

Kwaliteitsrichtlijn voor Infectiepreventie in Ziekenhuizen (KRIZ)

versie 2, vastgesteld door de ALV van resp. de VHIG en NVMM d.d. november 2012

deze richtlijn is tot stand gekomen onder redactie van een landelijke werkgroep samengesteld uit leden van de VHIG / NVMM:

dr. A.G.M. Buiting, arts-microbioloog (St. Elisabeth Ziekenhuis)
Y. van Dijk, deskundige infectiepreventie (Diakonessenhuis Utrecht)
mr. A. Jansma, kwaliteitsmanager (Erasmus MC)
G.J. de Rooter, deskundige infectiepreventie (Groene Hart Ziekenhuis)
dr. E.M. Mascini, arts-microbioloog (Alysis Zorggroep)
H.H.M. Meester, deskundige infectiepreventie (VU medisch centrum)
dr. A. Troelstra, arts-microbioloog (UMC Utrecht)
dr. M.C. Vos, arts-microbioloog (Erasmus MC)
B. van der Zeeuw, senior adviseur PREZIES/CBO (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO)

2^e druk, 2012

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form by any means without the written permission of the publisher.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	3
LEESWIJZER	4
AFKORTINGEN. DEFINITIE EN TERMEN	5
1. VISIE EN MISSIE	8
2. BELEIDSKADER EN DOELSTELLINGEN	9
2.1 Kwaliteitssysteem	9
2.2 Beleidsplanning en -verslaglegging	10
3. DE AFDELING EN HET WERKTERREIN	12
3.1 Het werkterrein	12
3.1.1 surveillance	13
3.1.2 infectiepreventiebeleid	13
3.1.3 outbreakmanagement	14
3.1.4 voorlichting en scholing	14
3.1.5 controle en bewaking	15
3.1.6 advisering / consultering en contacten	15
3.1.7 reiniging, desinfectie en sterilisatie	16
3.1.8 bouw, ver- en nieuwbouw	16
3.1.9 inkooptrajecten	17
3.1.10 water-/luchtbeheersing	17
3.1.11 wetenschappelijk onderzoek	17
3.2 Organisatiestructuur	18
4. PERSONELE BEDRIJFSVOERING	20
4.1 Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden	20
4.2 Personeelsbeleid	21
5. ECONOMISCHE BEDRIJFSVOERING	22
6. HUISVESTING EN VOORZIENINGEN	22
7. ONGANG MET GOEDEREN	23
8. KWALITEITSCONTROLE EN -BEHEER	24
8.1 Documentatie en archivering	24
8.2 Interne en externe kwaliteitsbewaking	25
8.3 Managementreview	26
REFERENTIES	27
KRUISTABELLEN	28
bijlage 1	documentatie t.b.v. systeemaudit
bijlage 2	vragenlijst t.b.v. systeemaudit
bijlage 3	turflijst t.b.v. systeemaudit
bijlage 4	quickscan

VOORWOORD

Kwaliteitszorg is een begrip dat inmiddels gemeengoed geworden is binnen de gezondheidssector. Het kwaliteitsstreven vertaalt zich binnen de diverse gezondheidsinstellingen naar een verbeterde patiëntenzorg, een intensievere betrokkenheid bij (beroeps)opleidingen alsmede de uitvoering van hoogstaand (wetenschappelijk) onderzoek. De maatschappelijke behoefte om deze kwaliteitszorg aantoonbaar en toetsbaar te maken heeft geleid tot een diversiteit aan normen, richtlijnen en interpretatiedocumenten. Geen van deze documenten spitst zich echter afdoende toe op het vakgebied Hygiëne en Infectiepreventie binnen de Gezondheidszorg. De beroepsverenigingen VHIG (Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg) en NVMM (Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie) hebben dan ook besloten een beroepsinhoudelijk interpretatiedocument (richtlijn) op te stellen en door middel van een visitatie te borgen.

De gezamenlijke visitatie-/kwaliteitscommissie ('KRIZ-commissie') is in 2006 ingesteld en heeft conform opdracht een visitatiesysteem opgezet met een zelf ontwikkelde kwaliteitsrichtlijn (Kwaliteitsrichtlijn voor Infectiepreventie in Ziekenhuizen – 'KRIZ') als toetsingskader. In november 2008 werd de eerste versie van zowel de KRIZ als de visitatieprocedure door beide beroepsverenigingen geaccordeerd. Deze tweede versie is in november 2012 geaccordeerd.

Principieel uitgangspunt van de KRIZ is de doelgroep van zowel richtlijn als visitaties: dit zijn organisatie-eenheden Infectiepreventie ('afdelingen Infectiepreventie') van algemene, academische en categorale ziekenhuizen. De KRIZ richt zich daarbij uitdrukkelijk op de kwaliteit van werk van de afdeling Infectiepreventie en niet 'het ziekenhuis als geheel'. Bij een visitatie is de insteek dan ook het beoordelen van het functioneren van de afdeling (het werkkterrein, zie hoofdstuk 3), hoewel er ook gekeken wordt naar de raakvlakken op organisatieniveau (bijv. rol in de Infectiecommissie, contact met de Raad van Bestuur, de rol bij outbreakmanagement). In beginsel kan het voorkomen dat een afdeling Infectiepreventie qua afdelingsbeleid alles op orde heeft voor zover dit tot haar mogelijkheden behoort, maar dat het infectiepreventiebeleid op organisatieniveau falen vertoont. Bij een visitatie zal een dergelijke situatie wel tot een verbeterpunt leiden aangezien het de afdeling Infectiepreventie aangelegen moet zijn ook op organisatieniveau alles op orde te hebben in het kader van infectiepreventie.

Tweede principieel uitgangspunt is dat zowel de richtlijn als de visitaties in gelijke mate worden gedragen en uitgevoerd door de beroepsverenigingen VHIG & NVMM. Deze vormen immers de vertegenwoordiging van de professionals (deskundigen infectiepreventie en artsen-microbioloog) die op het gebied van infectiepreventie werkzaam zijn. Zij concipiëren het infectiepreventiebeleid en de uitvoering hiervan wordt gezamenlijk door deskundigen infectiepreventie en artsen-microbioloog ter hand genomen. Dit houdt o.a. in dat:

1. in de KRIZ-commissie een gelijk aantal geregistreerde deskundigen infectiepreventie als artsen-microbioloog als lid zitting hebben
2. in het visitatieteam van de KRIZ altijd een geregistreerd deskundige infectiepreventie en een arts-microbioloog opgenomen zijn, waarbij het teamleiderschap rouleert
3. tijdens de visitatie en de deskundige(n) infectiepreventie en de arts(en)-microbioloog als auditte wordt bevestigd; de KRIZ hanteert immers als uitgangspunt dat – ongeacht de wijze van organisatie cq. hiërarchie – de deskundige(n) infectiepreventie en arts(en)-microbioloog onlosmakelijk aan elkaar verbonden zijn

Deze versie van de richtlijn is gebaseerd op de ISO 9001 serie alsmede de hiervan afgeleide richtlijn voor de Gezondheidszorg, de NPR-CEN/TS 15224:2005. Deze normen zijn te bestellen bij het Nederlands Normalisatie Instituut te Delft (www.nen.nl). Aanvullend is gebruik gemaakt van de van toepassing zijnde normen uit de ISO 14001, OHSAS 18001 en de NIAZ Kwaliteitsnorm Zorginstellingen. Tot slot is rekening gehouden met van toepassing zijnde wet- en regelgeving, zoals de Kwaliteitswet Zorginstellingen, Wet Publieke Gezondheid, de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP), de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en diverse gedragscodes zoals opgesteld door o.a. de NVZ, NFU en KNAW.

Disclaimer

De redactie is zich bewust dat, ondanks de zorg die is besteed aan de samenstelling van deze richtlijn, de geboden informatie onjuistheden en/of onvolledigheden kan bevatten. Deze richtlijn wordt aangeboden als een service en ontslaat de gebruiker niet van zijn (informatie)plicht om zelf kennis te nemen van de hieraan ten grondslag liggende normen en regels zoals in het voorwoord vermeld. Aan de aangeboden informatie kunnen dan ook op geen enkele wijze rechten worden ontleend en de redactie aanvaardt geen aansprakelijkheid voortvloeiende uit gebruik, onnauwkeurigheid of onvolledigheid van de geboden informatie. De redactie doet een beroep op de gebruikers van deze richtlijn om eventueel commentaar, aanvullingen en suggesties voor verbetering per e-mail te richten aan a.jansma@erasmusmc.nl.

LEESWIJZER

Vanwege de diversiteit aan normen en richtlijnen én om te geraken tot een 'werkbaar' document is afgeweken van gangbare normindelingen zoals die van de ISO en NIAZ. De opstellers van deze kwaliteitsrichtlijn hebben gekozen voor een structuur die de leesbaarheid tracht te vergroten. De gebruiker kan deze indeling tevens aanwenden voor de opzet van het kwaliteitshandboek van de afdeling infectiepreventie, maar hier bestaat geenszins de verplichting toe.

De richtlijn is verdeeld in een introductie en 8 hoofdstukken, onderverdeeld in (sub)paragrafen. De opbouw van iedere paragraaf bestaat uit een *norm* met *aandachtspunten*. Ter verdere informatie is onder de norm en aandachtspunten nog een *toelichting* opgenomen.

- De **norm** is de eis waaraan voldaan moet worden, Deze is steeds expliciet omkaderd.
- De **aandachtspunten** geven aan wat binnen de norm valt en vormen een belangrijke leidraad voor de uitwerking ervan. De aandachtspunten betreffen door de beroepsgroep geformuleerde 'minima' die beschreven dienen te zijn in het kwaliteitssysteem c.q. hetgeen vermeden of waaraan voldaan moet worden teneinde normconformiteit aan te kunnen tonen. Als bijlage 4 van deze richtlijn is een checklist van deze minima opgenomen waarmee een quickscan kan worden gedaan.
- In de **toelichting** staan voorbeelden en suggesties ter ondersteuning bij de interpretatie van de norm. Deze aanbevelingen hoe aan de norm invulling gegeven kan worden vormen géén verplichting en zijn géén uitputtende opsomming. De gebruiker van dit document heeft een **eigen verantwoordelijkheid** om de normen voor diens situatie verder te 'vertalen' en te beslissen in hoeverre iets van toepassing is.

Voor zover van toepassing dient bij elk onderdeel van deze norm het **Plan-Do-Check-Act**-principe (PDCA) te worden betrokken. Kwaliteitsverbetering dient continu aandacht te krijgen via het structureel toepassen van beoordelings- en toetsingscycli. Zo dient bij elk onderdeel van het werkkterrein (hoofdstuk 3.1.1 t/m 3.1.11) de PDCA-cyclus aantoonbaar doorlopen te worden. Dus van formulering van het te voeren beleid (**P**lan) naar implementatie ervan (**D**o) naar evaluatie (**C**heck) en het evt. nemen van verbeteracties (**A**ct).

De doelgroep van deze richtlijn – een organisatie-eenheid, afdeling, dienst, team, unit dan wel andere samenstelling van medewerkers die zich bezig houdt met het vakgebied hygiëne en infectiepreventie (deskundigen infectiepreventie, artsen-microbioloog) – is in de tekst aangeduid met de term '**afdeling**'. Hiertoe behoren ook de direct hieraan verbonden organisatorische ondersteunende medewerkers (bijv. administratief medewerker, kwaliteitsmedewerker, ICT'er). De 'afdeling' kan dus in grootte variëren en zal dikwijls deel uitmaken van een organisatie. Zie voor meer informatie § 4.1.

Met de term '**organisatie**' wordt zowel een zorginstelling bedoeld waarvan de afdeling onderdeel uitmaakt (bijv. een ziekenhuis of academisch medisch centrum) als ook een combinatie van zorginstellingen met verschillende vestigingen (bijv. een conglomeratie van diverse zorginstellingen en/of ziekenhuizen of een regionaal samenwerkingsverband).

AFKORTINGEN. DEFINITIES EN TERMEN

afkortingen

ARBO	Arbeidsomstandigheden
DSMH	Deskundige Steriele Medische Hulpmiddelen
DSRD	Deskundige Scopen Reiniging en Desinfectie
ISO	International Organization for Standardization
KAM	Kwaliteit, Arbo en Milieu
KNAW	Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen
NEN	Nederlandse norm
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OHSAS	Occupational Health and Safety Assessment Series
PDCA	Plan, Do, Check, Act
PREZIES	PREventie ZIEkenhuisinfecties door Surveillance
SFERD	Stuurgroep Flexibele Endoscopen Reiniging en Desinfectie
SLA	Service Level Agreement
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Resultaatgericht, Tijdsgebonden
SOP	Standard Operating Procedure
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
VMS	Veiligheids Management Systeem resp. het VMS Veiligheidsprogramma
WBP	Wet Bescherming Persoonsgegevens
WIP	Werkgroep InfectiePreventie

definities en termen

accreditatie

Procedure waarbij een daartoe bevoegde onafhankelijke instantie (de accrediterende instelling) na een objectieve beoordeling of voldaan is aan de vooraf vastgestelde eisen (conformiteitverklaring t.a.v. de norm), aan een afdeling / organisatie of persoon de formele erkenning verleent dat deze voor een bepaalde periode bevoegd (competent) is bepaalde taken uit te voeren (definitie conform NEN, zie <http://eulab.nen.nl/>).

arbozorg

Het voortdurend zorgen voor zo goed mogelijke arbeidsomstandigheden (veiligheid van werknemers en derden, en de gezondheid en het welzijn van de medewerkers) en minimaal voldoen aan de wettelijke normen van de Arbowetgeving.

audit

Systematische en onafhankelijke toetsing van een kwaliteitssysteem aan vooraf gestelde normen (regels) door het gebruik van kwalitatieve methoden zoals interviews, documentanalyses en observaties om tot een gefundeerde, objectieve beoordeling te kunnen komen. Een *interne* audit wordt uitgevoerd binnen de eigen afdeling door auditoren van de eigen afdeling. Een *externe* audit wordt uitgevoerd door een externe afdeling / organisatie met externe auditoren. Bij een externe audit wordt vaak wel geoordeeld om vast te stellen of voldaan wordt aan de normen waaraan getoetst wordt. Bijvoorbeeld wettelijke normen, normen van de eigen organisatie of normen gesteld door een externe (certificerende of accrediterende) organisatie.

beleid

Het beleid komt voort uit de missie van zowel de afdeling als de organisatie, en leidt samen met de middelen, kennis en vaardigheden tot de doelstellingen (kwaliteits-, arbo-, milieu- en managementdoelstellingen).

bij- en nascholing

Een opleidingsactiviteit, gericht op zowel instandhouding van deskundigheid die tijdens de (beroeps)opleiding is verworven, als op aanvulling, vergroting, verdieping of aanpassing van deskundigheid die voor de feitelijke beroepsuitoefening dan wel de vervulling van daarmee samenhangende functies noodzakelijk is, gelet op relevant te achten maatschappelijke en beroepsinhoudelijke ontwikkelingen.

certificatie

Procedure waarbij een derde onafhankelijke partij (de certificerende instelling), na een objectieve beoordeling of voldaan is aan de vooraf vastgestelde eisen (conformiteitverklaring t.a.v. de norm), schriftelijk kenbaar maakt, dat voor een bepaalde periode een gerechtvaardigd vertrouwen bestaat in een product, proces of dienst die een afdeling / organisatie of persoon levert (definitie conform NEN, zie <http://eulab.nen.nl/>).

doorlooptijd

Tijdsinterval tussen een begin- en tussentijdse of eindsituatie oftewel het tijdsinterval tussen vooraf gedefinieerde grootheden.

eis

Een behoefte of verwachting die kenbaar gemaakt, vanzelfsprekend of dwingend voorgeschreven is.

incidentie

Het aantal nieuwe gevallen (bijvoorbeeld infecties) dat zich gedurende een bepaalde periode in een bepaalde groep personen voordoet, gedeeld door het totale aantal personen waaruit de groep bestaat (definitie volgens PREZIES).

inspectie

Een ambtelijk onderzoek van overheidswege, waarmee gecontroleerd en beoordeeld wordt of de wet- en regelgeving nageleefd worden; hetgeen resulteert in een oordeel goed / fout.

integriteit

De staat van ongeschondenheid, rechtschapenheid, het moreel bewust / verantwoord zijn.

interventie

ingrijpen / tussenkomst in een bepaalde aangelegenheid om een conflictsituatie te beëindigen dan wel te voorkomen

KAM-(zorg)systeem

De organisatorische structuur, de verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van Kwaliteits-, Arbo- en Milieuzorg. Tussen deze drie gebieden bestaat overlap. Indien deze drie gebieden geïntegreerd worden tot één geheel, wordt dit ook wel aangeduid als KAM-systeem, KAM-zorg enz.

kwaliteit

De mate waarin iets, het geheel van eigenschappen en kenmerken, voldoet aan de eisen. Onder geheel van eigenschappen en kenmerken wordt verstaan: onderscheidende karakteristieken van producten of diensten die van belang zijn.

kwaliteitsbeheersing

De operationele technieken en activiteiten die worden toegepast om te zorgen dat aan de eisen wordt voldaan.

kwaliteitsbewaking

Het erop toezien dat het aangegeven kwaliteitsniveau gehaald wordt en behouden blijft, en zorgen voor de nodige correcties bij afwijkingen. De kwaliteitsbewaking wordt door alle medewerkers samen uitgevoerd.

kwaliteitsborging

Het geheel van alle geplande en systematische acties die nodig zijn om in voldoende mate het vertrouwen te geven dat een product of dienst voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen. Door borging wordt voorkomen dat het kwaliteitsniveau terugloopt.

kwaliteitsfunctionaris

Medewerker die door het management verantwoordelijk is gesteld voor het verstrekken van (on)gevraagde informatie en adviezen, aan alle lagen in de organisatie, om zo het kwaliteitssysteem op het gewenste peil te krijgen en te behouden. Vaak draagt hij ook zorg voor het beheer hiervan.

kwaliteitshandboek

Een overkoepelend kwaliteitsdocument waarin (in grote lijnen) het kwaliteitssysteem beschreven is en waaronder alle overige kwaliteitsdocumenten vallen.

kwaliteitszorg

Het onderdeel van de totale managementfunctie dat het kwaliteitsbeleid bepaalt en ten uitvoer brengt, en gericht is op het controleren, beheeren en continue verbeteren van dit totale proces en de daaruit voortvloeiende resultaten. Kwaliteitszorg wordt ook wel Total Quality Management (TQM) genoemd. Controleren → beheersen → verbeteren → innoveren.

managementreview

Het toetsen en formeel evalueren van het beleid door het management of de doelstellingen en plannings daadwerkelijk uitgevoerd zijn. Deze evaluatie leidt tot het formuleren van de doelstellingen voor het komende jaar of de komende jaren. Ook wel directiebeoordeling geheten.

milieuzorg

Het voortdurend aandacht hebben en maatregelen nemen voor de omgeving (het milieu), ter voorkoming van uitputting van grondstoffen, milieuverontreiniging, aantasting van het milieu en het veroorzaken van milieurisico's, en minimaal voldoen aan de wettelijke normen in deze.

norm

Beschrijving waaraan voldaan moet worden.

onderzoek

Het proces van inventariseren, analyseren, beoordelen en rapporteren teneinde een vraag- of doelstelling te beantwoorden. Onderscheid wordt gemaakt in wetenschappelijk en diagnostisch onderzoek.

PDCA-cyclus

Plan-Do-Check-Act-cyclus – een proces van continu verbeteren, ontworpen door W. Edwards Deming; ook wel Plan-Do-Check-Act-cirkel, of Deming-cirkel genoemd.

prevalentie

Het aantal bestaande gevallen (bijvoorbeeld infecties) op een zeker moment in de tijd, in een bepaalde groep personen, gedeeld door het totale aantal personen waaruit de groep op dat tijdstip bestaat (definitie volgens PREZIES).

risico-inventarisatie en evaluatie (RI&E)

Een schriftelijke inventarisatie en evaluatie van de risico's die verbonden zijn met de werkzaamheden binnen de afdeling of de organisatie, waarmee inzicht wordt verkregen in de belangrijkste risico's op het gebied van veiligheid, gezondheid en welzijn en in de maatregelen die genomen moeten worden om deze te voorkomen dan wel minimaliseren (zie ook artikel 5 van de Arbwet).

surveillance

Totaal van activiteiten met als doel optimalisatie van het infectiepreventiebeleid. Onderdelen van surveillance zijn: het ontwikkelen van een plan van aanpak, het verzamelen (het feitelijk registreren) van de gegevens, analyseren en interpreteren van de gegevens en het terugkoppelen naar de betreffende afdelingen en professionals, en tenslotte het zonodig verbeteren van het infectiepreventiebeleid (definitie volgens PREZIES).

validatie

Het leveren van het bewijs waardoor een gerechtvaardigd vertrouwen wordt gegeven dat een procedure, analyse of methode, apparaat, installatie, materiaal, proces, activiteit of systeem werkelijk tot de verwachte resultaten leidt.

visitatie

Toetsing door een commissie binnen een vakgebied door vakgenoten om te komen tot kwaliteitsverbetering. Hierbij wordt gecontroleerd of de eisen die het vakgebied stelt, nageleefd worden

1. VISIE EN MISSIE

norm 1

De afdeling heeft een visie en missie geformuleerd en draagt deze uit.

aandachtspunten

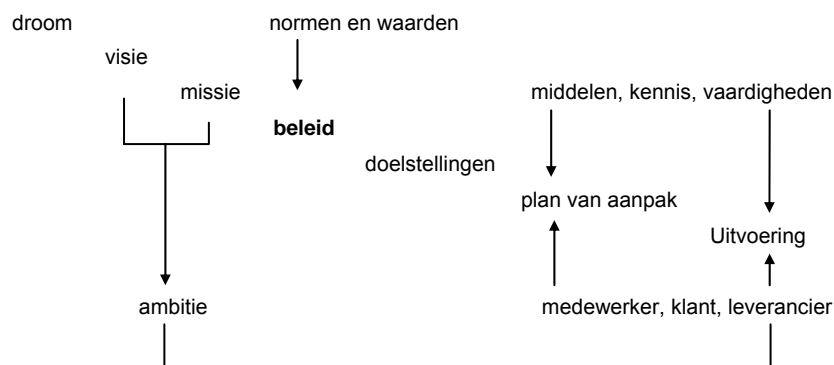
- aantoonbare, vastgelegde visie / missie van zowel afdeling als evt. organisatie
- geen discrepantie tussen visie / missie van afdeling resp. organisatie
- geen verschillende versies aanwezig
- visie / missie worden aantoonbaar uitgedragen

toelichting

Een *visie* vormt de basis van een *missie* en kan omschreven worden als een uitvloeisel van 'realistisch dagdromen'. Een missie definieert de bestaansgrond: waarom doet men wat men doet?

Een missie is waarvoor men staat, een visie is waarvoor men gaat. De missie heeft te maken met waarden en identiteit (wie zijn we, wat zijn onze waarden, hoe willen we met onze klanten en medewerkers omgaan)? Een visie geeft aan hoe men de wereld van morgen wil beïnvloeden om succes te hebben.

Van een visie en missie gaat een inspirerende werking uit; ze vormen het fundament van het beleid (strategie) en doelstellingen die tot realisering van de missie leiden. Schematisch weergegeven:



De visie en missie dienen te zijn vastgelegd, bijv. via een Kwaliteitshandboek en/of beleidsplan.

2. BELEIDSKADER EN DOELSTELLINGEN

2.1 Kwaliteitssysteem

norm 2.1

De afdeling streeft kwaliteit bewust na en legt hier verantwoording voor af aan tevoren geïdentificeerde gremia. De afdeling heeft een kwaliteitssysteem opgezet, gedocumenteerd en geïmplementeerd. Kritische processen en handelingen zijn vastgelegd in dit systeem d.m.v. een kwaliteitshandboek met onderliggende kwaliteitsdocumenten.

De afdeling draagt er zorg voor dat het systeem te allen tijde toegesneden is op de aard en reikwijdte van het werkterrein van de afdeling. Door structureel doorlopen van de PDCA-cyclus wordt het kwaliteitssysteem getoetst en verbeterd. Continue verbetering van de gehele prestatie van de afdeling behoort een permanente doelstelling te zijn.

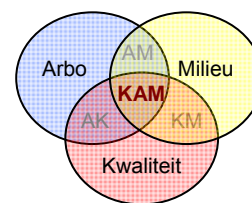
aandachtspunten

- kwaliteitshandboek aanwezig
- kwaliteitshandboek inhoudelijk volledig
- kwaliteitssysteem aanwezig en op (kwaliteits)normen gebaseerd
- reikwijdte (scope) van het kwaliteitssysteem in relatie tot het werkterrein duidelijk
- wederzijdse intentieverklaring eindverantwoordelijke(n) van de afdeling en organisatie
- vastlegging aan welke gremia men op welk niveau verantwoording verschuldigd is

toelichting

Met een beschrijving van de reikwijdte van het kwaliteitssysteem wordt bedoeld dat vastligt voor welke afdeling of voor welk *onderdeel* / welke *processen* van de afdeling het kwaliteitssysteem als zodanig bestemd is (omvat het bijv. alle locaties zoals een verzorgingstehuis). Eventuele uitsluitingen dienen verantwoord te worden – geef dus de redenen aan waarom bepaalde medewerkers uitgesloten zijn van het kwaliteitssysteem. Denk eraan tot uiting te brengen dat kwaliteit *iedereen* aangaat: alle medewerkers zijn betrokken bij het kwaliteitssysteem en ieder heeft een eigen verantwoordelijkheid zich hieraan te conformeren. M.a.w.: het kwaliteitsstreven van de afdeling moet benoemd worden en er moet aangegeven worden hoe dit tot uiting komt. Dit dient te zijn vastgelegd in een *intentieverklaring* (wederzijds, tussen afd. IP en de organisatie).

De afdeling dient het kwaliteitssysteem naar eigen inzichten (behoeften) in te richten. Het is echter raadzaam om Kwaliteits-, Arbo- en Milieuzorg in één kwaliteitssysteem te verwerken (een zgn. “KAM-zorgsysteem” of kortweg “KAM-systeem”) aangezien deze gebieden elkaar overlappen. Door te kiezen voor één systeem worden processen maar eenmaal beschreven en worden onnodige doublures en tegenstrijdigheden voorkomen. Om diezelfde reden verdient een geïntegreerd Kwaliteitshandboek de voorkeur boven diverse ‘sub-handboeken’.



Een goed kwaliteitshandboek is een geconsolideerde schriftelijke weergave van het kwaliteitssysteem, en dient inzicht te geven in de afdeling in relatie tot kwaliteit in de breedste zin van het woord. Neem aan het begin van het kwaliteitshandboek een *leeswijzer* op. Een leeswijzer geeft inzicht in de opbouw van een document (in dit geval het kwaliteitshandboek) en bevat aanwijzingen hoe bepaalde inhoudelijke elementen zich tot elkaar verhouden.

Neem tevens een *intentieverklaring* op in het kwaliteitshandboek. In een *intentieverklaring* brengt de eindverantwoordelijke van de afdeling tezamen met de directie van de organisatie tot uiting dat eenieder gehouden is de afspraken na te leven die genomen zijn of voortvloeien uit de inhoud van het kwaliteitssysteem (ook wel ‘directieverklaring’ geheten). De organisatie geeft hiermee aan dit kwaliteitssysteem te erkennen en te ondersteunen.

Besteed in het kwaliteitshandboek aandacht aan beleid & doelstellingen, organisatiestructuur en werkterrein, personele & economische bedrijfsvoering, huisvesting & voorzieningen, omgang met goederen, en controle en beheer op het gebied van kwaliteit. Voeg een verklarende lijst van gebruikte afkortingen, termen en definities toe. Treed niet teveel in detail: daarvoor dienen de aan het Kwaliteitshandboek verbonden onderliggende kwaliteitsdocumenten, zoals beleidsstukken (jaarplan, jaarverslag, managementreview), werkvoorschriften (Standard Operating Procedure (SOP) / protocol / werkinstructie / werkwijze), en diverse registraties (o.a. klachtenregistratie, dienstrooster, notulen, competentieregistratie).

Op de inrichting en het onderhouden van het kwaliteitssysteem wordt onder hoofdstuk 8 dieper ingegaan.

2.2 Beleidsplanning en -verslaglegging

norm 2.2

In het kwaliteitssysteem van de afdeling zijn het beleid en de daarmee samenhangende doelstellingen gedocumenteerd. Dit beleid wordt geformuleerd en uitgedragen door het management van de afdeling die de noodzakelijke ondersteuning en middelen garandeert om het beleid ten uitvoer te kunnen brengen. Binnen het kwaliteitssysteem is vastgelegd wie verantwoordelijk is voor welk (onderdeel van) het beleidsproces.

Het management van de afdeling draagt zorg voor de evaluatie van de activiteiten, beleidsplanningen en doelstellingen in het kader van het kwaliteitssysteem, aan de hand van periodieke toetsing en verslaglegging. De resultaten worden gedocumenteerd en gecommuniceerd door het management van de afdeling aan tevoren geïdentificeerde belanghebbenden.

De afdeling conformeert zich aan de van toepassing zijnde wet- en regelgeving, richtlijnen en gedragscodes.

aandachtspunten

- beleidsplan aanwezig (beleid op langere termijn, meerjarenbeleid)
- jaarplan aanwezig (beleid op kortere termijn) en gecommuniceerd naar alle belanghebbenden
- duidelijke jaar- resp. strategische doelstellingen, voor zover mogelijk SMART-geformuleerd
- jaarplan aantoonbaar te correleren met meerjarenbeleid
- voortgang van doelstellingen is aantoonbaar gemonitord en geregistreerd
- evaluatie van het gevoerde beleid en de output van de afdeling: vergelijking planning met behaalde resultaten en trekken van conclusies (managementreview, zie ook § 8.3)
- jaarverslag aanwezig en gecommuniceerd naar alle belanghebbenden
- grondslag en focus van het gevoerde beleid is transparant (gericht op de patiënt / medewerker / maatschappij; rol van de afdeling op lokaal, regionaal en (inter)nationaal niveau)
- vastlegging verantwoordelijkheden m.b.t. de beleidscyclus (totstandkoming, communicatie, implementatie)
- relatie met beleid op organisatieniveau is transparant en de beleidsstromen haken op elkaar in (beleid door bijv. Infectiecommissie, Raad van Bestuur)
- veiligheidsbeleid aanwezig
- privacybeleid / integriteitsbeleid aanwezig
- communicatiebeleid van de afdeling

toelichting

Besteed aandacht aan het beleid van de afdeling, waarbij rekening is gehouden met zowel het beleid van de organisatie waar men deel van uitmaakt, als met het overheidsbeleid (o.a. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van VWS). Maak de relatie hiertussen duidelijk.

Geef aan hoe het beleid tot stand komt en hoe dit wordt gecommuniceerd (moet immers naar alle belanghebbenden).

In het beleid dienen zowel management-, kwaliteits-, arbo- als milieuaspecten betrokken te worden: een 'kwaliteitsbeleid' maakt immers integraal onderdeel uit van het gehele afdelingbeleid en is hier niet van te scheiden. Denk in het kader van beleid o.a. aan het voortbestaan, innovatie, toekomstvisie, missie, maatschappelijke verantwoordelijkheid, commitment van het management en focus op de klant (patiënt / medewerker / maatschappij) en diens behoeften.

Houd rekening met van toepassing zijnde nationale en internationale wet- en regelgeving, maar ook regionale afspraken (vergunningen, gemeentelijke verordeningen) en lokale regels (te denken valt aan regels die de organisatie zelf heeft opgesteld).

Houd rekening met het *veiligheidsbeleid*. Dit beleid kan gericht zijn op bescherming van de patiënt, medewerker, omgeving & maatschappij. Schenk aandacht aan regelingen m.b.t. veilig werken, het gebruik en de terbeschikkingstelling van persoonlijke beschermingsmiddelen, een eventueel vaccinatiebeleid en een nood- en calamiteitenplan. Betrek hierbij indien van toepassing risicomangement.

Houd rekening met het *integriteitsbeleid*. Een goed integriteitsbeleid is erop gericht de afdeling dusdanig transparant te organiseren dat de onafhankelijkheid behouden blijft, belangenverstremming is vermeden en eventuele nevenactiviteiten worden geregistreerd. Daarnaast is de privacy van betrokkenen (patiënt, medewerker én derden) gegarandeerd en is de medewerker zich bewust van het ethisch kader waarin men werkzaam is (beroepscode). Houd rekening met omgangsvormen, zoals de bejegening tussen medewerker en patiënt, en tussen medewerkers onderling. Geef aan hoe de afdeling omgaat met ongewenst gedrag / ongewenste intimiteiten en met vermeend (medisch-wetenschappelijk) wangedrag (hoe beschermt men eventuele 'klokkeluiders' en hoe en waar kan wangedrag worden gemeld).

Houd rekening met het *communicatiebeleid*. Dit beleid kan deels organisatiebreed zijn vastgelegd, maar een afdeling dient (voor zover nodig) zelf (aanvullend) beleid te formuleren (intern, werkvloerniveau) hoe om te gaan met communicatie en vrijgifte van informatie en hoe de verschillende communicatiedoelgroepen te benaderen.

Medewerkers en andere belanghebbenden dienen adequaat en structureel voorgelicht te worden omtrent het gevoerde beleid en de daaraan ten grondslag liggende (wettelijke) regelingen.

Besteed in het jaarverslag aandacht aan de behaalde resultaten in relatie tot de doelstellingen zoals opgenomen in het jaarplan. Betrek in het jaarverslag alle relevante processen, dus zowel op het gebied van het werkterrein zelf (zie § 3.1) als kwaliteit, arbo en milieu maar ook op het gebied van personele en economische bedrijfsvoering. Trek, door de planning naast de resultaten te leggen en deze te evalueren, conclusies en leg deze schriftelijk vast (het zgn. managementreview, zie § 8.3).

3. DE AFDELING EN HET WERKTERREIN

3.1 Het werkterrein

norm 3.1

De afdeling voert haar werkzaamheden binnen de relevante kaders resp. professionele standaarden uit. Het werkterrein en de daaraan gerelateerde werkzaamheden van de afdeling zijn vastgelegd en afgebakend. Uit de beschrijving van de werkzaamheden blijkt o.a. de expertise van de afdeling en hoe daaraan invulling wordt gegeven.

aandachtspunten

- het werkterrein is vastgelegd
- het werkterrein is duidelijk voor de klant
- prioritering in de werkzaamheden
- werkzaamheden zijn vastgelegd middels werkvoorschriften (SOP's, zie ook § 8.1)
- afbakening t.o.v. Arbo, Technische Dienst / Facilitair Bedrijf, DSMH, DSRD etc. (schriftelijk vastgelegd)
- nevenwerkzaamheden (bijv. DSMH-/DSRD-/Arbo-taken) gaan niet ten koste van het primaire werkterrein

toelichting

Beschrijf het werkterrein en de werkzaamheden in algemene bewoordingen. Zorg dat duidelijk is vanuit / binnen welk kader de afdeling haar werkzaamheden verricht (o.a. Kwaliteitswet Zorginstellingen, WIP, VHIG-beroepsbeeld van de deskundige infectiepreventie¹, beroepsprofiel van de arts-microbioloog door de NVMM², EU aanbeveling 10120/09³, overige beroepsnormen / gedragscodes en best practices, zie aan het eind van deze richtlijn onder 'referenties'.

Besteed aandacht aan de afbakening van het werkterrein: wat behoort wel en niet tot de (primaire) taken van de afdeling en hoe is dit geborgd. Zorg ervoor dat de afbakening van het werkterrein van de afdeling t.o.v. handelingen door andere partijen (bijv. Arbo, Technische Dienst) schriftelijk is vastgelegd, bijv. middels een Service Level Agreement (SLA), samenwerkingsovereenkomst of andersoortig wederzijds contract.

Verschaft inzicht in de verdeling van de werkzaamheden. Waarin wordt bijv. de meeste tijd geïnvesteerd en aan de hand van welke criteria vindt prioriteitenstelling plaats. Besteed aandacht aan eventuele doorlooptijden van de werkzaamheden.

- ➔ In het navolgende (3.1.1 t/m 3.1.11) volgt een weergave van diverse werkzaamheden met bijbehorende normen en aandachtspunten. Deze opsomming is niet limitatief en getuigt evenmin van enige prioritering.

¹ [VHIG Beroepsbeeld 2002](#), opgesteld door de Commissie Beleid & Kwaliteit d.d. 29 november 2001

² [Beroepsprofiel arts-microbioloog](#) (NVMM, uitgave oktober 2008)

³ aanbeveling Raad van de Europese Unie: "[betreffende patiëntveiligheid, met inbegrip van de preventie en bestrijding van zorginfecties](#)" (d.d. 5 juni 2009, 10120/09)

3.1.1 surveillance

norm 3.1.1

De afdeling voert surveillances uit volgens vaste procedure(s) en initieert waar nodig verbeteracties (PDCA-cyclus).

aandachtspunten

- beschrijving / definiëring soorten surveillances en surveillancecyclus; vastleggen hoe interventies plaatsvinden
- werkvoorschrift / SOP hoe surveillance wordt verricht (o.a. hoe, wie, wat, waarmee, frequentie)
- werkvoorschrift / SOP hoe infectieregistratie wordt verricht (o.a. hoe, wie, wat, waarmee, frequentie)
- vastlegging rol t.a.v. prestatie-indicatoren
- aantoonbare terugrapportage / vertaling naar verbeteracties (PDCA)
- borging toegang tot de noodzakelijke ZIS- / LIMS-systemen
- evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)

toelichting

Beschrijf welke soorten surveillances worden uitgevoerd en met welk oogmerk (bijv. prevalentie, incidentie, specifieke infecties). Wanneer ga je over tot surveillance n.a.v. een alert? Op welke wijze wordt er geïntervenieerd? Geef aan op basis waarvan wordt gekozen voor een bepaalde surveillance (motivering?). Leg vast hoe de surveillancewerkzaamheden resp. infectieregistraties zijn ingericht (werkvoorschrift / SOP). Maak duidelijk wat de rol van de afdeling is in het kader van evt. prestatie-indicatoren. Leg vast hoe (terug)rapportage in zijn werk gaat – zowel intern als extern. Zorg dat de afdeling (continu dan wel vaak genoeg) ongehinderd toegang heeft tot alle noodzakelijke up to date informatie (bijv. via ziekenhuis- en/of laboratoriuminformatiesysteem).

3.1.2 infectiepreventiebeleid

norm 3.1.2

De afdeling draagt zorg voor integratie van infectiepreventieregels binnen de organisatie. De afdeling formuleert en distribueert daartoe het infectiepreventiebeleid binnen de organisatie conform vaste procedure en met in acht name van de eraan ten grondslag liggende wet- en regelgeving, veldnormen resp. evidence-based richtlijnen (o.a. WIP-richtlijnen). De afdeling draagt de professionele eindverantwoordelijkheid voor het 'state of the art' houden van het infectiepreventiebeleid.

aandachtspunten

- vastlegging van de rol van de afdeling op het gebied van infectiepreventiebeleid (organogram)
- vastlegging hoe infectiepreventiebeleid tot stand komt (werkvoorschrift / SOP)
- vastlegging hoe implementatie van infectiepreventiebeleid gemonitord / geëvalueerd wordt (werkvoorschrift / SOP)
- vastlegging hoe beheer en publicatie/communicatie van infectiepreventiebeleid geregeld is (werkvoorschrift / SOP)
- afwijking van de professionele standaard (o.a. WIP) is bewust en wordt transparant vastgelegd
- evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)

toelichting

→ **LET OP:** het betreft hier het maken van infectiepreventierichtlijnen ('infectiepreventiebeleid') voor de organisatie als onderdeel van het professionele werkterrein / de dienstverlening van de afdeling. Zie voor het kwaliteitssysteem met interne werkvoorschriften van de afdeling en de wijze van beheer van documenten § 8.1.

De rol van de afdeling bij het maken en up to date houden van organisatiebreed infectiepreventiebeleid ('ziekenhuisrichtlijnen') ligt vast, o.a. de relatie met (inter)nationale wet-/regelgever, Infectiecommissie, Raad van Bestuur, medische staf etc. De afdeling dient zich pro-actief op te stellen in haar rol als beleidsmaker: men dient de recente ontwikkelingen op infectiepreventiegebied op de voet te volgen en hierop te anticiperen, en kan dus niet volstaan met het functioneren als 'doorgeefluik' van de WIP.

Hoe het infectiepreventiebeleid binnen de organisatie tot stand komt is vastgelegd (werkvoorschrift / SOP). Hierdoor is de 'routing' en het proces van totstandkoming duidelijk. Maak evt. gebruik van een flowchart. Leg het proces vast van begin tot eind, dus van opstellen tot accorderen / distributie. Wie doet wat op basis waarvan en in welke hoedanigheid (taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden). Geef aan hoe de implementatie van het infectiepreventiebeleid gemonitord / geëvalueerd wordt en hoe eventuele wijzigingen worden doorgevoerd.

Leg het beheer van het infectiepreventiebeleid vast (versiebeheer, documentbeheersysteem, mogelijkheid tot plaatsen van opmerkingen, geldigheidstermijn). Leg tevens vast hoe het infectiepreventiebeleid gepubliceerd / gecommuniceerd wordt binnen de organisatie (analoog/digitaal, mondeling, website, middels klinische lessen etc.).

Toon aan in hoeverre sprake is van integratie van (inter)nationale richtlijnen. Is de WIP bijv. 100% overgenomen of zijn er kritische verschillen? Indien er sprake is van kritische verschillen, zorg dat deze verschillen beargumenteerd zijn en transparant vastgelegd (de herleidbaarheid moet geborgd zijn voor zowel afdeling als de 'klant').

3.1.3 outbreakmanagement

norm 3.1.3

De afdeling managet (potentiële) uitbraaksituaties en/of andere calamiteiten conform vastgestelde procedure, waarbij taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden transparant en eenduidig zijn vastgelegd; de afdeling conformeert zich aan de Wet Publieke Gezondheid.

aandachtspunten

- vastlegging van de rol van de afdeling op het gebied van outbreakmanagement
- vastlegging van de rol van de afdeling bij een ramp of calamiteit
- vastlegging hoe outbreakmanagement in zijn werking gaat (werkvoorschrift / SOP)
- evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)
- vastleggen hoe uitbraken in- en extern gemeld worden, op welk moment, door wie en aan wie (bijv. GGD)

toelichting

Hoe outbreakmanagement is geregeld binnen de afdeling en organisatie als geheel en vastgelegd. Enerzijds via organisatiebrede regels maar ook intern op de afdeling zelf, dus de eigen werkinstructies. De afdeling conformeert zich aan hetgeen geëist wordt binnen de Wet Publieke Gezondheid (o.a. bijv. omtrent meldingsplichtige infectieziekten).

De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de afdeling / individuele medewerkers bij een uitbraak liggen vast, zowel naar de organisatie toe als intern binnen de afdeling zelf. De vormen van samenwerking zijn geformaliseerd (bijv. het opzetten van een Outbreak Management Team). Naast reguliere uitbraaksituaties is vastgelegd wat de rol van de afdeling is bij een ramp of andere grootschalige calamiteit (taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden).

3.1.4 voorlichting en scholing

norm 3.1.4

De afdeling heeft een scholingsbeleid geformuleerd en draagt haar kennis omtrent infectiepreventie waar aangewezen of noodzakelijk over middels een gepast medium.

aandachtspunten

- doelgroepen van scholing zijn gedefinieerd
- voorlichtings-/scholingsmateriaal voorhanden / up to date
- evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)

toelichting

Geef aan welke vormen van voorlichting en scholing (cursussen, vaardigheidslessen, voorlichtingsmateriaal) de afdeling ontplooit. Leg vast wat het oogmerk en de frequentie is van de voorlichting / scholing, wat het 'medium' is (folder / flyer, stand, syllabus, E-learning, klinische les, stagebegeleiding?) en zorg ervoor dat e.e.a. didactisch goed opgesteld is.

De afdeling dient zich ervan te vergewissen dat scholing doeltreffend is en de juiste doelgroep bereikt (patiënt, zogmedewerker, stagiair, maatschappij, student?). Voor zover aangewezen dienen vormen van scholing (bijv. presentaties, opleidingsmodules) 'beheerd' en periodiek geëvalueerd / bijgesteld te worden waar nodig.

Registreer en evalueer de scholingsoutput waar nodig (bijv. wie scholing ontvangt, opkomstpercentages, waardering door participanten, verbeteringsacties) om te toetsen of de scholing het gewenste rendement heeft en de scholing bijv. nog de gewenste actualiteit heeft.

3.1.5 controle en bewaking

norm 3.1.5

De afdeling controleert periodiek de mate van implementatie en effectiviteit van het gehanteerde infectiepreventiebeleid (o.a. via infectiepreventie audits, gerichte interventies, participatie in verbeterprojecten en het uitrollen van beheersplannen) en initieert / toetst verbeteracties waar aangewezen.

aandachtspunten

- werkvoorschrift (SOP) infectiepreventie-audits (planning tot uitvoering verbeterplan)
- vastlegging van de rol van de afdeling terzake controle en bewaking (bijv. status van een audit)
- vastlegging van de rol van de afdeling bij verbeterprojecten / interventies
- evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)
- vastlegging wijze van terugkoppeling

toelichting

Geef aan hoe de controle en bewaking op het gebied van infectiepreventie wordt geïnitieerd en wanneer wordt overgegaan tot interventie. Hoe toetst men of de werkzaamheden van de afdeling het juiste effect hebben (bijv. implementatie van het infectiepreventiebeleid en adviezen / consulten door de afdeling, resultaten van klinische lessen / onderwijsactiviteiten door de afdeling)?

Leg terzake infectiepreventie-audits het volgende vast: auditplanning (met evt. prioritering - bijv. risico-afdelingen), frequentie van audits, status is van een audit, al dan niet gebruik van een vast verslagformat, waar wordt precies aan getoetst (norm?), wat wordt met de output gedaan, hoe is een follow-up geregeld, wat is de rol van de afdeling bij verbeterpunten.

Definieer wat de rol is van de afdeling bij diverse verbeterprojecten (bijv. VMS) en wat de opzet is (wat is het doel, wie is opdrachtgever, hoe vindt uitvoering plaats, wie is daar op welke niveaus bij betrokken, wat gebeurt er met de resultaten).

Leg vast hoe de terugkoppeling van bevindingen is geregeld (bijv. verslaglegging en communicatie hiervan). Wat is de rol van de afdeling bij het formuleren van verbeteracties (adviserend, coördinerend, verantwoordelijkheid?) en geef aan hoe verbeteracties tot stand komen (wijze van formulering, communicatie en controle op de doorvoering).

Evalueer periodiek wat het rendement is van verbeteringstrajecten / interventies en of sprake is van bepaalde 'trends'.

3.1.6 advisering / consultering en contacten

norm 3.1.6

De afdeling geeft gevraagd en ongevraagd advies op het gebied van infectiepreventie en onderbouwt dit waar mogelijk met argumenten. De afdeling legt adviezen / consulten die buiten het geaccordeerde infectiepreventiebeleid om gaan of dit ontstijgen schriftelijk vast. De terugvindbaarheid van adviezen / consulten is aantoonbaar geborgd.

aandachtspunten

- werkvoorschrift / SOP over advisering / consultering (van aanvraag tot communicatie / beheer van de informatie)
- vastlegging van de rol van de afdeling terzake advisering / consultering (o.a. status van een advies/consult)
- vastlegging definitie, geldigheidstermijn, status, vorm en wijze van rapportage van een advies / consult
- vastlegging van de diverse contacten van de afdeling en wijze van contact (o.a. wie, wijze, frequentie, status)
- evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)
- borging qua herleidbaarheid (wanneer is door wie welk advies gegeven en aan wie)

toelichting

De afdeling heeft afspraken gemaakt over de wijze van informatieverstrekking (mondeling of schriftelijk, door wie aan wie – o.a. afdeling → klant en klant → afdeling). De afdeling heeft beleid geformuleerd omtrent het gevraagd dan wel ongevraagd een advies / consult verstrekken met aandacht voor de afbakening van de adviserende / consultatieve taken – zowel qua tijd als (vak)inhoudelijk.

De status van een advies / consult is duidelijk (dwingend, vrijblijvend, reikwijdte) evenals de houdbaarheid ervan (bijv. via een disclaimer omtrent de houdbaarheid ervan). Een advies is inhoudelijk beargumenteerd (bijv. met verwijzingen naar onderliggende literatuur of de eraan ten grondslag liggende WIP-richtlijn).

De afdeling is op de hoogte van de protocollaire verwerking van een advies op een ziekenhuisafdeling (verpleegafdeling, OK etc.). De inhoud van een advies is 'onwijzigbaar' voor de klant (bijv. PDF i.p.v. Word). Adviezen / consulten worden beheerd met aandacht voor versiebeheer, herleidbaarheid / terugvindbaarheid (bijv. via een database) en uniformiteit. Er zijn waarborgen gecreëerd om te voorkomen dat tegenstrijdige adviezen / consulten worden afgegeven. Het dient altijd herleidbaar te zijn voor wie het advies bestemd is geweest en waar een advies 'terecht' is gekomen. Er zijn regelingen getroffen terzake de overdracht, invoering en evaluatie van adviezen / consulten.

De afdeling heeft overzicht met welke partijen stelselmatig contact onderhouden wordt en met welk oogmerk (bijv. risicoafdelingen zoals IC's / SEH / OK's, maar ook laboratoria, verpleegafdelingen, DSMH, Arbodienst, Facilitair Bedrijf, Huisvesting (zie ook 3.1.7 t/m 3.1.10)). De diverse contacten worden onderhouden, waarbij aandacht is voor o.a. de instelling van contactenpersonen, de initiëring van het contact (door de klant of door de afdeling) en de frequentie en wijze van contact.

3.1.7 reiniging, desinfectie en sterilisatie

norm 3.1.7

De afdeling is voor zover van toepassing verantwoordelijk en/of betrokken bij het reinigings-, desinfectie- en sterilisatiebeleid van de organisatie en voert haar taken conform afspraak uit.

aandachtspunten

- vastlegging definities van reiniging, desinfectie en sterilisatie vanuit infectiepreventie oogpunt
- vastlegging van de rol van de afdeling terzake o.a. het desinfectiebeleid, scopenbeheersplan
- vastlegging van de contacten van de afdeling in dit kader en wijze van contact (o.a. wie, wijze, frequentie, status)
- evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)

toelichting

De afdeling is betrokken bij het opstellen van het desinfectiebeleid en scopenbeheersplan (bijv. via de Stuurgroep Flexibele Endoscopen Reiniging en Desinfectie – SFERD). De verantwoordelijkheden van de afdeling en samenwerking met eventuele andere diensten of functies (bijv. CSA, DSHM, DSRD) binnen de organisatie zijn vastgelegd en de informatie-uitwisseling onderling is geborgd.

3.1.8 bouw, ver- en nieuwbouw

norm 3.1.8

De afdeling is inzake infectiepreventie betrokken bij bouw, ver- en nieuwbouw binnen de organisatie en voert haar taken conform afspraak uit.

aandachtspunten

- vastlegging van de rol van de afdeling terzake het bouwbeleid (afschotten, constructie-eisen, inrichtingseisen)
- vastlegging van de contacten van de afdeling in dit kader en wijze van contact (o.a. wie, wijze, frequentie, status)
- opstellen van pakket van eisen terzake bouwkundige en/of inrichtings-aspecten
- evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)

toelichting

De afdeling is betrokken bij het opstellen van het bouwbeleid vanuit het oogpunt van infectiepreventie (bijv. regels omtrent stofreductie / afschotten, constructie-eisen en inrichtingseisen). Voor zover relevant voorziet de afdeling tevoren in een pakket van eisen voor specifieke ruimten / omgevingen. De verantwoordelijkheden van de afdeling (adviserende, controlerende rol?) en samenwerking met eventuele andere diensten binnen de organisatie (bijv. Technische Dienst, Huisvesting) zijn vastgelegd en de informatie-uitwisseling onderling is geborgd.

3.1.9 inkooptrajecten

norm 3.1.9

De afdeling is inzake infectiepreventie betrokken bij inkooptrajecten binnen de organisatie en voert haar taken conform afspraak uit.

aandachtspunten

- vastlegging van de rol van de afdeling terzake het inkoopbeleid
- vastlegging van de contacten van de afdeling in dit kader en wijze van contact (o.a. wie, wijze, frequentie, status)
- opstellen van pakket van eisen terzake inkooptrajecten
- evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)

toelichting

De afdeling is betrokken bij het opstellen van het inkoopbeleid vanuit het oogpunt van infectiepreventie (bijv. regels omtrent ge-/verbruik, type materialen i.v.m. schoonmaakmogelijkheden). Voor zover relevant voorziet de afdeling tevoren in een pakket van eisen bij specifieke inkooptrajecten. De verantwoordelijkheden van de afdeling (adviserende, controlerende rol?) en samenwerking met evt. andere diensten binnen de organisatie zijn vastgelegd en de informatie-uitwisseling onderling is geborgd.

3.1.10 water-/luchtbeheersing

norm 3.1.10

De afdeling is inzake infectiepreventie betrokken bij het water- en luchtbeheerbeleid van de organisatie en voert haar taken conform afspraak uit.

aandachtspunten

- vastlegging definities van vanuit infectiepreventie oogpunt terzake Legionella-/waterbeheersing en luchtbeheersing
- vastlegging van de rol van de afdeling terzake o.a. het Legionella- en luchtbeheersplan
- vastlegging van de contacten van de afdeling in dit kader en wijze van contact (o.a. wie, wijze, frequentie, status)
- evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)

toelichting

De afdeling is betrokken bij het opstellen van het water- en luchtbeheerbeleid vanuit het oogpunt van infectiepreventie (bijv. regels omtrent Legionellabestrijding, luchtbeheersing). Voor zover relevant voorziet de afdeling tevoren in een pakket van eisen. De verantwoordelijkheden van de afdeling (adviserende, controlerende rol?) en samenwerking met eventuele andere diensten binnen de organisatie zijn vastgelegd en de informatie-uitwisseling onderling is geborgd.

3.1.11 wetenschappelijk onderzoek

norm 3.1.11

Voor zover de afdeling betrokken is bij wetenschappelijk onderzoek voert deze haar taken conform afspraak uit en houdt zich aan de van toepassing zijnde wet- en regelgeving.

aandachtspunten

- vastlegging van de visie op wetenschappelijk onderzoek in relatie tot het vakgebied en rol van de afdeling (beleid)
- vastlegging van de contacten van de afdeling in dit kader en wijze van contact (o.a. wie, wijze, frequentie, status)
- evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)
- het bewaren van data is geprotocolleerd en voldoet aan de toepasselijke wet- en regelgeving

toelichting

Voor zover een afdeling participeert in wetenschappelijk onderzoek is men gehouden zich te conformeren aan de van toepassing zijnde wet- en regelgeving (o.a. Wet Bescherming Persoonsgegevens, regels omtrent nader gebruik van lichaamsmateriaal / 'informed consent', regels omtrent het opslaan van data / persoonsgegevens) en de regels en het integriteitsbeleid zoals geformuleerd door de organisatie (o.a. Medisch Ethische ToetsingsCommissie (METC) en evt. Research Code). De afdeling heeft vastgelegd wie de opdrachtgever is en in welk kader het onderzoek wordt uitgevoerd (materialen, oogmerk, microbiologisch of klinisch onderzoek?) en hoe en op welk niveau er met gegevensverschaffing wordt omgegaan (bijv. aan onderzoeksinstituten of via publicaties).

3.2 Organisatiestructuur

norm 3.2

De organisatiestructuur van de afdeling t.o.v. de organisatie en derden ('**extern**') is beschreven (positie van de afdeling als geheel). De hiërarchische dan wel functionele (vakinhoudelijke / operationele) relaties tussen de afdeling, de klant, organisatie en eventueel derden zijn vastgelegd. Van aangegane samenwerkingsverbanden is aantoonbaar wat de onderlinge verhoudingen en afspraken zijn. De participatie in commissies / overlegvormen is vastgelegd zodat er inzicht is in de wijze waarop met wie overleg wordt gevoerd in het kader van de beroepsuitoefening. De relatie met het laboratorium en de toegang tot / beschikking over de voor de afdeling noodzakelijke laboratorium-/diagnostiekgegevens is aantoonbaar geborgd.

aandachtspunten

- transparantie qua positie van de afdeling binnen de organisatie (organogram, '**extern**')
- transparantie qua positie van de afdeling t.o.v. andere instellingen / derden (samenwerking, SLA)
- borging van de bereikbaarheid van de afdeling voor externen / klanten
- beschrijving van de participatie in commissies / overlegvormen
- beschrijving taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de afdeling in relatie tot de organisatie / andere instellingen / derden (o.a. eenduidige vastlegging eind- resp. medeverantwoordelijkheid m.b.t. infectiepreventie)
- borging van de communicatie / informatieoverdracht op infectiepreventiegebied met het diagnostisch laboratorium

toelichting

Geef de organisatiestructuur van de afdeling t.o.v. de organisatie duidelijk weer door gebruikmaking van organogrammen. Leg hierin vast hoe de onderlinge verhoudingen zijn (o.a. hiërarchisch), met name in relatie tot de organisatie en/of het organisatieonderdeel waar men deel van uitmaakt. Besteed bijzondere aandacht aan waar de verantwoordelijkheid van de afdeling begint en eindigt en in welke gevallen sprake is van gedeelde verantwoordelijkheid.

Besteed in detail aandacht aan de relatie met het diagnostisch laboratorium: hoe voorziet het laboratorium de afdeling van de voor haar werkzaamheden noodzakelijke informatie (bijv. labuitslagen, hoe worden deze doorgegeven, welke 'alerts' zijn er, tot welke ICT-systemen heeft de afdeling toegang gekregen om zelf informatie te vergaren?). Hoe wordt de afdeling door het lab betrokken bij de wijziging van procedures of labprocessen waar de afdeling 'belanghebbend' bij is (bijv. het introduceren van versnelde / verbeterde diagnostiek, of het doorgeven van meldingsplichtige infectieziekten)?

Besteed aandacht aan de relatie tot het topmanagement van de organisatie waar men onderdeel van uitmaakt (bijv. de directie / Raad van Bestuur) en de rol en daarmee invloed van de medewerkers van de afdeling binnen de organisatie (op o.a. adviserend, signalerend en operationeel niveau). Houd rekening met de positie / opbouw en samenstelling van de Infectiecommissie indien deze aanwezig is (reglement). Besteed aandacht aan eventuele samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld met een nabij gelegen andere zorginstelling, de GG&GD, het RIVM enz.

Geef kort aan hoe de afdeling zich profileert binnen de organisatie en daarbuiten: m.a.w., hoe is men 'kenbaar' en bereikbaar, en is duidelijk gecommuniceerd wat het werkterrein is van de afdeling? Denk bijv. aan intranet / internet, welke in-/externe functies men bekleedt en landelijke / internationale profilering.

Is het bekend wie de afdeling kan benaderen om gebruik te maken van de diensten? Is het duidelijk op welk moment dit dient te geschieden, m.a.w., is er een duidelijke scheiding in hetgeen door de gebruiker zelf uitgevoerd dient te worden en op welk punt de afdeling dient te worden betrokken? Indien van toepassing: is de samenwerking met zgn. HKM'ers geformaliseerd, en hoe zijn de contacten met bijv. Arbo en de DSMH?

De commissies / overlegvormen betreffen zowel die binnen de afdeling zelf (bijv. vakdeskundigen, overleg tussen deskundige infectiepreventie en arts-microbioloog) als binnen de organisatie (bijv. Infectiecommissie, bouw-, kwaliteits-, protocollencommissie) als daarbuiten (bijv. regionale en landelijke overlegvormen).

Beschrijf van deze commissies / overlegvormen de volgende aspecten (al dan niet in de vorm van een 'reglement'):

- rol en invloed van de afdeling (bijv. informerend, adviserend of (mede)besluitvormend)
- wie neemt waaraan deel en in welke hoedanigheid / functie (bijv. lid, secretaris, voorzitter)
- wat is het oogmerk
- de wijze van participatie: actief (sturend) dan wel passief (toehoordersrol)
- de frequentie (bijv. sporadisch, regelmatig of ad hoc)
- hoe worden onderwerpen geagendeerd
- hoe vindt de verslaglegging plaats (o.a. vastlegging van besluiten)
- wie beheert de notulen, waar zijn deze opgeslagen (herleidbaarheid)
- wie krijgt de notulen (communicatie)

4. PERSONELE BEDRIJFSVOERING

4.1 Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden

norm 4.1

De **interne** organisatiestructuur en indeling van de afdeling is beschreven. De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van medewerkers van de afdeling zijn vastgelegd.

De formele verhouding (hiërarchisch, functioneel en operationeel) tussen de medewerkers onderling is inzichtelijk.

De **medisch-inhoudelijke** eindverantwoordelijkheid op het gebied van infectiepreventie berust bij de arts-microbioloog. De **hiërarchische** eindverantwoordelijkheid over de afdeling berust bij een adequaat gepositioneerde leidinggevende.

aandachtspunten

- transparantie qua **interne** structuur van de afdeling (organogram, o.a. functioneel / hiërarchisch)
- adequate functieomschrijvingen (taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de medewerker gerelateerd aan de door hem/haar beklede functie, o.a. de eindverantwoordelijkheid op medisch-inhoudelijk resp. hiërarchisch niveau)
- overzicht van eventuele nevenfuncties en aandachtgebieden
- investering in eventuele ondersteunende functies (secretarieel / ICT)
- vastlegging van een eventuele delegatie- / mandateringsprocedure
- vastlegging waarnemings-, vervangings- en bereikbaarheidsregeling om de continuïteit te borgen (o.a. aanwezigheids- en bereikbaarheidsdiensten)
- vastlegging van planning / inroostering

toelichting

Bij de beschrijving van de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de diverse medewerkers binnen de afdeling (deskundige infectiepreventie, arts-microbioloog, maar bijv. ook ondersteunende functies zoals administratief medewerker) dient aansluiting te worden gezocht met hetgeen er onder §3.1 is gesteld omtrent het begin en eind van de verantwoordelijkheid van de afdeling m.b.t. haar activiteiten.

Wat is precies de rol van een deskundige infectiepreventie resp. die van de arts-microbioloog? Wie is waar (eind)verantwoordelijk voor, enerzijds uit oogpunt van diens professionele achtergrond ('beroep') maar ook uit oogpunt van de betreffende hiërarchische lijn? Welke neventaken zijn afgesproken? Hebben de medewerkers een goede functiebeschrijving waar ze op terug kunnen vallen indien er discussies zijn over wat er tot het takenpakket hoort?

Uitgangspunt bij de individuele verantwoordelijkheden die voortvloeien uit het beroep zijn de beroepsbeschrijvingen, het [VHIG Beroepsbeeld](#) en [Beroepsprofiel arts-microbioloog](#). Daarnaast is bij de arts-microbioloog de [BIG-registratie](#) van belang (voortvloeiend uit de Wet BIG, Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg).

Geef de organisatiestructuur van de afdeling duidelijk weer door gebruikmaking van organogrammen. Organisatorisch dienen de (eind)verantwoordelijkheden en wijze van aansturing goed vastgelegd te zijn; wie is waar formeel (eind)verantwoordelijk voor en wie geeft leiding op welk gebied? Indien sprake is van tandemmanagement (operationeel leidinggevende náást de aansturing door bijv. een arts-microbioloog), leg dan goed vast hoe het tandemmanagement onderling communiceert en wie precies waarvoor verantwoordelijk is.

Geef aan wat de relatie is tussen de deskundigen infectiepreventie, de arts-microbioloog, organisatorisch manager en de Directie / Raad van Bestuur. Schenk aandacht aan waarnemingsregelingen (vervangingsregeling en achterwachtfuncties) en beschrijf hoe en door wie de planning en inroostering geschiedt.

4.2 Personeelsbeleid

norm 4.2

Het personeelsbeleid is zodanig opgesteld en wordt dusdanig uitgevoerd dat hiermee de geformuleerde taken en doelstellingen van de afdeling realiseerbaar zijn. De nadruk ligt op bekwaamheid, training en bewustzijn van personeel. Te allen tijde wordt voldaan aan de vigerende wet- en regelgeving, de CAO, eventuele zelfregulering alsmede de eisen van de beroepsgroep - o.a. in het kader van de basisopleiding en (her)registratie. De continuïteit van de werkzaamheden is gewaarborgd, waarbij de afdeling zich conformeert aan de veldnorm terzake het benodigde aantal fte.

aandachtspunten

- vastlegging van werving- en aannameprocedure
- vastlegging inwerkprocedure nieuwe medewerker
- opleidingsbeleid (opleidingsplan voor deskundige infectiepreventie i.o.)
- competentiebeleid (na-/bijscholing, VHIG- resp. NVMM-registratie)
- vastlegging procedure beëindiging dienstverband
- bezettings-/formatiebeleid (fte's in relatie tot hoeveelheid / soort werk - ook in relatie tot evt. nevenwerkzaamheden)
- vastlegging parttime beleid
- vastlegging van verlofregelingen
- activiteiten binnen de organisatie ('kwaliteit van de medewerker')
- voorkomen van fysieke en psychische druk
- periodiek meten van medewerkertevredenheid
- jaar- / beoordelings- / functionerings- / voortgangsgesprekken (frequentie, wie voert uit, wat zijn de onderwerpen)

toelichting

Indien hieraan onder § 1.2 nog geen invulling is gegeven: in het kader van het personeelsbeleid dient ook aandacht geschonken te worden aan 'veiligheid' (bijv. bescherming medewerker via vaccinatiebeleid en PBM) en 'integriteit' (bijv. beheer van personeelsdossiers en -archieven, bejegening, non-discriminatie, regulering van nevenactiviteiten).

Houd in het kader van het opleidingsbeleid rekening met de toegang tot vakliteratuur en andere relevante vakinhoudelijke informatie, het ter beschikking stellen van opleidingsgelden voor cursussen en het bijwonen van symposia e.d. (o.a. om registratie te behouden).

Schenk aandacht aan de positie van een deskundige infectiepreventie i.o., de basisopleiding (opleiding volgens de eisen van de beroepsgroep) en de registratie en herregistratie tot deskundige infectiepreventie. Schenk tevens aandacht aan de borging van de infectiepreventiekennis van de (samenwerkend) arts-microbioloog (hoe gaat men bijv. om met na- en bijscholing in dat kader, zowel wat betreft de deskundige infectiepreventie als arts-microbioloog). Een medewerker moet 'aantoonbaar' competent zijn en blijven. Draag zorg voor een inwerkprocedure, een up to date competentieregistratie (aantoonbaarheid van kennis en ervaring) en inzicht in de beschikbare en gevolgde bij- en nascholing. Draag zorg voor periodieke jaar- /functioneringsgesprekken, beoordelings-/voortgangsgesprekken en een procedure hieromtrent. Houd rekening met de voorwaarden voor de zelfstandige uitoefening van bepaalde functies (zoals het draaien van diensten).

Beschrijf hoe de afdeling omgaat met Human Resource Management (beleid 'juiste persoon op de juiste plaats'). Indien sprake is van nevenwerkzaamheden naast de primaire taken (bijv. DSMH / Arbo werkzaamheden, secretariële / ICT-ondersteuning) of werkzaamheden voor andere instanties (bijv. verzorgingstehuis / revalidatiecentrum / zelfstandig behandel centrum) – leg deze dan vast en formuleer beleid hoe hiermee om te gaan in relatie tot de primaire werkzaamheden van de afdeling.

Leg vast hoe de afdeling omgaat met de bezettingsgraad qua personeel (formatiebeleid): zijn er voldoende medewerkers / fte's ingevuld om het onderhanden werk goed uit te voeren, m.a.w. – is de continuïteit gewaarborgd? Relateer e.e.a. aan de veldnorm.⁴

⁴ 'How much staff do we need for prevention of healthcare-associated infections in hospitals?', P.J. van den Broek, J.A.J.W. Kluytmans, L. C. Ummels, A. Voss, C.M.J.E. Vandenbroucke-Grauls, 2006 (veldnorm omtrent het aantal benodigde fte)

5. ECONOMISCHE BEDRIJFSVOERING

norm 5

De afdeling hanteert een zodanige economische bedrijfsvoering dat de werkzaamheden en geformuleerde doelstellingen (inclusief contractuele afspraken met derden) realiseerbaar zijn. De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van medewerkers in relatie tot de economische bedrijfsvoering van de afdeling zijn vastgelegd. Er wordt voldaan aan de van toepassing zijnde wet- en regelgeving, belangenverstrengeling is vermeden en de continuïteit is gewaarborgd.

aandachtspunten

- vastlegging financieel beleid (o.a. aandacht voor borging financiële onafhankelijkheid / budgetbeheer, investeringen, (non-)commercialiteit, uitbesteding van werkzaamheden)
- vastlegging taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op financieel niveau
- vastlegging van evt. investeringsprocedures
- contracten en contractbeheer (bijv. met verzorgingstehuis of revalidatiecentrum)
- vastlegging van eigendomsrechten (bijv. intellectueel eigendom)
- afsluiting van (aansprakelijkheids)verzekeringen

toelichting

De afdeling dient een adequaat financieel beleid te voeren. Leg vast wie welke rol vervult op financieel niveau (bijv. beslissings-/tekeningsbevoegdheden). De financiële stromen zijn transparant: inkomsten en uitgaven zijn inzichtelijk, de diverse geldstromen zijn duidelijk en er is controle op de bestedingen (effectieve en efficiënte besteding van middelen / doelmatigheid van werk). Waar nodig worden financiële risico-inventarisaties uitgevoerd en bij uitbesteding van werkzaamheden is dit contractueel of anderszins geborgd.

6. HUISVESTING EN VOORZIENINGEN

norm 6

Het gebouw / de ruimte waarin de afdeling is gehuisvest heeft een zodanige locatie, constructie, inrichting en grootte dat werkzaamheden hier adequaat uitgevoerd kunnen en mogen worden. Voor de werkzaamheden zijn de benodigde (al dan niet gebouwgebonden) voorzieningen aanwezig. Eventuele speciale ruimten zijn adequaat voor het doel waarvoor zij bestemd zijn. Er wordt voldaan aan de van toepassing zijnde wet- en regelgeving.

aandachtspunten

- (deel)locatie in of nabij het patiëntengebouw
- vastlegging huisvestingsbeleid (o.a. adequate grootte / inrichting werkruimte, adequate infrastructuur)
- vastlegging noodprocedure (vluchtwegen / noodvoorzieningen)
- afspraken vastleggen omtrent onderhoud van de werkruimte en (gebouwgebonden) faciliteiten / voorzieningen
- eisen gesteld aan eventuele speciale werkplekken / ruimten

toelichting

Zorg indien relevant voor een plattegrond of inrichtingsplan van de werkruimte. Onder een 'gebouwgebonden' voorziening wordt o.a. verstaan de infrastructuur voor ICT- en telefoniedoeleinden, verlichting, afsluitfaciliteiten (bijv. sensordeuren), klimaatregeling, en noodvoorzieningen zoals brandslang-/sprinklerinstallatie of alarminstallatie. Niet gebouwgebonden voorzieningen zijn bijv. afvalinzamelingsystemen en de werkplekinrichting. De afdeling zorgt ervoor dat zowel qua grootte (werkoppervlak) als qua inrichting (meubels, infrastructuren) er goed gewerkt kan worden en dat voldaan wordt aan arbo- en milieu-eisen (klimaatbeheersing, positionering beeldschermwerkplekken t.o.v. natuurlijk licht / kunstlicht). De afdeling heeft een calamiteitenprocedure (gebruik noodvoorzieningen, vluchtwegen, verzamelplaats).

Onder een 'speciale' werkplek of ruimte wordt een ruimte verstaan waarbij vanwege de werkzaamheden die er plaatsvinden of het gebruik ervan extra regels van toepassing zijn. Zo zijn bij een archiefruimte met patiëntengegevens uit het oogpunt van de privacybescherming betredings- en afsluitregels van toepassing, en bij een ruimte waar gewerkt wordt met humaan materiaal (bijv. patiëntenmonsters) speciale werk- en hygiëneregels (afhankelijk van het inperkingsniveau van de ruimte).

7. ONGANG MET GOEDEREN

norm 7

Goederen voldoen aan de vooraf door de afdeling gestelde eisen (criteria). De wijze van ontvangst, controle en vrijgave van goederen is vastgelegd. Het beheer en gebruik van een goed geschiedt volgens vooraf gestelde regels. Procedures voor het handelen bij niet goed functioneren c.q. niet voldoen aan de eisen zijn beschikbaar. Een procedure m.b.t. de afvoer van goederen is beschreven en wordt nageleefd, waarbij rekening is gehouden met toepasselijke wet- en regelgeving.

aandachtspunten

- aanschaf-/ontvangst-/gebruiks-/afvoerbeleid (inkoopprocedure, controle / vrijgave, voorraadbeheer, gebruiksregels, bevoegdheden, afvalverwerking, vervangingsregelingen)
- vastlegging validatiebeleid (apparatuur-/computer-/softwarevalidatie)
- vastlegging afspraken op het gebied van ICT (softwaretoepassingen, toegangsrechten, onderhoud)
- vastlegging afspraken omtrent omgang met / afvoer van privacygevoelige gegevens en (her)gebruik disposables

toelichting

De term 'goederen' is een verzamelnaam voor apparatuur (duurzame installaties, bijv. computer met bijbehorende hard- en software) en ge- en verbruiksgoederen (bijv. kantoorspullen).

Alvorens over te gaan tot de aanschaf van een goed moet vaststaan dat het te bestellen goed voldoet aan de criteria (eisen) die de afdeling eraan stelt. Daarnaast dient de afdeling rekening te houden met mogelijke bestelrestricties, zoals regels m.b.t. Europese aanbesteding of regels die de organisatie heeft gesteld bij de selectie van leveranciers.

De inkoopprocedure (wijze van bestellen) moet zijn vastgelegd: wie mag bestellen, hoe dient dit te gebeuren en wie heeft tekenbevoegdheid.

Na ontvangst dient nagegaan te worden of hetgeen ontvangen is overeenkomt met hetgeen besteld is: dus eerst controleren en dan pas vrijgeven voor gebruik. Het moet duidelijk zijn welke procedure gevolgd moet worden bij een foutieve levering.

Indien van toepassing dient het goed alvorens vrijgave eerst nog voorzien te worden van een identificatienummer en opgenomen te worden in een registratie (bijv. bij computers).

Houd er rekening mee dat de aanschaf van bepaalde goederen, bijv. een nieuw softwareprogramma ter ondersteuning van consultregistratie, ertoe leidt dat er werkvoorschriften opgesteld moeten worden.

De bevoegdheden m.b.t. het gebruik en beheer van goederen zijn (in algemene bewoordingen) vastgelegd. Er dienen afspraken te zijn omtrent voorraadbeheer, eventueel onderhoud en validatie, wat te dien bij defecte goederen en buitengebruikstelling.

De wijze van afvoer van goederen ('afval') moet vastgelegd zijn. Hierbij kan bijv. een onderscheid gemaakt worden in recyclebaar / niet recyclebaar of gevaarlijk / ongevaarlijk. Houd rekening met bijzondere afvalstromen zoals gegevensdragers (papier, maar ook diskettes, CD's en harde schijven) met patiëntengegevens. Deze moeten vernietigd worden uit het oogpunt van privacybescherming.

8. KWALITEITSCONTROLE EN -BEHEER

8.1 Documentatie en archivering

norm 8.1

De afdeling beschikt over een documentbeheersysteem dat voor alle medewerkers van de afdeling (praktisch en eenvoudig) toegankelijk is en waarin procedures (werkvoorschriften) en onderliggende documenten (o.a. registraties en notulen), voortvloeiend uit beleid en doelstellingen van de afdeling, zijn opgenomen. Deze kwaliteitsdocumenten zijn geldig, geautoriseerd en geïmplementeerd, worden tijdig en structureel geëvalueerd en zonodig herzien. Vervallen kwaliteitsdocumenten bevinden zich in een archief gedurende de bewaartermijn, waarbij voldaan wordt aan de Archiefwet, Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) en de richtlijnen van de organisatie en/of derden.

aandachtspunten

- vastlegging opbouw kwaliteitsdocumenten: verschillende typen kwaliteitsdocumenten, echtheidskenmerk, identificatienummer (documentcode), versienummer, paginnummer, datering ingebruikname, inhoudelijke opmaak
- vastlegging (eind)verantwoordelijken voor opstellen, verificatie, autorisatie, evaluatie en herziening
- werkvoorschrift (SOP) over de wijze van totstandkoming van kwaliteitsdocumenten (controle inhoud, wijzigen, herziening, uitgifte, implementatie, vervallen verklaren)
- vastlegging van geldigheidstermijnen en bewaartermijnen
- documentbeheersysteem met een overzicht van geldige kwaliteitsdocumenten en status ervan
- borging herleidbaarheid (versiebeheer, vastlegging wijzigingen t.o.v. voorgaande versies, archivering)

toelichting

→ **LET OP:** het betreft hier dus het kwaliteitssysteem met interne werkvoorschriften van de afdeling en de wijze van beheer van documenten. Zie voor het maken van infectiepreventierichtlijnen ("infectiepreventiebeleid") voor de organisatie § 3.1.2 (dit is onderdeel van het professionele werkteerrein / de dienstverlening van de afdeling).

De term 'kwaliteitsdocument' is een verzamelnaam voor de diverse documenten binnen het kwaliteitssysteem. Het is belangrijk dat duidelijk wordt welke 'typen' kwaliteitsdocumenten er zijn. Een afdeling zal qua documentatie grofweg de volgende onderverdeling hebben (de hier gebruikte terminologie is niet dwingend):

- richtlijnen c.q. protocollen die de gehele organisatie betreffen (infectiepreventiebeleid)
- kwaliteitshandboek van de afdeling
- praktische informatie voor nieuwe medewerkers van de afdeling
- werkvoorschriften voor intern gebruik op de afdeling (SOP / protocol / werkinstructie / werkwijze)
- formulieren / bijlagen / logboeken

Om een werkend kwaliteitssysteem te garanderen is een documentbeheersysteem onontbeerlijk. Hoe dit systeem is opgebouwd (analoog of digitaal) is aan de afdeling zelf, zolang het maar functioneel is en de bevoegdheden goed geregeld zijn. Aangetoond moet worden dat de kwaliteitsdocumentatie adequaat beheerd wordt.

Naast kwaliteitsdocumenten zoals werkvoorschriften zijn er ook nog 'nevendocumenten' die wel tot het kwaliteitssysteem behoren maar niet in het documentbeheersysteem zelf zijn opgenomen. Het betreft bijv. informatie in personeelsdossiers, financiële gegevens en patiëntengegevens. Deze documentatie dient in afzonderlijke administratieve systemen en archieven te worden opgenomen, niet in de laatste plaats omdat zij privacygevoelige informatie bevatten. Deze archieven zijn alleen toegankelijk voor en door daartoe bevoegden. De WBP en de Archiefwet moeten naast de door de organisatie en/of derden gestelde richtlijnen in acht genomen worden. Daarnaast dienen ook werkgebied gerelateerde stukken en gegevens (bijv. prevalentiestudies, notulen Infectiecommissie, adviezen en consulten) goed gedocumenteerd te worden.

Onder tijdig en structureel evalueren van kwaliteitsdocumenten wordt verstaan het periodiek controleren of de inhoud nog correspondeert met de praktijk en indien nodig herzien. Per soort kwaliteitsdocument moet dan ook een maximale geldigheidstermijn schriftelijk vastgesteld zijn. Tevens dient per (kwaliteits)document een maximale bewaartermijn schriftelijk vastgesteld te zijn. Tijdens de geldigheidstermijn en de archiveringstijd (bewaartermijn) moet de documentatie van de afdeling zodanig opgeslagen zijn dat deze niet verloren kan gaan, beschadigd kan raken of worden misbruikt.

8.2 Interne en externe kwaliteitsbewaking

norm 8.2

De afdeling doorloopt op de relevante onderdelen van haar werkterrein aantoonbaar de PD-CA-cyclus om de kwaliteit van de afdeling te verbeteren en te waarborgen. Toetsing vindt zowel intern plaats als door externen. De afdeling hanteert ter interne toetsing o.a. een auditprocedure en een meldingsprocedure. De planning van toekomstige controles en/of beoordelingen is beschikbaar.

aandachtspunten

- uitvoeren van interne audits conform vastgestelde procedure (binnen de eigen afdeling)
- meldingsprocedure ('klachtenprocedure'): registratie van klachten en verbeteringsuggesties met vermelding van de wijze van afhandeling en de verantwoordelijkheden
- periodieke uitvoering RI&E
- participatie in visitatie / inspectie / externe audit: toetsing door externe instanties (bijv. IGZ, KRIZ)
- periodieke uitvoering tevredenheidsonderzoeken
- evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)

toelichting

Om de kwaliteit van de afdelingsprocessen te waarborgen en te verbeteren moet de afdeling op verschillende manieren door in- en externen beoordeeld worden. De frequentie waarmee controles en beoordelingen plaatsvinden is afhankelijk van het type controle / beoordeling, de belangrijkheid van het onderwerp, wettelijke voorschriften en eventueel de eisen van derden.

interne audit

De afdeling moet een interne auditprocedure hebben. Een interne audit op de afdeling heeft als doel te verifiëren of voldaan wordt aan de in het kwaliteitshandboek en onderliggende kwaliteitsdocumenten gestelde criteria, m.a.w., of het kwaliteitssysteem van de afdeling doeltreffend functioneert. Een interne audit bestaat uit een toetsing, de rapportage van de bevindingen en de vaststelling van een actieplan met verbeterpunten en de afhandelingstermijn. De uitgevoerde verbeteracties dienen eveneens geregistreerd te worden.

→ **LET OP:** het betreft hier dus interne controle van de afdeling zelf. Zie voor het uitvoeren van infectiepreventie-audits binnen de organisatie § 3.1.5 (dit is onderdeel van het professionele werkterrein / de dienstverlening van de afdeling).

meldingsprocedure

Meldingen kunnen afkomstig zijn van patiënten, bezoekers, medewerkers en derden (buiten de organisatie) en diverse strekkingen hebben (bijv. een klacht, maar ook verbeteringsuggesties of complimenten). Door de stelselmatige registratie en afhandeling van meldingen kan de afdeling tot een betere dienstverlening en verbetering van de werkomstandigheden komen. Eventuele trends kunnen achterhaald worden hetgeen preventief handelen mogelijk maakt.

Hoe de registratie plaatsvindt is aan de afdeling zelf (analoog of digitaal) zolang de registratie maar adequaat geschiedt en niet strijdig is met enige wet- of regelgeving. Voor sommige klachten geldt een wettelijke verplichting tot registratie (o.a. klacht van een patiënt, bezoeker of medewerker vallend onder een regeling van de organisatie alsmede klachten m.b.t. ongewenst gedrag). Indien wettelijk of door de organisatie vastgelegd is dat klachten volgens een bepaalde procedure behandeld en geregistreerd moeten worden, dient deze procedure gevolgd te worden.

RI&E (Risico Inventarisatie en Evaluatie)

Met medewerkers moeten resultaten van de Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E) besproken worden. Een RI&E is een periodiek intern onderzoek door de organisatie of een externe instelling naar risico's m.b.t. veiligheid, gezondheid en welzijn. Periodiek moet een plan van aanpak vastgesteld worden en moet dit inclusief de bereikte resultaten besproken worden met medewerkers. Bij wijzigingen in werkzaamheden, functie van locatie, nieuw- en verbouw moet een aanvullende RI&E uitgevoerd worden (zie het Arbobesluit).

visitatie / inspectie / externe audit

Visitatie is een beoordeling door de beroepsgroep ter controle of voldaan wordt aan de door hen opgestelde criteria. Bij inspectie wordt de controle uitgevoerd door een commissie namens een of

meerdere ministeries. Een externe audit wordt uitgevoerd door een onafhankelijk hiervoor erkend (gecertificeerd dan wel geaccrediteerd) orgaan. Voor alle drie de vormen van beoordelen geldt dat frequentie en procedure mede bepaald worden door de uitvoerende instantie. Belangrijk is vast te leggen welke instantie om welke reden komt toetsen (bijv. IGZ, Algemene Visitatie Commissie van de Kwaliteitscommissie van de NVMM, NIAZ, KRIZ).

tevredenheidsonderzoeken

Door het uitvoeren van een medewerkerstevredenheidsonderzoek kan de afdeling verifiëren of de medewerkers hun werk naar genoegen uitoefenen. Op deze wijze kan o.a. gezien worden of het gevoerde personeelsbeleid adequaat is.

Door het uitvoeren van een klanttevredenheidsonderzoek kan de afdeling verifiëren of de door haar aangeboden diensten naar tevredenheid zijn naar mening van de klant.

evalueren

Om de PDCA-cyclus in zijn geheel te doorlopen is het van groot belang de resultaten van alle in- en externe vormen van kwaliteitsbewaking structureel te evalueren ('check' van de PDCA). Bekeken dient te worden of de verbeterpunten zijn afgerond en of de beoogde doelen behaald zijn. De resultaten van deze evaluaties dienen meegenomen te worden in het managementreview, zie § 8.3.

8.3 Managementreview

norm 8.3

De afdeling evalueert of het kwaliteitssysteem en het afdelingsbeleid geschikt en doeltreffend is geweest. Uitgangspunt vormen het jaarplan met beleidsdoelstellingen, het jaarverslag en de uitkomst van diverse kwaliteitscontrole- en beheersingsprocedures. De uitkomst van deze evaluatie en de hieruit voortvloeiende acties zijn gedocumenteerd.

aandachtspunten

- periodieke uitvoering van managementreview
- alle relevante onderwerpen komen bij het review aan bod
- vastlegging managementreview-procedure: initiator, wie evalueert, wie betrokken op welk niveau, terugkoppeling

toelichting

De afdeling evalueert minimaal jaarlijks de output van de afdeling in de vorm van een managementreview: wat waren de plannen, wat is bereikt, wat niet, waarom niet, wat zijn de nieuwe plannen (zie ook § 2.2). Behandel bij het managementreview zowel de operationele doelstellingen als innovatieve doelen (o.a. die uit het jaar-/beleidsplan). Belangrijk onderwerpen zijn o.a.:

- indien van toepassing: ontwikkelingen binnen de organisatie
- voortgang van beleid / doelstellingen (o.a. geschiktheid beleid en procedures, vervolgmaatregelen van voorgaande jaarplanningen en managementreviews)
- resultaten op het werkterrein (zie § 3.1)
- personele en economische bedrijfsvoering (bijv. de uitkomst van opleidingstrajecten, uitkomst van financieel beleid)
- kwaliteitscontrole en -beheer (bijv. resultaten van genomen correctieve en preventieve acties voortvloeiend uit (interne) audits / beoordelingen door derden / de meldingsprocedure, alsmede de uitkomst van kwaliteitsindicatoren / prestatie-indicatoren en uitkomsten medewerkers- en klanttevredenheidsonderzoeken)

Een managementreview kan gekoppeld worden aan het jaarverslag door bij de weergave van de resultaten direct conclusies en vervolgacties te formuleren. Deze dienen dan weer gekoppeld te worden aan het eerstvolgende jaarplan.

REFERENTIES

(veld)normen / richtlijnen / beroepsbeelden

- richtlijnen Werkgroep InfectiePreventie (WIP): www.wip.nl
- '[How much staff do we need for prevention of healthcare-associated infections in hospitals?](#)', P.J. van den Broek, J.A.J.W. Kluytmans, L. C. Ummels, A. Voss, C.M.J.E. Vandenbroucke-Grauls, 2006 (veldnorm omtrent het aantal benodigde fte)
- [VHIG Beroepsbeeld 2002](#), opgesteld door de Commissie Beleid & Kwaliteit d.d. 29 november 2001
- [Beroepsprofiel arts-microbioloog](#) (NVMM, uitgave oktober 2008)
- [Herziening Opleiding Medische Microbiologie \(HOMM\)](#), NVMM, uitgave 2010
- [NTA 8009:2011 nl \(NEN\)](#); 'Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen' (september 2011)

overig

- Gezondheidsraad, Rapport 'Preventie en bestrijding van ziekenhuisinfecties', advies uitgebracht door de Commissie Ziekenhuisinfecties, 18 december 1990
- brief d.d. februari 1995 van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur aan de directie van algemene, categorale en academische ziekenhuizen (kenmerk PAO/GZ 05 95-365), onderwerp 'ziekenhuishygiënist en arts-microbioloog', ('*WIP-richtlijnen worden gezien als de professionele standaard*').
- brief d.d. 5 november 2005 aan de World Health Organisation (WHO), 'pledge of The Netherlands' (kenmerk IGZ/AL-05-47955), ('*statement pledging support to address health care-associated infection*')
- aanbeveling Raad van de Europese Unie: "[betreffende patiëntveiligheid, met inbegrip van de preventie en bestrijding van zorginfecties](#)" (d.d. 5 juni 2009, 10120/09)
- Gezondheidsraad, '[Signalement: het ziekenhuis als helende omgeving](#)', 10 november 2009
- IGZ [Toezichtkader: Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid](#), april 2011
- NVMM, augustus 2011, '[Aandacht voor infectiepreventie](#)', ('*kwaliteitsvisitaties essentieel*')
- [IGZ Klebsiella- uitbraak in Maastricht Ziekenhuis vermijdbaar, tussenrapportage](#), oktober 2011

BIJLAGE 1: DOCUMENTATIE TEN BEHOEVE VAN SYSTEEMAUDIT

De visitatiecommissie verzoekt om toezending van onderstaande (kwaliteits)documenten en gegevens om een systeemaudit uit te kunnen voeren. Het betreft een 'papieren' beoordeling van het kwaliteitssysteem van de afdeling waarbij wordt getoetst of de afdeling gereed is voor een visitatie. Bij een positieve beoordeling zal tot visitatie worden overgegaan. In dat geval worden de documenten en gegevens door de geselecteerde auditoren tevens gebruikt ter voorbereiding van die visitatie.

1. volledig ingevulde vragenlijst (bijlage 2, gaarne hier ook een organogram invoegen)
2. volledig ingevulde turflijst (bijlage 3) – deze turflijst fungeert enerzijds als informatiebron voor de auditoren en anderzijds als zelfevaluatie / nulmeting voor de te visiteren afdeling
3. meest recente versie van het kwaliteitshandboek met eventuele bijlagen
4. overzicht van de interne kwaliteitsdocumentatie (o.a. SOP's / werkvoorschriften en aanverwante documenten zoals formulieren), o.v.v. de status van die documenten (geldig / concept, versienummer, versiedatum)
5. overzicht van organisatiebrede infectiepreventie richtlijnen ('protocollen'), o.v.v. de status van die documenten (geldig / concept, versienummer, versiedatum)
6. drie voorbeelden van interne SOP's / werkvoorschriften
7. drie voorbeelden van organisatiebrede richtlijnen
8. een overzicht van uitgevoerde audits van het afgelopen en huidige jaar, de auditplanning en een kopie van de laatste twee auditverslagen en bijbehorende documentatie; het betreft dan zowel interne audits op de afdeling zelf als audits uitgevoerd door de afdeling binnen de organisatie
9. jaarplan, jaarverslag en managementreview van de afdeling
10. strategisch beleid van de afdeling (meerjarenplan)
11. opleidingsplan voor deskundige Infectiepreventie i.o.
12. reglement Infectiecommissie
13. voor zover van toepassing: rapport + plan van aanpak / stand van zaken m.b.t. een beroepsvisita-tie terzake het deelgebied Infectiepreventie (bijv. dat onderdeel van het verslag van de Algemene Visitatie Commissie van de Kwaliteitscommissie van de NVMM of de NIAZ wat een relatie heeft met infectiepreventie)

BIJLAGE 2: VRAGENLIJST TEN BEHOEVE VAN SYSTEEMAUDIT

registratienummer

organisatie / kengetallen

naam organisatie en locaties

aard organisatie algemeen ziekenhuis academisch ziekenhuis categoriaal ziekenhuis

aantal bedden

aantal opnames (excl. dagopnames)

plaats afd. IP in de organisatie
 (uitleg of organogram invoegen)

Worden door de afd. Infectiepreventie werkzaamheden t.b.v. anderen/derden verricht binnen diensttijd?

ja / nee

Zo ja, gaarne hieronder uitleg geven:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------|
| - verpleeghuis | uren per week/maand |
| - revalidatiecentrum | uren per week/maand |
| - zelfstandig behandel centrum (ZBC) | uren per week/maand |
| - externe voorlichting/scholing | uren per week/maand |
| - steriele medische hulpmiddelen | uren per week/maand |
| - externe commissies | uren per week/maand |
| - overige, nl. | uren per week/maand |

afdelingsgegevens

naam afdeling

postadres

bezoekadres

contactpersoon afdeling

telefoonnummer

faxnummer

e-mailadres

website

werkzaam op de afdeling

naam medewerker *	functie + overige informatie (bijv. i.o.)	fte (fulltime / parttime)	lid VHIG / NVMM (j/n)	geregistreerd lid VHIG (j/n)

* gaarne **alle** relevante medewerkers en ondersteuning vermelden:
 - deskundigen Infectiepreventie & deskundigen Infectiepreventie i.o.
 - arts(en)-microbioloog
 - evt. administratieve ondersteuning (assistenten)
 - evt. ICT ondersteuning
 - evt. ondersteuning op het gebied van kwaliteit

Vul onderstaande tabel in:

	afdeling Infectiepreventie	norm
totaal aantal fte daadwerkelijk inzetbaar qua infectiepreventie	fte	1 fte = 1632 feitelijke werkuren (modelziekenhuis = 12.594 uren per jaar)
<u>benodigd</u> aantal fte t.o.v. bedden	$\frac{\text{totaal aantal bedden}}{178} = \text{fte}$	1 fte op 178 erkende bedden
<u>benodigd</u> aantal fte t.o.v. opnames	$\frac{\text{totaal aantal opnames}}{5064} = \text{fte}$	1 fte op 5064 opnames

* totaal aantal uren ziekenhuishygiëne nodig voor modelziekenhuis is 12.594 uren per jaar

Conclusie: voldoet de afdeling IP aan de norm uit 2006 (fte in relatie tot aantal opnames / bedden)¹?

ja / nee

(uitleg)

Leg uit op wat voor wijze de arts-microbioloog onderdeel uitmaakt van de afdeling IP:

(uitleg)

Indien de arts-microbioloog géén onderdeel uitmaakt van de afdeling IP, gaarne de contact- / adresgegevens van de betrokken arts-microbioloog opnemen:

naam arts-microbioloog

postadres

bezoekadres

telefoonnummer

faxnummer

e-mailadres

¹ [‘How much staff do we need for prevention of healthcare-associated infections in hospitals?’](#), P.J. van den Broek, J.A.J.W. Kluytmans, L. C. Ummels, A. Voss, C.M.J.E. Vandenbroucke-Grauls, 2006 (veldnorm omtrent het aantal benodigde fte)

BIJLAGE 3: TURFLIJST TEN BEHOEVE VAN SYSTEEMAUDIT

1. VISIE EN MISSIE

1. is er een visie / missie ja nee
(schriftelijk) vastgelegd ja nee
sluiten deze aan bij die van de organisatie ja nee

aantekeningen (vrije tekst)

2. BELEIDSKADER EN DOELSTELLINGEN

2.1 Kwaliteitssysteem

2. kwaliteitssysteem ja nee
zo ja, gebaseerd op welke normen?
3. kwaliteitshandboek ja nee
hierin is opgenomen / verwoord:
- leeswijzer ja nee
 - reikwijdte kwaliteitssysteem ja nee
 - intentieverklaring afdeling / organisatie ja nee
- o.a. aandacht besteed aan:
- (kwaliteits)beleid en -doelstellingen ja nee
 - organisatiestructuur (organogram) ja nee
 - werkterrein ja nee
 - personele bedrijfsvoering ja nee
 - economische bedrijfsvoering ja nee
 - huisvesting en voorzieningen ja nee
 - omgang met goederen (ook software) ja nee
 - kwaliteitscontrole en -beheer ja nee
4. rol binnen het kwaliteitssysteem:
- deskundige infectiepreventie
 - 'kwaliteitsfunctionaris'
 - (afdelings)hoofd / direct leidinggevende
 - arts-microbioloog
 -

aantekeningen (vrije tekst)

2.2 Beleidsplanning en verslaglegging

5. **strategisch beleid(splan)** ja nee
 totstandkoming (door wie / hoe)
- formulering doelstellingen ja nee
 - grondslag / focus beleid patiënt medewerker maatschappij
 - rol / positie afdeling lokaal regionaal (inter)nationaal
6. aansluiting bij organisatiebeleid ja nee
7. strategisch beleid gecommuniceerd naar, en zo ja, hoe en in welke hoedanigheid:
- | | ja | nee | mondeling schriftelijk | | ter info | ter goedkeuring |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ onderling (deskundigen IP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ arts-microbioloog | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ de medische staf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Infectiecommissie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ directie / Raad van Bestuur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
8. **jaarplan** (korte termijn) ja nee
 totstandkoming (door wie / hoe)
- doelstellingen geformuleerd ja nee
 - grondslag / focus beleid patiënt medewerker maatschappij
 - rol / positie afdeling lokaal regionaal (inter)nationaal
9. is het jaarplan (doelstellingen) te relateren aan het strategisch beleid: ja nee
10. jaarplan gecommuniceerd naar, en zo ja, hoe (ook **frequentie**) en in welke hoedanigheid:
- | | ja | nee | mondeling | schriftelijk | frequentie | ter info | ter goedkeuring |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ onderling (deskundigen IP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ arts-microbioloog | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ de medische staf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Infectiecommissie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ directie / Raad van Bestuur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
11. is er een **veiligheidsbeleid**, met o.a. aandacht voor:
- arbo- / milieubeleid ja nee
 - intake- / vaccinatiebeleid ja nee
 - nood- / rampenplan ja nee
12. is er een **integriteitsbeleid**, met o.a. aandacht voor:
- privacyreglement ja nee
 - gedragscode / beroepscode ja nee
 - onafhankelijkheid afdeling ja nee
 - belangenverstrengeling ja nee
 - nevenactiviteiten ja nee
 - bejegening (patiënt / medewerker) ja nee
 - klokkenluiders ja nee

13. heeft de **Infectiecommissie** een jaar-/beleidsplan ja nee
 afstemming met afdeling ja nee
14. **registratie** realisatie doelstellingen ja nee
 hoe (notulen / rapportages)
15. **jaarverslag** ja nee
 totstandkoming (door wie / hoe)
- alle beleidsgebieden belicht werkterrein P&O financiën KAM
 - realisatie doelstellingen belicht ja nee
 worden doelstellingen gerealiseerd ja nee
 waarom wel / niet
 - evaluatie ja nee
 waarom wel / niet
16. jaarverslag gecommuniceerd naar, en zo ja, hoe (ook **frequentie**):
- | | ja | nee | mondeling | schriftelijk | frequentie | ter info | ter goedkeuring |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ onderling (deskundigen IP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ arts-microbioloog | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ de medische staf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Infectiecommissie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ directie / Raad van Bestuur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

aantekeningen (vrije tekst)

3. DE AFDELING EN HET WERKTERREIN

3.1 Het werkterrein

17. werkterrein afgebakend ja nee
o.a. afspraken over, en zo ja, hoe vastgelegd:
- | | ja | nee | mondeling schriftelijk | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ inrichting werkzaamheden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o.a. betreffende | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ t.o.v. Arbo-zaken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- (vaccinaties, prikaccident, infectieregistratie/-melding, aanstellingskeuring, TBC-/ MRSA / ander contactonderzoek)
18. invloed op organisatie(beleid) ja nee
zo ja, rol en (wijze van) bijdrage

aantekeningen (vrije tekst)

3.1.1 SURVEILLANCE

19. soort surveillance ziekenhuisbreed ad hoc
oogmerk prevalentie incidentie specifieke infecties anders, nl.
frequentie:
20. terugkoppeling / communicatie mondeling schriftelijk
21. rol t.o.v. prestatie-indicatoren definiëring inventarisatie evaluatie follow-up
22. wijze van infectieregistratie (hoe, door wie, welke methodiek):
23. dagelijkse toegang tot up to date informatie:
- Ziekenhuisinformatiesysteem ja nee
 - Laboratoriuminformatiesysteem ja nee

aantekeningen (vrije tekst)

3.1.2 INFECTIEPREVENTIEBELEID

24. afdeling speelt rol bij totstandkoming IP-richtlijnen / -beleid en de 'routing' is geregeld:
 afspraken omtrent wijze van opstellen verificatie accordering autorisatie
 deze zijn vastgelegd (SOP?) ja nee

25. hoe / op basis waarvan worden richtlijnen opgesteld

- WIP
- wet- en regelgeving
- ervaring
- evidence-based richtlijnen
- anders, nl.

26. wie stelt op / verifieert / accordeert / autoriseert / publiceert / implementeert:

	opstellen	verificatie	accordering	autorisatie	publicatie	implementatie
▪ deskundigen infectiepreventie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ arts-microbioloog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ medische staf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Infectiecommissie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ gebruikers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ directie / Raad van Bestuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. **publicatie / distributie** richtlijnen:

publicatievorm

- hardcopy (papier)
- digitaal (elektronisch)
- in documentbeheersysteem
- posters / intranet / nieuwsitems
- anders, nl.

distributie door

- afdeling decentrale contactpersonen
- afdeling decentrale contactpersonen
- afdeling decentrale contactpersonen
- afdeling decentrale contactpersonen

28. **implementatie** richtlijnen:

verantwoordelijkheid

- deskundigen infectiepreventie
- decentrale afdeling
- anders, nl.

implementatievorm

- audits (klinische) les voorlichting
- opname in decentrale werkvoorschriften

29. **beheer** richtlijnen:

beheer door

- afdeling (deskundige IP)
- decentrale afdeling
- anders, nl.

wijze van beheer

- documentbeheersysteem anders, nl.
- geldigheidstermijn: jaar
- bewaartermijn: jaar

30. commentaar op richtlijnen is mogelijk en, zo ja wordt geregistreerd / beheerd: ja nee
 zo ja, hoe:

31. wijzigingen van richtlijnen zijn herleidbaar: ja nee
 zo ja, hoe:

aantekeningen (vrije tekst)

3.1.3 OUTBREAKMANAGEMENT

32. rol afdeling bij outbreakmanagement is duidelijk en vastgelegd, met aandacht voor:
- soort uitbraak (waar, hoe groot, consequenties, prioritering activiteiten)
 - bijzondere (extra) taken
 - bijzondere (extra) bevoegdheden
 - bijzondere (extra) verantwoordelijkheden
 - onderlinge communicatie / bereikbaarheid
 - wijze van informeren patiënt / medewerker bij infectie dan wel dragerschap
 - wijze van informeren overige betrokken (zorg)medewerkers
 - isolatiemanagement (wie ligt waar, waarom en hoe; hoe vindt informatie-uitwisseling plaats)
33. rol afdeling bij ramp of grootschalige calamiteit is duidelijk en vastgelegd, met aandacht voor:
- vormen van rampen / calamiteiten (waar, hoe groot, consequenties, prioritering activiteiten)
 - bijzondere (extra) taken
 - bijzondere (extra) bevoegdheden
 - bijzondere (extra) verantwoordelijkheden
 - onderlinge communicatie / bereikbaarheid
 - wijze van informeren
 - isolatiemanagement (wie ligt waar, waarom en hoe; hoe vindt informatie-uitwisseling plaats)
34. op welke gronden wordt overgegaan tot sluiting (criteria)
35. op welke gronden wordt overgegaan tot opnamestop (criteria)
36. is er de mogelijkheid om moleculaire methoden toe te passen bij een uitbraak? ja nee
37. zijn er afspraken m.b.t. de doorlooptijd van de werkzaamheden ja nee
zo ja – welke:
kan herleid worden in hoeverre afspraken worden nagekomen ja nee

aantekeningen (vrije tekst)

3.1.4 VOORLICHTING EN SCHOLING

38. wat is het doel van de voorlichtings- / scholingsactiviteiten en wie voert deze uit:
39. soort voorlichting / scholing:
- introductiecursus (nieuwe medewerkers)
 - vaardigheidslessen
 - stagebegeleiding
 - E-learning
 - voorlichtingsmateriaal op website / nieuwsbrieven / flyers
 - stands (gerichte acties)
 - anders, nl.

40. doelgroep voorlichtings- / scholingsactiviteiten:
- nieuwe medewerkers
 - verpleegkundigen
 - artsen
 - medisch-specialisten i.o.
 - stagiairs (bijv. AIOS)
 - anders, nl.
41. vaststelling cursusinhoud / voorlichtingsmateriaal (verantwoordelijkheden)
- door deskundige infectiepreventie
 - i.s.m. arts-microbioloog
 - anders, nl.
42. opzet cursus / les (programma-indeling, duur, didactische vormgeving, presentatie, lesmateriaal)
43. herziening cursusinhoud ja nee
door wie / frequentie:
44. registratie / evaluatie van de output ja nee
door wie / hoe en is dit aantoonbaar:

aantekeningen (vrije tekst)

3.1.5 CONTROLE EN BEWAKING

45. wijzen van controle en bewaking:
- ad hoc bevindingen
 - audits
 - interventies
 - participatie interne verbetertrajecten
 - participatie externe verbetertrajecten (bijv. Sneller Beter)
- wat is het doel van de controle- en bewakingsactiviteiten en wie voert deze uit:
46. is er een auditplanning ja nee
zo ja, wordt deze gehaald ja nee
wie stelt planning op:
wordt hiermee de hele organisatie getoetst ja nee
47. wie voert audits uit (samenstelling auditteam):
48. welke audittechnieken worden gebruikt observatie interview
 horizontaal (procesonderdeel) verticaal (procesvolgend)
49. hoe worden resultaten verwerkt
- standaard checklist (afvinken)
 - verslaglegging (feitelijke weergave van bevindingen)
 - beeldmateriaal (foto's)
 - formulering verbeter suggesties
 - formulering verbeteracties
 - formulering verbetertermijn

50. aan wie worden resultaten bekend gemaakt
 geauditeerde afdeling (auditee, leidinggevende)
 Infectiecommissie
 anders, nl.
51. is er een follow-up ja nee
zo ja, hoe gaat dit in zijn werking en wat zijn de (mogelijke) consequenties:
52. wat voor status heeft een auditrapport:
53. geef enkele **interventie**voorbeelden (hoe ingericht / frequentie):
54. participatie **verbeterprojecten** (doel / uitvoering / taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden):

aantekeningen (vrije tekst)

3.1.6 ADVISERING / CONSULTERING en CONTACTEN

55. aan welke doelgroepen verstrekt de afdeling informatie en hoe:
- | | mondeling | schriftelijk | gevraagd | ongevraagd (door wie / waarom) |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| ▪ patiënten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ (zorg)medewerkers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ gasten / derden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ de maatschappij | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- is hierbij aandacht besteed aan:
- bejegening / omgangsvormen (is soms sprake van dwang / drang, zo ja, in welke situaties):
 - publicatie- / communicatiebeleid (contacten met de derden / pers / tijdschriften / IGZ):
56. advisering / consultering - zijn er afspraken over de wijze van:
- aanvraag ja nee
hoe:
 - uitwerking ja nee
hoe:
(denk o.a. aan grondslag, vorm / inhoud advies, aantoonbaar gebaseerd op een norm / wetenschappelijk artikel, uitvoerbaarheid)
 - terugkoppeling ja nee
hoe:
(denk o.a. aan wijze van communicatie naar klant)
 - beheer ja nee
hoe:
(denk o.a. aan archivering, registratie, papier / digitaal, gebruikte software, monitoring verwerking op de werkvloer)

57. zijn de volgende zaken duidelijk:
- welke handelingen door klant moeten worden uitgevoerd ja nee
 - wanneer / hoe afdeling bij werkzaamheden te betrekken ja nee
 - wat de status is van een advies / consult ja nee
 - wat de geldigheidsduur is van een advies / consult ja nee
 - wie verantwoordelijk is voor voortgangsbewaking ja nee
 - wie verantwoordelijk is voor evaluatie / evt. herziening ja nee

58. worden er prioriteiten gesteld en zo ja, door wie / op basis waarvan:

59. hoe is de overdracht van adviezen / consulten geregeld:

60. met wie onderhoudt afdeling contacten en hoe

	ja	nee	schriftelijk	mondeling	ad hoc	structureel (frequentie?)
▪ lab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ IC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ OK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ sterilisatie afdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Arbodienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ facilitaire dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ behandelafdelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ specialisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aantekeningen:						
▪ zijn er vaste contactpersonen					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
▪ initieert de afdeling zelf het contact					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
▪ vindt er registratie plaats van de contacten					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

aantekeningen (vrije tekst)

3.1.7 REINIGING, DESINFECTIE EN STERILISATIE

61. is de afdeling wat betreft reinigings- dan wel sterilisatieinstrumenten / -apparatuur betrokken bij

- de aanschaf ja nee
- de validatie ja nee
- het gebruik ja nee

62. wat is de terzake deskundigheid van de afdeling en waar ligt de focus van de afdeling mbt:

- centrale sterilisatieafdeling:
- endoscopieafdeling:
- steriele opslag van medische middelen:

63. hoe zijn de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden ingericht (o.a. samenwerking met andere diensten / is er een DSMH / DSRD):

aantekeningen (vrije tekst)

3.1.8 BOUW, VER- EN NIEUWBOUW

64. is de afdeling betrokken bij
- verbouwingen ja nee altijd soms
 - nieuwbouw ja nee altijd soms
65. welke activiteiten ontplooit de afdeling in dat kader:
- advisering:
 - controle:
66. hoe zijn de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden ingericht (o.a. samenwerking met andere diensten):
67. wordt de afdeling altijd ruim van tevoren betrokken, bij aanvang, of in de loop van het traject:

aantekeningen (vrije tekst)

3.1.9 INKOOPTRAJECTEN

68. is de afdeling betrokken bij de aanschaf van materialen ja nee altijd soms
69. welke activiteiten ontplooit de afdeling in dat kader:
- advisering:
 - controle:
70. hoe zijn de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden ingericht (o.a. samenwerking met andere diensten):
71. wordt de afdeling altijd ruim van tevoren betrokken, bij aanvang, of in de loop van het inkooptraject

aantekeningen (vrije tekst)

3.1.10 WATER- / LUCHTBEHEERSING

72. is er een luchtbeheersplan ja nee
73. is er een Legionella - beheersplan ja nee
74. aantoonbare afspraken met de Technische Dienst ja nee

aantekeningen (vrije tekst)

3.1.11 WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

75. participeert de afdeling in wetenschappelijk onderzoek ja nee
76. welke activiteiten ontplooit de afdeling in dat kader:
- soort onderzoek (doel, opzet):
 - wijze van participatie (taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden):
77. hoe regelt de afdeling toegepast onderzoek:

aantekeningen (vrije tekst)

3.2 Organisatiestructuur

78. structuur afdeling / organisatie duidelijk / vastgelegd ja nee
79. plaats van de afdeling in de organisatie duidelijk ja nee
80. functionele / hiërarchische verhoudingen duidelijk ja nee
81. hoe is de werkrelatie tussen de deskundige infectiepreventie / arts-microbioloog (AM) geregeld:
- AM hoort bij afdeling ja nee
 - rol / positie AM duidelijk ja nee
 - er is structureel overleg ja nee frequentie
82. welke samenwerkingsverbanden zijn er:
- revalidatiecentrum ja nee rol afd.:
 - verzorgingshuis ja nee rol afd.:
 - privé-kliniek ja nee rol afd.:
 - GGD ja nee rol afd.:
 - RIVM ja nee rol afd.:
- is de rol die de afdeling vervult contractueel vastgelegd of anderszins aantoonbaar ja nee
83. participatie in welke interne commissies / overlegvormen (binnen afdeling / organisatie)
- intern werkoverleg ja nee oogmerk / rol afd. / frequentie:
 - Infectiecommissie ja nee oogmerk / rol afd. / frequentie:
 - bouwcommissie ja nee oogmerk / rol afd. / frequentie:
 - protocollencommissie ja nee oogmerk / rol afd. / frequentie:
 - materialen adviescie ja nee oogmerk / rol afd. / frequentie:
 - mbt arbo- en milieu ja nee oogmerk / rol afd. / frequentie:
 - mbt kwaliteitszorg ja nee oogmerk / rol afd. / frequentie:
84. participatie in welke externe commissies / overlegvormen (buiten organisatie)
- regionaal ja nee oogmerk / rol afd. / frequentie:
 - landelijk ja nee oogmerk / rol afd. / frequentie:
 - internationaal ja nee oogmerk / rol afd. / frequentie:
85. worden er notulen / actielijsten bijgehouden ja nee
86. is er een Infectiecommissie in de organisatie ingesteld ja nee
zo nee, toelichting:
zo ja, opzet:
(o.a. functionele opbouw / indeling, wie hebben er zitting)
functioneren:
(oogmerk, frequentie, opkomst, verslaglegging, status binnen organisatie)
87. is er een up to date reglement voor de Infectiecommissie ja nee

aantekeningen (vrije tekst)

4. PERSONELE BEDRIJFSVOERING

4.1 Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden

88. welke functies en evt. nevenfuncties zijn er binnen de afdeling

89. elke medewerker heeft taak/functieomschrijving ja nee

90. duidelijke verdeling taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden ja nee

duidelijke verdeling taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden bij afwijking van bestaande procedure / afwijkende situatie / onverwachtse bevinding ja nee

91. continuïteit afdeling gewaarborgd ja nee

hoe:

- inplannings- / inroosteringsregeling ja nee
- dienstenregeling ja nee
- overdrachtregeling ja nee
- vervangings-/waarnemingsregeling ja nee

bereikbaarheid afdeling gewaarborgd ja nee

- contactgegevens beschikbaar binnen organisatie ja nee
- telefonische bereikbaarheid geborgd (bijv. piepers) ja nee
- openingstijden / dienstregeling afdeling bekend ja nee

toegankelijkheid afdeling gewaarborgd ja nee

- dienstverlening door afdeling kenbaar in organisatie ja nee
- afdeling stelt zich klantvriendelijk (uitnodigend) op ja nee
- fysieke toegankelijkheid geborgd ja nee

92. de arts-microbioloog draagt de medisch-inhoudelijke eindverantwoordelijkheid terzake infectiepreventie ja nee

hoe is dit vastgelegd:

aantekeningen (vrije tekst)

4.2 Personeelsbeleid

93. er is een actief personeelsbeleid ja nee
speerpunten:
- competentieregistratie ja nee
 - persoonsdossiers up to date ja nee
 - het aantal fte's in relatie tot werk is voldoende ja nee
 - evenwichtige verdeling 'senior' medewerkers en i.o. ja nee
 - geen (onevenredige) werkdruk ja nee
 - adequaat verlof- en verzuimbeleid ja nee
 - adequaat na-/bijscholingbeleid ja nee
- hoe wordt IP-kennis op peil gehouden (cursus / opleiding) door
- arts-microbioloog:
 - deskundige infectiepreventie:
- hoe neemt de afdeling kennis van ontwikkelingen binnen het vakgebied (symposia, literatuur, bijeenkomsten):
94. basisopleiding geregeld ja nee
95. (her)registratie geregeld (VHIG kwaliteitsregister, NVMM) ja nee
96. worden er jaargesprekken gevoerd ja nee
indien ja, door wie / in wat voor situatie:
97. worden er beoordelingsgesprekken gevoerd ja nee
indien ja, door wie / in wat voor situatie:
98. inwerkbeleid/-procedure nieuwe medewerker ja nee
wie werkt in:
wie evalueert / controleert:
wanneer mag medewerker zelfstandig werken:
99. stagebegeleiding ja nee
hoe (contractmatig, opleidingsplaats, evt. beperking):

aantekeningen (vrije tekst)

5. ECONOMISCHE BEDRIJFSVOERING

100. heeft de afdeling een eigen budget ja nee
indien ja, kan men hier zelf over beschikken ja nee
101. taken/bevoegdheden/verantwoordelijkheden m.b.t. financieel beheer vastgelegd ja nee
- tekeningsbevoegdheid geregeld ja nee
 - contractbeheer / boekhouding op orde ja nee
 - continuïteit geborgd ja nee

aantekeningen (vrije tekst)

6. HUISVESTING EN VOORZIENINGEN

102. afdeling is adequaat gehuisvest ja nee
- centraal gelegen / goed bereikbaar ja nee
 - voldoende werkplekken ja nee
 - conform arbo-eisen (klimaat, verlichting) ja nee
103. er zijn voldoende noodvoorzieningen ja nee
- brandblusapparatuur ja nee
 - alarminstallatie ja nee
 - verbanddoos ja nee
104. er zijn voldoende vluchtwegen ja nee
- vluchtwegen aangeduid ja nee
 - vluchtwegen vrij van obstakels ja nee
105. er is een ontruimingsprocedure ja nee

aantekeningen (vrije tekst)

7. OMGANG MET GOEDEREN

106. bestelbevoegdheid vastgelegd (tekenbevoegdheid) ja nee
107. inkoopprocedure (wijze van bestellen) ja nee
108. gebruiksbeleid ja nee
- voorraadprocedure (o.a. beheer) ja nee
 - gebruiksregels ja nee
 - validatieprocedure ja nee
109. afvalprocedure ja nee
- onderscheid gevaarlijk / niet gevaarlijk ja nee
 - onderscheid recyclebaar / single use ja nee
 - regeling voor privacygevoelige gegevens ja nee
110. gebruik (custommade) software ja nee
- hoe aangeschaft / ontwikkeld ja nee
 - getest (gevalideerd) ja nee
 - rechten vastgelegd ja nee
 - gebruik vastgelegd ja nee
 - wijze van upgraden geregeld ja nee
111. genoeg (toegangs)rechten t.a.v. ICT-toepassingen ja nee
112. gebruik (meet)apparatuur (bv. luchtmonsters) ja nee
- apparaat geïdentificeerd / geregistreerd ja nee
 - getest (gevalideerd) ja nee
 - gebruik vastgelegd ja nee
 - onderhoud vastgelegd (bijv. kalibratie) ja nee

aantekeningen (vrije tekst)

8. KWALITEITSCONTROLE EN -BEHEER

8.1 Documentatie en archivering

113. wie stelt kwaliteitsdocumenten op:

- procedure hoe op te stellen vastgelegd ja nee
- vastgelegd wat wiens rol is (auteur, verificateur, bekrachtiger) ja nee

114. diverse soorten kwaliteitsdocumenten ja nee
zo ja, nl.:

115. elk kwaliteitsdocument heeft vaste opzet (lay-out): ja nee
- uniek documentnummer ja nee
 - echtheidskenmerk ja nee
 - geldigheidsdatum ja nee
 - autorisatie (auteur, verificateur, bekrachtiger) ja nee

116. kwaliteitsdocumenten worden beheerd ja nee
hoe:

- papieren archief ja nee
- digitaal archief ja nee
- documentbeheersysteem ja nee

117. 'onbeheerde' papieren versies aangetroffen ja nee

aantekeningen (vrije tekst)

8.2 Interne en externe kwaliteitsbewaking

118. interne audits binnen eigen afdeling ja nee
zo ja, hoe (procedure):

uitkomsten en acties:

119. is er een RI&E uitgevoerd ja nee zo ja, datum:
uitkomsten en acties:

120. visitaties / audits door extern ja nee
zo ja, instantie/datum/doel:

uitkomsten en acties:

121. klanttevredenheidsonderzoek ja nee zo ja, datum:
uitkomsten en acties:

122. medewerkerstevredenheidsonderzoek ja nee zo ja, datum:
uitkomsten en acties:

123. meldingsprocedure (o.a. voor klachten) ja nee
▪ registratie ja nee

hoe:

- verbeteracties ja nee
- evaluatie ja nee
- speciale procedure voor bijzondere klachten ja nee

aantekeningen (vrije tekst)

8.3 Managementreview

124. managementreview ja nee

hoe / door wie (registratie):

in het managementreview worden de volgende onderwerpen besproken / geëvalueerd:

- beleidsdoelstellingen behaald ja/nee ja nee
- personeelsbeleid ja nee
- financiële bedrijfsvoering ja nee
- huisvesting en voorzieningen ja nee
- goederen (ook software) ja nee
- kwaliteitszaken, arbo en milieu ('KAM') ja nee

125. terugkoppeling resultaten managementreview ja nee

hoe / naar wie:

aantekeningen (vrije tekst)

BIJLAGE 4: CHECKLIST (QUICKSCAN)

1. VISIE EN MISSIE

aantoonbare, vastgelegde visie / missie van zowel afdeling als evt. organisatie	
geen discrepantie tussen visie / missie van afdeling resp. organisatie	
geen verschillende versies aanwezig	
visie / missie worden aantoonbaar uitgedragen	

2. BELEIDSKADER EN DOELSTELLINGEN

2.1 Kwaliteitssysteem

kwaliteitshandboek aanwezig	
kwaliteitshandboek inhoudelijk volledig	
kwaliteitssysteem aanwezig en op (kwaliteits)normen gebaseerd	
reikwijdte (scope) van het kwaliteitssysteem in relatie tot het werkterrein duidelijk	
wederzijdse intentieverklaring eindverantwoordelijke(n) van de afdeling en organisatie	
vastlegging aan welke gremia men op welk niveau verantwoording verschuldigd is	

2.2 Beleidsplanning en verslaglegging

beleidsplan aanwezig (beleid op langere termijn, meerjarenbeleid)	
jaarplan aanwezig (beleid op kortere termijn) en gecommuniceerd naar alle belanghebbenden	
duidelijke jaar- resp. strategische doelstellingen, voor zover mogelijk SMART-geformuleerd	
jaarplan aantoonbaar te correleren met meerjarenbeleid	
voortgang van doelstellingen is aantoonbaar gemonitord en geregistreerd	
evaluatie van het gevoerde beleid en de output van de afdeling: vergelijking planning met behaalde resultaten en trekken van conclusies (managementreview, zie ook § 8.3)	
jaarslag aanwezig en gecommuniceerd naar alle belanghebbenden	
grondslag en focus van het gevoerde beleid is transparant (gericht op de patiënt / medewerker / maatschappij; rol van de afdeling op lokaal, regionaal en (inter)nationaal niveau)	
vastlegging verantwoordelijkheden m.b.t. de beleidscyclus (totstandkoming, communicatie, implementatie)	
relatie met beleid op organisatieniveau is transparant en de beleidsstromen haken op elkaar in (beleid door bijv. Infectiecommissie, Raad van Bestuur)	
veiligheidsbeleid aanwezig	
privacybeleid / integriteitsbeleid aanwezig	
communicatiebeleid van de afdeling	

3. DE AFDELING EN HET WERKTERREIN

3.1 Het werkterrein

het werkterrein is vastgelegd	
het werkterrein is duidelijk voor de klant	
prioritering in de werkzaamheden	
werkzaamheden zijn vastgelegd middels werkvoorschriften (SOP's, zie ook § 8.1)	
afbakening t.o.v. Arbo, Technische Dienst / Facilitair Bedrijf, DSMH, DSRD etc. (schriftelijk vastgelegd)	
nevenwerkzaamheden (bijv. DSMH-/DSRD-/Arbo-taken) gaan niet ten koste van het primaire werkterrein	

3.1.1 surveillance	
beschrijving / definiëring soorten surveillances en surveillancecyclus; vastleggen hoe interventies plaatsvinden	
werkvoorschrift / SOP hoe surveillance wordt verricht (o.a. hoe, wie, wat, waarmee, frequentie)	
werkvoorschrift / SOP hoe infectieregistratie wordt verricht (o.a. hoe, wie, wat, waarmee, frequentie)	
vastlegging rol t.a.v. prestatie-indicatoren	
aantoonbare terugrapportage / vertaling naar verbeteracties (PDCA)	
borging toegang tot de noodzakelijke ZIS- / LIMS-systemen	
evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)	

3.1.2 infectiepreventiebeleid	
vastlegging van de rol van de afdeling op het gebied van infectiepreventiebeleid (organogram)	
vastlegging hoe infectiepreventiebeleid tot stand komt (werkvoorschrift / SOP)	
vastlegging hoe implementatie van infectiepreventiebeleid gemonitord / geëvalueerd wordt (werkvoorschrift / SOP)	
vastlegging hoe beheer en publicatie/communicatie van infectiepreventiebeleid geregeld is (werkvoorschrift / SOP)	
afwijking van de professionele standaard (o.a. WIP) is bewust en wordt transparant vastgelegd	
evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)	

3.1.3 outbreakmanagement	
vastlegging van de rol van de afdeling op het gebied van outbreakmanagement	
vastlegging van de rol van de afdeling bij een ramp of calamiteit	
vastlegging hoe outbreakmanagement in zijn werking gaat (werkvoorschrift / SOP)	
evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)	
vastleggen hoe uitbraken in- en extern gemeld worden, op welk moment, door wie en aan wie (bijv. GGD)	

3.1.4 voorlichting en scholing	
doelgroepen van scholing zijn gedefinieerd	
voorlichtings-/scholingsmateriaal is aanwezig en up to date	
evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)	

3.1.5 controle en bewaking	
werkvoorschrift (SOP) infectiepreventie-audits (planning tot uitvoering verbeterplan)	
vastlegging van de rol van de afdeling terzake controle en bewaking (bijv. status van een audit)	
vastlegging van de rol van de afdeling bij verbeterprojecten / interventies	
evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)	
vastlegging wijze van terugkoppeling	

3.1.6 advisering / consultering en contacten	
werkvoorschrift / SOP over advisering / consultering (van aanvraag tot communicatie / beheer van de informatie)	
vastlegging van de rol van de afdeling terzake advisering / consultering (o.a. status van een advies / consult)	
vastlegging definitie, geldigheidstermijn, status, vorm en wijze van rapportage van een advies / consult	
vastlegging van de diverse contacten van de afdeling en wijze van contact (o.a. wie, wijze, frequentie, status)	
evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)	
borging qua herleidbaarheid (wanneer is door wie welk advies gegeven en aan wie)	

3.1.7 reiniging, desinfectie en sterilisatie	
vastlegging definities van reiniging, desinfectie en sterilisatie vanuit infectiepreventie oogpunt	
vastlegging van de rol van de afdeling terzake o.a. het desinfectiebeleid, scopenbeheersplan	
vastlegging van de contacten van de afdeling in dit kader en wijze van contact (o.a. wie, wijze, frequentie, status)	
evaluatie van de output (afroning PDCA-cyclus)	

3.1.8 bouw, ver- en nieuwbouw	
vastlegging van de rol van de afdeling terzake het bouwbeleid (afschotten, constructie-eisen, inrichtingseisen)	
vastlegging van de contacten van de afdeling in dit kader en wijze van contact (o.a. wie, wijze, frequentie, status)	
opstellen van pakket van eisen terzake bouwkundige en/of inrichtings-aspecten	
evaluatie van de output (afroning PDCA-cyclus)	

3.1.9 inkooptrajecten	
vastlegging van de rol van de afdeling terzake het inkoopbeleid	
vastlegging van de contacten van de afdeling in dit kader en wijze van contact (o.a. wie, wijze, frequentie, status)	
opstellen van pakket van eisen terzake inkooptrajecten	
evaluatie van de output (afroning PDCA-cyclus)	

3.1.10 water-/luchtbeheersing	
vastlegging definities van vanuit infectiepreventie oogpunt terzake Legionella-/waterbeheersing en luchtbeheersing	
vastlegging van de rol van de afdeling terzake o.a. het Legionella- en luchtbeheerplan	
vastlegging van de contacten van de afdeling in dit kader en wijze van contact (o.a. wie, wijze, frequentie, status)	
evaluatie van de output (afroning PDCA-cyclus)	

3.1.11 wetenschappelijk onderzoek	
vastlegging van de visie op wetenschappelijk onderzoek in relatie tot het vakgebied en rol van de afdeling (beleid)	
vastlegging van de contacten van de afdeling in dit kader en wijze van contact (o.a. wie, wijze, frequentie, status)	
evaluatie van de output (afroning PDCA-cyclus)	
het bewaren van data is geprotocolleerd en voldoet aan de toepasselijke wet- en regelgeving	

3.2 Organisatiestructuur

transparantie qua positie van de afdeling binnen de organisatie (organogram, ' <u>extern</u> ')	
transparantie qua positie van de afdeling t.o.v. andere instellingen / derden (samenwerking, SLA)	
borging van de bereikbaarheid van de afdeling voor externen / klanten	
beschrijving van de participatie in commissies / overlegvormen	
beschrijving taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de afdeling in relatie tot de organisatie / andere instellingen / derden (o.a. eenduidige vastlegging eind- resp. medeverantwoordelijkheid m.b.t. infectiepreventie)	
borging van de communicatie / informatieoverdracht op infectiepreventiegebied met het diagnostisch laboratorium	

4. PERSONELE BEDRIJFSVOERING

4.1 Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden

transparantie qua <u>interne</u> structuur van de afdeling (organogram, o.a. functioneel / hiërarchisch)	
adequate functieomschrijvingen (taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de medewerker gerelateerd aan de door hem/haar beklede functie, o.a. de eindverantwoordelijkheid op medisch-inhoudelijk resp. hiërarchisch niveau)	
overzicht van eventuele nevenfuncties en aandachtgebieden	
investering in eventuele ondersteunende functies (secretarieel / ICT)	
vastlegging van een eventuele delegatie- / mandateringsprocedure	
vastlegging waarnemings-, vervangings- en bereikbaarheidsregeling om de continuïteit te borgen (o.a. aanwezigheids- en bereikbaarheidsdiensten)	
vastlegging van planning / inroostering	

4.2 Personeelsbeleid

vastlegging van werving- en aannameprocedure	
vastlegging inwerkprocedure nieuwe medewerker	
opleidingsbeleid (opleidingsplan voor deskundige infectiepreventie i.o.)	
competentiebeleid (na-/bijscholing, VHIG- resp. NVMM-registratie)	
vastlegging procedure beëindiging dienstverband	
bezettings-/formatiebeleid (fte's in relatie tot hoeveelheid / soort werk - ook in relatie tot evt. nevenwerkzaamheden)	
vastlegging parttime beleid	
vastlegging van verlofregelingen	
activiteiten binnen de organisatie ('kwaliteit van de medewerker')	
voorkomen van fysieke en psychische druk	
periodiek meten van medewerkertevredenheid	
jaar- / beoordelings- / functionerings- / voortgangsgesprekken (frequentie, wie voert uit, wat zijn de onderwerpen)	

5. ECONOMISCHE BEDRIJFSVOERING

vastlegging financieel beleid (o.a. aandacht voor borging financiële onafhankelijkheid / budgetbeheer, investeringen, (non-)commercialiteit, uitbesteding van werkzaamheden)	
vastlegging taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op financieel niveau	
vastlegging van evt. investeringsprocedures	
contracten en contractbeheer (bijv. met verzorgingstehuis of revalidatiecentrum)	
vastlegging van eigendomsrechten (bijv. intellectueel eigendom)	
afsluiting van (aansprakelijkheids)verzekeringen	

6. HUISVESTING EN VOORZIENINGEN

(deel)locatie in of nabij het patiëntengebouw	
vastlegging huisvestingsbeleid (o.a. adequate grootte / inrichting werkruimte, adequate infrastructuur)	
vastlegging noodprocedure (vluchtwegen / noodvoorzieningen)	
afspraken vastleggen omtrent onderhoud van de werkruimte en (gebouwgebonden) faciliteiten / voorzieningen	
eisen gesteld aan eventuele speciale werkplekken / ruimten	

7. ONGANG MET GOEDEREN

aanschaf-/ontvangst-/gebruiks-/afvoerbeleid (inkoopprocedure, controle / vrijgave, voorraadbeheer, gebruiksregels, bevoegdheden, afvalverwerking, vervangingsregelingen)	
vastlegging validatiebeleid (apparatuur-/computer-/softwarevalidatie)	
vastlegging afspraken op het gebied van ICT (softwaretoepassingen, toegangsrechten, onderhoud)	
vastlegging afspraken omtrent omgang met / afvoer van privacygevoelige gegevens en (her)gebruik disposables	

8. KWALITEITSCONTROLE EN –BEHEER

8.1 Documentatie en archivering

vastlegging opbouw kwaliteitsdocumenten: verschillende typen kwaliteitsdocumenten, echtheidskenmerk, identificatienummer (documentcode), versienummer, paginanummer, datering ingebruikname, inhoudelijke opmaak	
vastlegging (eind)verantwoordelijken voor opstellen, verificatie, autorisatie, evaluatie en herziening	
werkvoorschrift (SOP) over de wijze van totstandkoming van kwaliteitsdocumenten (controle inhoud, wijzigen, herziening, uitgifte, implementatie, vervallen verklaren)	
vastlegging van geldigheidstermijnen en bewaartermijnen	
documentbeheersysteem met een overzicht van geldige kwaliteitsdocumenten en status ervan	
borging herleidbaarheid (versiebeheer, vastlegging wijzigingen t.o.v. voorgaande versies, archivering)	

8.2 Interne en externe kwaliteitsbewaking

uitvoeren van interne audits conform vastgestelde procedure (binnen de eigen afdeling)	
meldingsprocedure ('klachtenprocedure'): registratie van klachten en verbeteringsuggesties met vermelding van de wijze van afhandeling en de verantwoordelijkheden	
periodieke uitvoering RI&E	
participatie in visitatie / inspectie / externe audit: toetsing door externe instanties (bijv. IGZ, KRIZ)	
periodieke uitvoering tevredenheidsonderzoeken	
evaluatie van de output (afronding PDCA-cyclus)	

8.3 Managementreview

periodieke uitvoering van managementreview	
alle relevante onderwerpen komen bij het review aan bod	
vastlegging managementreview-procedure: initiator, wie evalueert, wie betrokken op welk niveau, terugkoppeling	