

Format

Regionaal Auditplan verpleeghuizen

Regionale zorgnetwerken ABR

Juli 2018



REGIONALE
ZORGNETWERKEN
ANTIBIOTICARESISTENTIE

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1 Algemeen, doel en gebruik.....	3
1.1 Taken uit het functieprofiel & resultaatafspraken.....	3
1.2 Doelgroep	3
2 Doel en definitie van audits.....	4
3 Inhoud van de audits	4
4 Auditsystemen.....	5
4.1 Checklists en auditsystemen	5
4.2 Voorbeelden van lerende audits	6
4.3 Beschikbare online systemen	6
5 Proces	7
5.1 Relatie met scholing	7
5.2 Randvoorwaarden	7
5.2.1 Draagvlak creëren	8
5.2.2 Beschikbaarheid DI.....	8
5.2.3 Stappen PDCA cyclus	8
5.3 Relatie met het regionaal risicoprofiel.....	9
Bijlage 1: Inhoud van de audit.....	11
Bijlage 2: Samenstelling werkgroep	16

1 Algemeen, doel en gebruik

De Regionale Zorgnetwerken ABR hebben taken op het gebied van audits en scholing. Om de zorgnetwerken te ondersteunen bij de uitvoering van deze taken, is door de landelijke werkgroep audits en scholing in verpleeghuizen dit format voor een regionaal auditplan opgesteld. Dit format kan gelezen worden als een advies aan de zorgnetwerken. De volgende onderdelen komen in het format aan de orde:

- Het doel en de definitie van audits.
- De geadviseerde inhoud van de audits.
- De beschikbare auditsystemen.
- Het geadviseerde proces.

1.1 Taken uit het functieprofiel & resultaatafspraken

De taken van het zorgnetwerk waar dit format betrekking op heeft, zijn als volgt beschreven:

- Inzicht in de mate van implementatie van infectiepreventie-maatregelen in de zorginstellingen en bij andere zorgaanbieders.
- Streven naar een identieke en reproduceerbare manier van het voeren van audits in de regio die inzicht geven in de kwaliteit van de infectiepreventie in de instelling/organisatie.

Voor de pilotfase die tot mei 2019 duurt, zijn voor deze taken de volgende resultaatafspraken gemaakt:

- Er is een regionaal overzicht waarin aangegeven wordt welke zorginstellingen er zijn (ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, huisartsenposten) en welke zorginstellingen geaudit worden. Datum gereed: 1/5/2018
- Vanuit het overzicht wordt toegewerkt naar een regionaal auditformat voor de regio. Dit format is (vooralsnog) niet verplicht.

Bij de realisatie van deze afspraken is de rolverdeling tussen het zorgnetwerk en de samenwerkingspartners als volgt:

- Het (laten) uitvoeren van audits is een verantwoordelijkheid van instellingen zelf.
- Het Regionaal Coördinatie Team (RCT) heeft een coördinerende en aanjagende rol en streeft naar een identieke en reproduceerbare manier van het voeren van audits in de regio.

1.2 Doelgroep

Dit format heeft betrekking op de uitvoering van audits in verpleeghuizen. Onder een verpleeghuis wordt verstaan: Een locatie met een meerderheid aan verpleeghuisbedden met behandelcomponent en waarvan de medische verantwoordelijkheid valt onder een SO, die beschikbaar is voor de locatie. Er kan ook een revalidatieafdeling aanwezig zijn, ook onder medisch verantwoordelijkheid van een SO of revalidatiearts. Wonen en zorg zijn niet gescheiden. De SO is direct of indirect betrokken bij IP¹. De IGJ wil dat verpleeghuizen een infectiepreventiecommissie installeren die op een actieve wijze invulling geeft aan het hygiëne- en preventiebeleid².

¹ Uit Regionaal Risicoprofiel Regionale Zorgnetwerken ABR

² IGJ Rapport december 2013: Verbetering van hygiëne en infectiepreventie in ouderenzorg snel realiseerbaar”

2 Doel en definitie van audits

Een audit is een objectief onderzoek naar infectiepreventie door een (inhouds-) deskundige (=minimaal een geschoolde kwaliteitsfunctionaris) op een systematische, gestandaardiseerde manier, volgens landelijke richtlijnen/normen/wet- en regelgeving. Audits geven op het niveau van de individuele instelling informatie over de aanwezigheid van risico's en de mate van implementatie van infectiepreventie-maatregelen.

De werkgroep maakt een onderscheid tussen:

- Nulmeting van de basis hygiëne: De nulmeting geeft inzicht in de aanwezigheid van risico's en de implementatie van infectiepreventie-maatregelen in een verpleeghuis of op een afdeling.
- Lerende audit: Dit is een korte audit op een specifiek thema uit de basishygiëne, die op elk moment gedurende het verbetertraject kan worden uitgevoerd. Een lerende audit heeft als doel individuele medewerkers of teams bewust te maken van het gewenste gedrag. Een lerende audit is een methode om als team te leren van de wijze waarop men samen werkt aan hygiëne/infectiepreventie. Bij een lerende audit gaat het om het herkennen van successen en leerpunten op het gebied van hygiënisch werken waar men het met elkaar over kan hebben en op kan verbeteren.

3 Inhoud van de audits

De werkgroep heeft in kaart gebracht welke onderwerpen belangrijk zijn voor audits en scholing in de aanpak van ABR in verpleeghuizen en welke prioriteit deze onderwerpen hebben ten opzichte van elkaar. De focus bij het uitvoeren van audits in verpleeghuizen moet volgens de werkgroep liggen op de basis hygiëne. Dit zijn de onderwerpen die minimaal ge-audit moeten worden en onderdeel moeten zijn van de nulmeting:

Basis hygiëne
1. Algemene voorzorgsmaatregelen
• Handhygiëne
• Persoonlijke hygiëne medewerker
• Persoonlijke beschermingsmaatregelen
• Infecties bij medewerkers
2. Reiniging en desinfectie
3. Urinelozing en stoelgang
4. Opslag
5. BRMO

Naast de basis hygiëne, zijn een aantal onderwerpen ook belangrijk voor audits, maar die behoren niet tot de basis. Dit zijn +modules genoemd:

+modules
Uitbraakmanagement
Structuur infectiepreventie
Melding van infectieziekten
Antibioticabeleid

In bijlage 1 is een op algemeen niveau alles omvattende audit van de basishygiëne aangeleverd. Het geadviseerde in bijlage 1 past binnen het toetsingskader van de IGJ.

4 Auditsystemen

De werkgroep heeft verschillende reeds bestaande checklists en auditsystemen beoordeeld (zie hieronder) en vindt deze goed toepasbaar voor het uitvoeren van audits in verpleeghuizen. De in hoofdstuk 3 genoemde onderwerpen komen in deze checklists en auditsystemen aan bod.

Onderstaande checklists en informatie over het gebruik zijn beschikbaar via het digitaal platform <https://zorgnetwerkenabr.nl/>.

4.1 Checklists en auditsystemen

REZON/iPrevent

Dit is een audittool die in ontwikkeling is. De audit list wordt al meerdere jaren gebruikt door de HKM'ers van het regionaal netwerk (REZON/iPrevent.) Recent is de checklist grotendeels met de Infectierisicoscan (IRIS) in overeenstemming gebracht, met uitzondering van de verspreiding van BRMO (het prevalentie onderzoek). Checklists zijn direct beschikbaar en kunnen in totaal of op onderdelen worden gebruikt. Via een project (Health-i-Care) zijn de lijsten gebruikt om een audit systeem op te stellen. Licenties van het systeem (Checkbuster) zijn ook door anderen te gebruiken, maar er zijn kosten aan verbonden. Validatie van het systeem is voor de zomer gepland.

De Infectierisicoscan (IRIS)

De IRIS meet een aantal objectiveerbare variabelen op het gebied van infectiepreventie, waaronder verspreiding van BRMO, het gebruik van invasieve hulpmiddelen en antibiotica, omgevingscontaminatie, handhygiëne, naleving van het kledingreglement en diverse randvoorwaarden. De scan vertaalt de metingen naar een risicoprofiel en een verbeterplot, een grafische weergave die gemakkelijk te interpreteren is door zorgprofessionals, managers en patiënten. Op basis van de uitkomsten kan een afdeling of instelling op concrete punten verbeteringen doorvoeren en een kwaliteitscyclus beginnen, waarin de scans steeds herhaald worden.

Preventio

Preventio is een product van het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV). Preventio is een digitaal rapportagesysteem dat gebruikt wordt door GGD'en. Indien bij een locatie een audit moet worden uitgevoerd, kan een bijbehorende checklist worden uitgedraaid en een digitale rapportage worden opgesteld. Deze rapportage kan door de aanvrager van de audit online worden ingezien. Naast een rapportage is ook een actieplan beschikbaar waarin alle te nemen maatregelen staan vermeld. Dit actieplan kan online door de locatie worden ingevuld zodra een actie is uitgevoerd.

Diverse checklists

- Checklist voor observatie infectiepreventie maatregelen, Hornerheide, word document;
- Verkorte inventarisatie Infectiepreventie, Zuyderland Care, word document;
- Audit infectiepreventie, Pieter van Foreest, Excel vragenlijst;
- Interne audit hygiëne en infectiepreventie, Alliade Zorggroep Afdeling, Excel vragenlijst.

4.2 Voorbeelden van lerende audits

Checklists ZIPnet

ZIPnet is een website over Hygiëne & Infectiepreventie in verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg. ZIPnet bevat protocollen, checklisten en beleid, gebaseerd op de landelijk richtlijnen van de Werkgroep Infectie Preventie. Zie <http://www.publiekzipnet.nl/checklists> voor thema-audits door aandachtsvelders.

De app 'Floor'

De app Floor is ontwikkeld voor verpleegkundigen en verzorgenden. Door middel van foto's en korte omschrijvingen, kunnen zij met Floor situaties vastleggen waarin hygiënisch werken erg goed gaat (compliment uitdelen) of waarin het hygiënisch werken aandacht nodig heeft (aandachtspunten delen). Deze situaties worden in Floor opgeslagen. Daarnaast kan er een medewerker aan gekoppeld worden als situaties vragen om vervolgacties. Er is een button, waarmee de situaties die in Floor zijn vastgelegd, gepresenteerd en besproken worden in een teamoverleg. Ook kunnen zij gedeeld worden met anderen en zo bijvoorbeeld voorgelegd worden aan een DI.

Het gebruik van Floor heeft daarmee een dubbele functie. Het stimuleert een bespreekcultuur waarin collega's elkaar feedback geven op het gebied van hygiënisch werken zodat het lerend vermogen van het team groeit en leidt het tot verbeterpunten ten aanzien van het infectiepreventiebeleid op de afdeling.

De app is ontwikkeld en geoptimaliseerd voor gebruik op tablets (iOS / Android) met de laatste versies van besturingssystemen (iOS 10 en Android 6.0 en 7.0).

Zoek in App Store of Google Play op 'Floor Vilans':

<https://itunes.apple.com/nl/app/floor-app/id1189208306>

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.vilans.floor>

4.3 Beschikbare online systemen

Er zijn verschillende software systemen aan de hand waarvan audits met een mobiel apparaat (smartphone of tablet) kunnen worden uitgevoerd. Aan het gebruik van deze systemen zijn kosten verbonden.

Voorbeelden zijn:

<https://checkbuster.com/nl/>

<https://safetyculture.com/iauditor/>

5 Proces

5.1 Relatie met scholing

Een belangrijk uitgangspunt voor de werkgroep is dat audits nauw samenhangen met scholing. Bij voorkeur wordt een verbinding gemaakt tussen beide activiteiten. Door het uitvoeren van een audit kan onder andere de scholingsbehoefte in een instelling helder gemaakt worden en een verbetertraject gestart worden. Ook kunnen audits binnen een instelling ingezet worden als scholingsmethode.

Een veelgebruikte gestructureerde manier om te verbeteren in de zorg is door gebruik te maken van de PDCA cyclus die de volgende stappen kent: Plan – Do – Check – Act.

- Plan: Het identificeren van problemen en het op basis daarvan formuleren van verbetermaatregelen (nulmeting).
- Do: Het uitvoeren van de verbetermaatregelen.
- Check: Het evalueren van het effect van de verbetermaatregelen (lerende audit).
- Act: Het bijsturen op basis van de resultaten van voorgaande stappen.



Audits en scholing zijn onderdeel van een dergelijke verbetercyclus.

Tallsay .com

5.2 Randvoorwaarden

Om een audit in een verpleeghuis van effect te laten zijn, is *idealerweise* aan een aantal voorwaarden voldaan:

- Er is draagvlak bij het management van de instelling voor de uitvoering van audits en het treffen van verbetermaatregelen.
- Er is een persoon met deskundigheid infectiepreventie beschikbaar, die betrokken wordt bij de uitvoering van audits. Dat is van belang om resultaten te kunnen duiden en interne medewerkers te leren waar zij naar moeten kijken bij een audit.
- Er is een Plan-Do-Check-Act(PDCA)-cyclus (of een ander model over leren en verbeteren) aanwezig binnen de instelling of er is bereidheid om er mee te werken.
- Er is sprake van een heldere rolverdeling binnen de instelling ten aanzien van de uitvoering van audits.

De werkgroep realiseert zich dat mogelijk niet overal wordt voldaan aan de randvoorwaarden om goed te kunnen auditen. Deze randvoorwaarden zijn van belang, maar het niet aanwezig zijn van de randvoorwaarden mag geen beletsel zijn instellingen te motiveren audits uit te voeren. Voor de aanpak van ABR is het van belang dat zo veel mogelijk verpleeghuizen audits uitvoeren, omdat dit de opstap is naar verbetering.

In onderstaande paragrafen worden de vier randvoorwaarden één voor één besproken en adviezen gegeven die kunnen helpen bij het creëren van randvoorwaarden of bij het opstarten van audits als nog niet aan (alle) randvoorwaarden is voldaan.

5.2.1 Draagvlak creëren

Omdat instellingen zelf verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren van audits, is het belangrijk dat zij de meerwaarde daarvan ervaren. Het zorgnetwerk heeft de taak om instellingen te motiveren. Op het kennisplein Zorg voor Beter staan inspirerende praktijkverhalen die ondersteunend kunnen zijn bij het creëren van draagvlak: <https://www.zorgvoorbeter.nl/hygiene/praktijkverhalen>. Voor de motivatie kan het tevens helpen als verpleeghuizen meer inzicht krijgen in hoe zij audits kunnen aanpakken.

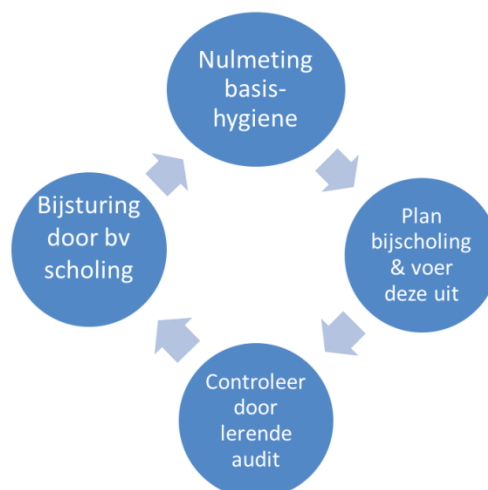
5.2.2 Beschikbaarheid DI

Omdat niet in ieder verpleeghuis een DI beschikbaar is, die bij de uitvoering van audits betrokken kan worden, adviseert de werkgroep de audit uit te laten voeren door de functionaris die hier de meeste kennis over heeft (onder vermelding van functie en kennis/ervaring op gebied van infectiepreventie/ABR). Daarnaast adviseert de werkgroep instellingen om professionals op te laten leiden zodat zij over de vereiste competenties beschikken om audits uit te kunnen voeren. Daarvoor is echter (landelijke) scholing en budget nodig.

5.2.3 Stappen PDCA cyclus

De werkgroep adviseert instellingen de volgende stappen te doorlopen:

1. Voer een nulmeting uit van de basishygiëne (Plan), zoals weergegeven in bijlage 1.
2. Bepaal op basis van de nulmeting de scholingsbehoefte (Plan) en voer deze uit (Do). *Zie hiervoor het format voor het regionaal scholingsplan, opgesteld door de werkgroep.*
3. Controleer aan de hand van lerende audits (Check). Op www.publiekzipnet.nl staan mooie voorbeelden van checklisten die door medewerkers op de werkvloer uitgevoerd kunnen worden.
4. De uitkomsten van stap 3 kunnen aanleiding geven tot bijsturing, bijvoorbeeld door het aanbieden van extra of andere scholing.



Voor de uitvoering van de nulmeting kunnen verschillende systemen gebruikt worden. Deze zijn geïnventariseerd in hoofdstuk 4. Belangrijk is dat instellingen audits uitvoeren. Vanuit die situatie kan toegewerkt worden naar een uniforme manier van auditen in de regio.

De werkgroep adviseert de resultaten van audits intern en waar mogelijk extern met elkaar te delen en te bespreken, maar dit wel op basis van vrijwilligheid te laten plaatsvinden. Resultaten van audits kunnen op verschillende niveaus gedeeld worden.

Het delen van auditresultaten in een lerend netwerk kan verpleeghuizen helpen bij hun interne verbeterproces in een PDCA cyclus. De zorgnetwerken kunnen instellingen motiveren om hun resultaten met anderen te delen, zodat zij met elkaar daarvan kunnen leren.

Zorgnetwerken kunnen er ook voor kiezen om resultaten van audits actief op te halen, bijvoorbeeld door instellingen te vragen dezelfde nulmeting uit te voeren. Resultaten kunnen input vormen voor het regionaal risicoprofiel (zie paragraaf 5.6) en zo mede richting geven aan het beheersmaatregelenplan van het zorgnetwerk. Ook kunnen zorgnetwerken er voor kiezen om op basis van de resultaten een anonieme regionale terugrapportage te geven, zodat spiegelen mogelijk is voor individuele instellingen.

NB Geadviseerd wordt om bij een eventuele vergelijking van resultaten van audits een onderscheid te maken tussen audits uitgevoerd door een DI en audits uitgevoerd door andere functionarissen, dit i.v.m. de vergelijkbaarheid van resultaten.

5.3 Relatie met het regionaal risicoprofiel

Door de landelijke werkgroep 'regionaal risicoprofiel' is een regio overstijgend format opgesteld om risico's op het gebied van ABR te beoordelen en prioriteren. Om de verschillende risico's op het gebied van ABR te kunnen beoordelen is een methodiek opgesteld, dat als uitgangspunt heeft dat het risico op ontstaan en vóórkomen van ABR en/of zorg gerelateerde infecties groter is naarmate een zorginstelling of groep zorginstellingen minder goed voldoet aan een aantal criteria. Deze criteria zijn gerelateerd aan risicofactoren. Voorbeeld: een instelling met een goed functionerende Infectie Preventie Commissie (IPC) zal minder risico lopen op een uitbraak met een BRMO of een verhoogde incidentie van bepaalde typen infecties. In onderstaande tabel zijn de relevante risicofactoren weergegeven. Voor iedere risicofactor kan een risicoscore worden toegekend aan een instellingstype. Op basis van deze ranking kan de urgentie voor activiteiten vanuit het zorgnetwerk worden geprioriteerd op het niveau van instellingstypen.

Risicofactor
Infectiepreventiecommissie
Diagnostiek
Communicatie individuele patiënt
Transmurale werkafspraken
Inzicht in vóórkomen BRMO
Inzicht in vóórkomen zorginfecties
Algemene infectiepreventiemaatregelen
Schoonmaak
Antibioticagebruik en antibiotisch stewardship
Bestuurlijke wil en financiële middelen

De werkgroep audits en scholing heeft gekeken naar de relatie/overlap met het regionaal risicoprofiel. Het risicoprofiel is van een hoger abstractieniveau dan een audit. Audits geven op het niveau van de individuele instelling informatie over de aanwezigheid van risico's en de mate

implementatie van infectiepreventie-maatregelen. Indien instellingen bereid zijn resultaten van audits te delen adviseert de werkgroep deze input te laten vormen voor het regionaal risicoprofiel.

Invulling van het risicoprofiel kan ook per individuele instelling plaatsvinden. Deze keuze is aan het zorgnetwerk.³ Op het digitaal platform <https://zorgnetwerkenabr.nl> zijn voorbeelden van vragenlijsten beschikbaar die door GGD'en worden gebruikt om per instelling in kaart te brengen in hoeverre de infectiepreventie op orde is. Deze vragenlijsten worden per brief toegestuurd aan de instelling. NB Deze voorbeelden omvatten niet alle hierboven genoemde risicofactoren.

³ Uit Regionaal Risicoprofiel Regionale Zorgnetwerken ABR

Bijlage 1: Inhoud van de audit

Tabel 1: Nulmeting basis hygiëne		
Onderwerp	Normen	Toetsing
<p>Algemene voorzorgsmaatregelen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Handhygiëne 2. Persoonlijke hygiëne medewerker 3. Persoonlijke beschermingsmaatregelen 4. Infecties bij medewerkers 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Handhygiëne: <ul style="list-style-type: none"> • Er is een actueel protocol handhygiëne aanwezig dat is afgeleid van de landelijk vastgestelde normen/richtlijnen • Bij de wastafel zijn zeep en papieren handdoekjes aanwezig • Er is handalcohol aanwezig binnen het zorgbereik van cliënten. Het zorgbereik is de plaats waar 3 elementen samenkomen: de cliënt, de zorgverlener en de zorg of behandeling van de cliënt waarbij contact met de cliënt of zijn omgeving plaatsvindt • Handalcohol voldoet aan de norm EN1500 • Optioneel: Er worden periodiek steekproeven genomen (tenminste 1x per 2 jaar) binnen de organisatie m.b.t. handhygiëne compliance. Bv. gegevens verkregen door directe observatie of verbruik gegevens. 2. Persoonlijke hygiëne medewerker <ul style="list-style-type: none"> • Er is een actueel protocol 'Persoonlijke hygiëne medewerker' aanwezig dat is afgeleid van de landelijk vastgestelde normen/richtlijnen. • Er worden periodiek observaties uitgevoerd naar de persoonlijke hygiëne van de medewerker 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Handhygiëne <ul style="list-style-type: none"> • Protocol is aanwezig. Hierin staan beschreven momenten van handhygiëne en juiste techniek • Check aanwezigheid zeep en papieren handdoekjes bij de wastafels • Check aanwezigheid handalcohol (dispenser, flacon, zakflacon) binnen individuele zorgbereik van cliënten en of deze voldoet aan de norm • Er kunnen documenten overlegd worden over steekproeven naar de compliance van handhygiëne. De frequentie is tenminste 2 x per jaar 2. Persoonlijke hygiëne medewerker <ul style="list-style-type: none"> • Protocol is aanwezig. Hierin staat beschreven wat van medewerkers verwacht wordt t.a.v.: hand- en polsrieraden, nagellak en/of kunst-/gelnagels, kleding (incl. aanwezigheid reservekleding), haren, baarden en snorren, braces/ compressiekousen om handen/onderarmen, piercings (nagelpiercing en

	<p>3. Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is een actueel protocol 'Persoonlijke beschermingsmiddelen' aanwezig dat is afgeleid van de landelijk vastgestelde normen/richtlijnen • De persoonlijke beschermingsmiddelen zijn aanwezig en voldoen aan de landelijk vastgestelde normen <p>4. Infecties bij medewerkers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is een actueel protocol Infecties bij medewerkers aanwezig dat is afgeleid van de landelijk vastgestelde normen/richtlijnen 	<p>ontstoken piercing). Tevens staat de juiste hoest- en niestechnieken vermeld.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er kunnen documenten overlegd worden over de metingen naar de compliance van persoonlijke hygiëne medewerker. <p>3. Persoonlijke beschermingsmiddelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocol is aanwezig. Hierin staat beschreven wanneer welke PBM gedragen wordt (mogelijk verspreid over meerdere protocollen) • Check of PBM voldoen aan de normen <p>4. Infecties bij medewerkers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocol is aanwezig. Hierin staat beschreven wanneer een infectie gemeld moet worden, waar te melden en verantwoordelijkheden (werknemer, leidinggevende, Arbocoördinator /Arboarts)
<p>Reiniging en desinfectie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een actueel protocol aanwezig voor schoonmaak van Interieur en verpleegkundigen en medische hulpmiddelen dat is afgeleid van landelijk vastgestelde normen/richtlijnen • Organisatie heeft een lijst met desinfectiemiddelen die effectief werkzaam zijn tegen te verwachten pathogenen • De reinigingsmiddelen en desinfectiemiddelen zijn aanwezig. • Schoonmaak is geborgd <ul style="list-style-type: none"> • Er is een actueel protocol aanwezig over hoe om te gaan met mobiele communicatiemiddelen 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocol is aanwezig. Hierin staat beschreven wat door wie en wanneer (hoe vaak) met welk middel schoongemaakt moet worden • Check lijst met desinfectiemiddelen • Check of reinigings- en desinfectiemiddelen aanwezig zijn • Check hoe schoonmaak is geborgd (bv. middels aftekenlijsten, periodieke controle, steeksproefsgewijze ATP metingen) • Protocol is aanwezig. Hierin staat beschreven hoe om te gaan met mobiele communicatiemiddelen

<p>Urinelozing en stoelgang</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Iedere afgebakende cliëntengroep heeft de beschikking over een po-spoeler of disposable po's/urinalen met vermaalsysteem of voldoet aan de voorwaarden voor gebruik van wegwerpzakken in po's/urinalen • Indien gewerkt wordt met wegwerpzakken in po's/urinalen dan is er een actueel protocol aanwezig voor handmatige schoonmaak van de po/urinaal • Er is een scheiding van schoon en vuil 	<p>algemeen, bij cliënten met aanvullende maatregelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Check of voldaan wordt aan voorwaarden conform WIP-richtlijn: pospoeler aanwezig, vermaalsysteem aanwezig en/of gebruik van wegwerpzak met handmatige schoonmaak • Indien pospoeler: check sticker op pospoeler of deze 1x per jaar onderhouden wordt, of instructie aanwezig is voor bediening en belading en of procedure aanwezig is voor melden van storing • Indien vermaalsysteem: check of instructie en procedure voor melden van storing aanwezig zijn • Indien wegwerpzakken: check of voldaan wordt aan voorwaarden voor gebruik van deze wegwerpzakken en check of document aanwezig is voor handmatige schoonmaak van po/urinaal • Schone en vuile po's/urinalen staan gescheiden opgeslagen.
<p>Opslag</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een actueel document opslag voor de opslag van verpleegkundige- en medische hulpmiddelen/-materialen. • Er is een actueel document voor opslag van linnengoed en incontinentiemateriaal • Bij de opslag is een scheiding in schoon en vuile hulpmiddelen/materialen • Opslag van steriele materialen is gescheiden van niet-steriele materialen d.w.z. dat deze niet door elkaar liggen (mag wel in dezelfde kast maar op andere planken) 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocol is aanwezig. • Protocol is aanwezig. Tevens staat hierin beschreven dat vuile was/incontinentiematerialen direct in de daarvoor bestemde zakken worden gedaan (niet in wastafel of op stoelen) • Check de opslagruimten op scheiding schoon-vuil, scheiding steriel-niet steriel, vervaldata indien van toepassing, wijze van opslag (niet op de vloer), geen elastiekjes om steriele materialen etc.

BRMO	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een actuele procedure aanwezig op het gebied van risico-inventarisatie plaats t.a.v BRMO bij de poort. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedure is aanwezig • Risico-inventarisatie op BRMO, incl. MRSA bij opname van cliënten wordt vastgelegd in cliëntendossier/ECD

Tabel 2: +Modules		
Onderwerp	Normen	Toetsing
BRMO	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een actueel protocol aanwezig met BRMO-infectiepreventiemaatregelen dat is afgeleid van landelijk vastgestelde normen/richtlijnen. • De instelling heeft een procedure voor onverwachte bevindingen. Deze procedure voldoet aan de landelijk vastgestelde richtlijnen • In organisatie is vastgelegd dat uitbraak met BRMO wordt gemeld bij Signaleringsoverleg AMR 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocol is aanwezig • Procedure is aanwezig • Check of in een document is vastgelegd dat uitbraak met BRMO wordt gemeld bij signaleringsoverleg AMR
Uitbraakmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een actueel procedure uitbraakmanagement aanwezig • Bij een uitbraak zijn altijd een deskundige infectiepreventie en/of arts-microbioloog betrokken • De termijn waarbinnen een uitbraak met norovirus onder controle is wordt bijgehouden 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedure is aanwezig • Uit documentatie van een uitbraak blijkt dat altijd een deskundige infectiepreventie en/of arts-microbioloog betrokken is • Check document waaruit blijkt wat de termijn is waarop een uitbraak met norovirus onder controle is gekomen (indien laatste jaar een uitbraak is geweest met norovirus)
Structuur infectiepreventie	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een actieve infectiecommissie aanwezig waarin minimaal een specialist ouderengeneeskunde en een deskundige 	<ul style="list-style-type: none"> • Check of reglement bestaat en agenda en notulen van vergaderingen worden gemaakt, of vergaderfrequentie minimaal 3x per jaar is en een

	<p>infectiepreventie zitting hebben en waarbij een link (gemandateerd) bestaat naar het MT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is een meerjarenbeleidsplan op het gebied van hygiëne en infectiepreventie • Er is een contract met een deskundige infectiepreventie voor structurele werkzaamheden • Er is commitment van de directie voor aansluiting bij het regionale zorgnetwerk • De organisatie beschikt over een interne of externe wondconsulent en over een interne of externe (in)continentie consulent • De cliënttevredenheid m.b.t. hygiëne en infectiepreventie wordt minimaal 1x in de 4 jaar getoetst 	<p>actieve communicatiestructuur van en naar de infectiecommissie bestaat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meerjarenbeleidsplan is aanwezig • Contract is aanwezig • Er is een document waaruit dit blijkt • Er is een document waaruit dit blijkt • Er is een document waaruit dit blijkt
Melding van infectieziekten	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een procedure melding van infectieziekten bij de GGD volgens geldende wet- en regelgeving 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedure is aanwezig
Antibioticabeleid	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een meerjarenbeleidsplan op het gebied van Antimicrobial Stewardship (AMS) • Er zijn actuele antibioticaformularen/-behandelprotocollen, incl. kweekbeleid aanwezig • Er is een A-team aanwezig voor het up-to-date houden van behandelprotocollen en het monitoren van naleving behandelprotocollen 	<ul style="list-style-type: none"> • Meerjarenbeleidsplan is aanwezig • Antibioticaformularen/-behandelprotocollen, incl. kweekbeleid zijn aanwezig • Uit documentatie blijkt dat een A-team actief is voor het up-to-date houden van behandelprotocollen het monitoren van de naleving ervan

Bijlage 2: Samenstelling werkgroep

ABR Zorgnetwerken	
Ine Frenay, Arts-microbioloog	Zorgnetwerk Zuidwest Nederland
Lonneke Bode, Arts-microbioloog	Zorgnetwerk Zuidwest Nederland
Jamie Meekelenkamp, DI	Zorgnetwerk Noord-Brabant
Manon Jansen, DI	Zorgnetwerk LINK
Simone Krooshof, DI	Zorgnetwerk GAIN
Jobje Haaijman, SOG	Zorgnetwerk GAIN
Anke de Herder, DI	Zorgnetwerken Noord Holland en Flevoland
Marischka van der Jagt, DI	Zorgnetwerk Utrecht
Ada Gigengack, DI	Zorgnetwerk Utrecht
Nettie Verduyn, SOG	Zorgnetwerk Holland West
Otti Ziere, DI	Zorgnetwerk Holland West
Jessica Edwards van Muijen, SOG	Zorgnetwerk Holland West / Verenso
Mark Lotgerink, DI	Zorgnetwerk Euregio-Zwolle
Mark Boonstra, Verpleegkundige	Zorgnetwerk Euregio-Zwolle
Paul Caesar, DI	Zorgnetwerk Noord Nederland
Jolanda Wiersinga, DIP	Zorgnetwerk Noord Nederland
NVMM werkgroep	
Andreas Voss, Arts-microbioloog	Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis
Andrea Eikelenboom-Boskamp, DI	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
Marielle van Loosbroek, SOG	ZZG Zorggroep
Peter Molenaar, DI	RIVM
Overige organisaties	
Doortje Boshuizen	Vilans
Charlotte Michels, DI	CareB4
Anja Haenen	RIVM
Paul Bergvoet	RIVM
Else Poot	Verenso
Margreet van der Veer	IGJ
Tineke van Sprundel	Actiz
Els van Oorschot	VHIG
Katinka van Delft	LNAZ
Anja Schreijer	GGD GHOR NL
Chantal Laurent	GGD GHOR NL