

**Castle Craig Nederland B.V.**

**DEN HAAG**

Rapport nummer: 15865-1

Surveillance audit

HKZ Geestelijke gezondheidszorg:2015

Arnhem, 28 april 2018

DEKRA Certification B.V.

**VERTROUWELIJK RAPPORT**

---

Auditor / Team leader: Chris Vande Putte

---

© 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.....	10
Bijlage B	Tekortkomingen .....	11
B.1	Afgesloten tekortkomingen.....	11
B.2	Openstaande tekortkomingen .....	11
Bijlage C	Agenda voor de volgende audit.....	12

## 1 Samenvatting

DEKRA Certification B.V. heeft een audit uitgevoerd bij Castle Craig Nederland B.V., DEN HAAG op 5 april 2018 en 6 april 2018.

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

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

Op 20 maart 2017 het IGZ een toezicht bezoek gehouden. Kritische opmerkingen zijn gemaakt over de ontbrekende cliëntenraad en het elektronische voorschrijfsysteem. Het EVS is voor Castle Craig niet van toepassing verklaard. E.e.a. is positief afgesloten.

Er zijn in de afgelopen periode geen formele klachten gemeld. Opmerkingen van cliënten zijn besproken en opgepakt.

In de personele bezetting zijn enkele wijzigingen gekomen het totaal aantal Fte's is 29. Aan de vacature voor controller wordt invulling gegeven. In 2018 wordt een nieuw elektronisch cliënt dossier ingevoerd. Materiele controles door verzekeraars leveren geen bijzondere kwesties op. De organisatie bereidt zich proactief voor op de overgang naar zorgcluster financiering.

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

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 verbetermogelijkheden 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:2015. 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 Kwaliteitshandboek Castle Craig. Dit is mede beoordeeld aan de hand van de interne audits en de management review.

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

Wanneer aanvullings- of wijzigingsbladen voor deze normen zijn gepubliceerd, dan zijn deze bij de beoordeling gebruikt.

Sterke punten:

- Gemeten met MATE scoort Castle Craig bovengemiddeld goed op abstinentie, ook na enkele jaren. Dat blijkt uit de analyse van DBC-gegevens van januari 2016 tot en met december 2016.
- De organisatie is zorgvuldig omgegaan met de upgrade naar de nieuwe norm. Dat blijkt uit het gedetailleerde overzicht Compliance nieuwe HKZ, de risicomatrixen en de stakeholders analyse.

Mogelijkheden voor verbetering:

- Met de jaarlijkse beoordelingsgesprekken en met de jaarlijkse trainingsanalyse voldoet de organisatie aan normrubriek 5.2.  
De analyse daarvan explicieter in de organisatie beoordeling opgenomen worden.
- De dagbehandeling wordt in het proces zelf geëvalueerd en bijgesteld. Daarmee voldoet de organisatie aan de norm 3. Nagedacht kan worden dat explicieter te monitoren.
- De naam van de Regiebehandelaar wordt op het behandelplan vermeld; daarnaast wordt ook nog expliciet zijn instemming in het EPD gevraagd. Er kan wellicht een keuze voor een van beide worden gemaakt.
- De organisatie monitort het percentage drop-outs na de intake. Een analyse van dit cijfer kan mogelijk tot verbeteracties leiden.
- Met de voorliggende directiebeoordeling voldoet de organisatie aan de norm 4.17.  
Stakeholder analyse en risicobeheersing zijn uitvoerig toegepast. Daarmee is voldaan aan norm rubriek 4.1 en 4.2. Bij de eerstvolgende directiebeoordeling kan deze informatie integraal en in samenhang worden meegenomen.

## **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 B.V. - DEN HAAG

Certificaat: 2134417, HKZ Geestelijke gezondheidszorg:2015

Uitgesloten paragrafen: (HKZ Geestelijke gezondheidszorg:2015) 2.1B, 2.2B, 2.3B, 2.4B, 2.5B, 2.6B, 2.7B, 2.8B, 2.9B, 2.10B, 2.11B, 6.6

Toepassingsgebied:

- Ambulante, specialistische GGZ voor volwassenen met verslavingsproblematiek.

Castle Craig Nederland B.V. 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.

##### Ploegen

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

##### Gebruik van certificaten en logo's

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

##### Past Performance Review

Een beoordeling van de klantorganisatie is door de auditor gemaakt. Hierbij is geconcludeerd dat, in vergelijking met de voorgaande certificatieperiode, dat er een lichte groei is geweest in het aantal FTE en geen significante wijzigingen in de reikwijdte van het certificaat. De prestaties van het managementsysteem zijn in verhouding met de vereisten uit de gehanteerde norm. Er zal een nieuwe calculatie plaatsvinden op basis van het huidig aantal FTE om de audittijd on site te bepalen. Voor de voorlopige planning is uitgegaan van audittijd onsite van 1,5 dag, maar dit kan nog aangepast worden n.a.v. de nieuwe calculatie.

Bij deze beoordeling is gebruik gemaakt van de vorige rapporten met nummer 4788 en 4753-2.

## 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. Wagemans	Medewerker Behandelteam	Castle Craig Nederland
N. Buis	Regiebehandelaar	Castle Craig Nederland
A. van de Giessen	Medewerker behandelteam	Castle Craig Nederland
S. van den Worm	Medewerker behandelteam	Castle Craig Nederland
L. Schaap	Directeur Behandelzaken	Castle Craig Nederland
A. Willebrands	Coördinator aanmelding	Castle Craig Nederland
E. Stijns	Plannings functionaris	Castle Craig Nederland
C. Vande PUTE	Lead Auditor	DEKRA Certification

### 4.2 Informatie per proces

#### Beleid en kwaliteitsmanagementsysteem./Directie

Beleidscyclus. Planning en control. Managementinformatie,

#### Meten, analyseren en verbeteren/Beleidsmedewerker Kwaliteit

Verbetercyclus. Risicobeheersing. Jaarkalender. Directiebeoordeling. Indicatoren. Interne audit. Klachten.

#### Personeelsprocessen/Manager

Personeelsmanagement. Kennismanagement. Deskundigheidsbevordering.

#### Inkoop en uitbesteding/Manager

Leveranciersbeoordeling. Inkoop

#### Werkomgeving en materiaal/Manager

Materiaal en werkomgeving.

#### Uitvoering van dagbehandeling/Medewerker Behandelteam

Collectieve dienstverlening. Dagbehandeling. Dossierbeheer.

#### Uitvoering van ambulante behandeling/Regiebehandelaar



Individuele behandeling. Dossiervoering. Effectmeting.

Onderzoek en Ontwikkeling/Directie

Onderzoek en ontwikkeling

Afspraken over de zorg/ dienstverl./Manager

Coördinatie aanmelding



## **Bijlage B Tekortkomingen**

### **B.1 Afgesloten tekortkomingen**

Er zijn geen tekortkomingen afgesloten.

### **B.2 Openstaande tekortkomingen**

Er zijn geen openstaande tekortkomingen.

**Bijlage C Agenda voor de volgende audit**

Voorlopige agenda voor audit nr. 16211

dag	tijd	duur	proces met proceseigenaar en locatie
1	9:00		Opening meeting
1	9:15		Beleid en kwaliteitsmanagementsyst./Directie
1	10:00		Metten, analyseren en verbeteren/Beleidsmedewerker Kwaliteit
1	11:00		Uitvoering van ambulante behandeling/Regiebehandelaar
1	12:30		Lunch
1	13:00		Personeelsprocessen/Manager
1	14:00		Onderzoek en Ontwikkeling/Directie
1	14:45		Werkomgeving en materiaal/Manager
1	15:30		Inkoop en uitbesteding/Manager
1	16:15		Documentatie/Beleidsmedewerker Kwaliteit
2	9:00		Uitvoering van dagbehandeling/Medewerker Behandelteam
2	10:30		Uitvoering van ambulante behandeling/Medewerker Behandelteam
2	12:00		Prepare Closing Meeting
2	12:30		Closing meeting