

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volgnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

ALGEMENE OPMERKINGEN

nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ-commissie
1	Gonny Moen, Amphia, VHIG algemeen commentaar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niet altijd makkelijk leesbaar. Lange samen gestelde zinnen. “wollig” taalgebruik. ▪ Maak concreet. bijv. Formuleer doelstellingen zo SMART mogelijk → formuleer SMART doelstellingen ▪ Haal hulpwoorden uit de tekst voor lees, bijv. resp. (respectievelijk) wordt heel vaak gebruikt. De afdeling is betrokken ter zake o.a. stofreductie.... → is betrokken bij. ▪ Bij de ene toelichting wel nadere duiding d.m.v. opsomming deel normen. Niet consequent bij iedere norm tekst toegepast. ▪ De normen zijn beschrijvend uitgelegd in de toelichting. Mi niet concreet genoeg. Beter om de norm uit te werken in concrete en toetsbare meetelementen. Ipv beschrijvend in de toelichting. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De tekst is inderdaad niet altijd ‘prettig’ leesbaar, maar dat is helaas inherent aan het schrijven van een richtlijn. Lange zinnen zijn korter gemaakt waar mogelijk. ▪ Tekstueel is hier zo veel mogelijk rekening mee gehouden en aangepast. ▪ QTRL-F uitgevoerd op het hulpwoord resp. en in veel gevallen weggehaald / vervangen. ▪ Dit is alleen zo gedaan indien hier aanleiding toe wordt gezien en is niet een vaststaand ‘format’. ▪ Er is bewust gekozen voor een algemene toelichting. De richtlijn beschrijft WAT er geregeld dient te zijn (het doel), niet HOE (manier waarop), dat is aan de afdeling zelf. Zie ook het antwoord bij volgnummer 5. Wellicht dat een separate ‘checklist’ hier kan helpen indien daar een grote behoefte aan bestaat.
2	Ilse Wolf, SKB Winterswijk, VHIG algemeen commentaar	Is dit een norm of een richtlijn? Dit is niet duidelijk beschreven.	<p>De KRIZ is, zoals de afkorting en titel aangeven, een ‘richtlijn’. Het door elkaar gebruiken van de termen ‘norm’ en ‘richtlijn’ leidt tot verwarring. De term ‘norm’ is <u>geheel verwijderd</u>. Dit betekent dat ook het reglement van de KRIZ-commissie, die indertijd van visitatiecommissie tot ‘<u>norm</u>commissie’ is benoemd, aangepast zal worden. Een <u>richtlijn</u> geeft een <u>kader</u> aan, en er is geen verplichting er aan te voldoen. Degeene die de richtlijn implementeert mag zelf bepalen hoe het ‘doel’ (het voldoen van in de richtlijn gestelde eisen) te bereiken. Het afwijken van de in een richtlijn beschreven doelen (‘eisen’) heeft in beginsel ook <u>geen consequenties</u>. Dit in tegenstelling tot een <u>norm</u> waartegen men zich, indien men zich eraan committeert, laat toetsen door een accrediterende of certificerende instantie (bijv. NIAZ/Qmentum, ISO of JCI). In dat geval zijn er wel consequenties, nl. wel / geen accreditering of certificering al naar gelang het voldoen aan de eisen.</p> <p>Let wel: een richtlijn kan wel <u>aanvullend</u> als <u>toetsingskader</u> gehanteerd worden, bijv. als onderdeel van een beroepsvisitatie of inspectie door de IGJ, of als ‘onderleggen’ bij een NIAZ visitatie. Dit hangt mede af van de status die aan deze richtlijn wordt toegekend door de beroepsverenigingen.</p> <p>In de toekomst zou deze richtlijn tot ‘norm’ kunnen worden indien de beroepsgroepen die ambitie hebben, en dan kan bijv. de NEN benaderd worden. Het is aan de beroepsgroepen om daar een visie over te formuleren.</p>
3	Kim van der Laan, NWZ, VHIG algemeen commentaar	<p>“deze richtlijn is tot stand gekomen onder redactie van de KRIZ-normcommissie, samengesteld uit leden van de VHIG en NVMM”</p> <p>Leden / namen benoemen?</p>	Overgenomen, de namen zijn verwerkt op het voorblad. Tevens is een overzicht gemaakt van de meelezers.
	VHIG regio midden, M. van der Jagt UM-	Het overzicht van auteurs ontbreekt.	

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volgnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ-commissie
	CU (secretaris) algemeen commentaar		
	Heidi Schijf, Spaarne Gasthuis, VHIG	Beschrijven welke leden zijn vertegenwoordigd (aangegeven door mw. A Popma, collega deskundige infectiepreventie)?	
4	Loes van Oorschot (YSL), regio Rotterdam (VHIG) algemeen commentaar	Wij vinden dat de KRIZ niet helemaal dekkend is voor de ziekenhuizen waarbij binnen de afdeling Infectiepreventie óók de DSMH en de DSRD werkzaam zijn. In steeds meer ziekenhuizen is dit het geval, ook komt het voor dat de DI een dubbelfunctie heeft als bijv. DI/DSMH of DI/DSRD. Voorstel: Minimaal deel A hierop aanpassen/inbedden van DSMH/DSRD binnen de afdeling IP.	Het gaat om de richtlijn van de infectiepreventie en het werk primair van de DI. De DSMH en DSRD zijn andere functionarissen die misschien wel onder de afdeling Infectiepreventie vallen maar niet primair een DI hoeven te zijn. Als we ook de DSMH en DSRD in de toekomst gaan toevoegen dan zal er ook vertegenwoordiging vanuit deze <u>beroepsvereniging</u> moeten zijn. Dit is nu niet het geval en hierdoor kan deze functie ook niet nu in de richtlijn worden toegevoegd.
5	Loes van Oorschot (YSL), regio Rotterdam (VHIG) algemeen commentaar	Zet de KRIZ om in een turflijst (als bijlage) net zoals bij de eerdere versie.	De turflijst diende in het verleden ter ondersteuning van de visitaties. Het is veel werk om een dergelijke turflijst te maken. Indien er een gezamenlijke, dringende wens bestaat vanuit de beroepsgroep(en), kan deze <u>na</u> accordering van de KRIZ 3.0, lós van de KRIZ als richtlijn (dus <u>niet</u> als bijlage), na opdracht aan de KRIZ-commissie gemaakt worden.
		Wij missen de checklist zoals die was bijgevoegd bij versie 2.	Zie de voorgaande opmerking – dit geldt ook voor de checklist.
6	Patricia Houtman / pijler Kennis en Kwaliteit algemeen commentaar	Jammer dat de KRIZ zich beperkt tot IP-beleid <u>in ziekenhuizen</u> ; ontwikkelingen zoals verplaatsing deel electieve zorg naar ZBC en naar de 1 ^e lijn worden niet meegenomen.	We begrijpen dat dit jammer is, en het is een bewuste keuze om vooralsnog de richtlijn te beperken tot de ziekenhuizen. Gezien de relatieve prilheid van de richtlijn in deze vorm en de (tijd technische en inhoudelijke) uitdagingen voor de KRIZ-commissie bij het reviseren van deze richtlijn is een verbreding vooralsnog niet mogelijk. Indien de andere sectoren worden toegevoegd in de toekomst, zal de samenstelling van de KRIZ-commissie aangepast moeten worden met leden met ervaring in deze andere instellingen. De ervaring tot op heden is dat actieve leden moeilijk te verkrijgen zijn.
		De KRIZ lijkt erg gericht op de academische ziekenhuizen, er wordt bijv. geen aandacht besteed aan de consequenties van een extern lab/AM: behoort een externe AM nog wel automatisch tot de afdeling IP? En bijv. de DSMH behoort vaak tot de afdeling IP maar dat komt dan weer niet uit de KRIZ naar voren.	In het voorwoord is expliciet aangegeven dat de richtlijn gericht is op de “ <i>kwaliteit van organisatie-eenheden Infectiepreventie (‘afdelingen Infectiepreventie’) van algemene, academische en categorale ziekenhuizen</i> ”. De KRIZ neemt bewust geen stelling / aanneme in hoe een dergelijke organisatie-eenheid in ingericht, m.a.w., wat de relatie is tussen een lab / AM / DI etc.; de KRIZ stelt slechts tot doel dat zaken als taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden en de organisatiestructuur duidelijk zijn en dat de kwaliteit van infectiepreventie – hoe dit dan ook geregeld is – geborgd is.
		IP-beleid in het ziekenhuis betreft méér dan alleen het beleid opgesteld door de afdeling IP, dit wordt in de KRIZ niet meegenomen: bijv. ook arbo, smh, scopen, voedselveiligheid, afvalbeleid, milieu, ggo etc.	Zie het antwoord hierboven, de KRIZ beperkt zich bewust tot het vakgebied van de DI en gaat niet over dat van andere functionarissen / beroepsgroepen. Zie ook hoofdstuk 3 van de richtlijn waar de organisatiestructuur in beschreven staat in relatie tot arbo, scopen etc.

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volgnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ-commissie
		<p>Waarom conformeren aan een verouderde, niet erkende norm? De werkgever (NVZ/NFU) erkent deze norm niet.</p> <p>Waarom moet IP-beleid conform een reglement, multidisciplinair worden vastgesteld, waarna automatische accordering door RvB? Multidisciplinaire afstemming is uiteraard belangrijk maar dat hoeft niet in een commissie (incl. reglement). En waarom moet beleid geaccordeerd door RvB? RvB is altijd al eindverantwoordelijk. Deze versie van de KRIZ introduceert ineens een IPC (ook al wordt dat niet precies zo genoemd), waarom?</p>	<p>Deze opmerking is gericht op de veldnorm met betrekking tot het aantal fte DI / AM, zie de voetnoot bij de toelichting van eis 3.6. Deze 'veldnorm' is op dit moment het enige en daarmee beste dat er is, dit vraagt om actie vanuit de verenigingen. De tekst is wel genuanceerd bij de toelichting door i.p.v. conformeert 'committeert' te gebruiken.</p> <p>Het ziekenhuis moet beschreven hebben hoe IP beleid geaccordeerd wordt (direct of indirect) door de Directie. De afdeling IP adviseert de Directie over uitvoering van IP beleid in het ziekenhuis. In de organisatie moet dan wel beschreven zijn hoe IP beleid ook ziekenhuis beleid wordt welke gedragen wordt door de Directie en medische staf. Ook als de afd. IP een mandaat heeft van de Directie om IP beleid zonder beoordeling van een IPC en/of Directie dan moet dit ergens zwart op wit staan. Zie verder 1.3, 3.1 en 4.1 van de richtlijn.</p>
7	Patricia Houtman / pijler Kennis en Kwaa-liteit algemeen commentaar	Graag specificeren wat onder 'medisch-inhoudelijke verantwoordelijkheid' verstaan moet worden. 'Medisch' is een slecht afgebakend begrip. In juridische termen wordt gesproken van geneeskundige handelingen en voorbehouden handelingen, vastgelegd in de wet BIG. Dus, wat moet in juridische (maar ook in praktische) zin worden verstaan onder de medisch-inhoudelijke verantwoordelijkheid voor het IP-beleid van de AM?	Het gaat er om dat de AM de eindverantwoording draagt voor (de uitvoering van) het beleid voor zover dat 'raakt' aan het wel en wee van de patiënt / zorgmedewerker etc.; m.a.w., waar men ook tuchtrechtelijk aansprakelijk voor kan worden gesteld omdat het onderdeel is van het beroepsprofiel. Iedere instelling moet vastleggen waar de (medisch-inhoudelijke) verantwoordelijkheid ligt van de AM op het gebied van infectiepreventie. Dit ook in relatie of de AM van een eigen of extern lab is. Het is niet aan de KRIZ om daar een definitie voor vast te leggen of een standpunt over in te nemen. Alles wat infectiepreventie doet 'raakt' de zorg en is daarmee medische eindverantwoordelijkheid van de AM. De AM moet zorgen dat de DI diens werk medisch gezien goed doet en verantwoordelijke zorg levert. De AM is daar dan BIG aansprakelijk voor. Een hiërarchisch leidinggevende (manager) kan zorgen dat alles eromheen op orde is (faciliteren).
8	dr. R. van Mansfeld (VUMC), NVMM voorwoord, pag 3.	<p>Er wordt hier gesproken de toegevoegde waarde van deze richtlijn als normering voor uitvoering van "het beroep". En dat het de behoefte aan een praktisch kwaliteitskader voor kwaliteit en organisatie van de infectiepreventie professionals vervult. Maar op pagina 4 staat dat "het beroep" wordt uitgevoerd door "de afdeling" die allerlei medewerkers kan bevatten en zeer verschillend kan zijn qua grootte en soort medewerkers tussen instellingen.</p> <p>Waar JCI niet heel duidelijk afbakent wie wat doet maar wel wat er moet bestaan, door daarvoor opgeleide mensen, gebeurt hier feitelijk hetzelfde.</p> <p>Alle beschreven normen staan in een of andere vorm ook in de JCI richtlijn (en vast ook NIAZ gezien de kruistabel) of worden ook beschreven in beroepsprofielen dan wel de literatuur (waarnaar hierin verwezen wordt). Deze zijn natuurlijk niet door de "beroepsgroep" bedacht maar hebben wel dezelfde strekking. Is</p>	<p>Er zal altijd een overlap zijn tussen NIAZ/JCI/ISO zijn en de KRIZ. Gaat JCI en NIAZ er met name om hoe de infectiepreventie in de gehele instelling is ingebed gaat het er bij de KRIZ om hoe de zaken geregeld zijn binnen / vanuit de afdeling IP. Dit zijn communicerende vaten, overlap is dan ook logisch en – bij nader inzien – bewust. De KRIZ beoogt complementair te zijn.</p> <p>Omdat de KRIZ een <i>bottom-up</i> benadering is verlangt dit meer van het kwaliteitssysteem 'intern' van een afdeling IP. Hier gaat een JCI / NIAZ aan voorbij, infectiepreventie en kwaliteit wordt daar <i>top-down</i> benaderd en getoetst. Bij een dergelijke toetsing wordt zelden gekeken naar het kwaliteitssysteem van een afdeling zelf en blijft de toetsing 'aan de oppervlakte'.</p> <p>De KRIZ geeft daarnaast de <i>mogelijkheid</i> duidelijker te kaderen wat goede infectiepreventie precies inhoudt. We kunnen hier immers als beroepsgroep zelf invloed op uitoefenen. We moeten er echter voor waken de richtlijn niet het 'HOE' in te laten vullen. Wel kunnen we richting / suggesties geven, zie het antwoord bij volgnummer</p>

nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ-commissie
	<p>Ilse Wolf, SKB Winterswijk, VHIG <u>voorwoord</u></p>	<p>daarbij deze samenvatting van normen niet overbodig?</p> <p><i>De kracht van deze richtlijn is de normering van het vakgebied infectiepreventie zoals dit wordt uitgevoerd als 'beroep'. Onduidelijk wat hier nu bedoeld wordt.</i></p>	<p>1 en 5.</p> <p>De KRIZ-commissie beseft dat het belangrijk is het bestaansrecht van de KRIZ beter te verwoorden. Het voorwoord is aangepast. Daarnaast zal – met het aanbieden van deze richtlijn aan de beroepsgroepen – nogmaals uitleg worden gegeven van het nut van de KRIZ en haar positie t.o.v. JCI, NIAZ, ISO etc., nu, maar vooral ook in de toekomst.</p>
<p>9</p>	<p>Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG <u>voorwoord</u>, pag. 3 rgl. 31 “De kracht van deze richtlijn ...”</p>	<p>Er wordt beschreven dat overlap met andere normen zoveel mogelijk is vermeden. Toch zie ik in de richtlijn nog erg veel overlap met JCI / NIAZ. De focus/prioriteit van de meeste afdelingen Infectiepreventie ligt bij zaken als surveillance, audits, handhygiëne en reiniging & desinfectie. De vakinhoudelijke onderwerpen zijn precies de onderwerpen die ook uitvoerig worden beschreven in JCI / NIAZ. Het verbeteren van de eigen werkprocessen op de afdeling is juist hetgeen dat nu onderbelicht blijft. Hiervoor zijn geen normen of kaders. De kracht van deze richtlijn moet zitten in het verbeteren van de (interne) kwaliteit van een afdeling Infectiepreventie. De KRIZ moet een toegevoegde waarde hebben naast JCI / NIAZ.</p> <p>Hoe verbeter je je eigen afdeling? Welke indicatoren zijn bruikbaar om de prestatie van de eigen afdeling te meten? Zaken als ‘is er een scholingsprogramma’ en ‘wordt er surveillance uitgevoerd’ worden al door JCI / NIAZ beoordeeld. Nu is de KRIZ meer een aanvulling en aangezien er geen verplichtend karakter aan zit, zullen de meeste ziekenhuizen zich alleen richten op JCI / NIAZ.</p> <p>Enkele voorbeelden voor interne kwaliteitsverbetering: Validatie van je audit-procedure, monitoren van andere werkprocessen, zoals advisering en consultering, controle van labelling, evaluatie van scholingen, VIM-meldingen m.b.t. werkzaamheden afdeling Infectiepreventie, periodiek ‘droog oefenen’ van contactonderzoeken en uitbraken. Hoe is het databeheer op je netwerkschijf geborgd? Kan iedereen de juiste bestanden vinden? Mogelijke interne KPI's: percentage verlopen Infectiepreventie-protocollen en doorlooptijd van protocollen in concept, aantal uitgevoerde audits, beoordeling van gegeven scholingen, e.d.</p>	<p>Bij deze 3.0 versie is de inrichting van het interne kwaliteitssysteem op een afdeling Infectiepreventie ook bewust niet meer tot in detail uitgewerkt. De basisprincipes van een dergelijk systeem mogen verondersteld worden, en daar zijn al bestaande kaders voor (bijv. ISO).</p> <p>Voor het probleem van de uitwerking van de vakinhoudelijke werkprocessen in meer detail, zie het antwoord bij volgnummer 1 en 5.</p> <p>Voor de meerwaarde van de KRIZ t.o.v. JCI / NIAZ, zie het antwoord bij volgnummer 8. Wel klopt het dat de overlap met JCI / NIAZ er is en dat het voorwoord aangeeft dat overlap ‘zoveel mogelijk gemeden’ wordt. Dit is aangepast in het voorwoord.</p> <p>Wat betreft dat ziekenhuizen zich mogelijk alleen richten op JCI / NIAZ: dat is logisch omdat dit ‘normen’ zijn die de ‘instelling’ betreffen. De meerwaarde van de KRIZ moet hem er voorlopig in zitten dat afdelingen Infectiepreventie deze richtlijn omarmen en implementeren, zoals bijv. laboratoria indertijd CCKL en nu de ISO15189 hebben omarmd.</p> <p>Deze voorbeelden geven aan dat het veld zelf weet wat er op hun afdeling verbeterd kan dan wel moet worden. Dat verschilt per afdeling en kan niet ondervangen worden door een gedetailleerdere uitwerking in de KRIZ als richtlijn. Wat de KRIZ-commissie zou kunnen doen is een dergelijke uitwerking met suggesties en ideeën uitwerken in een checklist, die <u>separaat van de richtlijn</u> uitgewerkt kan worden, zie het antwoord bij volgnummer 5.</p> <p>algemeen: de KRIZ dankt Dianne van de Pas voor haar gedegen feedback hoe tot interne kwaliteitsverbetering te komen, zie ook verderop in de beantwoording van het commentaar; indien de noodzaak voor een checklist wordt ingezien door de VHIG / NVMM zal haar commentaar hier in meegenomen worden</p>

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ-commissie
10	dr. Sunita Paltansing, Franciscus, NVMM voorwoord, pag. 3	Het implementeren van de KRIZ richtlijn kan eigenlijk niet zonder beroepsvisitatie door AM / DI. Voor het vaststellen van de kwaliteitsnormen en richtlijnen zijn in toenemende mate onder invloed van de zorgverzekeraars.	<p>Per 2017 is de KRIZ-commissie in haar oude vorm opgehouden te bestaan en zijn de KRIZ-visitaties gestopt. De KRIZ-commissie is omgevormd tot <u>richtlijn</u>commissie. Het is aan de beroepsgroepen om verder vorm te geven aan het gebruik van de KRIZ-richtlijn in het kader van toetsingsprocessen. Wij zijn en blijven een commissie van <u>beide</u> verenigingen.</p> <p>De KRIZ commissie zal het bestuur van de VHIG blijven vragen om ook voor de DI een vorm van visitatie in te richten. Er is regelmatig contact met de visitatiecommissie van de NVMM, zo zijn er vragen en onderwerpen opgenomen in de turflijst van de beroepsvisitatie van de AM (AVC).</p> <p>De KRIZ is geen norm, maar een <u>richtlijn</u>, zie ook het antwoord bij volnummer 2. Tekstueel zijn zowel voorwoord als leeswijzer aangepast en is de term 'norm' verwijderd als aanduiding van (een deel van) de KRIZ. Het is aan de beroepsgroepen / individuele afdelingen IP hoe hier mee om te gaan, m.a.w., welke status hier aan te verlenen als toetsingskader en bij welke visitatie.</p> <p>De KRIZ-commissie heeft o.a. als taak het "in overleg treden met de diverse normerings- / visitatie- / accreditatiegremia om tot een eenduidige invulling van infectiepreventienormen in Nederland te komen". Indien de beroepsgroepen de status van de richtlijn willen aanpassen, dan zal de commissie dit als opdracht meenemen. En dan ook met partijen zoals de NEN, maar ook IGJ, NVZ etc. contact zoeken.</p>
	Ilse Wolf, SKB Winterswijk, VHIG voorwoord, pag. 3	(...), met de betreffende gremia in gesprek gaan om tot een goede inbedding van de KRIZ als toetsingskader te komen. Worden hiermee de NVMM en VHIG bedoeld? Voor een goede inbedding is erkenning en acceptatie van deze norm door IGJ en NVZ van belang.	
	Kim van der Laan, NWZ, VHIG voorwoord / leeswijzer	De norm is de <u>eis</u> waaraan voldaan moet worden. De toelichting biedt ondersteuning voor het interpreteren van de norm en geeft belangrijke handvatten om tot normconformiteit te kunnen komen. Dit komt nu een beetje 'uit het niets'. In het <u>voorwoord</u> duidelijker beschrijven dat wij dit zien als <u>veldnorm</u> . In het kader van inbedding KRIZ en eventueel controle op de norm zou het meer een toetsingskader worden. Is dit de bedoeling voor de toekomst of staat dat nog open? In ieder geval wel benoemen in het voorwoord	
	VHIG regio midden, M. van der Jagt UM-CU (secretaris) voorwoord, P 3, r 124-128 alinea betreffende visitatie NVMM	Dit is suggestief dat er aparte commissies zullen zijn, eentje voor de artsen-microbioloog en eentje voor deskundige infectie preventie. Hoe ga je om met tegenstrijdige bevindingen van de verschillende commissies? Of er moet toch gekeken worden naar een samenwerkingsverband waarin infectiepreventie door beide commissies gezamenlijk wordt gevisiteerd?	
11	Heidi Schijf, Spaarne Gasthuis, VHIG leeswijzer en kruistabel	In de kruistabel is een relatie gelegd tot NIAZ Qmentum. Wat is hier precies het doel van, daar niet alle ziekenhuizen NIAZ Qmentum als certificering en dit gaat weer over naar NIAZ Global. Dus wat is de 'houdbaarheid' van deze kruistabel. Nu staat deze zin ook zo 'prominent' aanwezig in de leeswijzer, terwijl sommige ziekenhuizen JCI of ISO als certificering gebruiken.	<p>De KRIZ heeft geïnventariseerd dat de meeste ziekenhuizen in Nederlands op dit moment NIAZ/Qmentum doen, JCI op beperktere schaal.</p> <p>De houdbaarheid van deze kruistabel is inderdaad (zeer) beperkt. De kruistabel wordt losgekoppeld van de richtlijn en de zin is uit de leeswijzer gehaald.</p> <p>Indien er een gezamenlijke, dringende wens bestaat vanuit de beroepsgroep(en) voor een kruistabel kan deze <u>na</u> accordering van de KRIZ 3.0, los van de KRIZ als richtlijn (dus niet als bijlage), na opdracht aan de KRIZ-commissie gemaakt worden.</p> <p>Zie ook het antwoord omtrent de wens tot een checklist bij volnummer 5.</p>
	VHIG regio midden, M. van der Jagt UM-CU (secretaris) leeswijzer en kruistabel	Waarom alleen NIAZ? Er zijn meerdere kwaliteitssystemen in gebruik in NL. Algemene verwijzing naar het kwaliteitssysteem dat het ziekenhuis gebruikt, of JCI toevoegen in de kruistabel om compleet te zijn.	
	dr. R. van Mansfeld	Niet bekend met NIAZ, maar ook hier blijkt niet de meerwaarde	

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volgnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ-commissie
	(VUMC), NVMM kruistabel	alleen de overlap tussen de systemen. Waarom heb je de KRIZ nodig?	
	Gonny Moen, Amphibia, VHIG kruistabel	Toevoegen JCI	
	Kim van der Laan, NWZ, VHIG kruistabel	Waarom is hier gekozen om alleen de vertaling naar NIAZ Qmentum te maken. Er zijn ook instellingen met JCI. Wellicht goed dat hier toe te lichten.	
	Loes van Oorschot (YSL), regio Rotterdam (VHIG) kruistabel	In de kruistabel staat de NIAZ vergeleken met de KRIZ, maar we missen de JCI en de ISO in deze tabel. De kruistabel komt niet overeen met de inhoud van het stuk.	
	Loes van Oorschot (YSL), regio Rotterdam (VHIG) kruistabel	De afkorting OG wordt gebruikt. Deze is niet uitgelegd bij de afkortingen. Graag toevoegen.	
	VHIG regio midden, M. van der Jagt UM-CU (secretaris) kruistabel	JCI ontbreekt; Meest recente NIAZ normen ontbreken (global)	
12	Loes van Oorschot (YSL), regio Rotterdam (VHIG) pag. 4	De veranderingen ten opzichte van versie 2 zijn niet aangegeven in versie 3 van de richtlijn.	Omdat de richtlijn compleet herzien is heeft de commissie er voor gekozen geen lijst bij te houden van alle veranderingen. In het voorwoord is de belangrijkste aanpassing benoemd, nl. de verschuiving van focus. De vakinhoudelijke eisen qua werkzaamheden (deel B) vormen het kloppend hart; de beleidscyclus, het kwaliteitssysteem en in-/en externe organisatie indeling van Infectiepreventie (managementvereisten, deel A) is de schil die daar omheen hangt. De strekking van de diverse eisen is niet inhoudelijk veranderd.

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volgnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

INHOUDELIJK / TEKSTUEEL COMMENTAAR, BEANTWOORDING SPECIFIEKE VRAGEN

nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ commissie
13	Gonny Moen, Amphia, VHIG voorwoord, P3-R104	concipiëren taalgebruik vereenvoudigen	tekstueel aangepast
14	Gonny Moen, Amphia, VHIG voorwoord, P3-R119	resp. volledig uitschrijven	tekstueel aangepast
15	Gonny Moen, Amphia, VHIG voorwoord, P3-R120	resp. volledig uitschrijven	tekstueel aangepast
16	Gonny Moen, Amphia, VHIG voorwoord, P3-R130	“normering voor het vakgebied infectiepreventie zoals dit wordt uitgevoerd. als beroep ”	tekstueel aangepast
17	Gonny Moen, Amphia, VHIG voorwoord, P3-R139	“onze gemeenschappelijke verantwoordelijkheid” De verantwoordelijkheid van de professionals werkend in het vakgebied van infectiepreventie.	tekstueel aangepast
18	Heidi Schijf, Spaarne Gasthuis, VHIG voorwoord, pag. 3	NIAZ Qmentum Denk ook aan NIAZ Global en ISO.	tekstueel aangepast
19	Heidi Schijf, Spaarne Gasthuis, VHIG voorwoord, pag. 3	In gesprek gaan voor goede inbedding Dit komt een beetje vrijblijvend op mij over, stel een doel.	tekstueel aangepast
20	Ilse Wolf, SKB Winterswijk, VHIG voorwoord	(...) doorgestart als normcommissie (...) het beheren, updaten en optimaliseren / reviseren van de KRIZ richtlijn - norm of richtlijn?	zie het antwoord bij volgnummer 2 , tekstueel aangepast
21	VHIG regio midden, M. van der Jagt UMCU (secretaris) voorwoord, P 3, r 104	concipiëren Graag simpeler tekst: opstellen of uitdenken.	tekstueel aangepast
22	Gonny Moen, Amphia, VHIG leeswijzer, P4- R175-177	Met de term instelling wordt de zorginstelling bedoeld (...). Verwijderen, opnemen bij definities	De term instelling is bewust bij de leeswijzer uitgelegd omdat we er binnen deze richtlijn iets heel specifiek mee bedoelen. In het overzicht met afkortingen, definities en termen staat de uitleg van woorden waarvan de betekenis mogelijk niet bekend (genoeg) is, maar waarvan de uitleg 'niet gekleurd' is door de strekking van deze richtlijn.
23	Heidi Schijf, Spaarne Gasthuis, VHIG leeswijzer, P4 Norm	Zijn alle in de volgende pagina's beschreven punten, normen? Dit komt niet goed naar voren in de leeswijzer. En zo ja, waar is dit precies op gebaseerd? In de NIAZ spreek je ook over Platina en Diamant en zijn niet altijd harde eisen, dus hoe verhoudt het zich tot elkaar.	zie het antwoord bij volgnummer 2 , tekstueel aangepast
24	Ilse Wolf, SKB Winterswijk, VHIG leeswijzer, P4	De norm bestaat uit twee delen (...). . De norm is de eis waaraan voldaan moet worden. De toelichting biedt ondersteuning (...). De doelgroep van deze richtlijn – (...)	zie het antwoord bij volgnummer 2 , tekstueel aangepast

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volgnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ commissie
		Norm of richtlijn?	
25	VHIG regio midden, M. van der Jagt UMCU (secretaris) leeswijzer, P4 normen	Meerdere uitleg mogelijk: hebben we het hier ook over norm aantal DI in een organisatie?	zie het antwoord bij volgnummer 2 , tekstueel aangepast
26	Heidi Schijf, Spaarne Gasthuis, VHIG leeswijzer, P6 Deel A	Managementvereisten: Benoem dat dit een norm is	zie het antwoord bij volgnummer 2 , tekstueel aangepast
27	Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG <u>afkortingen, definities en termen</u> , pag. 5	<i>Surveillance</i> Onder 'totaal van activiteiten voor optimalisatie' vallen in principe ook audits, tracers en andere vormen van monitoring. Binnen de KRIZ wordt onderscheid gemaakt tussen: - Surveillance (feitelijk infectieregistratie) en - Controle en bewaking (audits e.d.) Er wordt dus onderscheid gemaakt tussen het monitoren van uitkomst-indicatoren (infectieregistratie) en proces- en organisatie-indicatoren (audits). Beide zijn in wezen activiteiten t.b.v. controle en bewaking. De omschreven definitie heeft ook betrekking op audits en andere vormen van monitoring.	Klopt, de term 'surveillance' is er uit gehaald omdat de overige criteria er ook niet in genoemd staan en om zo verwarring te voorkomen.
28	Heidi Schijf, Spaarne Gasthuis, VHIG <u>afkortingen, definities en termen</u> , pag. 5	toevoegen VHIG, NVMM, IGJ, FTE, RI&E (aangegeven door mw. A Popma, collega deskundige infectiepreventie)	De KRIZ-commissie heeft in eerste instantie die afkortingen verklaard die vaker worden gebruikt in de lopende tekst en/of uitleg behoeven. RI&E komt slechts één keer voor en is dan tegelijk ook geheel uitgeschreven. De volgende termen zijn op basis van dit commentaar alsnog toegevoegd: fte, IGJ, NVMM, VHIG.
29	Ilse Wolf, SKB Winterswijk, VHIG afkortingen	Hier ontbreken VHIG en NVMM	
30	VHIG regio midden, M. van der Jagt UMCU (secretaris) afkortingen	Diverse afkortingen missen door het hele document, graag volledig maken.	
31	Kim van der Laan, NWZ, VHIG 1.2 en definities	<i>1.2 De afdeling (...) en prestatie-indicatoren geformuleerd met oogmerk (...)</i> . Wat bedoelen we hiermee? Dit wel ergens toelichten. Misschien bij definities? Deze term is nog niet specifiek ingericht voor infectiepreventie.	Definitie prestatie-indicator toegevoegd aan lijst met definities.

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

DEEL A: MANAGEMENTVEREISTEN: Beleidscyclus			
nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ commissie
32	dr. R. van Mansfeld (VUMC), NVMM 1. Beleidscyclus, Algemeen, pag. 6	Dit is allemaal bijna letterlijk ook in de JCI normen te vinden.	Zie het antwoord bij volnummer 8 ; JCI (en NIAZ) toetsen of een afdeling IP voldoet aan eventuele richtlijnen zoals opgesteld door de beroepsgroep. Dit is o.a. dan de KRIZ. Als de KRIZ dit niet zou beschrijven, kan JCI / NIAZ dit ook niet als toetsingskader 'meenemen'.
33	Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG 1. Beleidscyclus Algemeen, pag. 6	Zoals omschreven in het voorwoord heeft deel A (managementvereisten) betrekking op de schil die om het werkterrein heen hangt. M.a.w. het werkterrein betreft de vakinhoudelijke kant, het Infectiepreventiebeleid. En de managementvereisten zouden uitsluitend betrekking moeten hebben op de randvoorwaarden voor een afdeling Infectiepreventie. En dus GEEN vakinhoudelijke zaken! Zie onderstaande punten:	Zie het antwoord bij volnummer 9 .
34	Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG eis 1.2, pag. 6	Een prestatie-indicator is een meetbaar element wat beïnvloedbaar is door de <u>eigen</u> afdelingen en niet door derden. Voor een afdeling Infectiepreventie dus bijv. het percentage verlopen Infectiepreventieprotocollen of het aantal uitgevoerde audits t.o.v. het aantal geplande audits. De handhygiëne compliance van bijv. de afdeling interne is een prestatie indicator van de afdeling interne. En het percentage POWI een prestatie-indicator van de afdeling chirurgie. Deze (ziekenhuisbrede) prestatie-indicatoren worden uitgebreid beschreven door JCI en NIAZ. Hier is dus overlap met deze normenkaders. Daarnaast valt het meten en ondersteunen bij deze indicatoren onder het werkterrein van afdeling Infectiepreventie, en niet onder de beleidscyclus.	Zie het antwoord bij volnummer 8 en 9 . Klopt, er is overlap in prestatie-indicatoren die instelling breed gelden, en daar heeft de afdeling dan een rol in, deze vallen dan binnen het vakgebied en komen terug in deel B, eisen gesteld aan de werkzaamheden. Maar de afdeling Infectiepreventie zal ook ' <u>intern</u> ' prestatie-indicatoren moeten benoemen om tot verbetering van de eigen, interne, processen te komen. .
35	Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG eis 1.3, pag. 6	I.p.v. "Het beleid" hier schrijven "Het afdelingsbeleid" De rol van de afdeling bij het opstellen van het Infectiepreventiebeleid hoort bij de werkzaamheden, norm 4. De rol van de Infectiecommissie wordt ook uitvoerig beschreven in de normen van JCI en NIAZ. Hier is dus overlap met reeds beschreven normen die de organisatiekant van infectiepreventie belichten.	tekstueel aangepast in 'afdelingsbeleid'
36	Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG	Hierbij verduidelijken dat het gaat om het management van de afdeling Infectiepreventie en om het	tekstuele aanpassing: <i>Het <u>afdelingsmanagement</u> benoemt....om het <u>afdelingsbeleid</u> ten (...)</i>

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volgnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

DEEL A: MANAGEMENTVEREISTEN: Beleidscyclus			
nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ commissie
	eis 1.4, pag. 6	<p>vervullen van de randvoorwaarden die de afdeling Infectiepreventie nodig heeft om haar doelen te behalen.</p> <p>Randvoorwaarden die het ziekenhuis nodig heeft om het Infectiepreventiebeleid uit te kunnen voeren (bv. alcoholdispensers, PBM e.d.) vallen onder de werkzaamheden / werkterrein (bv. bij inkooptrajecten).</p>	
37	Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG eis 1.5, Pag. 6	<p>Deze norm zou mijn inziens onder deel B moeten worden opgenomen (evt. als 2 aparte werkzaamheden). De norm heeft grotendeels betrekking op het werkterrein en niet op de organisatie en kwaliteit van de afdeling Infectiepreventie. Onder het werkzaamheden van afdeling Infectiepreventie valt nl. ook:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uitvoeren van risicoanalyses, bepalen van de jaarlijkse focus van het infectiepreventiebeleid, (her)prioriteren (VIM, PRI, PRISMA, SIRE e.d.) - Rapportage / communicatie naar het management en Raad van Bestuur over o.a. ziekenhuisbrede prestatie-indicatoren 	<p>In deel A staat dát er geëvalueerd moet worden (= PDCA cyclus) en dit te delen met belanghebbenden, in deel B komt de <u>uitvoering</u> aan bod, zie o.a. H7: Controle en bewaking en H8: Surveillance.</p> <p>Zie ook het antwoord bij volgnummer 34. Het betreft hier <u>zowel</u> de cyclische beoordeling van instelling brede prestatie-indicatoren waar de afdeling IP een rol in heeft alsmede die van intern van de afdeling IP zelf.</p>
38	Gonny Moen, Amphia, VHIG toelichting 1.1,P6-R272	Geen concrete meetelementen vastgelegd. Hoe toets je de aantoonbaarheid van het uitdragen van je missie en visie?	<p>Zie ook het antwoord bij volgnummer 1. Het toetsen is niet opgenomen in de richtlijn, HOE tegemoet wordt gekomen aan een eis is aan de afdeling IP zelf ter invulling. Het aantonen dat je je missie ook volgt is een eigen verantwoordelijkheid / spiegel die je je voorhoudt.</p> <p>E.e.a. is. bijv. aantoonbaar d.m.v. het al dan niet realiseren van jaardoelstellingen, PR/campagnes, scholing.</p>
39	Gonny Moen, Amphia, VHIG toelichting 1.2, P6-R283	Geen concrete meetelementen vastgelegd.	Zie ook het antwoord bij volgnummer 1 . De afdeling heeft een meerjarenplan. Vanuit het meerjarenplan volgen (als het goed is) jaarplannen waarin doelen uit het meerjarenplan in meetbare acties (SMART) opgenomen worden. Zie verder de opmerking hierboven, de KRIZ is er niet voor om vast te leggen hoe een afdeling IP e.e.a. meetbaar maakt / kan aantonen.
40	Gonny Moen, Amphia, VHIG toelichting 1.2, P6-R284	Maak concreet. bijv. Formuleer doelstellingen zo SMART mogelijk → formuleer SMART doelstellingen	tekstueel aanpassing: 'Formuleer doelstellingen SMART (...).'
41	Gonny Moen, Amphia, VHIG toelichting 1.4, P6-R300	Generiek randvoorwaarden formuleren in de KRIZ om tot een hoogwaardig infectiepreventie beleid te komen. Formatie, financiële middelen: scholingsbudget, automatisering etc.	tekstueel aangepast (toevoeging)
42	Gonny Moen, Amphia, VHIG eis en toelichting 1.5, P6-R309-	- Het beleid en de uitkomsten van prestatie-indicatoren worden regelmatig geëvalueerd → re-	tekstueel aangepast (zowel eis als toevoeging bij de toelichting); de frequentie dient te worden vastgelegd, maar hier legt de KRIZ geen verplichte interval over vast, dat is

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

DEEL A: MANAGEMENTVEREISTEN: Beleidscyclus			
nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ commissie
	320	<p>gelmatig vervangen door periodiek minimaal 1x per jaar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aanleveren Prestatie indicatoren verantwoordelijkheid van infectiepreventie of van het specialisme? Let op de verschillende criteria bij indicatoren en dus uitkomsten. Appels en peren. Bijv. volgens meetbaar beter, Nederlandse hartregistratie, eigen surveillance data (PREZIES, CDC) 	aan de afdelingen IP zelf; hoe en door wie resultaten worden gecommuniceerd moet worden vastgelegd
43	Ilse Wolf, SKB Winterswijk, VHIG toelichting 1.5	<p>Het deel van de afdeling infectiepreventie en infectiepreventiebeleid in het ziekenhuis lijken hier door elkaar te lopen. Onder 1.5; prestatie indicatoren , audits, inspecties etc., dit is het werkgebied van de afdeling infectiepreventie, bijstellen van personele en financiële bedrijfsvoering is dan mogelijk een ziekenhuisbreed item. De managementreview zoals deze hier beschreven is kan werken voor een laboratorium maar voor een afdeling infectiepreventie dat uit bijvoorbeeld 2 DI en een AM bestaat is dit veel te ruim. Beter is om dit beter in te bedden in het ziekenhuis beleid, onderdeel maken van kwaliteit en veiligheid.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>kwaliteit (o.a. resultaten uit audits / visitaties / inspecties, meldingen, medewerker- en klanttevredenheid)</i> - <i>uitkomsten van prestatie-indicatoren qua werkerrein (bijv. surveillance, uitbraakmanagement, handhygiëne)</i> <p>Uitkomsten en vervolgacties zijn voor het ziekenhuis, niet perse voor de afdeling infectiepreventie</p>	<p>Zie ook het antwoord bij volnummer 34 omtrent de inherente overlap tussen hetgeen van de instelling is en wat van de afdeling IP zelf. Tekstueel is de toelichting iets aangepast, zie het antwoord bij volnummer 42.</p> <p>Als de afdeling IP de prestatie-uitkomsten niet in eigen managementrapportages vermeld maar onderdeel laat uitmaken van rapportages van bijv. een afdeling kwaliteit & veiligheid is dit prima zolang dit maar is vastgelegd in een procedure van de afdeling/het ziekenhuis.</p>
44	Kim van der Laan, NWZ, VHIG eis 1.4	<p>“Het <u>management</u> benoemt en vervult de noodzakelijke randvoorwaarden om het beleid ten uitvoer te kunnen brengen en de doelen te kunnen behalen.”</p> <p>Welk management? Is dit van de afdeling IP of vanuit het ziekenhuis. Dit hierbij benoemen. Mogelijk dat dit met voorbeelden toegelicht kan worden. Gaat het hier om formatie van de afdeling IP?</p>	<p>Zie ook het antwoord bij volnummer 36, tekstueel aangepast.</p> <p>Per instelling zal beschreven moeten worden wie of wat het afdelingsmanagement terzake de afdeling IP is. Dat kan per instelling (ziekenhuis) verschillen. In ieder geval moet organisatorisch duidelijk zijn wie de operationeel en hiërarchische leidinggevend zijn voor de afdeling IP. Zie verder de eisen 3.1 en 3.3.</p>
45	Kim van der Laan, NWZ, VHIG eis 1.5	<p>“Het beleid en de uitkomsten van <u>prestatie-indicatoren</u> worden regelmatig geëvalueerd, (...) belanghebbenden.”</p>	Zie het antwoord bij volnummer 31 .

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volgnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

DEEL A: MANAGEMENTVEREISTEN: Beleidscyclus			
nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ commissie
		Zie opmerking bij eis 1.2	
46	Lidy van der Geest, Henny van de Laar (AVL), VHIG toelichting 1.1, Pag 6/r. 10	Taalkundige opm: 'deze' invoegen voor 'vormen het fundament'	tekstueel aangepast
47	Loes van Oorschot (YSL), regio Rotterdam (VHIG) toelichting 1.4, Pag 6	"Tot op zekere hoogte" weglaten. De afdeling is voor de realisering van het beleid afhankelijk van samenwerking binnen de instelling.	tekstueel aangepast
48	Loes van Oorschot (YSL), regio Rotterdam (VHIG) toelichting 1.4	Verantwoordelijkheden vast te leggen, en dan toevoegen: "middels een communicatieschema. Daarnaast is acceptatie van de KRIZ-richtlijn door het management van belang. En de IP-norm moet worden behaald als noodzakelijke randvoorwaarde.	tekstueel aangepast ('communicatieplan')

DEEL A: MANAGEMENTVEREISTEN: Kwaliteitsmanagementsysteem			
nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ commissie
49	dr. R. van Mansfeld (VUMC), NVMM Algemeen, pag. 7	De vraag is of je dit allemaal apart moet willen noemen. Zeer veel overlap met ISO normen voor microbiologische laboratoria, JCI en dergelijke. Wat is de meerwaarde om dit apart nog te toetsen?	zie het antwoord bij volgnummer 8 ; JCI is top-down benadering (instellingsbreed), KRIZ = bottom-up, en verlangt een intern kwaliteitssysteem van een afdeling IP zelf. Hoewel ISO 'gesneden koek' is voor veel laboratoria, zijn afdelingen IP niet per definitie 'ingebed' in het kwaliteitssysteem van een microbiologisch laboratorium, sterker nog, dikwijls zijn dit separate afdelingen / organisatiestructuren, met hun eigen kwaliteitssysteem.
50	Gonny Moen, Amphia, VHIG toelichting 2.3 P7-R382	ipv tekst <u>opsomming</u> activiteiten om kwaliteit te verbeteren en te borgen <ul style="list-style-type: none"> - Interne audits - Actief meldingssysteem - RI&E (min 1x per jaar) - Klant- medewerkers tevredenheidsonderzoek - Participatie externe visitatie- accreditatie trajecten - Etc. 	tekstueel aangepast, geen opsomming, wel licht gewijzigd
51	Heidi Schijf, Spaarne Gasthuis, VHIG toelichting 2.2	'dan wel', benoem gewoon 'of'	tekstueel aangepast; op meerdere plekken in de richtlijn aangepast
52 52	Heidi Schijf, Spaarne Gasthuis, VHIG toelichting 2.3	Periodiek wordt een RI&E uitgevoerd. Noteer erbij 'indien er een indicatie voor is'. Een RI&E is geen doel op zich	tekstueel licht aangepast De uitvoering van een RI&E is wettelijk verplicht voor een werkgever (Arbowet), en er moet dus ook een RI&E zijn voor de afdeling Infectiepreventie waar dus risico's en

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volgnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

DEEL A: MANAGEMENTVEREISTEN: Kwaliteitsmanagementsysteem			
nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ commissie
	VHIG regio midden, M. van der Jagt UMCU (secretaris) toelichting 2.3 P7, r 386-387	Niet duidelijk omschreven, wordt hier (alleen) de AR-BO RIE mee bedoeld? Graag verduidelijking.	'verbeterpunten' voor de interne werkorganisatie uit naar voren komen (bijv. omtrent werkdruk, inrichting van kantoorwerkplekken etc.); vervolgens is het verplicht deze actueel te houden; de tekst is aangepast.
53	Kim van der Laan, NWZ, VHIG toelichting 2.1	Hier benoemen dat daar waar de afdeling aansluit op het beleid van de instelling in ieder geval in het handboek beschreven moet zijn waar dit beleid te vinden is: voor veel zaken kan de afdeling vaak aansluiten. <u>Verzekeringen</u> verlopen conform ziekenhuisbeleid. Voorstel is om dit hier niet te benoemen.	tekstueel aangepast, toevoeging ter verduidelijking, term verzekering verwijderd
54	Kim van der Laan, NWZ, VHIG eis en toelichting 2.2	In ons ziekenhuis staan interne werkinstructies niet opgeslagen in het algemene ziekenhuisbrede documentbeheerssysteem. Misschien goed om hier duidelijk te benoemen (in definities) wat bedoeld wordt met documentbeheerssysteem?	Met documentbeheerssysteem wordt letterlijk bedoeld ' een systeem om documenten te beheren'. Hoe de afdeling IP dit regelt is geheel vrij, zo lang het ' werkt'. Men kan dus aansluiten op een instellingsbreed programma / systeem, maar ook zelf iets ontwikkelen of aanschaffen. Een schijf op het netwerk kan ook als documentbeheerssysteem worden ingericht, maar dan moet je wel een goede registratie en signaalfunctie hebben wanneer documenten gaan of zijn verlopen en de documenten moeten niet zomaar aangepast kunnen worden (rechten van beheer instellen). Op de documenten moet dan worden vermeld wie schrijver en autorisator is, datum van opstellen en verloopdatum.
55	Lidy van der Geest, Henny van de Laar (AVL), VHIG toelichting 2.1 Pag 7/r. 11-12	Welke <u>vergunningen, gemeentelijke verordeningen</u> kunnen dat zijn? Indien te maken met milieu, afval, water dan is de vraag of dit thuishoort in het kwaliteitsmanagementsysteem van IP. Ons inziens niet.	tekstueel aangepast, verwijderd
56	Lidy van der Geest, Henny van de Laar (AVL), VHIG toelichting 2.3 Pag 7/r. 55-67 (2.3)	Hoe wordt dit bedoeld? Het is bv. niet duidelijk of dit stuk gaat over de afdeling IP (interne audits binnen je eigen afdeling?) of over de audits die IP uitvoert op andere afdelingen. Twee DI hebben deze paragraaf gelezen en interpreteren het totaal verschillend.	tekstueel aangepast, verduidelijkt Het gaat hier om de <u>interne</u> audits binnen de afdeling IP, dus het controleren van de eigen werkprocessen.
57	Marissa Uljee, Erasmus MC, VHIG eis 2.2	" <u>Kwaliteitsdocumenten (...) worden <i>tijdig en structureel geëvalueerd en herzien.</i>"</u> Bewuste keuze om geen tijdsindicatie aan herziening mee te geven? Wat is tijdig/periodiek?	Het is inderdaad een bewuste keuze om hier geen 'termijn' op te geven, dat is aan de afdelingen zelf. Wel moet de afdeling deze herzieningstermijn hebben vastgelegd en kunnen aantonen dat deze revisietermijn adequaat is.

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volgnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

DEEL A: MANAGEMENTVEREISTEN: Organisatiestructuur			
nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ commissie
58	Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG eis 3.2, pag. 8	“De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden ...” hierachter toevoegen “(= het werkerterrein) van de afdeling Infectiepreventie”	tekstueel aangepast
59	Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG eis 3.5, pag. 8	Naar boven verplaatsen tussen norm 3.2 en norm 3.3.	tekstueel aangepast, eis 3.5 is verschoven naar positie 3.3, vervolgnummering is aangepast
60	Heidi Schijf, Spaarne Gasthuis, VHIG eis 3.2 en 3.5, pag. 8	3.2 mijn 1 ^{ste} commentaar, beschrijf hierbij een organogram. Maar dit komt ook terug in 3.5. Dus 3.2 en 3.5 lijken deels overeen te komen. Misschien 3.2 en 3.5 achter elkaar noteren?	
61	Gonny Moen, Amphia, VHIG eis 3.1, toelichting 3.1, P8-R395	Hoort rol op regionaal niveau bij organisatie structuur? Dit hoort bij 3.3 onderhouden van periodiek en adequaat contact met partners binnen en buiten instelling.	tekstueel aangepast, weggehaald bij eis 3.1 “ (...) <i>alsmede de rol op regionaal niveau.</i> ”; laatste zin bij toelichting 3.1 verplaatst naar toelichting bij eis 3.4 (voormalig eis 3.3).
62	Gonny Moen, Amphia, VHIG toelichting 3.2, P8-R 397- 410	Toevoegen. Wanneer de organisatie onderdelen bijv. infectiepreventie medewerkers (Arbeid en gezondheid), DSMH / DSRD, research onderdeel uitmaakt van de afdeling infectiepreventie leg dit vast in het organogram. Leg de rollen en verantwoordelijken vast. Per organisatie onderdeel. Zie ook R-466 en verder.	Zie het antwoord bij volgnummer 4 en 6 ; tekstueel aangepast (verder toegelicht).
63	Gonny Moen, Amphia, VHIG toelichting 3.1, P8-R424	Toevoegen: dienstverlening aan andere organisaties (verpleeghuizen, privé klinieken, etc.).	In de toelichting staat dat de samenwerkingsverbanden vastgelegd moeten worden met bijv. andere <u>zorginstellingen</u> , hier kun je dus ook verpleeghuizen voor lezen. Geen wijziging nodig, zie verder het antwoord bij volgnummer 61 .
64	Gonny Moen, Amphia, VHIG toelichting 3.5, P9-R505	Inschrijving kwaliteitsregister/ accreditatie VHIG geen vereiste?	tekstueel aangepast, toegevoegd bij toelichting 3.6
65	Heidi Schijf, Spaarne Gasthuis, VHIG toelichting 3.5, P9	Zie commentaar bij 3.2. Wat betekent <u>medisch inhoudelijke eindverantwoordelijkheid</u> ? En moet in de KRIZ staan wie eindverantwoordelijkheid is? Zo ja, dan mis ik de beschrijving van de eindverantwoordelijke van de DI, omdat dit wel voor de AM is beschreven en niet voor de DI (bijv. operationele, vakinhoudelijke eindverantwoordelijkheid?). Beschrijf dat de AM en DI complementair zijn aan elkaar en een functionele/professionele samenwerking hebben. Functie omschrijving: eventuele <u>nevenfuncties</u> en <u>aandachtsgebieden</u> zijn beschreven. Moet dit wel/niet	Zie het antwoord bij volgnummer 7 . Iedere medewerker heeft verantwoordelijkheden; belangrijk is dat deze benoemd worden en vastgelegd. Er kunnen niet twee beroepsgroepen dezelfde <u>eindverantwoordelijkheid</u> hebben. Men zal moeten “weten” wanneer er overlegd moet worden met de eindverantwoordelijke en wie rekenschap moet worden afgelegd. Dat de AM en DI complementair zijn is al ‘vastgelegd’ door het benoemen hiervan in het voorwoord en het feit dat de KRIZ vanuit de beide beroepsgroepen komt. Een functieomschrijving alleen is vaak niet voldoende om helder te krijgen wat een medewerker precies ‘doet’. Zo zal een DI bijv. als ‘adviseur’ worden benoemd en de AM als medisch specialist. Dan is het van belang de juiste noemer aan de medewerker te verbinden. Daarnaast is het van belang nevenfuncties / specialisaties vast te leggen, in die zin dat een medewerker soms een extra taak / rol heeft. Bijv. iemand

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volgnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

DEEL A: MANAGEMENTVEREISTEN: Organisatiestructuur			
nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ commissie
		in de functiebeschrijving staan. Zo ja, hoe borg je dit in een algemeen functiehuis. Zo niet, koppel dit dan los van elkaar in 2 zinnen.	die zich met documentbeheer bezig houdt, maar ook wie gaat over welk deel van het werkterrein gaat (inkoop, bouw, scholing?) als hier een onderverdeling in is gemaakt.
66	Ilse Wolf, SKB Winterswijk, VHIG eis 3.5, P9	<i>De afdeling heeft toegang tot de voor de afdeling noodzakelijke laboratorium- en diagnostiekegegevens.</i> Andersom ook; het ziekenhuis heeft inzicht in de adviezen van de DI en AM (vastgelegd in <u>patiënten-dossier</u>).	Dat de instelling / klant inzicht heeft in de adviezen van de afdeling IP is iets dat terugkomt in onderdeel 5 'advisering'. M.a.w., dat is onderdeel van hoe het werkproces is ingericht. Omdat dit wel een punt van aandacht is komt dit terug bij de toelichting van 5.1 , deze is verduidelijkt. Het is immers van belang dat per verschillend 'type' advies die toegankelijkheid geregeld is. Inzage in bijv. consulten in een EPD gemaakt door een afdeling IP moet aan andere eisen voldoen dan de toegang tot een schriftelijke advies over de inrichting van een patiëntenkamer of de luchtbeheersing.
67	Ilse Wolf, SKB Winterswijk, VHIG toelichting 3.6, P9	<i>"De afdeling conformeert zich aan de <u>veldnorm</u> dan wel de <u>afgeleide hiervan (de norm is opgesteld met inachtneming van een TOP klinisch ziekenhuis) ter zake het benodigde aantal fte en voorkomt onnodige fysieke dan wel psychische werkdruk.</u>"</i> Dit graag <u>eruit halen</u> , een klein ziekenhuis, met wel alle afdelingen (OK, SEH,IC etc.) heeft deze norm ook nodig. Het is niet zo dat bij een kleiner ziekenhuis minder DI nodig zijn, zeker wanneer je de KRIZ wil invoeren is hiervoor tijd nodig. In een klein team gaat per fte meer tijd naar het onderhouden van een kwaliteitssysteem dan in een groot team.	zie het antwoord bij volgnummer 6 ; tekstueel aangepast (er is nu louter verwezen naar deze veldnorm en er wordt 'commitment' geëist)
68	VHIG regio midden, M. van der Jagt UMCU (secretaris) toelichting 3.6, P 9, r 502	Er wordt verwezen naar een veldnorm waarvan onduidelijk is wat de status is.	zie het antwoord bij volgnummer 6
69	Lidy van der Geest, Henny van de Laar (AVL), VHIG eis 3.1, pag 8/r. 4-6	<u>Onafhankelijke</u> positie t.o.v. andere afdelingen benoemen. Uit beroepsprofiel DI: In een organisatie moet de positie van de deskundige infectiepreventie zodanig zijn dat deze <u>onafhankelijk kan functioneren</u> , zonder tegenstrijdige belangen van lijn- of medisch management.	tekstueel aangepast, verduidelijkt Het is niet zozeer de <u>positie van de afdeling</u> die <u>onafhankelijk</u> moet zijn, die is juist per definitie wel afhankelijk. Zoals het beroepsprofiel aangeeft moet de afdeling IP en daarmee de medewerkers (DI en AM) wel zo 'ingebed' zijn in de organisatie dat deze medewerkers onafhankelijk kunnen <u>functioneren</u> .
70	Lidy van der Geest, Henny van de Laar (AVL), VHIG toelichting 3.3, pag 8/r. 48	taalkundige opm.: contact <u>en</u> personen →contactper-sonen	aangepast
71	Lidy van der Geest, Henny van de Laar (AVL), VHIG toelichting 3.4, Pag 9/r. 9	taalkundige opm.: word→ <u>wordt</u>	aangepast
72	Lidy van der Geest, Henny van	taalkundige opm.: behandel <u>l</u> centrum→ behandel <u>l</u> cen-	aangepast

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

DEEL A: MANAGEMENTVEREISTEN: Organisationsstructuur			
nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ commissie
	de Laar (AVL) toelichting 3.5, Pag 9/ r. 39	trum / hier mee → <u>hiermee</u>	
73	Lidy van der Geest, Henny van de Laar (AVL), VHIG toelichting 3.6, Pag 9/ r. 60	Houd de diverse competentie en ervaring bij in een registratie. vreemde formulering	aangepast
74	VHIG regio midden, M. van der Jagt UMCU (secretaris) eis 3.1, P 8, r 393	transparant Kan weg, voegt niets toe als het onderwerp al beschreven is. Geldt door het hele document.	aangepast, dit woord is op meerdere plekken verwijderd of vervangen
75	VHIG regio midden, M. van der Jagt UMCU (secretaris) eis 3.4, P 9	'heeft toegang tot' Niet alleen <u>labgegevens</u> , maar ook <u>EPD</u>	zowel eis als toelichting aangepast; uitleg opgenomen over toegang tot het EPD; zie verder het antwoord bij volnummer 66 en 86
76	VHIG regio midden, M. van der Jagt UMCU (secretaris) eis 3.5	Transparant kan weg	aangepast, zie ook het antwoord bij volnummer 74
77	VHIG regio midden, M. van der Jagt UMCU (secretaris) toelichting 3.5	aansturing door bijv. arts-microbioloog Dit is suggestief. Dit kan bijv. ook een (cluster) manager, directeur zijn. Gedeelte tussen haakjes verwijderen.	Dit kan suggestief overkomen, maar het is een <u>voorbeeld</u> en verduidelijkt de term <u>tandemmanagement</u> ; zie verder het antwoord bij volnummer 7 en 65 .
78	VHIG regio midden, M. van der Jagt UMCU (secretaris) toelichting 3.6	Procedure beëindigen einde dienstverband hoort bij P&O, schrappen.	tekstueel aangepast, verduidelijkt door introductie van de term 'eindgesprek'
79	Marissa Uljee, Erasmus MC, VHIG toelichting 3.3	(bijv. <u>risicoafdelingen zoals IC's / SEH / OK's, maar ook laboratoria, verpleegafdelingen, DSMH, Arbo-dienst, Materiaal Advies Commissie (MAC),</u>	aangepast, toegevoegd

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volgnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

DEEL B: EISEN GESTELD AAN DE WERKZAAMHEDEN			
nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ commissie
80	dr. R. van Mansfeld (VUMC), NVMM deel B, algemeen	Geen meerwaarde boven wat al in JCI normen staat.	zie het antwoord bij volgnummer 8
81	dr. Sunita Paltansing, Francis- cus, NVMM deel B, algemeen	De eisen gesteld aan de werkzaamheden zijn vooral geschreven voor de DI. Er zijn afdelingen waar de DSMH en DSRD binnen de afdeling infectiepreventie werkzaam zijn. De richtlijn alleen geschreven is voor een team Infectiepreventie waar DI, ondersteuners en artsen-microbiologen werkzaam zijn. Er wordt volledig aan voorbij gegaan dat er inmiddels vele afdelingen Infectiepreventie zijn die óók DSMH en DSRD binnen het team hebben. Het 1 ^e deel van de richtlijn is makkelijk te implementeren voor zowel DI/DSMH/DSRD, maar het 2 ^e deel (vanaf H4) is echt alleen op DI geschreven.	zie het antwoord bij volgnummer 4, 6 en 62 ; de taken van een DSMH of DSRD zijn zo specifiek en hoeven niet belegd te zijn bij een afdeling IP dat besloten is dit werkerrein niet als zodanig op te nemen in deze richtlijn
82	Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG deel B, algemeen	Ook even een positieve opmerking! Het inhoudelijk 'state of the art' houden van de protocollen en het tijdig reviseren zijn items die concreet meetbaar zijn en volledig in handen van de afdeling Infectiepreventie. Het feit dát er protocollen moeten zijn, wordt getoetst door JCI of NIAZ en dit staat ook niet in de KRIZ-norm. Dit lijkt mij een goed voorbeeld van toegevoegde waarde, waarbij sprake is van kwaliteitsverbetering en evt. prestatie indicatoren voor de afdeling Infectiepreventie. Evt. aan de toelichting toevoegen: Mogelijke indicatoren: percentage verlopen protocollen, doorlooptijd protocollen in concept.	zie het antwoord bij volgnummer 9
83	Gonny Moen, Amphia, VHIG eis 4.1 <u>infectiepreventierichtlijnen</u>	<i>"het inhoudelijk 'state of the art' houden en tijdig reviseren van het infectiepreventiebeleid."</i> → vervangen door: De afdeling draagt de professionele eindverantwoordelijkheid voor het inhoudelijk up to date houden en tijdig reviseren van het infectiepreventiebeleid <u>volgens de actuele professionele standaarden</u> .	aangepast, toegevoegd
84	Ilse Wolf, SKB Winterswijk, VHIG toelichting 4.1 <u>infectiepreventierichtlijnen</u>	<i>De afdeling heeft (...) infectiepreventierichtlijnen schriftelijk vastgelegd. Daarnaast is vastgelegd (...) de richtlijnen worden geaccordeerd, geïmplementeerd (...). Richtlijnen (...) worden adequaat beheerd middels een documentbeheersysteem en zijn voorzien van een geldigheidstermijn. De afdeling heeft gedefinieerd wanneer een richtlijn wordt herzien en hoe dit gebeurt. Belanghebbenden hebben de mogelijkheid opmerkingen te plaatsen bij de richtlijnen resp. hier vragen over te stellen. Met de afhandeling daarvan wordt adequaat omgegaan met terugkoppeling naar de belanghebbende.</i> Ik denk dat hier moet staan "infectiepreventie protocollen" Voor het ziekenhuis betreft het protocollen, geen richtlijnen.	leder ziekenhuis heeft eigen terminologie voor deze type documenten: protocollen, procedures dan wel richtlijnen. Dit kan blijkbaar verwarrend werken. De KRIZ-commissie verandert de titel dan ook weer terug naar 'infectiepreventiebeleid' en heeft zowel de eis als de toelichting aangepast. Dit onderdeel van de KRIZ omvat de taak van de afdeling IP om de infectiepreventieregels te 'vertalen' naar bruikbare informatie voor de instelling. Het staat de afdeling IP staat vrij hier zelf een vorm / invulling aan te geven. Dat kunnen zijn richtlijnen /

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volgnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

DEEL B: EISEN GESTELD AAN DE WERKZAAMHEDEN			
nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ commissie
			protocollen / werkprocedures, maar ook posters, folders etc.
85	Lidy van der Geest, Henny van de Laar (AVL), VHIG toelichting 4.1 <u>infectiepreventierichtlijnen</u>	taalkundige opm: om gezet → omgezet	aangepast
86	Marissa Uljee, Erasmus MC, VHIG toelichting 4.1 <u>infectiepreventierichtlijnen</u>	(...), waarbij o.a. de relatie duidelijk is met de andere organen / afdelingen die betrokken zijn (bijv. infectiepreventiecommissie, Directie / Raad van Bestuur, Stafconvent – zie ook paragrafen 3.1 en 3.2).” Moet de wijze waarop het werkerrein wordt betrokken ook vastgelegd worden? En betrokkenheid van bijvoorbeeld patiënten/cliëntenraad?	aangepast, toegevoegd
86	Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG eis en toelichting 5.1 <u>advisering</u>	Ik mis hierbij de <u>consultering</u> . De afdeling Infectiepreventie wordt regelmatig in consult gevraagd bij patiënten. Bij dit soort consulten wordt lang niet altijd advies gegeven dat afwijkt van het Infectiepreventiebeleid en waarbij dus verwijzing naar literatuur e.d. nodig is of versie-beheer moet worden bijgehouden. <u>Deze consulten worden geregistreerd in het elektronisch patiëntendossier</u> . Wel is hierbij de procedure ‘noteer & herhaal’ of SABAR belangrijk.	Zie ook het antwoord bij volgnummer 66 . Het is van belang dat duidelijk is dat er verschillende ‘typen’ advies zijn en dat per ‘type’ advies aan bepaalde (rand)voorwaarden wordt voldaan, o.a. waar en door wie het terug te vinden moet zijn. Consultering is zo’n bepaald type advies. De toelichting is verduidelijkt.
87	Lidy van der Geest, Henny van de Laar (AVL), VHIG toelichting 5.1 <u>advisering</u>	<i>o.a. het al dan niet verplichtende karakter</i> Wanneer zou een advies een <u>verplichtend</u> karakter kunnen hebben?	N.a.v. een besluit van de Infectiepreventiecommissie of Raad van Bestuur of indien iets uit wetgeving voortkomt (WGBO / medicatie desinfectantia) - dus bestaande regelgeving of afgesproken interne (instituut) regelgeving.
88	Lidy van der Geest, Henny van de Laar (AVL), VHIG toelichting 5.1 <u>advisering</u>	<i>De afdeling monitort de protocollaire verwerking van een advies binnen de instelling.</i> Hoever gaat dit? Afbakenen tov verantwoordelijkheid ontvangende afdeling? Is meenemen in audits voldoende, par 7.1?	Dat mag de afdeling IP zelf bepalen, als er maar over nagedacht wordt.
89	Lidy van der Geest, Henny van de Laar (AVL), VHIG toelichting 5.1 <u>advisering</u>	<i>Er zijn regelingen getroffen terzake de overdracht, invoering en evaluatie van adviezen.</i> Regelingen getroffen? Of beschrijven wie voor welk deel verantwoordelijk is?	aangepast; het dient herleidbaar te zijn voor wie het advies bestemd is en waar een advies terecht is gekomen, m.a.w., dit proces moet zijn ‘geborgd’
90	dr. R. van Mansfeld (VUMC), NVMM toelichting 6.1 <u>voorlichting en scholing</u>	Geen meerwaarde boven wat al in JCI normen staat	zie het antwoord bij volgnummer 8
91	Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG eis en toelichting 6.1 <u>voorlichting en scholing</u>	Hier is overlap met JCI en NIAZ. i.p.v. “... heeft een scholingsbeleid en draagt kennis over...” beter omschrijven als “De afdeling draagt zorg voor een inhoudelijk ‘state of the art’ scholingsprogramma en toets de doeltreffendheid van de kennisoverdracht.” M.a.w. leg de focus niet op het hebben van een scholingsprogramma (dat doen JCI en NIAZ al), maar op de <i>kwaliteit</i> van het scholingsprogramma.	zie het antwoord bij volgnummer 9 Het probleem is dat het moeilijk is in een richtlijn te vatten wat een kwalitatief <u>goed</u> scholingsprogramma is. Als we dáár nu eens de handen voor op elkaar krijgen kunnen we de eisen qua werkgebied echt ‘rendement’ geven.

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volgnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

DEEL B: EISEN GESTELD AAN DE WERKZAAMHEDEN			
nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ commissie
92	Gonny Moen, Amphia, VHIG eis 6.1 voorlichting en scholing	Verwijderen: <i>middels een gepast medium.</i>	aangepast
93	Marissa Uljee, Erasmus MC, VHIG toelichting 6.1 voorlichting en scholing	“Registreer en evalueer de kennisoverdracht”. Is de afdeling infectiepreventie verantwoordelijk voor het registreren van onderwijs? Of kun je hier aangeven dat de registratie van onderwijs verloopt volgens instellingsbeleid?	aangepast, toegevoegd (...) of ontvang de registratie en evaluatiegegevens volgens instellingsbeleid (...)
94	dr. R. van Mansfeld (VUMC), NVMM toelichting 7.1 controle en bewaking	Geen meerwaarde boven wat al in JCI normen staat	zie het antwoord bij volgnummer 8
95	Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG toelichting 7.1 controle en bewaking	Overlap met JCI / NIAZ. Toegevoegde waarde voor de KRIZ bv.: “De afdeling zorgt voor <i>deskundige</i> monitoring van het Infectiepreventiebeleid en <i>valideert</i> dit proces periodiek.” Deskundigen infectiepreventie zijn gekwalificeerd / getraind voor het uitvoeren van audits. Audits worden gevalideerd.	zie het antwoord bij volgnummer 9
96	Lidy van der Geest, Henny van de Laar (AVL), VHIG eis 7.1 controle en bewaking	‘ <i>Waar aangewezen</i> ’: dit is heel ruim omschreven. Specifieker maken? Bv. de afdeling initieert verbeteracties die op het terrein van de afdeling liggen (bv signalering in EPD, duidelijker beleid) en toetst verbeteracties waarvan de uitvoering onder verantwoordelijkheid van een andere afdeling valt	aangepast, tekst van de eis aangepast
97	Lidy van der Geest, Henny van de Laar (AVL), VHIG toelichting 7.1 controle en bewaking	<i>heeft een actieve rol in de controle en bewaking qua infectiepreventiebeleid</i> Taalkundige opm: qua → van het	aangepast
98	VHIG regio midden, M. van der Jagt UMCU (secretaris) toelichting 7.1 controle en bewaking	Hier kan ook zelfevaluatie door de zorgverlener in opgenomen worden.	De toelichting is een opsomming van <u>voorbeelden</u> , als afdeling dan wel instelling staat het je vrij om ook de zelfevaluatie nog toe te voegen.
99	dr. R. van Mansfeld (VUMC), NVMM toelichting 8.1 surveillance	Geen meerwaarde boven wat al in JCI normen staat	zie het antwoord bij volgnummer 8
100	Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG toelichting 8.1 surveillance	Veel overlap met JCI en NIAZ. Toegevoegde waarde voor KRIZ, zie bij controle en bewaking: deskundigheid, gekwalificeerde medewerkers, validatie van proces. Evt. zouden audits en infectieregistratie samengevoegd kunnen worden als 1 onderdeel ‘Controle en bewaking’.	zie het antwoord bij volgnummer 9
101	Gonny Moen, Amphia, VHIG toelichting 8.1 surveillance	Aanleveren prestatie indicatoren verantwoordelijkheid van infectiepreventie of van het specialisme? Let op de verschillende criteria bij indicatoren en dus uitkomsten. Appels en peren. Bijv. volgens meetbaar beter, Nederlandse hartregistratie, eigen surveillance data (PREZIES, CDC).	Geen aanpassing nodig. Er staat dat de rol moet worden vastgelegd niet hoe die ingevuld moet worden, dat staat een afdeling IP vrij.
102	Lidy van der Geest, Henny van	Taalkundige opm.: te lange zin. Voorstel punt achter ‘beschikbaar te komen’.	aangepast

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volgnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

DEEL B: EISEN GESTELD AAN DE WERKZAAMHEDEN			
nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ commissie
	de Laar (AVL), VHIG toelichting 8.1 <u>surveillance</u>		
103	VHIG regio midden, M. van der Jagt UMCU (secretaris) toelichting 8.1 <u>surveillance</u>	Op de hoogte van surveillanceactiviteiten, breder trekken naar andere registratie en complicatieregistraties. Dekt het woord surveillance activiteiten de lading voldoende? Graag verduidelijking. Monitoring? De afdeling is op de hoogte? Wat wordt hiermee bedoeld?	Geen aanpassing nodig. Toezicht houden betekent dat de afdeling moet weten wat er speelt.
104	Marissa Uljee, Erasmus MC, VHIG toelichting 8.1 <u>surveillance</u>	(...) <i>specifieke infecties</i> . Waarom wordt er bepaalde surveillance uitgevoerd? Wat wil de instelling meten en wanneer worden de surveillance activiteiten geëvalueerd?	tekstuele aanpassing: 'waarom' toegevoegd
105	dr. R. van Mansfeld (VUMC), NVMM toelichting 9.1 <u>uitbraakmanagement</u>	Geen meerwaarde boven wat al in JCI normen staat	zie het antwoord bij volgnummer 8
106	Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG toelichting 9.1 <u>uitbraakmanagement</u>	Ook overlap met JCI en NIAZ. De afdeling Infectiepreventie hoeft niet leidend te zijn. Organisatorische besluitvorming ligt in de lijn-organisatie bij het management en niet bij afdeling Infectiepreventie. Belangrijkste zijn de verbeterpunten voor de afdeling Infectiepreventie uit de evaluatie.	Het beroepsprofiel van de DI omschrijft het volgende: <i>De DI is in staat een outbreak en/of andere calamiteiten op het gebied van infectiepreventie te coördineren en maakt deel uit van het outbreakmanagementteam</i> ; Tekstuele aanpassing van eis 9.1: 'Leidende' vervangen in ' <u>coördinerende</u> '.
107	Gonny Moen, Amphia, VHIG toelichting 9.1 <u>uitbraakmanagement</u>	Dient onderdeel te zijn van integrale crisis beheersing van de instelling. Zodat management vd uitbraak volgens de vastgestelde procedures verloopt → borging	zie het antwoord bij volgnummer 106
108	dr. R. van Mansfeld (VUMC), NVMM eis 10.1 <u>reiniging, desinfectie, sterilisatie</u>	<i>De afdeling is voor zover van toepassing verantwoordelijk en/of betrokken bij het reinigings-, desinfectie- en sterilisatiebeleid van de instelling</i> . Vage bewoording, en geen concrete meerwaarde boven wat al in JCI normen staat.	'voor zover van toepassing verantwoordelijk en/of' is weggehaald uit de tekst van de eis; zie verder het antwoord bij volgnummer 8
109	Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG toelichting 10.1 <u>reiniging, desinfectie, sterilisatie</u>	Specifieke onderwerpen van het Infectiepreventiebeleid, zoals handhygiëne en isolatie, worden ook niet beschreven als norm in de KRIZ. Waarom reiniging, desinfectie en sterilisatie dan wel? Deze hele norm zou m.i. geschrapt kunnen worden. T.a.v. RDS voert de afdeling Infectiepreventie werkzaamheden uit, zoals protocollering, advisering, audits, e.d. De taken zijn dus al geborgd in de richtlijn.	Eens, maar omdat het veelal een gedeelde verantwoordelijkheid is met schoonmaakdienst, CSA, DSRD etc., wat niet het geval is bij handhygiëne en isolatie bijv. blijft het zo staan.
110	Gonny Moen, Amphia, VHIG toelichting 10.1 <u>reiniging, desinfectie, sterilisatie</u>	Tekstueel: scoopbeheersplan → <u>beheersplan flexibele endoscopen</u> .	aangepast
111	Lidy van der Geest, Henny van de Laar (AVL), VHIG toelichting 10.1 <u>reiniging</u>	De afdeling is betrokken bij het opstellen van het desinfectiebeleid en scoopbeheersplan ¹ en er zijn afspraken vastgelegd terzake de inspectie / controle hierop.	De voetnoot is verwijderd.

¹ zie Richtlijn controle op microbiologische veiligheid van thermolabiele flexibele hoog-risico gastro-intestinale endoscopen (website NVMM)

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volgnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

DEEL B: EISEN GESTELD AAN DE WERKZAAMHEDEN			
nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ commissie
	<u>desinfectie, sterilisatie</u>	Waarom wordt via een voetnoot verwezen naar de richtlijn scopen, terwijl er geen verwijzingen zijn bij andere onderwerpen?	
112	VHIG regio midden, M. van der Jagt UMCU (secretaris) toelichting 10.1 <u>reiniging, desinfectie, sterilisatie</u>	<i>schoonmaak ruimten</i> Toevoegen: materialen Hier is het woord 'verantwoordelijk' wel ingewikkeld; anders formuleren	aangepast
113	Marissa Uljee, Erasmus MC, VHIG toelichting 10.1 <u>reiniging, desinfectie, sterilisatie</u>	<i>De definities en verantwoordelijkheden op het gebied van reiniging, desinfectie en sterilisatie liggen vast,</i>	aangepast
114	Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG toelichting 11.1 <u>bouw, verbouw, nieuwbouw</u>	Zie opm. bij reiniging, desinfectie en sterilisatie (nr. 109).	Eens, maar omdat het veelal een gedeelde verantwoordelijkheid is met gebouwenbeheer en afdeling techniek, etc., wat niet het geval is bij handhygiëne en isolatie bijv. blijft het zo staan.
115	Gonny Moen, Amphia, VHIG toelichting 11.1 <u>bouw, verbouw, nieuwbouw</u>	Naast adviserende en controlerende rol <u>ook een scholingstaak</u> aan uitvoerders (in-extern)	Dit wordt niet overgenomen, geen scholing nodig. Dit zijn afspraken die opgevolgd moeten worden. Vaak weten de technische mensen beter hoe het moet worden uitgevoerd.
116	Gonny Moen, Amphia, VHIG toelichting 11.1 <u>bouw, verbouw, nieuwbouw</u>	Bij iedere verbouw wordt vooraf een risico assessment uitgevoerd (risicomatrix), waarop de te nemen infectiepreventie maatregelen worden afgestemd. Uitkomst wordt vastgelegd (werkvergunning).	Dit wordt niet overgenomen. In de toelichting staat dat de afdeling reeds in het vlekkenstadium betrokken is en vooraf in een pakket van eisen voorziet. Daarmee hangt samen dat de afdeling op de hoogte is van wanneer welke maatregelen nodig zijn. Binnen de richtlijn dient de vrijheid bewaard te worden hoe dat in te vullen.
117	Gonny Moen, Amphia, VHIG toelichting 11.1 <u>bouw, verbouw, nieuwbouw</u>	De afdeling infectiepreventie stelt bij (ver-/ nieuwbouw een programma van eisen op op basis van de geldende richtlijnen en professionele standaarden. De afdeling infectiepreventie toetst de uitvoering. Bepaald of validatie en vrijgave voor oplevering/ ingebruikname vereist is	Dit wordt niet overgenomen. Is onderdeel van het pakket van eisen. Als dat nodig is afspraken maken en controlerende taak uitvoeren.
118	Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG toelichting 12.1 <u>water- en luchtbeheersing</u>	Zie opm. bij reiniging, desinfectie en sterilisatie (nr. 109). Een aanvulling kan zijn dat 'De afdeling, indien van toepassing, zorg draagt voor het monitoren van lucht- en legionella-beheersing, o.a. bij bouw en renovatie werkzaamheden.' Mogelijk als onderdeel van Controle en bewaking.	Dit wordt niet overgenomen, zie verder het antwoord bij volgnummer 109 .
119	Gonny Moen, Amphia, VHIG toelichting 12.1 <u>water- en luchtbeheersing</u>	Legionellabestrijding vervangen door <u>Legionella beheersing</u>	aangepast
120	Kim van der Laan, NWZ, VHIG toelichting 12.1 <u>water- en</u>	Voorstel is om dit anders te beschrijven. Het gaat erom dat dit in de organisatie juist belegd en geborgd is. Dat infectiepreventie betrokken wordt bij calamiteiten, en daar	tekstuele aanpassing <i>"De taakverdeling en verantwoordelijkheden voor ont-</i>

gelijksortig commentaar is gebundeld; bij verwijzing naar een eerdere beantwoording is het volgnummer aangeven, een **groen veld** heeft geleid tot wijziging van de KRIZ

DEEL B: EISEN GESTELD AAN DE WERKZAAMHEDEN			
nr.	van wie, betreft	commentaar	verwerking door KRIZ commissie
	<u>luchtbeheersing</u>	een adviserende rol bij heeft moet beschreven zijn, maar daarbuiten kan het beheer bij een andere partij dan infectiepreventie liggen.	<u>wikkeling, uitvoering en borging zijn vastgelegd.</u>
121	VHIG regio midden, M. van der Jagt UMCU (secretaris) toelichting 12.1 <u>water- en luchtbeheersing</u>	<i>De afdeling behandelt het concept risicobeheersplan en past dit zo nodig aan</i> Onduidelijk wat behandelen inhoudt, impliceert dat de afdeling dit doet ipv de TD. Zin verwijderen. Taakverdeling én verantwoordelijkheden zijn vastgelegd	tekstuele aanpassing <i>De afdeling is betrokken bij de ontwikkeling van het risicobeheersplan en past dit zo nodig aan.</i>
122	Marissa Uljee, Erasmus MC, VHIG toelichting 12.1 <u>water- en luchtbeheersing</u>	<i>De afdeling is betrokken ter zake o.a. Legionellabestrijding en luchtbeheersing (operatiekamercomplex en isolatiekamers).</i>	aangepast
123	Dianne van de Pas, Jeroen Bosch Ziekenhuis, VHIG toelichting 13.1 <u>inkoop en gebruikstrajecten</u>	lets toevoegen in de norm dat dit betrekking heeft op ziekenhuisbrede voorzieningen en middelen om het Infectiepreventiebeleid adequaat uit te kunnen voeren.	Geen wijziging, het is logisch dat het ziekenhuisbreed is indien het IP aangaat.
124	Lidy van der Geest, Henny van de Laar (AVL), VHIG toelichting 13.1 <u>inkoop en gebruikstrajecten</u>	O.i. moet het <u>Convenant veilige toepassing medisch technologie</u> hier genoemd worden	aangepast, is toegevoegd
125	dr. R. van Mansfeld (VUMC), NVMM eis 14.1 <u>wetenschappelijk onderzoek</u>	Dit geldt toch voor iedereen via <u>de wet en regelgeving</u> . Dat zou je toch niet als norm apart moeten benoemen?	aangepast, de verwijzing naar de wet- en regelgeving is uit de eis verwijderd
126	Lidy van der Geest, Henny van de Laar (AVL), VHIG toelichting 14.1 <u>wetenschappelijk onderzoek</u>	Taalkundige opm: confirmeert → conformeert	aangepast