

Castle Craig Nederland

DEN HAAG

rapport nummer: 4753-2

Renewal audit

HKZ Geestelijke gezondheidszorg:2009/Addendum:2011

Arnhem, 18 mei 2016

DEKRA Certification B.V.

VERTROUWELIJK RAPPORT

Auditor / Teamleader: Anne-Minke Hilgenga

© DEKRA Certification B.V., Arnhem, Nederland. Alle rechten voorbehouden.

Het is verboden om dit document op enige manier te wijzigen, het opsplitsen in delen daarbij inbegrepen. In geval van afwijkingen tussen een elektronische versie (bijv. een PDF bestand) en een originele door Dekra verstrekte papieren versie, prevaleert laatstgenoemde.

DEKRA Certification B.V. en/of de met haar gelieerde maatschappijen zijn niet aansprakelijk voor enige directe, indirecte, bijkomstige of gevolgschade ontstaan door of bij het gebruik van de informatie of gegevens uit dit document, of door de onmogelijkheid die informatie of gegevens te gebruiken.

De inhoud van dit rapport mag slechts als één geheel aan derden kenbaar worden gemaakt, voorzien van bovengenoemde aanduidingen met betrekking tot auteursrechten, aansprakelijkheid, aanpassingen en rechtsgeldigheid.

Inhoudsopgave

| | | |
|-----------|--|----|
| 1 | Samenvatting..... | 4 |
| 2 | Afspraken | 6 |
| 2.1 | Afspraken voor het vervolgtraject..... | 6 |
| 3 | Uitgangspunten en omstandigheden bij de audit..... | 7 |
| 3.1 | Bij de audit betrokken certificaten | 7 |
| 3.2 | Auditprogramma | 7 |
| 4 | Uitvoering van de audit | 8 |
| 4.1 | Deelnemers | 8 |
| 4.2 | Informatie per proces..... | 8 |
| Bijlage A | Auditprogramma..... | 11 |
| Bijlage B | Tekortkomingen | 12 |
| B.1 | Afgesloten tekortkomingen..... | 12 |
| B.2 | Openstaande tekortkomingen | 12 |
| Bijlage C | Agenda voor de volgende audit..... | 13 |

1 Samenvatting

DEKRA Certification B.V. heeft een audit uitgevoerd bij Castle Craig Nederland, DEN HAAG op 17 mei 2016 en 18 mei 2016.

Bij aanvang van de audit hebben wij gesproken over wijzigingen met betrekking tot:

- de marktsituatie en klanten
- wet- en regelgeving
- de organisatiestructuur
- de directievertegenwoordiger voor het managementsysteem
- locatie(s) binnen het certificaat en het aantal medewerkers
- processen en de processtructuur
- het beschreven managementsysteem
- de geldigheid van de huidige scope.

Castle Craig werkt met hetzelfde team behandelaren vanuit drie steden (Den Haag is het hoofdkantoor, in Amsterdam en Rotterdam wordt kantoorruimte gehuurd).

Gezien de aansturing van het team gebeurt door 1 manager en behandelaren op verschillende kantoren kunnen werken, zijn deze kantoren niet apart benoemd als locaties.

In de driejarige auditcyclus worden de grotere kantoorruimtes (te weten Amsterdam en Den Haag) bezocht en wordt het onderwerp werkomgeving en materiaal voor alle panden op centraal niveau geaudit. Deze locaties zijn tijdens de verlengingsaudit bezocht.

Er staat momenteel een vacature open voor de functie van verslavingsarts. Hierdoor wordt er tot start van nieuwe functie geen ambulante detox meer opgestart en wordt er waar mogelijk gebruik gemaakt van de klinische detox voorzieningen van ketenpartners.

Het bespreken van deze onderwerpen heeft geen aanleiding gegeven tot opmerkingen of wijzigingen in het auditprogramma of de auditagenda.

Als onderdeel van deze audit zijn ook maatregelen beoordeeld die voor de verbetering van tekortkomingen genomen zijn. Daarbij is aangetoond dat de tekortkomingen effectief zijn gecorrigeerd. De afhandeling van de nog openstaande tekortkomingen van de vorige audit is opgenomen in een apart rapport: 2134417-SYS-CA-FU4.

Alle tekortkomingen zijn afgesloten.

Tijdens de audit is de beschikbare informatie op basis van een steekproef beoordeeld. Van de organisatie wordt verwacht dat zij zelf afweegt in hoeverre de genoemde conclusies en aanbevelingen ook voor niet beoordeelde onderwerpen van toepassing zijn.

Er zijn geen openstaande tekortkomingen (voor details zie Bijlage B).

Conclusie:

Het systeem voldoet aan de beoordeelde eisen van HKZ Geestelijke gezondheidszorg:2009 / Addendum:2011.

Op grond van de auditresultaten wordt (her)certificatie voor HKZ Geestelijke gezondheidszorg:2009 / Addendum:2011 aanbevolen.

Tijdens de audit is de effectiviteit van het managementsysteem aangetoond, in relatie tot de scope van de certificatie. Er is vastgesteld dat het systeem in staat is de doelstellingen van het management te bereiken, zoals die zijn beschreven in het kwaliteitsbeleid, jaarplan en planning Castle Craig Nederland. Dit is mede beoordeeld aan de hand van de interne audits en de directiebeoordeling.

Hiermee zijn ook de doelstellingen van de audit gerealiseerd, zoals die in de aankondiging van de audit zijn genoemd.

Sterke punten:

- Castle Craig Nederland heeft in het afgelopen jaar flink geïnvesteerd in het versterken van een aantal structuren binnen haar KMS, te weten meer verbinding tussen de overlegstructuur, vaststellen en borgen van KPI's en automatisering van controlefuncties.

Mogelijkheden voor verbetering:

- Binnen Castle Craig is een veiligheidsbeleid en een werkwijze t.a.v. het uitvoeren van prospectieve risico inventarisaties vastgesteld. Het valt te overwegen om de werkwijze t.a.v. het uitvoeren van de prospectieve risico inventarisaties op te nemen in het integrale veiligheidsbeleid van de organisatie.

2 Afspraken

2.1 Afspraken voor het vervolgtraject

De volgende audit zal volgens schema worden ingepland. Ons bedrijfsbureau neemt contact met u op om de datum(s) hiervoor af te spreken.

Wanneer voor de volgende audit al een agendavoorstel is gemaakt, dan is dat als bijlage in dit rapport bijgevoegd.

3 Uitgangspunten en omstandigheden bij de audit

3.1 Bij de audit betrokken certificaten

Castle Craig Nederland - DEN HAAG

Certificaat: 2134417, HKZ Geestelijke gezondheidszorg:2009/Addendum:2011

Uitgesloten paragrafen: (HKZ Geestelijke gezondheidszorg:2009/Addendum:2011) 6.6

Toepassingsgebied:

- het geven van ambulante multidisciplinaire behandeling en begeleiding voor volwassenen met verslavingsproblematiek.

Castle Craig Nederland Wassenaarseweg 33 DEN HAAG

3.2 Auditprogramma

Het Auditprogramma voor deze audit is opgenomen in Bijlage A. Daaruit blijkt ook welke locaties tijdens deze audit zijn bezocht.

Gebruik van certificaten en logo's

We hebben vastgesteld dat het certificaat en de van toepassing zijnde logo's op correcte wijze worden toegepast.

Ploegen

Er zijn geen ploegendiensten. De audit is tijdens de reguliere werktijden van de organisatie uitgevoerd.

4 Uitvoering van de audit

4.1 Deelnemers

De volgende personen hebben aan de audit deelgenomen:

| Naam | Functie | Organisatie |
|----------------|----------------------|------------------------|
| F. Beek | Directeur | Castle Craig Nederland |
| W. van der Pas | Beleidsmedewerker | Castle Craig Nederland |
| S. Jiawan | Controller | Castle Craig Nederland |
| P. van Duijne | Secretaresse | Castle Craig Nederland |
| J. Pieters | Behandelmedewerker | Castle Craig Nederland |
| E. Zijderwijk | Behandelmedewerker | Castle Craig Nederland |
| A. Verstappen | Hoofdbehandelaar | Castle Craig Nederland |
| E. Olivier | Eerste geneeskundige | Castle Craig Nederland |
| M. van Leeuwen | Behandelmedewerker | Castle Craig Nederland |
| C. Bos | Behandelmedewerker | Castle Craig Nederland |
| A. Hilgenga | Lead Auditor | DEKRA Certification |

4.2 Informatie per proces

Beleid en kwaliteitsmanagementsysteem RvB

De volgende onderwerpen zijn besproken:

- Beleidscyclus en directiebeoordeling
- Aangepaste overlegstructuur
- Automatisering van management- en control informatie
- Uitgevoerde materiële controles en ontwikkeling van reports
- Voorbereiding kwaliteitsstatuut en regiebehandelaar

Ontwikkeling/RvB

De volgende onderwerpen zijn besproken:

- zorgontwikkeling en innovatie en invoering van nieuw zorgaanbod
- paragraaf risico inventarisatie in zorgontwikkeling
- overzicht van lopende projecten

Medewerkers/RvB

De volgende onderwerpen zijn besproken:

- Analyse personeelsbeleid uit directiebeoordeling
- Aanpassing personeelsbeleid en opleidingsbeleid (o.a. CGT)
- Functioneringsgesprekken en resultaten KPI functioneringsgesprekken
- Medewerkerstevredenheidsonderzoek
- Risico inventarisatie en evaluatie voor verschillende kantoorpanden
- Bevoegd en bekwaamheden medewerkers

Inkoop en uitbesteding/RvB

De volgende onderwerpen zijn besproken:

- Inkoop en leveranciersbeoordeling: de leveranciersbeoordeling staat gepland voor juni (is vorig jaar juni uitgevoerd), status vanuit directiebeoordeling gezien.

Documentatie/Beleidsmedewerker Kwaliteit

De volgende onderwerpen zijn besproken:

- Gedocumenteerd managementsysteem
- Kwaliteitsregistraties
- Documentbeheer

Metten, analyseren en verbeteren/RvB

De volgende onderwerpen zijn besproken:

- Veiligheidsbeleid
- Interne audits
- Correctieve en preventieve maatregelen
- Klanttevredenheidsprocessen
- Risico inventarisaties, o.a. NEN 7510 en proces aanmelding en intake, risico inventarisatie bij zorgvernieuwing
- Afwijkingen, FOBO's
- Medicatiebeleid
- Opvolging maatregelen van vorige audit: zie hiervoor apart corrigerende maatregelen rapport

Metten, analyseren en verbeteren/Controller

De volgende onderwerpen zijn besproken:

- AO/IC
- Planning en control
- Ontwikkeling management en controlinformatie

Uitvoering van zorg/dienstverlening/Behandelmedewerker

De volgende onderwerpen zijn besproken:

- Gebruik en implementatie van zorgpaden en zorgprogramma's
- Ambulante behandeling
- Inzage cliëntendossiers
- Resultaten behandeling
- Afspraken zorg en dienstverlening

Uitvoering van collectieve dienstverlening /Behandelmedewerker

De volgende onderwerpen zijn besproken:

- Gebruik en implementatie van zorgpaden en zorgprogramma's
- Dagbehandeling
- Inzage cliëntendossiers
- Resultaten behandeling
- Afspraken zorg en dienstverlening

Afspraken over de zorg en dienstverlening./Secretaresse

De volgende onderwerpen zijn besproken:

- Administratief proces aanmelding en intake
- Ontwikkelingen Reports en controle query's

Uitvoering van zorg/dienstverlening/Behandelmedewerker

De volgende onderwerpen zijn besproken:

- Afspraken zorg en dienstverlening
- Primair proces ambulante en dagbehandeling, inzage dossiers
- Reports
- Resultaten behandeling en cliënttevredenheid

Afspraken over de zorg en dienstverlening./Eerste Geneeskundige

De volgende onderwerpen zijn besproken:

- Ontwikkelingen in zorg en dienstverlening
- Afspraken zorg en dienstverlening

Metten, analyseren en dienstverlening /Eerste Geneeskundige

De volgende onderwerpen zijn besproken:

- Ketensamenwerking
- Meten, analyseren en verbeteren

Bijlage B Tekortkomingen

B.1 Afgesloten tekortkomingen

De afhandeling van de nog openstaande tekortkomingen van de vorige audit is opgenomen in een apart rapport: 2134417-SYS-CA-FU4.

Alle tekortkomingen zijn afgesloten.

B.2 Openstaande tekortkomingen

Er zijn geen openstaande tekortkomingen.

Bijlage C Agenda voor de volgende audit

Agenda voor audit nr. 4788

| dag | tijd | duur | proces met proceseigenaar en locatie |
|-----|-------|------|--|
| 1 | 9:00 | | Opening meeting |
| 1 | 9:05 | | Beleid en kwaliteitsmanagementsyst./RvB |
| 1 | 9:30 | | Metten,analyseren en verbeteren/RvB |
| 1 | 10:00 | | Metten,analyseren en verbeteren/Beleidsmedewerker Kwaliteit |
| 1 | 10:30 | | Documentatie/Beleidsmedewerker Kwaliteit |
| 1 | 11:00 | | Afspraken over de zorg/ dienstverl./Manager |
| 1 | 11:30 | | Medewerkers/Manager |
| 1 | 12:00 | | Ontwikkeling/Manager |
| 1 | 13:00 | | Uitvoering van zorg/dienstverlening/Behandelmedewerker Inzage in dossier, individuele begeleiding / ambulante detox (met verslavingsarts), 3 per behandelaar |
| 1 | 14:30 | | Uitvoering van collect.dienstverlening/Behandelmedewerker Inzage in dossiers (3 per behandelaar) |
| 1 | 16:00 | | Prepare Closing Meeting |
| 1 | 16:30 | | Closing meeting |