

**Castle Craig Nederland B.V.**

**DEN HAAG**

Rapport nummer: 4788-2

Surveillance audit

HKZ Geestelijke gezondheidszorg:2009/Addendum:2011

Arnhem, 28 mei 2017

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 22 mei 2017.

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.

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

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.

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 Missie en visie in meerjarenbeleidsplan 2015-2018 d.d. 11-12-2015. 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:

- Deelname aan de ROM is met 76% aanmerkelijk hoger dan het landelijk gemiddelde van 41. Ook het behandel-effect (85%) is erg hoog.
- Met de verschillende groepsbehandelingen, deeltijdbehandeling, klinische behandeling en (blended) e-learning beschikt de organisatie over een compleet aanbod. Zorgpaden worden in het nieuwe EPD geïmplementeerd.

Mogelijkheden voor verbetering:

- Met de voorliggende directiebeoordeling, het verbeterregister en het overzicht van KPI's voldoet de organisatie aan norm 4.7.  
De directiebeoordeling kan integraler uitgevoerd worden door die metingen/monitoring explicieter erin op te nemen.
- Met de afspraken zoals vastgelegd in het document Informatiebeveiliging ICT en EPD d.d. 10-05-2017 en met het aankomende plan van aanpak voldoet de organisatie aan de norm 9.1. Verdere segmenteren in de autorisaties is een punt van aandacht.
- Met de werkwijzen inzake functionerings- en beoordelingsgesprekken en de jaarlijkse trainingsanalyse voldoet de organisatie aan de betreffende norm. De analyse van het professioneel handelen kan explicieter in de directiebeoordeling opgenomen worden.
- Metingen op uitkomsten van groepsbehandelingen kunnen explicieter in het EPD worden opgenomen.

## **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:2009/Addendum:2011

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

##### Nieuwe tekst voor het toepassingsgebied

Ambulante, specialistische GGZ voor volwassenen met verslavingsproblematiek.

## 4 Uitvoering van de audit

### 4.1 Deelnemers

De volgende personen hebben aan de audit deelgenomen:

Naam	Functie	Organisatie
L. Schaap	Directeur Behandelzaken	Castle Craig Nederland
F. Beek	Directeur	Castle Craig Nederland
C. Vande PUTE	Lead Auditor	DEKRA Certification
W. van der Pas	Beleidsmedewerker	Castle Craig Nederland
F.-J. van Kemenade	Manager	Castle Craig Nederland
J. Pieters	Behandelmedewerker	Castle Craig Nederland
M. Arends	Verslavingsarts	Castle Craig Nederland
S. van Heumen	Behandelaar	Castle Craig Nederland
E. Zuiderwijk	Behandelaar	Castle Craig Nederland
s. Wagemans	Behandelaar	Castle Craig Nederland

### 4.2 Informatie per proces

#### Beleid en kwaliteitsmanagementsysteem./RvB

Beleidscyclus. Afspraken. Privacybescherming

#### Meten, analyseren en verbeteren/RvB

Directiebeoordeling. Meten verbeteren en analyseren.

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

Interne audit. Continue verbeteren.

#### Documentatie/Beleidsmedewerker Kwaliteit

Informatiebeveiliging.

#### Afspraken over de zorg/ dienstverl./Manager

Bewaken zorg proces.

#### Medewerkers/Manager

Personeelsprocessen



Ontwikkeling/Manager

Volgen van ontwikkelingen.

Uitvoering van zorg/dienstverlening/Behandelmedewerker

DETOX-proces. Individueel behandelproces.

Uitvoering van collect. dienstverlening/Behandelmedewerker

Groepsbehandeling. Dossierbeheer. Intervisie. Deeltijdbehandeling



## **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**

Agenda voor audit nr. 10743

Dag	Tijd	Duur	Proces met proceseigenaar en locatie
1	9:00		Opening meeting
1	9:15		Beleid en kwaliteitsmanagementsyst./RvB
1	10:00		Metten, analyseren en verbeteren/Beleidsmedewerker Kwaliteit
1	11:00		Werkomgeving en materiaal/Manager
1	11:30		Inkoop en uitbesteding/Manager
1	12:00		Afspraken over de zorg/ dienstverl./Manager
1	12:30		Lunch
1	13:00		Uitvoering van zorg/dienstverlening/Behandelmedewerker
1	14:00		Uitvoering van collect.dienstverlening/Behandelmedewerker
1	15:00		Afspraken over de zorg/ dienstverl./Secretaresse
1	16:00		Prepare Closing Meeting
1	16:30		Closing meeting