

# **Management Review 2018 (periode 01 – 12) & 2019 (periode 01-09)**



Opgesteld door:	Bestuur
Documentversie:	1.0
Documentdatum:	02.10.2019

## Inhoudsopgave

---

<b>INHOUDSOPGAVE</b> .....	<b>2</b>
<b>INLEIDING</b> .....	<b>3</b>
<b>1. KWALITEITSBELEID EN –DOELSTELLINGEN STICHTING ASTARA</b> .....	<b>4</b>
1.1 MISSIE EN ZORGVISIE STICHTING ASTARA .....	4
1.2 STRATEGIE .....	4
1.3 KWALITEITSDOELSTELLINGEN .....	7
<b>2. ASPECTEN VAN DE DIRECTIEBEOORDELING</b> .....	<b>9</b>
2.1 RESULTATEN VAN AUDITS .....	9
2.2 TERUGKOPPELING VAN KLANTEN EN OVERIGE BELANGHEBBENDEN .....	10
2.2.1 Cliënten.....	10
2.2.2 Ketenpartners.....	10
2.2.3 Zorgfinanciers.....	11
2.2.4. Conclusies.....	11
2.3 LEVERANCIERSBEOORDELINGEN .....	11
2.4 PRESTATIES VAN PROCESSEN EN PRODUCTCONFORMITEIT .....	12
2.4.1 Prestaties van processen.....	12
2.4.2 Productconformiteit.....	13
2.5 ANALYSE VAN HET PERSONEELSBELEID.....	13
2.5.1. Functioneringsgesprekken .....	13
2.5.2. Doeltreffendheid deskundigheidsbevorderende maatregelen.....	14
2.5.3. Opleidings- en bijscholingsbehoefte en/of -noodzaak.....	15
2.5.4. Resultaten van analyse van toetsing van professioneel handelen.....	15
2.5.5. Oordeel van medewerkers.....	15
2.5.6. Uitkomsten van exitgesprekken .....	16
2.5.7. Klachten van medewerkers.....	16
2.5.8. Ervaringen m.b.t. een gezonde en veilige werkomgeving.....	16
2.6 STATUS VAN PREVENTIEVE EN CORRIGERENDE MAATREGELEN / VERBETERTRAJECTEN .....	16
2.7 ACTIES VORIGE DIRECTIEBEOORDELINGEN .....	16
2.8 INTERNE EN EXTERNE VERANDERINGEN DIE VAN INVLOED KUNNEN ZIJN OP HET KMS .....	17
2.9 AANBEVELINGEN TER VERBETERING .....	17
<b>3. CONCLUSIES</b> .....	<b>18</b>
3.1 DOELTREFFENDHEID VAN HET KMS.....	18
3.2 VERBETERING VAN DE DIENSTVERLENING M.B.T. KLANTEISEN .....	18
3.3 BEHOEFTE AAN MIDDELEN .....	18

## Inleiding

---

Stichting Astara heeft sinds begin 2018 een kwaliteitsmanagementsysteem conform NEN-EN-ISO 9001:2015. De afgelopen certificeringscyclus heeft Stichting Astara voor de eerste maal het kwaliteitsmanagementsysteem laten certificeren cf. de NEN-EN-ISO 9001:2015.

Het bestuur heeft de verantwoordelijkheid om het kwaliteitsmanagementsysteem planmatig en periodiek te beoordelen om ervoor te zorgen dat het steeds geschikt en doeltreffend is. Tevens zijn verbetermogelijkheden in kaart gebracht alsmede de noodzaak van wijzigingen in het kwaliteitsmanagementsysteem, inclusief het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsdoelstellingen.

Deze directiebeoordeling is mede tot stand gekomen middels de uitvoering van meerdere strategische sessies, onder deelneming van het bestuur en een externe consultant, waarbij diverse kwaliteitsaspecten, inclusief aantoonbare registraties, als input zijn gehanteerd.

## 1. Kwaliteitsbeleid en –doelstellingen Stichting Astara

---

### 1.1 Missie en zorgvisie Stichting Astara

#### ***Be the best you can be!***

Stichting Astara biedt ondersteuning aan kinderen, jongeren en volwassenen met een hulpvraag, diagnose en/of beperking/stoornis.

#### **Waar staan we voor?**

Stichting Astara vindt dat ieder mens het allerbeste verdient. Astara staat dan ook voor het durven gaan voor verbetering. Wij zijn er om je te helpen je lat wat hoger te leggen.

Ieder mens heeft een talent, het hoeft alleen ontdekt te worden. Talenten worden ontdekt door plezier te ervaren in de dingen die je doet en de mogelijkheid te scheppen om dit uit te diepen. Wij leggen dus niet de nadruk op de problemen of beperkingen maar juist op de mogelijkheden die ieder individu heeft. We streven ernaar om ze de tools mee te geven om in het bestaande netwerk (gezin, school, werk) om zich prettig te voelen en goed te kunnen functioneren. Tijdens deze begeleiding maken we veel gebruik van sport en spel, natuurbeleving en activiteiten met dieren. Hierbij kijken we vooral naar het kind/jongere/gezin en wat het beste bij zijn of haar interesses en talenten aansluit.

Wij gaan een constructieve relatie aan in volledig vertrouwen, openheid is van essentieel belang.

Wij staan positief in het leven en zijn blij met wie je bent. We laten ons niet leiden door verschil in religie, nationaliteit, politieke opvatting, sekse of sociale status van mensen.

Wij begeleiden dit proces op een coachende manier. Daarbij zijn gelijkwaardigheid en respect belangrijke waarden in de contacten. Eerlijkheid en humor mogen hierbij niet ontbreken.

### 1.2 Strategie

Stichting Astara bevindt zich, net als vele andere Nederlandse zorgorganisaties, nog altijd in een dynamische en onzekere omgeving. Om haar positie in deze complexe strategische context te behouden c.q. te verstevigen, heeft de directie de volgende concrete acties voor de komende beleidsperiode bepaald:

- Het monitoren van de eisen, wensen en behoeften van belangrijke stakeholders, zoals gemeentelijke overheden.
- Het in stand houden van goede personele en zakelijke relaties met relevante stakeholders.
- Het in stand houden en waar mogelijk verbeteren van de kwaliteit van zorg door blijvend alert te zijn op het respecteren van afspraken en werkwijzen zoals vastgelegd in het kwaliteitsmanagementsysteem.

- Het versterken van de positie van de organisatie middels het zoeken naar alternatieve financieringsbronnen.

2019 heeft sterk in het teken gestaan van het bepalen van de doorontwikkeling van de organisatie. Onder andere door middel van het actualiseren van de SWOT-analyse, de compliance-analyse, de stakeholderanalyse en de context- en risicoanalyse op organisatieniveau heeft Stichting Astara inzicht gekregen in de te stellen strategische prioriteiten.

Op basis van benoemde analyses zijn SMART-geformuleerde actieplannen (zie jaarplan 2019 en evaluatie jaarplan 2018) opgesteld, welke worden gehanteerd als instrument in de verbetercyclus van de organisatie. Onderstaande wordt kort een toelichting gegeven op de uitkomsten van de verschillende analyses.

#### SWOT-Analyse

Het Bestuur heeft in gezamenlijkheid bepaald waar de sterkten, zwakten, kansen en bedreigingen liggen voor de organisatie. Deze input is gebruikt om te komen tot een organisatie analyse:

Sterkten	Zwakten
Kennis en expertise	Kleinschaligheid
Hulpvraaggestuurd/ maatwerk	Positionering locatie (*)
Out of the box denken	
Oplossingsgericht	
Ervaren	
Positieve instelling	
Kracht om te motiveren	
Kleinschaligheid	
Verbinden en ontschotten	
Kansen	Bedreigingen
Samenwerking zoeken met andere ketenpartners om krachten te bundelen en projecten te starten	Door bezuinigingen kunnen de tarieven naar beneden worden bijgesteld
Groeiende vraag naar aandacht voor overbruggend onderwijs op maat	Politieke ontwikkelingen
Innovatieve systeemgerichte methodieken (o.a. familie-opstelling / PMT)	Gedwongen om mee te groeien/ samenwerking met andere kleinere partijen)
Zoeken naar alternatieve financieringsalternatieven	
Astara United: Idee omtrent aftakking van de stichting gericht op integratie via Basketbal (*)	

(\*) Betreffen nieuwe aspecten, daar waar de oude aspecten zijn overgenomen is een link waarneembaar tussen de analyse en het jaarplan.

De impact op procesniveau moet met name gezocht worden in relatie tot de samenwerking met de drie onderaannemers (impact op met name het aanmeldproces; wijziging in 'voordeur-beleid').

Het inzicht in sterkten, zwaktes, kansen en bedreigingen brengt, naast de input op strategisch niveau, tevens focus aan op welke processen extra aandacht benodigd, vereist of gewenst is.

#### *Risico analyse op organisatieniveau*

Zoals gesteld vraagt de dynamiek in de zorgsector zorginstellingen om te ondernemen. Dit betekent risico's nemen en tegelijkertijd zorg dragen voor een proactieve beheersing van die risico's. Het verleden geeft ons slechts gedeeltelijk handvaten voor risico's van de toekomst. Hedendaagse ontwikkelingen leren dat bedreigingen voor zorginstellingen steeds meer uit verschillende hoeken komen en met toenemende snelheid elkaar opvolgen. Volledig geïnformeerd en op de hoogte blijven van de laatste ontwikkelingen binnen de sector is de beste manier om voorop te lopen in de steeds veranderende omgeving.

De toepassing van risicomanagement is hierbij een veel gehanteerde methodiek. Risicomanagement is een gemeenschappelijke, systematische en transparante aanpak voor de beheersing van risico's. Risicomanagement is toepasbaar binnen de gehele organisatie om de organisatiedoelen en afgeleide doel- en taakstellingen te kunnen behalen.

De belangrijkste misvatting over risicomanagement is dat alle mogelijke risico's moeten worden weggenomen en voorkomen. Dit is niet mogelijk en zeker ook niet de bedoeling. De belangrijkste doelstelling van risicomanagement is om de organisatie op koers te houden en de risico's die zich daarbij voordoen weloverwogen te nemen. Risicomanagement is daarom niet enkel een proces dat doorlopen moet worden om aan de eisen van interne en externe toezichthouders te voldoen, maar een continu instrument om de ambities van de organisatie te verwezenlijken.

In 2019 heeft Stichting Astara haar risico's, binnen de context van de organisatie opnieuw geïdentificeerd, geclassificeerd, geanalyseerd en eventuele opvolging bepaald. De risico's zijn op de volgende deelaspecten vastgesteld: 'externe omgeving', 'strategie', 'management en control', cliënten, medewerkers en cultuur' en 'middelen'. Daar waar hoge of zeer hoge risico's zijn vastgesteld is tevens de wijze van risicobeheersing vastgesteld.

Het betrof met name de focus op de volgende onderwerpen:

- Wet- en regelgeving
- Financiële planning
- Projectmanagement (\*)
- Bedrijfscontinuïteit (\*)
- Kwaliteit medewerkers (gericht op ZZP'ers) - (\*)
- Financiële positie (\*)

(\*) Betreffen nieuwe risicovolle aspecten, waarbij wordt opgemerkt dat de beheersmaatregelen zijn opgenomen in het jaarplan. Er zijn tevens een aantal aspecten in classificatie verlaagd; dit heet m.n. te maken met de introductie en doorontwikkeling van het kwaliteitsmanagementsysteem.

#### *Risicoanalyse op cliënt-niveau*

Stichting Astara inventariseert en analyseert periodiek individuele cliënt-risico's (vastgelegd in het zorgdossier), welke input zijn voor de zorgverlening. Uit de laatste evaluatie zijn een drietal veel voorkomende risico's naar voren gekomen, te weten:

1. Meedoen: Sociaal Netwerk
2. Zelfredzaam: Dagelijkse activiteiten
3. Gezond: Dagelijks functioneren

Opvolging qua beheersing vindt plaats middels de begeleidingsvormen in het zorgaanbod. Opgemerkt wordt dat vanaf 2019 wordt gewerkt met een nieuwe rubricering van risico's. Dit is ingegeven vanuit aangepaste formats (1G1P) vanuit de Gemeente (eis stakeholder).

#### *Stakeholderanalyse*

De uitvoering van de stakeholderanalyse geeft Stichting Astara inzicht in haar belangrijkste interne en externe relaties, wat zij van de organisatie verwachten en op welke wijze de organisatie deze verwachtingen heeft geborgd. Ook hier is middels een risicoanalyse opnieuw vastgesteld wat het risico is als de organisatie niet kan voldoen / voldoet aan deze verwachtingen (en/of eisen en/of wensen) van de stakeholder. Door deze analyse is de organisatie meer 'in control'.

De grootste risico's worden momenteel (nog steeds) ervaren in relatie tot de stakeholder 'Gemeenten'. Opgemerkt wordt dat er ter degen vooruitgang in de samenwerking is geboekt (zie voor een uitgebreide analyse 'Verbinding Gemeente 2019').

## 1.3 Kwaliteitsdoelstellingen

### I. **Cliënttevredenheid: minimaal 7,0.**

#### *Uitkomst 2018*

Stichting Astara heeft medio 2018 het eerste cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Ten tijde van de management review zijn er vijf onderzoeken ingevuld terug ontvangen.

#### **Inhoud onderzoek**

Nr.	Vraagstelling
1.	Heeft stichting Astara jou geholpen? Zo ja, met wat?
2.	Weet je waar om je bij stichting Astara bent?
3.	Zit je lekker in je vel als je bij stichting Astara bent?

4. Welke beoordeling geef je aan de begeleiding van Astara? Onvoldoende- matig- voldoende- goed
5. Heb je nog tips voor Astara?

Vraagstelling cliënt vertegenwoordiger:

1. Hoe beoordeelt u de communi- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 n.v.t.  
catie vanuit stichting Astara?

2. Bent u op de hoogte van de doelen van uw kind?

Ja

Nee

3. Bent u tevreden over de begeleiding/ activiteiten?

Het gemiddelde cijfer op alle deelgebieden bleek een 6,7.

#### *Uitkomst 2019*

Stichting Astara heeft medio 2019 het tweede cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Ten tijde van de management review zijn er drie onderzoeken ingevuld terug ontvangen (18 onderzoeken verzonden). De lage respons is met name te wijten aan een bepaalde mate van systeemproblematiek enerzijds en ervaren prioritering anderzijds.

Uit het onderzoek is een gemiddelde van een 8,7 waarneembaar (stijging t.o.v. 2018). De tendens in de evaluaties is dat de cliënt tevreden is over Astara.

#### *Toelichting*

Het cliënttevredenheidsonderzoek wordt eenmaal per jaar uitgevoerd.

Tussentijdse kwaliteitsmeting vindt plaats middels uitvoering van evaluaties.

Bestuur herkent zich in de resultaten. Opgemerkt wordt dat in de reeds uitgevoerde werkoverleggen inhoudelijk de opvolging wordt besproken en vastgelegd.

Voor 2020 wordt tevens verwezen naar het instrument SDQ, welke in eerste instantie is bedoeld voor resultaatmeting, maar waar ook een bepaald inzicht in tevredenheid wordt verkregen. Medio 2020 zal worden geanalyseerd op welke wijze dit instrument zich

verhoudt tot de tevredenheidsmeting.

- II. Tevens wil Stichting Astara in de komende beleidsperiode bereiken dat **70% van de geformuleerde zorgdoelen** binnen het gesteld tijdvenster behaald worden.

#### *Uitkomst 2018*

Enerzijds blijven we het pad volgen van de gemeente-eisen omtrent resultaatsturing dmv inzet SDQ (realisatie loop van 2020). In de tussentijd willen we op doelniveau concreet bekijken wat de doelrealisatie is, dit gaan we doen door per doel een conclusie te verbind-



den tijdens de evaluatie. Medio 2020 zijn de eerste scores bekend en kunnen we bekijken wat er gerealiseerd is en een concrete score en norm toevoegen.

## 2. Aspecten van de directiebeoordeling

---

### 2.1 Resultaten van audits

#### Interne Audit

Op 12 augustus 2019 heeft bij Stichting Astara de tweede interne audit ten aanzien van de NEN-EN-ISO 9001:2015 plaatsgevonden. De interne audit werd uitgevoerd door een consultant van Ateron.

Stichting Astara is tot dusver tevreden over de gehanteerde auditmethodiek en de resultaten dragen enerzijds bij aan het kwaliteitsbewustzijn van de medewerkers en anderzijds aan de verbetercyclus van de organisatie.

#### Sterke punten

- Er wordt veelvuldig gerapporteerd op specifiek doelniveau; hierdoor is de voortgang van de begeleiding op cliëntniveau sterk inzichtelijk. Ook de input van relevante ketenpartners is terug te vinden in het ECD.
- De organisatie is nadrukkelijk bezig om haar positie in de maatschappelijke context te versterken. Zo zijn er meerdere initiatieven in ontwikkeling om niet enkel afhankelijk te zijn van de Gemeentelijke besluiten.
- In het kader van de samenwerking met een aantal collega zorgaanbieders in de regio mag de leidende positie van Stichting Astara als opvallend gezien worden (m.n. i.r.t. de schaalgrootte van de organisatie).

#### Afwijkingen:

##### *Categorie 1*

- Er is geen duidelijke link tussen de output van de geactualiseerde contextanalyse enerzijds en het jaarplan anderzijds.

##### *Categorie 2*

- Nog niet alle ZZP-dossiers zijn volledig ten tijde van de audit.
- Niet alle contracten met onderaannemers zijn aantoonbaar ondertekend.

##### *Observatie*

- De actielijst van het periodiek overleg met onderaannemers is niet geheel actueel.
- De daadwerkelijke frequentie van uitvoering van het teamoverleg is niet overeenkomstig hetgeen gesteld is in de procedure (niet twee maar eenmaal per jaar).

## Externe Audit

Op 22 en 23 oktober 2018 heeft er een eerste externe audit ten aanzien van de NEN-EN-ISO 9001:2015 plaatsgevonden bij Stichting Astara. De externe audit werd uitgevoerd door een consultant van DNV-GL. Stichting Astara heeft voldaan aan de eisen die gesteld werden en heeft het kwaliteitskeurmerk voor de periode van drie jaar gekregen.

### Sterke punten

- Nieuwe Elektronisch Cliëntendossier is effectief ingevoerd met aandacht voor meetbare doelen en risico's van individuele cliënten (op domeingebieden) en rapportage op de doelen. Men is creatief in het labelen van rapportages om terugvindbaarheid van overleg onderling en extern psycholoog te vergemakkelijken.
- In de evaluaties plan plannen is duidelijk het succes te zien van de werkwijze van Astara.
- Afspraken met ketenpartners en taakafbakening zijn terug te vinden.
- Werkprocessen zijn duidelijk uitgewerkt vanuit de strategie en kansen en risico's en worden gemonitord. Doelen uit jaarplan en KPI's voor kansen en risico's worden duidelijk gemonitord.
- De turbulente ontwikkelingen in de context van de markt en veranderingen van regelgeving en personele bezetting bij stakeholder gemeente Maastricht worden snel opgepakt en in positieve acties omgezet. In notulen van bestuur overleg zijn ontwikkelingen en acties duidelijk te volgen (Verbinding maken met financiers 12-09-2018).

### Verbeterpunten:

- Men zou kunnen overwegen om contracten en garanties van leveranciers te verzamelen in een overzicht.
- Men zou kunnen overwegen om de signalen naar de ICT-leveranciers in een overzicht te verzamelen.

Beide verbeterpunten zijn proactief opgevolgd door Stichting Astara en geven de organisatie meer en effectiever inzicht in de borging van contractbeheer en leveranciersmanagement.

## 2.2 Terugkoppeling van klanten en overige belanghebbenden

### 2.2.1 Cliënten

Er wordt opgemerkt dat Stichting Astara gematigd tevreden is over de gehanteerde methodiek in relatie tot het meten van de cliënttevredenheid. De inhoudelijke resultaten zijn reeds in hoofdstuk 1.3 uiteengezet. De lage respons zorgt ervoor dat de organisatie zal gaan analyseren of het in te zetten instrument 'SDQ' een aanvulling/ vervanging kan gaan opleveren.

### 2.2.2 Ketenpartners

Voor zover betrekking hebbend op de verlening van begeleiding aan de individuele cliënt, vindt externe samenwerking en coördinatie van zorg plaats op basis van de betreffende werkwijzen zoals vastgelegd in het zorgdossier. In het kader van de begeleidingscyclus worden de gestelde doelen geëvalueerd, indien van toepassing met de betrokken

ketenpartners.

Tevens is er een ketenpartneroverzicht samengesteld, waarin op een overzichtelijke manier een weergave van ketenpartners (kritisch / niet-kritisch) en wijze van borging wordt opgenomen:

### 2.2.3 Zorgfinanciers

In aanvulling op de missie en visie van de organisatie wordt opgemerkt dat de activiteiten van zorg- en dienstverlening worden uitgevoerd binnen enerzijds de kaders van vigerende wet en regelgeving en anderzijds de kaders gesteld door financiers. Het afgelopen jaar heeft voornamelijk in het teken gestaan van de invulling van de aanbestedingseisen van de Gemeente. Frequente overlegvormen en directe contacten met collega zorgaanbieders zorgen ervoor dat deze ontwikkelingen goed op het netvlies van het Bestuur staan.

### 2.2.4 Klachten

In 2018 en eerste helft 2019 zijn er geen formele klachten ontvangen van belanghebbenden (onder wie de cliënten). In 2019 is er wel door een belanghebbende onvrede uitgesproken over een bepaalde aanpak vanuit Astara. Dit is opgenomen in verbeterformulier 'begeleiding'. Dit is naar tevredenheid van beide partijen afgerond.

### 2.2.5. Conclusies

Het Bestuur is van mening dat ten aanzien van de tevredenheid van cliënten een goed tot zeer goed resultaat is bereikt. Centraal staat daarin de hoge waardering die onze cliënten geven aan de kwaliteit van dienstverlening door Stichting Astara. Deze formele waardering wordt aangevuld met informele signalen van tevredenheid, verkregen o.a. door de aantoonbare betrokkenheid en bereikbaarheid van het Bestuur.

## 2.3 Leveranciersbeoordelingen

In 2019 is er een zestal leveranciersbeoordelingen uitgevoerd. Wederom is er enkel met betrekking tot de leveranciers omtrent het ECD 'Qurentis' en financiering 'Gemeenten' geen 'Goed' als eindresultaat geconstateerd. Ten aanzien van de samenwerking wordt wederom opgemerkt dat deze wel is verbeterd (m.n. op basis van de proactieve benaderingswijze vanuit Stichting Astara). Ten aanzien van de samenwerking met Qurentis wordt opgemerkt dat er in 2019 delen van het contract zijn opgezegd.

## 2.4 Prestaties van processen en productconformiteit

### 2.4.1 Prestaties van processen

Ten aanzien van haar kritische processen heeft Stichting Astara prestatie-indicatoren gedefinieerd en meetmomenten vastgelegd om de prestaties van deze processen in kaart te brengen. Onderstaande wordt een eindresultaat weergegeven welke is gebaseerd op inhoudelijke analyse per kritisch proces.

Proces	Prestatie-indicator	Norm 2018	Realisatie 2018	Norm 2019
Strategie & Beleid	% Behaalde doelstellingen jaarplan	75%	71%	75%
Toelichting	Naar tevredenheid; een aantal doelstellingen zijn namelijk niet vervallen, maar doorgeschoven.			
Intake & aanmelding	Aantal aanmeldingen in verhouding met aantal inzorgnames.	> 90%	95%	> 90%
	Naar tevredenheid! Betreft slechts 1 "aanmelding" (meer een informatie vraag) welke niet heeft geleid tot inzorg-name. Ook het aantal in zorg-zijnde cliënten is met ongeveer 25% vergroot.			
	Mis-match hulpvraag en aanbod zorgverlening (geconstateerd na start zorg).	< 10%	0%	< 10%
Toelichting	Naar tevredenheid!			
Individuele begeleiding	Cliënttevredenheid	> 7.0	8,7	> 7.0
	Een sterke stijging t.o.v. 2018, echter wordt opgemerkt dat het cijfer gebaseerd is op een lage respons (zie eerdere beheersmaatregelen i.r.t. de SDQ meting).			
	Doelrealisatie	> 70%	N.v.t.	N.t.b.
Toelichting	Zie voor uitleg hoofdstuk 1.3.			
Inkoop	Aantal beoordeelde leveranciers 'onvoldoende'	0	0	0
Toelichting	Slechts twee leveranciers beoordeeld met 'matig'; de analyse is opgenomen in hoofdstuk 2.3			

Proces	Prestatie-indicator	Norm 2018	Realisatie 2018	Norm 2019
P&O	Verzuim	0 %	0 %	0 %
	In 2019 zijn er geen medewerkers in loondienst.			
	% Uitgevoerde functionerings- c.q. evaluatiegesprekken	100%	100%	100%
Toelichting	Naar tevredenheid uitgevoerd. Een van de conclusies betreft de vraag naar een duidelijkere communicatiestructuur: afspraken tijdig en effectief communiceren (verbinding binnen en met de organisatie).			

#### 2.4.2 Productconformiteit

Met betrekking tot het vaststellen van productconformiteit worden ten minste de volgende tools, naar tevredenheid, ingezet:

1. Evaluatie van cliënttevredenheidsmetingen.
2. Informatie uit terugkoppelingen conform Verbeterprocedure en FOBO-procedure.
3. Controles door financiers.

Op basis van deze bronnen stelt de directie vast dat productconformiteit binnen Stichting Astara goed geborgd is.

#### *FOBO*

In 2019 zijn er twee FOBO-melding gedaan, bij een en dezelfde cliënt. Deze is in de verbetercommissie besproken en blijken terug te herleiden naar de individuele problematiek (reeds besproken en opgevolgd in overleg met de Psycholoog).

Ten aanzien van de meldcultuur binnen de organisatie wordt opgemerkt dat de medewerkers een veilige cultuur ervaren. Tevens is er sprake van een effectieve wijze van aanspreekgedrag tussen de medewerkers.

## 2.5 Analyse van het personeelsbeleid

### 2.5.1. Functioneringsgesprekken

In 2019 zijn er evaluatiegesprekken gehouden met alle functionarissen van Stichting Astara. Samenvattend zijn hier de volgende conclusies uit te trekken:

Concluderend kan op basis van de resultaten aangegeven worden dat medewerkers op hun plek blijken te zitten bij Stichting Astara. Enkel ten aanzien van de communicatiestructuur zijn er enkele opmerkingen geplaatst (zie procesprestaties).

Mede op basis van de gevoerde gesprekken zijn de in de paragrafen 2.5.2 t/m 2.5.5 genoemde aspecten van het personeelsbeleid uitgewerkt.

## 2.5.2. Doeltreffendheid deskundigheidsbevorderende maatregelen

Stichting Astara biedt deskundigheidsbevorderingen in de volgende vormen aan:

### **Bijscholingen en cursussen:**

Bijscholingen en cursussen leiden tot vergroting van kennis en deskundigheid van Relevante betrokkenen. Hier volgt een overzicht van de aangeboden cursussen en herhalingen binnen Stichting Astara:

### **Uitvoering 2017, 2018 en 2019**

Deelname workshops sociaal domein SKJ	6-06-2017
Deelname intervisie bijeenkomsten gemeente Maastricht	Regie 11-09-2017
Deelname intervisie bijeenkomsten gemeente Maastricht	Jeugd & Onderwijs 14-05-2018
BHV Training	8-11-2018
Deelname Ontwikkeltafels gemeente Maastricht	29-03-2019 6-06-2019 13-09-2019
Intervisie met psycholoog	12-02-2019 23-04-2019 25-06-2019 04-09-2019 28-10-2019
Geef me de vijf seminar*	14-01-2019
BHV Training herhaling	29-10-2019
Brainblocks cursus*	16-12-2019

(\*)

Cursussen zijn gericht op ASS-problematiek aangezien we een stijging in aanmeldingen met deze problematiek binnen krijgen.

Alle cursussen/(bij) scholingen zijn erkend en gecertificeerd.

In meer algemene termen worden ook het volgende aspect in relatie tot effectiviteit van deskundigheidsbevordering genoemd:

- Casuïstiek: In het cliëntenoverleg vinden regelmatig intervisie en cliëntbesprekingen plaats, o.a. onder begeleiding van een externe gedragswetenschapper

Al met al besteedt Stichting Astara voldoende aandacht aan opleidingen en deskundigheidsbevordering. De cursussen worden als positief en kwaliteit verbeterend ervaren en ook de directie is van mening dat dergelijke cursussen nodig zijn om het kwaliteitsniveau te behouden en te verbeteren.

#### **Feedback:**

Het geven van feedback is kennelijk een goed middel om medewerkers te wijzen op afspraken, voortgang en deskundigheid van de uitgevoerde werkzaamheden. Zo kan personeel elkaar meer van kennis en deskundigheid voorzien in de zin van een lerende organisatie.

#### 2.5.3. Opleidings- en bijscholingsbehoefte en/of -noodzaak

Onder meer op basis van de gevoerde evaluatiegesprekken kan vastgesteld worden dat de medewerkers die het cursusaanbod gevolgd hebben, adequaat zijn geschoold.

#### 2.5.4. Resultaten van analyse van toetsing van professioneel handelen

Professioneel handelen omvat zowel het vakkundig handelen als de attitude van medewerkers. Stichting Astara toetst het professioneel handelen enerzijds via functionerings -en/of evaluatiegesprekken en anderzijds door dit regelmatig te thematiseren binnen het Bestuur.

Het Bestuur concludeert dat het professioneel handelen als “goed” te beoordelen is.

#### 2.5.5. Oordeel van medewerkers

Op basis van de gevoerde evaluatiegesprekken kan vastgesteld worden dat medewerkers over het algemeen tevreden zijn binnen het werk. Ook het werkklimaat wordt als prettig ervaren. Er deden zich ook in 2019 geen klachten voor.

Betreffend de arbeidsomstandigheden zijn geen negatieve meldingen van de zijde van de medewerkers gedaan. Er zijn geen negatieve ervaringen ten aanzien van een gezonde en veilige werkomgeving geuit.

#### 2.5.6. Uitkomsten van exitgesprekken

Niet van toepassing

#### 2.5.7. Klachten van medewerkers

Er zijn in de afgelopen beleidsperiode geen klachten van medewerkers ontvangen.

#### 2.5.8. Ervaringen m.b.t. een gezonde en veilige werkomgeving

In de gevoerde evaluatiegesprekken zijn desgevraagd geen negatieve ervaringen ten aanzien van een gezonde en veilige werkomgeving geuit.

### 2.6 Status van preventieve en corrigerende maatregelen / Verbetertrajecten

De status van preventieve en /of corrigerende maatregelen c.q. verbetertrajecten is weergegeven in de verbeterformulieren-registratie, waarmee monitoring van de status van maatregelen n.a.v. ingediende verbeterformulierenformulieren plaatsvindt. Tevens wordt het jaarplan naar aanleiding van de uitgevoerde SWOT-, stakeholder- en risicoanalyse gehanteerd om de meer strategische verbetertrajecten te initiëren en monitoren.

#### Analyse verbeterformulieren

Klacht cliënt	0
Tekortkoming leverancier	0
Intern verbeterpunt/ idee	4
Wijzigingsvoorstel handboek	0
Bevinding interne audit	5
Overig	0
<b>Totaal</b>	<b>9</b>

Stichting Astara is tevreden over de werking van de methodiek, waarbij opgemerkt wordt dat deze slechts zeer beperkt wordt gehanteerd, daar de organisatie klein van omvang is en zich kenmerkt door korte lijnen in communicatie.

### 2.7 Acties vorige directiebeoordelingen

1. Opvolging accountmanagement Gemeente = Gerealiseerd
2. Opvolging contractmanagement Qurentis = Gerealiseerd



3. Sturen op uitkomsten van zorg = Gerealiseerd
4. Ontwikkelen en implementeren meldcode kindermishandeling = Gerealiseerd

## **2.8 Interne en externe veranderingen die van invloed kunnen zijn op het KMS**

In 2020 wordt wederom verwacht dat externe wijzigingen in relatie tot de doorvoering van Gemeentelijke eisen gevolgen gaan hebben voor het kwaliteitsmanagementsysteem van Stichting Astara. Continue monitoring van besluiten zal in 2020 van belang zijn. De veranderende set kwaliteitseisen vanuit de gemeente behoeft aandacht, bv meldcode kindermishandeling. Ook de externe eisen i.r.t. de Wet Zorg & Dwang kunnen van invloed gaan zijn op het managementsysteem.

Intern kan het bekijken van alternatieve financieringsbronnen ook van invloed zijn (wellicht het oprichten van een tweede entiteit 'Astara United'..

## **2.9 Aanbevelingen ter verbetering**

Met betrekking tot verbeteringen op zowel proces- als op organisatieniveau wordt verwezen naar de samengestelde actieplanning (jaarplan) context-, stakeholder- en SWOT analyse van Stichting Astara.

### **3. Conclusies**

---

#### **3.1 Doeltreffendheid van het KMS**

Stichting Astara heeft in 2018 een kwaliteitsmanagementsysteem conform de NEN-EN-ISO 9001:2015 opgezet en geïmplementeerd. In 2018 zijn we dan ook succesvol gecertificeerd. We voldoen nu aantoonbaar aan de eisen van de gemeente en intern biedt het KMS structuur, overzicht en duidelijkheid tav de individuele casuïstiek.

Tevens draagt het bij een uniformiteit en effectiviteit van uitgevoerde zorg- en dienstverlening, welke passend is bij het streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteit en professionaliteit van zorg. Het Bestuur is wel van mening dat het kwaliteitsmanagementsysteem naar aard en omvang dient te passen bij de bedrijfsgrootte en geen onaanvaardbare administratieve extra lasten met zich meebrengt. Het inzicht in de mate van kwaliteit en de duidelijkheid voor de medewerkers zijn de meest positieve bijdragen ten aanzien van de ISO implementatie. Ook blijken de strategische analyses (context-, stakeholder- en SWOT analyse) een waardevol en richtinggevend kader voor enerzijds het bepalen van strategische doelstellingen en anderzijds input voor het vaststellen van de focus op procesniveau.

#### **3.2 Verbetering van de dienstverlening m.b.t. klanteisen**

Het continu verbeteren van de dienstverlening is een punt van blijvende aandacht binnen Stichting Astara. Het geïmplementeerde kwaliteitsmanagementsysteem biedt daartoe tal van handvaten:

- Evaluatie en opvolging van klanttevredenheidsmetingen.
- Informatie uit terugkoppelingen conform Verbeter-procedure.
- Verkrijgen van nader inzicht in aard en omvang van afwijkende diensten (FOBO).
- Evaluatie van analyses van leveranciersbeoordelingen.
- Uitvoeren van interne en externe audits.

In het voorafgaande is waar toepasselijk vermeld in hoeverre op basis van deze informatiebronnen verbetermaatregelen zijn genomen of gepland.

#### **3.3 Behoefte aan Middelen**

In het kader van de continuering van het kwaliteitsniveau en de continue verbetering van de kwaliteit en het kwaliteitsmanagementsysteem zijn diverse investeringen benodigd en wenselijk.