



Auditrapport

NHG-Praktijkaccreditering[®]

Praktijknaam	:	Medisch Centrum Peize
Praktijknummer	:	2877
Praktijkadres	:	Zr. Kleveringastraat 101A, 9321CK Peize
Datum audit	:	27-6-2017
Datum nacontrole	:	n.v.t.
Hoofdauditor	:	Anton Swart
Datum rapportage	:	10-7-2017
Datum vorig auditbezoek	:	28-6-2016

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	6
4. Opmerkingen.....	8
Bijlage A Auditprogramma en deelnemers vanuit praktijk.....	10
Bijlage B Checklist audit	10

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 NHG-Praktijkaccreditering® versie 2.1.

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

Ook het afgelopen jaar heeft Medisch Centrum Peize wederom majeure veranderingen ondergaan. Huisarts Saskia Luehof is enige maanden wegens ziekte afwezig geweest en nu weer geheel hersteld. Jan Hut heeft de praktijk van Bart Swierstra overgenomen, met een dag in de week ondersteuning van huisarts/waarnemer Sigrid Heijnsman. In 2016 werd na jaren van voorbereiding en menige discussie het nieuwe praktijkpand in gebruik genomen. Tezamen met een apotheek en een praktijk voor fysiotherapie heeft de verhuurder Woonborg, een woningcorporatie in Peize, een adequate praktijkruimte gebouwd in een reeds bestand woonflat. De praktijk maakt een lichte en luchtige indruk door een uitgelezen kleurstelling en de vele raampartijen in het pand. In het Centrum vormen de twee praktijken een HOED. Huisartsen Saskia Luehof en Tiny Lammers vormen sedert 2004 een maatschap. Met de van origine solopraktijk van Jan Hut vormen zij een samenwerking, waarbij zij de zes assistentes gezamenlijk in dienst hebben en het pand tezamen huren. De praktijken hebben ieder een POHsomatic. Een gezamenlijke POHggz zal wellicht binnenkort in het Centrum worden aangesteld. Ook zal binnenkort gestart worden met bloedafname voor het laboratorium Certe door de praktijkassistentes. De artsen worden geassisteerd door 6 assistentes en 2 POH's. Vanaf september zijn Saskia Luehof en Tiny Lammers opleider, verbonden aan de beroepsopleiding huisartsgeneeskunde van het UMCG. De eerste AIOS is inmiddels in de praktijk gestart.

De HOED heeft met z'n allen veel tijd besteed en inzet getoond om het kwaliteitssysteem te optimaliseren. Het kwaliteitssysteem getuigt van een grote zorgvuldigheid en gedegenheid, hoewel de vignetten van de procedures en protocollen, alsmede van de verbeterplannen hier en daar actualisatie behoeven. Het kwaliteitssysteem wordt in Dropbox onderhouden en is al zo voor ieder op verschillende werkplekken toegankelijk. Het jaarverslag is gedetailleerd en zeer informatief. Een beleidsplan voor de komende jaren wordt opnieuw geschreven, nu de praktijken een nieuwe "opstelling" hebben gemaakt. Een wellicht nieuwe visie wekt verwachtingen, met de start van de nieuwe dokter.

De domeinen Medisch Handelen DM en HVZ laten in beide praktijken indicatoren zien, welke nagenoeg alle de referentiewaarden overtreffen. Van de COPDselectie zijn geen indicatoren. COPD wordt niet in ketenzorg uitgevoerd. Het merendeel van deze groep is echter onder behandeling van de longartsen in het MZH of onttrekken zich aan zorg. In het afgelopen jaar zijn de beide praktijken gestart met het ketenzorgprogramma atriumfibrilleren.

2.2. Conclusies

Tijdens de audit zijn 2 afwijkingen vastgesteld en zijn 3 opmerkingen ten aanzien van mogelijke en/of noodzakelijke verbeteringen gemaakt.

De afwijking 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 het 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 afwijking is met u telefonisch besproken na het auditbezoek.

3.1. Afwijkingen uit de voorgaande audit

Het aantal afwijkingen dat vanuit de voorgaande audit nog open stond is 0.

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 oorzaakanalyse 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	23. Patiëntenervaringen
Bevinding	Nieuwe patiënten enquêtes van Europep (via NPA) worden voor de vierde audit uitgevoerd, nu de patiënten enquêtes van Saskia Luehof en Tiny Lammers >3 jaar oud zijn en voor de eerste keer van de nieuwe dokters Hut en Sigrid Heijnsman. De enquêtes zijn reeds aan patiënten uitgedeeld. De respons valt tegen, de limiet minimaal 25 is nog niet bereikt en derhalve voor analyse nog ontoereikend.
Door praktijk aangegeven	
Direct uitgevoerde correctie	nvt
Gevonden oorzaken	enquête gestart, maar matige respons van de patiënten

Verbetermaatregel	Voor de volgende controleaudit zal de enquête + analyse wellicht zijn afgerond.
Uitvoeren vóór	november 2017, opdat de nieuwe gegevens voor de volgende audit in 2018 eventueel aanleiding zijn voor een verbeterplan.
Door auditor vastgesteld	
Beoordeling gerealiseerde verbetering en conclusie	

Afwijking 2

Door auditor vastgesteld	
Kwaliteitsnorm	22. Zorguitkomsten
Bevinding	De beide praktijken hebben geen indicatoren COPD steekproefsgewijs en handmatig verzameld uit het HIS.(de praktijken voeren COPD niet uit in ketenzorg). Tijdens de audit is echter gebleken, dat COPDpatiënten met regelmaat gezien worden door de POH. De beide praktijken kunnen derhalve de indicatoren voor de volgende audit uit het HIS extraheren.
Door praktijk aangegeven	
Direct uitgevoerde correctie	nvt
Gevonden oorzaken	weinig patiënten geselecteerd voor hoofdbehandelaar huisarts. Relatief veel patiënten in de tweede lijn, veel zorgweigeraars, derhalve matig enthousiasme voor structurele COPDzorg.
Verbetermaatregel	Voor de volgende controleaudit zullen de indicatoren voor COPDzorg in beide praktijken wellicht zijn verzameld.
Uitvoeren vóór	november 2017, opdat de nieuwe gegevens voor de volgende audit in 2018 eventueel aanleiding zijn voor een verbeterplan.
Door auditor vastgesteld	
Beoordeling gerealiseerde verbetering en conclusie	

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.	3. Beleidsplan en jaarverslag	Het huidige beleidsplan gaat over de jaren 2014-2017. Nu er grote veranderingen in de praktijk hebben plaatsgevonden en een nieuw beleidsplan geschreven dient te worden, is het aan te bevelen om onderscheid te maken in beleid en doelstellingen op het gebied van kwaliteit en veiligheid, in actiepunten op een to-do-lijst bijvoorbeeld, en gestructureerde uitvoering van verbeteringsactie, zoals deze bij het systematisch verbeteren (artikel 6) uit de lijst van verbeterpunten naar voren zijn gekomen. Gezien de ambities van de praktijk kunnen prioriteiten aangegeven worden voor de plannen van de komende jaren. Tenminste jaarlijks wordt het beleidsplan geactualiseerd. Het zorgaanbod is in het laatste beleidsplan niet vermeld, itt. in eerdere versies. Wellicht zal het zorgaanbod inmiddels gewijzigd zijn met de komst van nieuwe huisartsen. De resultaten van actiepunten en verbeterplannen worden dan in het jaarverslag vermeld.
	12. Infectiepreventie	Er zijn meerdere protocollen infectiepreventie. Actualisatie is juist geagendeerd in de HOED. Nieuwe richtlijnen zijn recent in H&W gepubliceerd, nu de WIP is opgeheven. Hoewel de uitvoering van de procedure voor het reinigen van gebruikt instrumentarium correct plaatsvindt, is de beschrijving in het protocol niet up-to-date. Handschoenen zijn niet van het gewenste type, gebruik van borstel en droogdoek verdient nadere beschrijving. Onderscheid en werkwijze bij reiniging van kritisch, semi-kritisch en kritisch materiaal kan expliciet vermeld worden. Het is aan te bevelen om de specula ook in laminaat te verpakken alvorens te steriliseren. Aandacht kan gegeven worden aan het schoonhouden van het speelgoed in de praktijk. Voor handhygiëne dient een flacon desinfectans in de visitetas worden meegenomen, zoals in het protocol handhygiëne wordt beschreven.
3.	20. Behandelingen	In de functiebeschrijvingen per assistente kan de delegatie van voorbehouden handelingen toegevoegd worden, met een al of niet schriftelijke delegatieverklaring, vooral ook nu de praktijk start met een bloedafname voor het lab middels venapuncties.

Bijlage A Auditprogramma en deelnemers vanuit praktijk

Auditprogramma
<ul style="list-style-type: none">• Openingsbijeenkomst met huisarts Jan Hut• Openingsbijeenkomst met huisartsen Saskia Luehof en huisarts, kwaliteitscoördinator Tiny Lammers en praktijkassistente Tesja Wijchers-de Wit. Zij heeft ook een pr-functie in de praktijk.• Auditgesprek met coördinator kwaliteit Tiny Lammers en huisarts Saskia Luehof• Auditgesprek met Tesja Wijchers• Auditgesprek met huisarts Saskia Luehof• Rondgang door de praktijk met assistente Anneke Visser-Ploeg• Inzage in HIS en auditgesprek met POHsom Janke Kamps-Arkies• Auditgesprek en eindbespreking met Tiny Lammers
Totale duur van het bezoek: 6 uur

Deelnemers vanuit praktijk

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

Naam	Functie
Tiny Lammers	praktijkcoördinator kwaliteit
Saskia Luehof	huisarts
Jan Hut	huisarts
Tesja Wijchers-de Wit.	doktersassistente
Anneke Visser-Ploeg	doktersassistente
Janke Kamps-Arkies	praktijkondersteuner

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 hoofd auditor								Resultaat: V = In orde A = Afwijking O = Opmerking
		Documentatie	Coördinator kwaliteit	Huisarts	Doktersassistente	Praktijkondersteuner	Verpleegk. specialist	Praktijkmanager		
Kwaliteitsnormen										
1. Professionaliteit	X	X								V
2. Personeel	X	X	X							V
3. Beleidsplan en jaarverslag	X	X	X							O1
4. Kwaliteitssysteem	X	X	X							V
5. Samenwerking	X	X		X						V
6. Systematisch verbeteren	X	X	X							V
7. Klachtenregeling	X	X	X							V
8. Veilig incident melden	X	X	X							V
9. Risicoanalyse	X	X	X							V
10. Praktijkinformatie	X	X	X		X					V
11. Bereikbaarheid	X	X			X					V
12. Infectiepreventie	X	X	X		X					O2
13. Privacy en gegevensbeheer	X	X	X		X					V
14. Medische middelen	X	X			X					V
15. Instrumentarium en apparatuur	X	X								V
16. Triage	X	X			X					V
17. Gebruik richtlijnen	X	X		X						V
18. Diagnostiek	X	X			X					V
19. Patiëntenvoorlichting	X	X	X	X						V
20. Behandelingen	X	X	X	X	X					O3
21. Prescriptie	X	X	X	X	X					V
22. Zorguitkomsten	X	X		X		X				A2
23. Patiëntenervaringen	X		X	X						A1
Gebruik NPACertificaat/-keurmerk										

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	x	x				x				v
• Bloeddruk	x	x				x				v
• Lipidenprofiel: Tot.chol, TG, HDL, LDL	x	x				x				v
• Kreatinineklaring	x	x				x				v
• Rookgedrag	x	x				x				v
• Body Mass Index berekening	x	x				x				v
• Voetonderzoek	x	x				x				v
Bij meer dan 50% van uw DM-patiënten de afgelopen 24 maanden bepaald:										
• Oogonderzoek / funduscontrole	x	x				x				v
Chronic Obstructive Pulmonary Disease										
Bij meer dan 50% van uw COPD-patiënten de afgelopen 12 maanden bepaald:										
• Rookgedrag	x					x				A2
• Body Mass Index berekening	x					x				A2
• Inhalatietechniek controle	x					x				A2
• Spirometrie (FEV1/FVC ratio post BD)	x					x				A2
• Functioneren van de patiënt volgens een gestructureerde methode (bijv. CCQ of RIQ-MON10 of MRC)	x					x				A2
• Controle mate van beweging	x					x				A2
Cardiovasculair Risicomanagement										
Bij meer dan 50% van uw CVRM-patiënten de afgelopen 12 maanden bepaald:										
• Bloeddruk	x	x				x				v
• Rookgedrag	x	x				x				v
Bij meer dan 50% van uw CVRM-patiënten de afgelopen 5 jaar bepaald:										
• LDL	x	x				x				v
• Nuchtere glucosemeting	x	x				x				v