



Auditrapport

NHG-Praktijkaccreditering® versie 2011

| | |
|------------------|---|
| Praktijknaam | : Huisartsenpraktijk Mw. M.E.C. Neijens |
| Praktijknummer | : 2226 |
| Praktijkadres | : Dorpsstraat 9 1121 BT Landsmeer |
| Datum audit | : 16-5-2014 |
| Auditteam | : P.Mensink |
| Datum rapportage | : 11-6-2014 |

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 | 4 |
| 3. Opmerkingen..... | 5 |
| Bijlage A Auditprogramma en deelnemers vanuit praktijk | 6 |
| Bijlage B Checklist audit..... | 7 |

1. Inleiding

Voor u ligt het rapport van de audit die op vrijdag 16 mei 2014 in uw huisartsenpraktijk heeft plaatsgevonden op basis van de "Eisen en Voorwaarden NHG-Praktijkaccreditering® 2011". In deze inleiding vindt u de toelichting op het doel van de audit en de gebruikte begrippen.

Doel van de audit

Praktijkaccreditering is een middel voor een praktijk om haar kwaliteit te toetsen en te verbeteren. Door de audit krijgt een praktijk inzicht waar de kwaliteit goed is geborgd en waar verbeteringen mogelijk zijn. Zo kan een praktijk zich blijven ontwikkelen.

Tijdens de audit is beoordeeld in welke mate uw praktijk voldoet aan de kwaliteitseisen zoals vastgelegd in de "Eisen en Voorwaarden NHG-Praktijkaccreditering®" (versie 2011) voor de huisartsgeneeskundige zorg.

Als gebleken is dat uw praktijk aan de normen voldoet en actief bezig is met verbeteren, wordt het certificaat verleend of verlengd.

Werkwijze

De audit is uitgevoerd in overeenstemming met het "Certificatiereglement NPA" en de geldende procedures van NPA.

"Scope"

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

Auditrapport

Tijdens de audit is uw praktijk conform de "Eisen en Voorwaarden NHG-Praktijkaccreditering®" getoetst. Er zijn voor elke eis drie mogelijke uitkomsten:

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

In hoofdstuk 2 van dit rapport vindt u het verslag van de audit.

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 verbeteringscyclus.

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

2. Verslag van de audit

2.1. Kwaliteit in uw praktijk

Na de pre-audit is hard gewerkt door de praktijk om aan alle 9 afwijkingen en 5 opmerkingen voldoende aandacht te schenken. Dit is gelukt er is een uitgebreide lijst verbeterpunten afgewerkt. De triagecursus is gepland in het najaar van 2014. Het kwaliteitssysteem is te vinden onder de naam Jaarplan. Er is een prettige sfeer en de medewerkers zijn betrokken bij het accrediteringsproces.

Het kwaliteitssysteem wordt verder uitgebouwd en geïmplementeerd.

Ik dank de praktijk voor de gastvrijheid en de open houding tijdens de pre-audit.

2.2. Conclusies

Tijdens de audit zijn geen afwijkingen meer vastgesteld en zijn 3 opmerkingen ten aanzien van mogelijke en/of noodzakelijke verbeteringen gemaakt. De afwijkingen en opmerkingen zijn weergegeven in de volgende hoofdstukken van dit rapport.

3. Opmerkingen

Een opmerking betreft een mogelijkheid tot verbetering van de kwaliteit van uw praktijk, zonder dat dit direct een afwijking is. 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 | 4.3.1.2 Triage | De triagecursus is gepland in het najaar van 2014 |
| 2 | 4.2.5 Veilig Incidenten Melden | De praktijk heeft gekozen om periodiek een meldweek te organiseren. Deze was gepland voor de 1 ^e week van mei maar uitgesteld tot de week na de audit |
| 3 | 4.3.2 Personeel | Functioneringsgesprekken waren tot 2014 tweejaarlijks. In 2014 zijn ze gepland en in het vervolg worden ze jaarlijks gepland |

Bijlage A Auditprogramma en deelnemers vanuit praktijk

| Auditprogramma |
|---|
| Openingsbijeenkomst Auditgesprek met coördinator kwaliteit Auditgesprek Inzage in HIS en auditgesprek Rondgang door de praktijk Auditgesprek Eindbespreking |
| Totaal duur van het bezoek: 4 uur |

Deelnemers vanuit praktijk

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

| Naam | Functie |
|--------------------------|--------------------------------------|
| M.C.E. Neijens, huisarts | <i>praktijkcoördinator kwaliteit</i> |
| Anja Wals en Gerda Wals | <i>doktersassistente</i> |
| Ilona Lemmen | <i>praktijkondersteuner</i> |

Bijlage B Checklist audit

| Paragraaf in eisen en voorwaarden | Planning | Informatiebronnen voor hoofd auditor | | | | | | | Resultaat: V = In orde A = Afwijking O = Opmerking | |
|---|----------|--------------------------------------|-----------------------|----------|------------------|----------------------|---------------------|--------------------|---|---------------------|
| | | Documentatie | Coördinator kwaliteit | Huisarts | Doktersassistent | Praktijkondersteuner | Physician assistant | Nurse practitioner | | Manager |
| Normatieve criteria | | | | | | | | | | |
| 4.1.1 Beleidsplan | X | X | X | | | | | | | V |
| 4.1.2 Jaarverslag | X | X | X | | | | | | | V |
| 4.2.1 Meten, verbeteren, borgen | X | X | X | | X | | | | | V |
| 4.2.2 Gegevensverzameling | X | X | X | | | | | | | V (A in pre-audit) |
| 4.2.3 Systematisch verbeteren | X | X | X | | X | | | | | V A in pre-audit) |
| 4.2.4 Klachtenafhandeling | X | | X | | | | | | | V |
| 4.2.5 Veilig incidentmelden | X | X | X | | X | | | | | O2 |
| 4.2.6 Borgen: kwaliteitssysteem | X | | X | | | | | | | V A in pre-audit) |
| 4.3.1 Risicoanalyse | X | X | X | | | | | | | V |
| 1 Instream/uitstroom | | | | | | | | | | |
| 1 Instream/uitstroom | X | X | X | | | | | | | V |
| 2 Triage | | | | | | | | | | |
| 2 Triage | X | X | X | | X | | | | | O 1 A in pre-audit) |
| 3 Bereikbaarheid | | | | | | | | | | |
| 3 Bereikbaarheid | X | X | | | X | | | | | V |
| 4 Laboratoriumtesten | | | | | | | | | | |
| 4 Laboratoriumtesten | X | X | X | | X | | | | | V |
| 5 Behandelingen | | | | | | | | | | |
| 5 Behandelingen | X | X | X | | X | | | | | V |
| 6 Recepten | | | | | | | | | | |
| 6 Recepten | X | X | | | | | | | | V |
| 7a Hygiëneprotocol | | | | | | | | | | |
| 7a Hygiëneprotocol | X | X | X | | X | | | | | V A in pre-audit) |
| 7b Reiniging+sterilisatie | | | | | | | | | | |
| 7b Reiniging+sterilisatie | X | X | X | | X | | | | | V A in pre-audit) |
| 8 Beheer medische middelen | | | | | | | | | | |
| 8 Beheer medische middelen | X | X | X | | X | | | | | V A in pre-audit) |
| 9 Koude keten | | | | | | | | | | |
| 9 Koude keten | X | X | X | | X | | | | | V A in pre-audit) |
| 10 Afvoer medisch afval | | | | | | | | | | |
| 10 Afvoer medisch afval | X | | X | | X | | | | | V A in pre-audit) |
| 11 Elektronisch Medisch Dossier | | | | | | | | | | |
| 11 Elektronisch Medisch Dossier | X | | X | | X | | | | | V |
| 4.3.2 Personeel | X | X | X | | X | | | | | O3 |
| 4.3.3 Middelen | X | X | | | X | | | | | V |
| 4.3.4 Beheer van gegevens | X | | X | | X | | | | | V |
| 4.4 Patiëntenervaringen | X | X | X | | | | | | | V |
| 4.5 Professioneel handelen | X | X | | | | | | | | V |
| Protocol kindermishandeling | | | | | | | | | | |
| Protocol kindermishandeling | X | X | | | | | | | | V |
| Eigen website | | | | | | | | | | |
| Eigen website | X | X | | | | | | | | V |
| Schriftelijke vastlegging gedelegeerde taken | | | | | | | | | | |
| Schriftelijke vastlegging gedelegeerde taken | X | | X | | | | | | | V |
| Protocollen meest voorkomende gedelegeerde handelingen | | | | | | | | | | |
| Protocollen meest voorkomende gedelegeerde handelingen | X | X | | | X | | | | | V |
| Protocol polyfarmacie | | | | | | | | | | |
| Protocol polyfarmacie | X | X | X | | | | | | | V |

| Paragraaf in eisen en voorwaarden | Planning | Informatiebronnen voor hoofdauditor | | | | | | | Resultaat: V = In orde A = Afwijking O = Opmerking | |
|---|----------|-------------------------------------|-----------------------|----------|------------------|----------------------|---------------------|--------------------|---|--------------------|
| | | Documentatie | Coördinator kwaliteit | Huisarts | Doktersassistent | Praktijkondersteuner | Physician assistant | Nurse practitioner | | Manager |
| <i>Protocol orale anticoagulantia</i> | X | | X | | | | | | | V |
| <i>Beschikbaarheid werkinstructie waarnemer</i> | X | | | | | | | | | |
| <i>Folder Huisartsenpost/CHP</i> | | X | | | | | | | | V staat op website |
| <i>Informatiebeveiliging in risico-inventarisatie</i> | | | X | | | | | | | V |

| Paragraaf in eisen en voorwaarden | Planning | Documentatie | Coördinator kwaliteit | Huisarts | Doktersassistent | Praktijkondersteuner | Physician assistant | Nurse practitioner | Manager | Resultaat V = in orde A = Afwijking O = Opmerking |
|---|----------|--------------|-----------------------|----------|------------------|----------------------|---------------------|--------------------|---------|--|
| | | | | | | | | | | |
| Werd bij meer dan 50% van uw DM-patiënten de afgelopen 12 maanden bepaald: | | | | | | | | | | |
| <i>HbA1c</i> | | X | | | | X | | | | V |
| <i>Bloeddruk</i> | | X | | | | X | | | | V |
| <i>Lipidenprofiel: Tot.chol, TG, HDL, LDL</i> | | X | | | | X | | | | V |
| <i>Kreatinineklaring</i> | | X | | | | X | | | | V |
| <i>Rookgedrag</i> | | X | | | | X | | | | V |
| <i>Body Mass Index berekening</i> | | X | | | | X | | | | V |
| <i>Voetonderzoek</i> | | X | | | | X | | | | V |
| <i>Afgelopen 24 maanden: oogonderzoek / funduscontrole</i> | | X | | | | X | | | | V |
| Signalerende criteria: COPD | | | | | | | | | | |
| Werd bij meer dan 50% van uw COPD-patiënten de afgelopen 12 maanden bepaald: | | | | | | | | | | |
| <i>Rookgedrag</i> | | | | | | | | | | |
| <i>Body Mass Index berekening</i> | | | | | | | | | | |
| <i>Inhalatietechniek controle</i> | | | | | | | | | | |
| <i>Spirometrie (FEV1/FVC ratio post BD)</i> | | | | | | | | | | |
| <i>Functioneren van de patiënt volgens een gestructureerde methode (bijvoorbeeld CCQ of RIQ-MON10 of MRC)</i> | | | | | | | | | | |
| <i>Controle mate van beweging</i> | | | | | | | | | | |
| Signalerende criteria: HVZ | | | | | | | | | | |
| Werd bij meer dan 50% van uw HVZ-patiënten de afgelopen 12 maanden bepaald: | | | | | | | | | | |
| <i>Bloeddruk</i> | | | | | | | | | | |
| <i>LDL</i> | | | | | | | | | | |
| <i>Rookgedrag</i> | | | | | | | | | | |
| <i>Nuchtere glucosemeting</i> | | | | | | | | | | |