



Auditrapport

NHG-Praktijkaccreditering[®]

Praktijknaam	:	Huisartspraktijk mevr.M.E.C.Neijens
Praktijknummer	:	2226
Praktijkadres	:	Dorpstraat 9, 1121BT, Landsmeer
Datum audit	:	23-06-2016
Datum nacontrole	:	n.v.t.
Hoofdauditor	:	Reinier Somford
Datum rapportage	:	27-06-2016
Datum vorig auditbezoek	:	09-07-2015

NPA b.v.
Mercatorlaan 1200
3528 BL UTRECHT
Tel: 030-2823600
E-mail: Bureau@praktijkaccreditering.nl
Website: www.praktijkaccreditering.nl

Inhoud

1. Inleiding.....	3
2. Verslag van de audit.....	4
2.1. Kwaliteit in uw praktijk.....	4
2.2. Conclusies	5
3. Afwijkingen.....	6
3.1. Afwijkingen uit de voorgaande audit.....	6
3.2. Geconstateerde afwijkingen.....	7
4. Opmerkingen.....	9
Bijlage A Auditprogramma en deelnemers vanuit praktijk	10
Bijlage B Checklist audit.....	11
Bijlage C NHG-Praktijkaccreditering versie 2.1 t.o.v. versie 2011	13

Dit auditrapport vormt één geheel inclusief de bijlagen.
Het is niet toegestaan om afzonderlijke delen van het rapport aan derden te verstrekken.

De bevindingen in dit auditrapport zijn deels gebaseerd op steekproeven en de feitelijke situatie kan daarom in individuele gevallen anders zijn dan de beschreven waarneming.

1. Inleiding

Voor u ligt het rapport van het auditbezoek dat aan uw praktijk is gebracht.

Doel van de audit

De doelstellingen van de audit zijn:

- nagaan in welke mate wordt voldaan aan de kwaliteitsnormen;
- samen met uw team identificeren van mogelijkheden voor verbetering.

Werkwijze

De audit is uitgevoerd in overeenstemming met het "Certificatiereglement NPA" en de geldende procedures van NPA. De toetsing van uw praktijk heeft plaatsgevonden op basis van de "Kwaliteitsnormen voor de huisartsenpraktijk" behorend bij de overgangsregeling naar NHG-Praktijkaccreditering® versie 2.1. In bijlage C treft u een tabel die de relatie aangeeft van de artikelen van versie 2.1 met de eisen van de vorige versie 2011.

De audit bestond uit twee componenten. Allereerst zijn uw zelfevaluatie in POL en de aangeleverde documenten uit uw managementsysteem onderzocht. Vervolgens heeft de toetsing plaatsgevonden door waarnemingen en gesprekken tijdens het bezoek aan uw praktijk.

Er zijn voor elke kwaliteitsnorm drie mogelijke uitkomsten:

1. volledig aan de norm voldaan;
2. afwijking: niet (volledig) aan de norm voldaan;
3. opmerking: aan de norm voldaan, maar wel mogelijkheid voor verbetering.

Doel van het auditrapport.

Het doel van dit rapport is de vastlegging van de bevindingen van de audit. Uw praktijk beschikt hiermee over een instrument voor haar verbetercyclus.

NPA besluit op basis van het auditrapport of uw praktijk het NPA-keurmerk mag gebruiken.

NPA b.v. verklaart op het certificaat "NHG-Praktijkaccreditering®" dat uw managementsysteem aan de kwaliteitsnormen voldoet en dat er daarmee een gerechtvaardigd vertrouwen is dat de praktijk verantwoorde zorg levert. Het certificaat is uitsluitend bestemd voor het gebruik in relatie tot de reguliere huisartsgeneeskundige zorg.

2. Verslag van de audit

2.1. Kwaliteit in uw praktijk

Huisartsenpraktijk Neijens is een kleine solopraktijk. De praktijk is gevestigd in een woonhuis en er werkt een klein betrokken team. Het team bestaat uit 1 huisarts, die tevens SCEN-arts is, 2 praktijkassistentes, één praktijkondersteuner somatiek en één praktijkondersteuner GGZ. De middengroep 40-50 jarigen is wat oververtegenwoordigd, er zijn wat minder jonge gezinnen in de praktijk ingeschreven en de ouderen zijn niet oververtegenwoordigd.

Er zijn geen bijzondere groepen binnen de populatie. Het aantal diabeten is met 11% ruim vertegenwoordigd.

De categorie hoogopgeleiden is ruim naast veel veehouders en agrariërs. De praktijk heeft weinig allochtonen als patiënt.

De praktijk is nu nog gevestigd in een ouder huurpand, samen met andere disciplines, maar er zijn gevorderde plannen om in een hoed te gaan samenwerken in een nieuwe pand.

Het kwaliteitssysteem is goed geïmplementeerd en de praktijk ziet de accreditering nog steeds als een uitdaging om de kwaliteit te verhogen. Ze benoemen het als een bewustwordingsproces van alles wat er gaande is in de praktijk.

Het hele accrediteringsproces heeft het team hechter gemaakt en wordt door alle medewerkers ondersteund.

Het geeft veel duidelijkheid in de dagelijkse gang van zaken en processen liggen nu vast en zijn voor iedereen te vinden.

Ik dank de praktijk voor de prettige ontvangst en voor de open en ontspannen wijze waarop de audit is verlopen.

2.2. Conclusies

Tijdens de audit zijn 2 afwijkingen vastgesteld en zijn 4 opmerkingen ten aanzien van mogelijke en/of noodzakelijke verbeteringen gemaakt.

De afwijkingen en opmerkingen zijn weergegeven in de volgende hoofdstukken van dit auditrapport.

Accreditatieadvies: Accrediteren

De auditor heeft het vertrouwen verkregen dat het managementsysteem van uw praktijk aan de NPA-kwaliteitsnormen voldoet en doeltreffend is. Dit vertrouwen is gebaseerd op de onderzoek zoals aangeduid in bijlage B. Uit dit onderzoek is enerzijds het vermogen gebleken van uw managementsysteem om aan de eisen en verwachtingen te voldoen en is anderzijds naar voren gekomen dat het proces van interne toetsing voldoende effectief is. Derhalve is er een gerechtvaardigd vertrouwen dat uw praktijk verantwoorde huisartsgeneeskundige zorg verleent.

3. Afwijkingen

Onderstaand worden eerst de afwijkingen behandeld die eventueel nog open stonden vanuit de voorgaande audit en vervolgens eventuele nieuwe afwijkingen uit deze audit.

Een afwijking betekent dat is vastgesteld dat uw praktijk nog niet (volledig) voldoet aan een bepaalde kwaliteitsnorm.

Er mogen maximaal drie afwijkingen open staan tot de volgende audit mits deze geen directe bedreiging vormen voor de veiligheid en de kwaliteit van de zorg.

De afwijkingen zijn met u besproken tijdens het auditbezoek.

3.1. Afwijkingen uit de voorgaande audit

Het aantal afwijkingen dat vanuit de voorgaande audit nog open stond is 1..

Tijdens de audit heeft de auditor beoordeeld of de doorgevoerde maatregelen de afwijking hebben weggenomen. Daarbij kijkt de auditor ook of met de verbetering is bereikt dat de afwijking zich niet opnieuw zal gaan voordoen.

Mocht een afwijking uit de vorige audit niet voldoende zijn weggenomen, dan heeft de auditor opnieuw een afwijking geformuleerd. Zo'n herhaalde afwijking wordt beschouwd als een bedreiging voor de veiligheid en de kwaliteit van de zorg.

Openstaande afwijking vorige audit

Beheer medische middelen: Xylocaïne ongedateerd en aangeprikt, kweekmateriaal over expiratedatum.

Beoordeling gerealiseerde verbetering

1. Er is geen over datum kweekmateriaal aangetroffen.
2. Xylocaine ongedateerd en aangeprikt in de koelkast.

Conclusie: Afgesloten, met opmerking.

3.2. Geconstateerde afwijkingen

Bij elke afwijking staat aangegeven welke directe correctie uw praktijk doorvoert of doorgevoerd heeft, om alsnog aan de norm te voldoen.

Ook zijn bij iedere afwijking de uitkomsten van de oorzakaanalyse beschreven evenals de daarbij vastgestelde structurele verbetermaatregel, inclusief de datum waarop deze maatregel is doorgevoerd of uiterlijk zal worden doorgevoerd.

Wanneer tijdens het auditbezoek of in de periode tussen het auditbezoek en het opstellen van het auditrapport direct correcties zijn doorgevoerd en gebleken is dat de praktijk alsnog aan de norm voldoet, dan is de beoordeling van die verbetering vermeld.

Afwijking 1

Door auditor vastgesteld	
Kwaliteitsnorm	Infectiepreventie
Bevinding	In het protocol wordt het schoonmaken van de ruimtes niet beschreven In het sterilisatieprotocol wordt geen onderscheid gemaakt tussen kritisch en niet kritisch instrumentarium, een aantal kritische instrumenten wordt onverpakt aangetroffen. Van de gesteriliseerde instrumenten zijn scharen, kochers en naaldvoerders ongeopend gesteriliseerd. In het protocol accidenteel bloedcontact wordt de instantie waarmee overlegd kan worden niet vermeld
Door praktijk aangegeven	
Direct uitgevoerde correctie	
Gevonden oorzaken	Onvoldoende kennis van de WIP richtlijn. Praktijk wist niet dat instantie moest worden vermeld.
Verbetermaatregel	Protocol infectiepreventie wordt aangepast aan huidige WIP richtlijn Protocol sterilisatie aanpassen aan huidige WIP richtlijn. Protocol bloedcontact wordt aangepast
Uitvoeren vóór	Voor 1 september 2016.
Door auditor vastgesteld	
Beoordeling gerealiseerde verbetering	
Conclusie	Open

Afwijking 2

Door auditor vastgesteld	
Kwaliteitsnorm	Medische middelen
Bevinding	Er worden verlopen ampullen gevonden. De koude keten is onvoldoende bewaakt.
Door praktijk aangegeven	
Direct uitgevoerde correctie	De verlopen ampullen zijn direct verwijderd.
Gevonden oorzaken	Er is sinds 2 weken een nieuw systeem in gebruik waarin nog een aantal verkeerde verloopdata van medicatie stonden. Doordat er geen interne nacontrole plaats heeft gevonden waren de verlopen ampullen niet verwijderd. Blindelings vertrouwen op de assistente was een tweede oorzaak. Slechts eenmaal per maand wordt de temperatuurlogger uitgelezen en er is tussentijds geen controle.
Verbetermaatregel	Het nieuwe systeem nog eens goed doorlopen en verkeerde data aanpassen naast een interne controle op de juiste uitvoering van het

	<p>protocol. De praktijk schaft een minimummaximum thermometer aan zodat ook tussentijds de temperatuur kan worden gecontroleerd en worden bijgehouden.</p>
Uitvoeren vóór	<p>Ampullen; 1 september 2016 Koude keten: 1 augustus 2016</p>
Door auditor vastgesteld	
Beoordeling gerealiseerde verbetering	<p>1. Door verwijderen van de verlopen ampullen is het risico sterk gereduceerd, maar de nieuwe afspraak moet nog wel geïmplementeerd worden. 2. Temperatuur is afdoende bewaakt met de aanschaf van een minimum-maximum thermometer.</p>
Conclusie	Open

4. Opmerkingen

Een opmerking betreft een mogelijkheid tot verbetering van de kwaliteit van uw praktijk, zonder dat hiervoor een afwijking is geformuleerd. Zo zijn opmerkingen een belangrijke input voor het systematisch verbeteren, zoals vereist binnen de NHG-Praktijkaccreditering®. De opmerkingen zijn met u besproken tijdens het auditbezoek.

No.	Onderwerp	Opmerking
1.	16 Triage	Er is een prachtig triageprotocol en de Triageklapper wordt gebruikt. In de praktijk wordt alleen de voorlaatste versie aangetroffen. De praktijk gaat de nieuwe versie bestellen.
2.	21.Prescriptie	De prescriptie voldoet aan de norm. Het protocol echter niet overeen met de toegepaste procedure. Praktijk gaat het protocol aanpassen.
3.	22.Zorguitkomsten	Er is een discrepantie tussen de actuele gegevens op de website van de NPA (Z-lijsten) en hetgeen wat in het EMD is gedocumenteerd. Tijdens de audit blijkt dat de gegevens in het EMD geheel aan de norm voldoen. Praktijk gaat uitzoeken waarom deze discrepantie bestaat.
4.	14.Medische middelen	Er wordt een aangeprikte ampul xylocaine in de koelkast aangetroffen zonder datum. Tijdens de audit is de ampul van de datum van eerste gebruik voorzien. Het protocol medicatie in de praktijk wordt zodanig aangepast dat voortaan elke aangebroken flacon xylocaine van een datum wordt voorzien en na drie dagen wordt verwijderd.

Bijlage A Auditprogramma en deelnemers vanuit praktijk

Auditprogramma
Openingsbijeenkomst Auditgesprek met coördinator kwaliteit Rondgang door de praktijk met assistente 1 Inzage in HIS en Auditgesprek assistente 2 Auditgesprek praktijkondersteuner somatiek Vorbereiding eindgesprek Eindbespreking
Totale duur van het bezoek: 4,5 uur

Deelnemers vanuit praktijk

Vanuit uw praktijk hebben de volgende medewerkers deelgenomen aan de audit:

Naam	Functie
M.Neijens	Huisarts, kwaliteitscoördinator.
G.v.d.Bor	Praktijkassistente
A.Wals	Praktijkassistente
I.Lemmen	POH somatiek

De inhoud van de verschillende interviews blijkt uit de tabel in bijlage B.

Bijlage B Checklist audit

Paragraaf in eisen en voorwaarden	Planning	Informatiebronnen voor hoofdauditor								Resultaat: V = In orde A = Afwijking O = Opmerking
		Documentatie	Coördinator kwaliteit	Huisarts	Doktersassistente	Praktijkondersteuner	Verpleegk. specialist	Praktijkmanager		
Kwaliteitsnormen										
1. Professionaliteit	V	V	V							V
2. Personeel	V	V	V		V	V				V
3. Beleidsplan en jaarverslag	V	V	V		V					V
4. Kwaliteitssysteem	V	V	V		V					V
5. Samenwerking	V	V	V			V				V
6. Systematisch verbeteren	V	V	V							V
7. Klachtenregeling	V	V	V		V					V
8. Veilig incident melden	V	V	V		V	V				V
9. Risicoanalyse	V	V	V							V
10. Praktijkinformatie	V	V			V					V
11. Bereikbaarheid	V	V			V					V
12. Infectiepreventie	V	V	V		V					A1
13. Privacy en gegevensbeheer	V	V			V					V
14. Medische middelen	V	V	V		V					A2O4
15. Instrumentarium en apparatuur	V	V	V		V					V
16. Triage	V	V	V		V					O1
17. Gebruik richtlijnen	V	V	V							V
18. Diagnostiek	V	V			V	V				V
19. Patiëntenvoorlichting	V	V			V					V
20. Behandelingen	V	V	V		V					V
21. Prescriptie	V	V	V		V					O2
22. Zorguitkomsten	V	V				V				O3
23. Patiëntenervaringen	V	V	V							V
Gebruik NPA-certificaat/-keurmerk	V	V	V							V

Paragraaf in eisen en voorwaarden	Planning	Informatiebronnen voor hoofdauditor								Resultaat: V = In orde A = Afwijking O = Opmerking
		Documentatie	Coördinator kwaliteit	Huisarts	Doktersassistente	Praktijkondersteuner	Verpleegk. specialist	Praktijkmanager		
Driejaarnormen										
Diabetes Mellitus										
Bij meer dan 50% van uw DM-patiënten de afgelopen 12 maanden bepaald:										
• HbA1c	V	V				V				O3
• Bloeddruk	V	V				V				O3
• Lipidenprofiel: Tot.chol, TG, HDL, LDL		V								
• Kreatinineklaring	V	V				V				O3
• Rookgedrag	V	V				V				O3
• Body Mass Index berekening	V	V				V				O3
• Voetonderzoek		V								
Bij meer dan 50% van uw DM-patiënten de afgelopen 24 maanden bepaald:										
• Oogonderzoek / funduscontrole	V	V								
Chronic Obstructive Pulmonary Disease										
Bij meer dan 50% van uw COPD-patiënten de afgelopen 12 maanden bepaald:										
• Rookgedrag	V	V				V				O3
• Body Mass Index berekening		V								
• Inhalatietechniek controle	V	V				V				O3
• Spirometrie (FEV1/FVC ratio post BD)		V								
• Functioneren van de patiënt volgens een gestructureerde methode (bijv. CCQ of RIQ-MON10 of MRC)		V								
• Controle mate van beweging	V	V				V				O3
Hart- en vaatziekten										
Bij meer dan 50% van uw HVZ-patiënten de afgelopen 12 maanden bepaald:										
• Bloeddruk	V	V				V				O3
• Rookgedrag	V	V				V				O3
Bij meer dan 50% van uw HVZ-patiënten de afgelopen 5 jaar bepaald:										
• LDL		V				V				O3
• Nuchtere glucosemeting		V				V				O3

Bijlage C NHG-Praktijkaccreditering versie 2.1 t.o.v. versie 2011

Artikel versie 2.1	Eis versie 2011
1. Professionaliteit	1 Onderwerp en toepassingsgebied
2. Personeel	4.3.2 Personeel
3. Beleidsplan en jaarverslag	4.1.1 Beleidsplan 4.1.2 Jaarverslag
4. Kwaliteitssysteem	4.2.6 Borgen: kwaliteitssysteem
5. Samenwerking	n.v.t.
6. Systematisch verbeteren	4.2.3 Systematisch verbeteren
7. Klachtenregeling	4.2.4 Klachtenafhandeling
8. Veilig incident melden	4.2.5 Veilig incidentmelden
9. Risicoanalyse	4.3.1.1 Risicoanalyse
10. Praktijkinformatie	4.3.1.2 proces 1 Instroom en uitstroom van patiënten
11. Bereikbaarheid	4.3.1.2 Proces 3: Bereikbaarheid
12. Infectiepreventie	4.3.1.2 Proces 7a: Hygiëneprotocol, 4.3.1.2 Proces 7b: Reiniging & sterilisatie 4.3.1.2 Proces 10 Afvoer medisch afval
13. Privacy en gegevensbeheer	4.3.1.2 Proces 11: Elektronisch Medisch Dossier 4.3.4 Beheer van gegevens
14. Medische middelen	4.3.1.2 Proces 8: Beheer medische middelen 4.3.1.2 Proces 9: Koude keten & bewaren van vaccins
15. Instrumentarium en apparatuur	4.3.3 Middelen
16. Triage	4.3.1.2 Proces 2: Triage
17. Gebruik richtlijnen	4.5 Professioneel handelen
18. Diagnostiek	4.3.1.2 Proces 4: Laboratoriumtesten
19. Patiëntenvoorlichting	4.3.3 Middelen
20. Behandelingen	4.3.1.2 Proces 5: Behandelingen
21. Prescriptie	4.3.1.2 Proces 6: Recepten
22. Zorguitkomsten	4.2.1 Systematisch gegevens verzamelen 4.2.2 Gegevensverzameling
23. Patiëntenervaringen	4.4 Patiëntervaringen