaten indicatoren)
- d. Resultaten van interne en externe audits;
- e. Feedback van cliënten (tevredenheidsonderzoek, binnengekomen klachten, voorstellen et cetera);
- f. Leveranciersbeoordelingen
- g. Managementinformatie
- h. Feedback van leden (resultaten van werkoverleggen, tevredenheidsonderzoek);
- i. Status van corrigerende maatregelen;
- j. Afwijkingen binnen corrigerende maatregelen;
- k. De toereikendheid van middelen;
- l. Resultaat acties met betrekking tot eerder geïnventariseerde risico's en kansen;
- m. Kansen voor verbetering.
- n. Eindbeoordeling implementatieplan.

3 Acties

Het bestuur zal op basis van deze resultaten acties benoemen met betrekking tot kansen voor verbetering, het bijstellen van het kwaliteitssysteem en zijn processen waar nodig en de behoefte aan middelen.

4 Systeembeoordeling

Het overleg en de acties die hieruit voortvloeien, zullen worden gedocumenteerd in een jaarlijks verslag (systeembeoordeling) en worden voorgelegd aan de Raad van Commissarissen ter inzage. Tevens zal de uitvoering van de vastgestelde acties worden bewaakt door het bestuur.

5 Managementreview

Hiervan wordt nadien een rapportage gemaakt. Alle acties ten aanzien van het verbeteren van het gehele kwaliteitsmanagementsysteem worden hierin vastgelegd. Acties en besluiten die hierin staan zullen betrekking hebben op doelbereiking, doeltreffendheid en doelmatigheid van het systeem en de processen daaromtrent. Van belang is dat de dienstverlening matcht met de wensen en eisen van de klanten. Per slot van rekening worden de corrigerende maatregelen bijgesteld. De desbetreffende genomen maatregelen zijn zichtbaar in het verbeterregister (5.5).

6 (communicatie, contextanalyse, Verbeteringstraject)

6.2 Implementatie van nieuwe processen

6.2.1 Beoordelingscriteria

Wanneer een nieuw proces geïmplementeerd wordt binnen CAZZ, dient er gekeken te worden naar onderstaande criteria alvorens er een beslissing gemaakt wordt door de bestuurder om een dergelijk project te starten;

- Visie of beleidsgerichte aanpassingen
- Financiële middelen zijn er beschikbaar en benodigd?
- Wat is het afzetgebied?
- Welke mate van deskundigheid is er beschikbaar met betrekking tot het nieuwe proces
- Is er draagvlak?
- Welke aanpassingen vergt dit proces binnen het kwaliteitsmanagement systeem?

6.2.2 Projectplan

Indien er akkoord wordt gegeven door de bestuurder van de organisatie wordt hiervoor een projectplan opgesteld. Dit plan bestaan uit minstens de volgende componenten:

- Doelstelling
- Benoeming wet en regelgeving die van toepassing is
- Evaluatiecriteria
- Risico's
- Deskresearch
- Planning
- Taken en verantwoordelijkheden expliciteren
- Materialen en middelen
- Eindbeoordeling en eventueel implementatieplan

6.3 Procesbeheersing

1 Doel

Het doel van procesbeheersing is de garantie dat processen verlopen zoals dat binnen de coöperatie (of bij een lid) is afgesproken en vastgelegd. De basis voor procesbewerking is vastgelegd in dit kwaliteitshandboek. Zo zijn er procesbeschrijvingen (procedures en werkinstructies), periodieke audits en overlegvormen die allen op eigen wijze verifiëren of processen verlopen zoals dat gewenst is.

2 Procedure

- a. Het bewaken of processen worden uitgevoerd zoals afgesproken, gebeurt allereerst door de processen vast te leggen in procesbeschrijvingen (of resultaatschema's) waarbij meetpunten/indicatoren worden vastgesteld, zodat de verantwoordelijke functionaris zelf kan bepalen of het proces goed verloopt of hij/zij moet ingrijpen (wijzigingen moet toepassen) of dat hij/zij door kan gaan met de volgende fase van het proces.
- b. Daarnaast worden periodiek overlegvormen (kwaliteitsmanagement overleggen) georganiseerd waarin de voortgang van werkzaamheden en doeltreffendheid van het kwaliteitsmanagementsysteem worden behandeld.
- d. Bovendien zijn de volgende controlemechanismen ingevoerd:
 - Criteria voor bekwaamheid van personeel in dienst van CAZZ of bij de leden zijn vastgelegd in protocollen.
 - Het management van CAZZ en de leden zullen dagelijks monitoren of processen worden uitgevoerd in overeenstemming met het gedocumenteerde kwaliteitssysteem/procesbeschrijving.

6.4 Audits

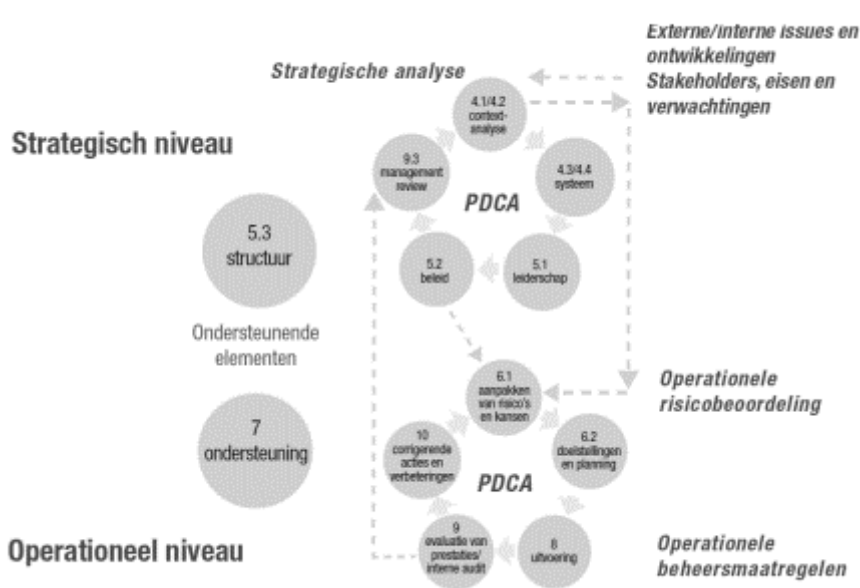
1 Doel

Audits worden uitgevoerd ter verificatie of alle activiteiten conform de eisen worden uitgevoerd en om na te gaan of het kwaliteitsmanagementsysteem doeltreffend is geïmplementeerd.

2 Procedure

Een intern auditprogramma zal worden ontwikkeld en onderhouden door de voorzitter van het Bestuur.

6.5 Continue verbetering en verbeterregister



1 Algemeen

Om de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening continu te verbeteren zal de kwaliteit constant worden gemeten. Binnen de coöperatie wordt de kwaliteit gemeten door het bijhouden van de prestatie van de coöperatie/organisatie en door de klant/cliënt periodiek te vragen naar zijn mening over de geleverde kwaliteit. Deze resultaten kunnen samen met ontvangen klachten van invloed zijn op een aanpassing van het beleid, doelstelling en procesbeschrijvingen. Op deze manier wordt ook de doeltreffendheid van het kwaliteitsmanagementsysteem continu verbeterd.

2 Procedure

- a. Kwaliteit is een cyclisch proces, in kwaliteitstermen ook wel bekend als de kwaliteitscyclus of de PDCA-cirkel (Plan-Do-Check-Act) van Deming. Continue verbetering wordt binnen de coöperatie alsook bij de leden van CAZZ gerealiseerd door het inrichten van periodieke werkoverleggen en intervisiebijeenkomsten en anticipatie op de output hiervan.
- b. De bewaking van de kwaliteit wordt binnen de coöperatie als volgt ingericht:
 - Tijdens de uitvoering van het primaire proces. Zie de beschrijving van de primaire processen in hoofdstuk 4 en de koppeling aan het PDCA-principe. Het is de verantwoordelijkheid van diegene die het primaire proces start en uitvoert dit te bewaken met behulp van de meetpunten/stappen die genoemd zijn in de van toepassing zijnde procesbeschrijving.
 - Tijdens de vastgestelde overlegvormen. Hier zal naast de voortgang van werkzaamheden ook de prestaties/meetresultaten worden besproken en maatregelen worden genomen om processen efficiënter en effectiever te laten verlopen.
 - Tijdens de periodieke afname van het cliënttevredenheidsonderzoek (twee maal per jaar). Cliënten worden gevraagd naar hun mening over de door de coöperatie geleverde kwaliteit. Na het analyseren van de resultaten wordt er door het bestuur geïnventariseerd naar verbeterpunten. Verbeterpunten worden besproken tijdens het de bestuursvergadering en realiseerbare verbeteringen worden doorgevoerd (beleid, kwaliteitsdoelen en werkwijzen daarop aangepast). Tijdens een nieuw onderzoek wordt het effect van de aangebrachte verbeteringen gemeten (door bijvoorbeeld cliënten te vragen hoe zij gerealiseerde verbeteringen hebben ervaren).
 - Tijdens de behandeling van ontvangen klachten. De ontvangen klachten worden geanalyseerd en daarna geïnventariseerd op verbetermogelijkheden.

- 3 Verslaglegging van tekortkomingen en gerelateerde verbeteringen zal worden gedaan in het verbeterregister waarin de voorgestelde verbeteringen worden behandeld. Ook de besluiten betreffende acties die worden uitgezet worden geregistreerd in deze verslagen. Op deze manier vindt er bewaking van acties plaats door middel van toepassing van overlegvormen en kan later tijdens een overleg het effect van de verbetering worden geanalyseerd en besproken.

6.6 Corrigerende maatregelen

1 Doel

Deze paragraaf beschrijft de procedure die wordt gehanteerd voor het corrigeren van zaken die niet overeenstemmen met de gestelde eisen. Het is gebaseerd op tekortkomingen in de zorg- en dienstverlening die voortkomen uit ontvangen klachten, auditresultaten, resultaten van tevredenheidsonderzoeken en na de verificatie en analyse van diverse meetresultaten.

2 Algemene procedure

- a. Condities waarbij personen of de kwaliteit van zorg- en dienstverlening ernstig in gevaar komt, worden binnen de gehele coöperatie gelijk opgelost (wanneer mogelijk) en geregistreerd.
- b. Periodiek zal door het bestuur kwaliteitsdata worden verzameld. Meetresultaten en klachten zullen worden gebruikt voor statistische controle en het identificeren van trends. Slechte resultaten en/of tekortkomingen worden door het Bestuur geanalyseerd en oplossingen worden tijdens een van de vastgestelde overlegvormen aangedragen en ingepland.
- c. Gedocumenteerde (herstel) maatregelen ingevoerd door het Bestuur worden geregistreerd in het verbeterregister en bewaakt (actiepuntenlijst) en na een bepaalde periode wordt er door de voorzitter van het Bestuur geverifieerd of de ingevoerde maatregel het gewenste effect heeft gehad.

6.7 Klachtenmanagement

1 Algemeen

Het is niet alleen zaak om klachten binnen de gehele coöperatie goed te managen, maar ook om te leren van ingediende klachten en het op een rechtvaardige wijze afhandelen van elke klacht. Klachten goed en snel oplossen is klanten behouden en klanten behouden is hierdoor weer omzet voor leden behouden. Als in de vorige sectie besproken kunnen klachten ook leiden tot verbetermanagement. Binnen de coöperatie is er een eigen klachtenreglement ontwikkeld. Dit klachtenreglement is van toepassing binnen de gehele coöperatie.

2 Doel

Het doel is om binnen de coöperatie de afhandeling van klachten goed te managen.

3 Procedure

- a. Iedere klant/cliënt van een lid van de coöperatie wordt tijdens het eerste intake- en/of vervolgesprek bekend gemaakt met informatie over hoe een klacht ingediend kan worden.
- b. Klachten die binnen CAZZ worden ontvangen worden door CAZZ en haar leden afgehandeld zoals beschreven in het klachtenreglement van CAZZ.

6.8 Agressiebeleid en calamiteitenprotocol

CAZZ werkt in verschillende facetten van de zorg met circa 700 medewerkers, met verschillende complexe (multi-probleem) doelgroepen. Er zijn kunnen voor onze medewerkers en ZZP'ers meerdere situaties ontstaan waarin zij het risico lopen op een agressieve bejegening.

Wij trachten daarom om onze medewerkers te beschermen en te onderleggen met tools om op een adequate manier te handelen bij agressie. Bij CAZZ wordt agressie in de brede zin van het woord niet getolereerd. De impact van agressie kan voor alle medewerkers aanzienlijk zijn. Bij CAZZ staat de sociale

veiligheid van haar leden hoog in het vaandel. Veiligheid van de medewerker is immers een groot goed waar CAZZ zich te allen tijde voor inzet.

Dit beleid is wordt in een apart document behandeld, onder de pijler *Voorwaarden*. Hier komt onder andere de meldplicht en het calamiteitenbeleid binnen de WMO aan bod. In dit document zal geduid worden wat er bij CAZZ onder agressie verstaan wordt en er zal onderscheid gemaakt worden tussen verschillende vormen van agressie. In dit document komt de begeleidingsaanpak naar voren in het kader van aandoeningsgerichte agressie, doelstellingen voor de preventie van agressie, de handelwijze bij agressie en geweld en handelen bij niet-aandoening gerelateerde agressie. Daarnaast wordt gesproken over de signalering van de risico's in het kader van agressie. Trainingen van het personeel doormiddel van bijvoorbeeld cursussen bij onze academie zijn voor ons een belangrijk middel in de omgang met agressie en komen in dit document tevens aan de orde. Tot slot, zal aangiftebeleid en maatregelen ten aanzien van de dader besproken worden.

6.9 Beheersing van door de cliënt verstrekte gegevens

1 Doel

Het beschrijven van de eisen voor het beschermen van de door cliënten verstrekte persoonlijke gegevens (Privacybescherming).

2 Procedure

- a. Bescherming van cliëntgegevens gebeurt met inachtneming van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Het privacy beleid en de privacyverklaring van CAZZ beschrijven hoe er binnen de coöperatie dient te worden omgegaan met persoonsgegevens van cliënten en leden.
- b. Tijdens de interne en externe audits zal tijdens de kwaliteitstoetsing alleen gebruik worden gemaakt van geanonimiseerde gegevens of er moeten toestemmingsformulieren voor dossierinzage van betreffende cliënten aanwezig zijn.

6.9 Beheersing van kwaliteitsregistraties

1 Doel

Het vaststellen en bijhouden van kwaliteitsregistraties om het bewijs te leveren dat voldaan wordt aan de eisen van de doeltreffende werking van het kwaliteitsmanagementsysteem.

2 Procedure

- a. De identificatie van documenten, door wie bewaard, in welke vorm en voor hoe lang zijn weergegeven in bijlage 2.
- b. Alle documenten, formulieren en verslagen zoals hierboven genoemd zullen worden gedateerd en gearchiveerd en worden bewaard in het archief voor de periode als aangegeven in de tabel. Na de genoemde periode kunnen de documenten, wanneer niet meer nodig, worden vernietigd.

7 Documentbeheer

7.1 Doel

Het beschrijven van de eisen voor het opstellen van procesbeschrijvingen en de instructies betreffende het beheer van het gedocumenteerde kwaliteitssysteem.

7.2 Algemeen

Met het vastleggen van afspraken in verklaringen, procedures, reglementen en werkinstructies et cetera en het beheer van deze documenten krijgt het kwaliteitssysteem handen en voeten. De leden van CAZZ kunnen naast de procedure van het primaire proces, desgewenst, werkinstructies opmaken die gedetailleerd beschrijven hoe een bepaalde taak moet worden uitgevoerd. Wanneer vastgestelde instructies aanwezig moeten zijn binnen de ((leden)organisatie) vanuit geldende (zorg) wetgeving is dat een eis waaraan voldaan moet worden.

De hiërarchie van het intern gedocumenteerde kwaliteitssysteem is als volgt:

- a. Kwaliteitshandboek CAZZ Hoofdaanneming (niveau I)
- b. Procesbeschrijvingen (procedures) en reglementen (niveau II)
- c. Werkinstructies (niveau III)

Daarnaast zijn er nog onofficiële formulieren waarvan het gebruik vaak beschreven wordt in een van bovenstaande documenten.

7.3 Verantwoordelijkheden

- 1 De bestuursvoorzitter van CAZZ en de directie, op ledenniveau, zijn verantwoordelijk voor:
 - de controle of de inhoud van uitgegeven en gebruikte interne documenten/formulieren niet in strijd is met de afspraken vastgelegd in dit kwaliteitshandboek;
 - het valideren en autoriseren van vastgelegde instructies voor gebruik binnen de organisatie (ondertekening);
 - het goedkeuren van officiële interne formulieren voor gebruik;
 - het ontvangen en behandelen van verbetervoorstellen betreffende de inhoud van procedures, werkinstructies en/of formulieren;
 - zelf te functioneren als of iemand anders aan te wijzen die functioneert als documentbeheerder.
- 2 De documentbeheerder is verantwoordelijk voor:
 - het beheer van alle interne documenten en formulieren van het kwaliteitssysteem;
 - het ontwikkelen en bijhouden van een moederlijst van alle goedgekeurde gedocumenteerde procedures, reglementen, werkinstructies en formulieren;
 - een juiste distributie van alle door de verantwoordelijke ondertekende documenten;
 - het archiveren van de originele documenten en formulieren (digitaal);
 - het toekennen van versienummer en datum uitgifte op procedures, reglementen, instructies en interne formulieren;
 - het vernietigen, verwijderen van gedateerde en/of ongeldig verklaarde (hardkopie en digitaal) documenten van het kwaliteitsmanagementsysteem.

- 3 Alle leden van de coöperatie zullen zich binnen het werkveld van de coöperatie conformeren aan de werkwijze en gedragsregels die beschreven staan of worden gerefereerd in het gedocumenteerde kwaliteitssysteem van CAZZ.

7.4 Procedure

- 1 Nadat een moederlijst van documentatie is opgemaakt wordt door het Bestuur/de directie bekrachtigd dat deze alle procesbeschrijvingen en reglementen weergeeft.
- 2 De vastgestelde documentcontrole is van toepassing op de identificatie, distributie, archivering en wijzigingen van alle onderdelen van het gedocumenteerde kwaliteitssysteem van de Coöperatie alsook bij de leden.

Interne formulieren worden voorzien van een versienummer en de datum van aanmaak. Alle formulieren worden beheerd door de documentbeheerder.

Interne procedures zullen:

- a. Worden geïdentificeerd met een letter, afhankelijk van het type document:

A	= Academie
B	= Bestuur
C	= Cliëntenraad
KC	= Klachtencommissie
J	= Juridisch
K	= Kwaliteit
M	= Managementinfo
N	= Notulen
O	= Organisatie
P	= Privacy
R	= Reglementen
RvC	= Raad van Commissarissen
S	= Strategisch personeelsbeleid

En vanaf de tweede versie een versienummer (volgnummer wordt afgegeven door de documentbeheerder).

- b. Worden voorzien van een titel betreffende het onderwerp/proces dat wordt beschreven.
- c. worden voorzien van de datum uitgifte;
- d. worden eventueel voorzien van informatie betreffende de procedure, reglement of werkinstructie die hiermee is komen te vervallen;
- e. het doel, de reikwijdte, verantwoordelijkheden en instructies omschrijven het beoogde resultaat te halen;
- f. worden gearchiveerd door de documentbeheerder;
- g. worden zo nodig gedistribueerd (elektronisch of hardkopie) aan alle organisatieleden door de zorg coördinatoren;
- h. worden teruggevoerd of uit betreffende elektronische map verwijderd door de documentbeheerder wanneer ze niet meer geldig zijn.
- 3 Het bestuur zal beoordelen of de inhoud van een procedure et cetera overeenstemt met dit kwaliteitshandboek. De eerdergenoemde verantwoordelijken zullen na verificatie van de inhoud van het document autoriseren voor gebruik. Hij/zij zal na goedkeuring een door

hem/haar ondertekend exemplaar via de documentbeheerder laten distribueren of laten publiceren in de digitale werkomgeving van CAZZ.

- 4 Een moederlijst van alle goedgekeurde procedures en reglementen van CAZZ zal worden onderhouden door aangewezen documentbeheerder.
- 5 Alle originele ondertekende verklaringen, documenten en werkinstructies zijn digitaal of als hardkopie aanwezig op de werkplek van de documentbeheerder.
- 6 Veranderingen aan onderdelen van het gedocumenteerde managementsysteem van CAZZ worden voorgesteld aan de bestuursvoorzitter ter verificatie.

8 Management van middelen

8.1 Doel

Het beschrijven hoe bij CAZZ en de leden van CAZZ, de noodzaak voor middelen wordt bepaald, die nodig zijn om de organisatie te continueren.

8.2 Verantwoordelijkheden

Het bestuur van CAZZ en de leden zullen als onderdeel van de jaarlijkse budgetbesprekingen (overwegingen) bepalen welke (extra) middelen bij hun beschikbaar moten zijn om de actuele taakstelling te complementeren. Het kan hier onder andere gaan om geld, personeel, training, goederen en infrastructuur. Bij CAZZ zullen ook de resultaten van de jaarlijkse contextanalyse en directiebeoordeling een rol spelen om te bepalen welke middelen er op coöperatieniveau nodig zijn.

8.3 Algemeen

Bij het management van middelen ligt de verantwoordelijkheid om te voldoen aan de minimale eisen binnen hun organisatie bij de individuele leden van CAZZ zelf. Dit zijn vaak eisen die voortvloeien uit de Nederlandse wetgeving of daarvan afgeleide regelgeving. Hierna zijn deze eisen per categorie genoemd.

1 Geld

Er moet minimaal een sluitende boekhouding zijn die voldoet aan de voor zelfstandig ondernemer of organisatie geldende eisen van de accountant/Belastingdienst.

2 Kennis, informatie & technologie

Benodigde kennis/competenties/diploma's/registraties moeten aanwezig zijn om verantwoorde zorg te leveren. De informatiebeveiliging moet zodanig zijn ingericht om datalekken tegen te gaan.

3 Materialen en diensten

Leden van CAZZ voldoen aan de op hun van toepassing zijnde Arbowetgeving, milieueisen en veiligheidseisen (CE-markeringen et cetera) en er is een zekere continuïteit gewaarborgd van de leveranciers met wie zaken wordt gedaan.

8.4 Procedure

De noodzaak voor:

- deskundig personeel (afhankelijk van de actuele of te verwachten zorgvraag);
- gebouwen, verbouwing, onderhoud en andere infrastructurele zaken als procesuitrusting (hardware en software);
- goederen en diensten;
- veranderingen in de werkomgeving zoals in de Arbowetgeving;
- leaseactiviteiten,

worden door het Bestuur van CAZZ op coöperatief niveau en door de leden van CAZZ zelf bepaald tijdens de diverse overlegvormen. De aanwezigheid en/of werving, aanschaf ervan zal worden afgestemd op de actuele werklust, veranderende eisen en behoeften van coöperatieleden, cliënten of andere belanghebbenden alsook op de verbetering van de zorg- en dienstverlening.

- 1 Bekwaamheidseisen van het personeel werkzaam via CAZZ en ledenorganisaties worden vastgesteld door het bestuur.
- 2 Additionele trainingen voor leden van CAZZ worden bepaald door de leden tijdens de diverse overlegvormen en/of de periodieke ontwikkelingsgesprekke. Afgesproken/vereiste trainingen voor leden worden vastgesteld in een jaarlijks opleidingsplan.
- 3 Het verwerven van middelen en diensten ten behoeve van CAZZ zal plaatsvinden in opdracht van het Bestuur na goedkeuring door de Algemene ledenvergadering.

9 Tarieven

Wanneer je werkzaam bent als zelfstandig zorgverlener, powered by CAZZ, bij een particuliere opdrachtgever (thuissituatie van een cliënt), dan houd je van het totale tarief 85% over. 10 tot 15 % van het tarief is afdracht aan de coöperatie, dit zijn service- en administratiekosten. Dit geld blijft van het lid en wordt later uitbetaald. Werk je in opdracht van een zorginstelling of opdrachtgever, dan is je tarief lager door de marges die deze organisaties berekenen en de hogere afdracht.

9.1 Budgetrisico

Als er gecontracteerd wordt, is door zorgverzekeraar of zorgkantoor een zorgbudget aan de coöperatie toegekend. Stel dit budget bedraagt €150.000,-. Als de zorgverleners in april al €75.000,- van dit budget hebben besteed aan het leveren van zorg aan klanten, is de kans groot dat we in augustus het budget verbruikt hebben. In combinatie met de zorgplicht zou dat betekenen dat we gezamenlijk deze zorg moeten leveren, maar dat deze uren niet uitbetaald worden.

We hebben daarom 2 dingen afgesproken:

1. We doen aan budgetbewaking en nemen minstens vier maal per maand de stand van zaken met de leden door via een overleg tussen de zorgcoördinatoren. We spreken af dat we niet meer klanten aannemen via de coöperatie dan het budget toelaat.
2. Omdat er altijd een bepaald risico overblijft wordt er 20% van het tarief gereserveerd om een buffer te hebben voor het geval dat. Hebben we dit geld niet nodig, dan schuiven we de buffer door naar een volgend jaar of keren het (deels) uit als winst.

Bijlage 1 – Strategisch jaarplan

	Januari	Februari	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December	Verantwoordelijke
Directiebeoordeling	X	X											Bestuur/Kwaliteitsadviseur
Bestuursvergadering	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	Bestuur
Vergadering Raad van Commissarissen		X		X			X	X		X	X		Raad van Commissarissen/ Bestuur
Algemene Ledenvergadering			X							X			Bestuur en leden coöperatie
Opstellen jaarplan opleidingen												X	Directie/Ellen
Opstellen en actualiseren strategisch personeelsplan												X	Directie
Analyseren kwaliteitsoverzichten (o.a. klachten, incidenten, NPS)												X	Kwaliteitsadviseur
Clienttevredenheidsmetingen (1 x per 2 jaar)						X					X		Kwaliteitsadviseur
Interne audit				X			X			X			Intern auditteam

	Januari	Februari	Maart	April	Mei	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December	Verantwoordelijke
Werkoverleg - Werkbespreking - Clientbespreking (zorgleefplan) - Interventie	X X X		X X X		X X X		X X X		X X X		X X X		ZZP'er/Zorg coördinator(en) ZZP'er/Zorg coördinator(en) ZZP'er/Zorg coördinator(en)
Ontwikkelgesprekken	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	ZZP'er/Zorg coördinator(en)
Zorgleefplan besprekingen met cliënt				X					X				ZZP'er/Zorg coördinator(en)/Cliënt
Kwaliteitsmanagementoverleg			X			X			X			X	Kwaliteitsteam/Bestuur
Actualiseren kwaliteitsverslag												X	Kwaliteitsadviseur
Actualiseren kwaliteitsplan												X	Kwaliteitsadviseur
Kwaliteitsverslag aanleveren bij Zorginstituut Nederland						X							Kwaliteitsadviseur
Controle documentenbeheer												X	Kwaliteitsadviseur
Controle AVG naleving						X						X	Functionaris Gegevensbescherming/Zorg coördinator(en)

Bijlage 2 – Identificatie documenten

Document	Bewaard door	In welke vorm	Hoe lang
Raamovereenkomsten, zorg- en dienstverleningsovereenkomsten, overeenkomsten van opdracht	CAZZ	Hardkopie of digitaal	7 jaar
Zorgdossiers (inclusief dagrapportages en evaluaties van geleverde zorg) voor Wlz, Wmo en Zvw zorg	CAZZ Leden	Hardkopie of digitaal	Tot 5 jaar na einde zorg
Zorgdossiers (inclusief dagrapportages en evaluaties van geleverde zorg) voor Jeugdzorg	CAZZ Leden	Hardkopie of digitaal	Tot 15 jaar na einde zorg
Externe auditrapportages, directiebeoordelingen, klachten (incl. klachtenregister)	CAZZ	Digitaal	3 jaar
Kwaliteitsrapportages en plannen	CAZZ	Digitaal	3 jaar
Bewerkersovereenkomsten (in het kader van de AVG)	CAZZ	Digitaal	Voor de duur van de overeenkomst met een maximum van 7 jaar
Verslagen en ontwikkelingsgesprekken	CAZZ	Digitaal	3 jaar
Notulen werkoverleggen	CAZZ	Digitaal (Sillo)	3 jaar