

Kwaliteitsrichtlijn voor Infectiepreventie in Ziekenhuizen (KRIZ)

versie 3.1, maart 2021

VHIG: bestuurlijk goedgekeurd per 01-12-2020 en na overleg VHIG-bestuur definitief per 06-03-2021
NVMM: goedgekeurd in de ALV van november 2019 en bestuurlijke goedkeuring per sept. 2020

deze richtlijn is tot stand gekomen onder redactie van de KRIZ-commissie,
samengesteld uit leden van de VHIG en NVMM

KRIZ-commissie

mevr. M. Mes, deskundige infectiepreventie, Tensen & Nolte
mevr. L.J.W. ten Horn-van Kreijl BSc, deskundige infectiepreventie, Universitair Medisch Centrum Groningen
mevr. G. Stoffer BSc, deskundige infectiepreventie, Ziekenhuis St. Jansdal
mevr. dr. A. Troelstra, arts-microbioloog, Universitair Medisch Centrum Utrecht
mevr. prof. dr. M.C. Vos, arts-microbioloog, Erasmus MC

meelezers

mevr. K. van der Laan, deskundige infectiepreventie, Noordwest Ziekenhuis Groep
mevr. I. de Wolf, deskundige infectiepreventie, Streekziekenhuis Koningin Beatrix Winterswijk
mevr. M. Uljee, deskundige infectiepreventie, Erasmus MC
mw. M. de Koning, deskundige infectiepreventie, Haaglanden MC

3^e druk, 2021

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, definities en termen	5
DEEL A MANAGEMENTVEREISTEN	6
1 beleidscyclus	6
2 kwaliteitsmanagementsysteem	7
3 organisatiestructuur	8
DEEL B EISEN GESTELD AAN DE WERKZAAMHEDEN	10
4 infectiepreventiebeleid	10
5 advisering	10
6 voorlichting en scholing	10
7 controle en bewaking	11
8 surveillance	11
9 uitbraakmanagement	11
10 reiniging, desinfectie, sterilisatie	11
11 bouw, verbouw, nieuwbouw	12
12 water- en luchtbeheersing	12
13 inkoop- en gebruikstrajecten	12
14 wetenschappelijk onderzoek	12

VOORWOORD

Het continue streven naar verbeteringen in de patiëntenzorg heeft binnen de gezondheidssector geleid tot een diversiteit aan normen, richtlijnen en interpretatiedocumenten. Enerzijds in de vorm van toetsingskaders bij certificerings- of accreditatietrajecten (NIAZ Global/Qmentum, JCI, ISO) dan wel als 'veldnorm' die bij inspecties gebruikt kunnen worden (bijv. nationale richtlijnen over infectiepreventie).

Hoewel er op diverse manieren aandacht is voor infectiepreventie was er nog géén praktisch kwaliteitskader voor de kwaliteit en organisatie van de werkzaamheden van de infectiepreventie *professionals*. Dat zijn in dit geval artsen-microbioloog en deskundigen infectiepreventie die samen het infectiepreventiebeleid uitwerken en implementeren.

In 2006 hebben de beroepsverenigingen VHIG (Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg) en NVMM (Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie) een commissie opgericht met als doel het opstellen van een beroepsinhoudelijk interpretatiedocument. Dit resulteerde in 2008 in de **Kwaliteitsrichtlijn voor Infectiepreventie in Ziekenhuizen** (KRIZ), gericht op de kwaliteit van **organisatie-eenheden Infectiepreventie** ('afdelingen Infectiepreventie') van algemene, academische en categorale ziekenhuizen. De benadering van deze richtlijn is, in tegenstelling tot de *top-down* aanpak van bijv. JCI en NIAZ vanuit instellingsperspectief, *bottom-up* vanuit de infectiepreventie professionals.

Tot medio 2016 zijn er visitaties uitgevoerd met de KRIZ-richtlijn als toetsingskader. Sinds 2017 is de KRIZ opgehouden te bestaan als visitatiecommissie en doorgestart als richtlijncommissie met als belangrijkste taken:

- het beheren, updaten en optimaliseren / reviseren van de KRIZ richtlijn
- het in kaart brengen en evalueren van de verschillen en overeenkomsten tussen de KRIZ en andere infectiepreventienormen en richtlijnen
- het in overleg treden met de diverse normerings- / visitatie- / accreditatiegremia om tot een eenduidige invulling van infectiepreventienormen in Nederland te komen

Voor de artsen-microbioloog is het visiteren op infectiepreventiegebied belegd bij de beroepsvisitation (Algemene Visitation Commissie) van de NVMM. Voor de deskundigen infectiepreventie is een dergelijke constructie (nog) niet voorzien. De KRIZ-commissie blijft, zie ook de taakstelling hierboven, met de diverse gremia in gesprek om tot een goede inbedding van de KRIZ als toetsingskader bij visitaties te komen.

De kracht van deze richtlijn is de benadering van infectiepreventie als vakgebied van enerzijds deskundigen infectiepreventie en anderzijds artsen-microbioloog. De focus is dan ook verschoven met deze derde versie van de richtlijn: 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.

Overlapping met normen die reeds de organisatiekant van infectiepreventie belichten (ziekenhuisbrede normensets) is onvermijdelijk, de KRIZ is **complementair**. De lezer kan elementen in de KRIZ ervaren als 'overbodig' daar waar deze tevens zijn belegd in bijv. JCI of NIAZ Global/Qmentum. Het is echter belangrijk vast te stellen dat o.a. NIAZ haar normen mede heeft geformuleerd op basis van deze KRIZ. De KRIZ fungeert als grondslag, gemaakt door en voor de professionals infectiepreventie zelf.

Deze richtlijn, en infectiepreventie, is de gedeelde verantwoordelijkheid van de professionals werkend in het vakgebied van infectiepreventie. We doen een beroep op u als gebruiker van deze richtlijn om eventueel commentaar, aanvullingen en suggesties voor verbetering aan ons toe te zenden (krizcommissie@gmail.com).

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. 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.

LEESWIJZER

De richtlijn bestaat uit twee delen, de managementeisen (deel A) en eisen gesteld aan de werkzaamheden (deel B)..

De **eis**, vetgedrukt en voorzien van een volgnummer, beschrijft het te bereiken doel. De **toelichting**, met een kleiner lettertype eronder, biedt ondersteuning voor het interpreteren van de eis en geeft handvatten om tot invulling te komen.

De doelgroep van deze richtlijn – een organisatie-eenheid (d.w.z. afdeling, dienst, team, unit of andere samenstelling van medewerkers die zich bezig houdt met het vakgebied infectiepreventie) – is in de tekst aangeduid met de term **afdeling**. Naast de deskundigen infectiepreventie en artsen-microbioloog behoren hiertoe ook organisatorisch ondersteunende medewerkers, zoals bijv. administratief medewerker, kwaliteitsmedewerker of ICT'er. De 'afdeling' kan dus in grootte variëren en zal dikwijls deel uitmaken van een instelling.

Met de term **instelling** wordt de zorginstelling bedoeld waarvan de afdeling onderdeel uitmaakt of waarvoor men conform overeenkomst infectiepreventie werkzaamheden uitvoert, dus een ziekenhuis dan wel academisch medisch centrum, al dan niet met diverse vestigingen / locaties.

AFKORTINGEN, DEFINITIES EN TERMEN

afkortingen

ABR	AntiBiotica zorgRegio
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
DSMH	Deskundige Steriele Medische Hulpmiddelen
DSRD	Deskundige Scopen Reiniging en Desinfectie
fte	fulltime-equivalent; rekeneenheid waarmee functie-omvang / personeelssterkte wordt uitgedrukt
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IPB	InfectiePreventie en -Bestrijding
JCI	Joint Commission International, internationaal door de WHO erkend accreditatieorgaan voor de gezondheidszorg met een eigen normenset
MAC	Materiaal Advies Commissie
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (zie ook Qmentum)
NVMM	Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie
PBM	Persoonlijke Beschermings Middelen
PDCA	Plan, Do, Check, Act - proces van continu verbeteren
Qmentum	internationaal normenkader gehanteerd door NIAZ, gebaseerd op het model over van Accreditation Canada International
SFERD	Stuurgroep Flexibele Endoscopen Reiniging en Desinfectie
VHIG	Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg

definities en termen

accreditatie

procedure waarbij een gezaghebbende instelling formele erkenning verstrekt dat een organisatie competent is om specifieke taken uit te voeren

audit

toetsing aan vooraf gestelde normen (eisen) door het gebruik van kwalitatieve methoden zoals interviews, documentanalyses en observaties om tot een objectieve beoordeling te komen

incidentie

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

inspectie

ambtelijk onderzoek van overheidswege, waarmee gecontroleerd en beoordeeld wordt of de wet- en regelgeving nageleefd worden

interventie

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

kwaliteitsmanagementsysteem

managementsysteem om een organisatie te leiden en te beheersen met betrekking tot kwaliteit

kwaliteit

mate waarin een aantal inherente karakteristieken aan eisen voldoet

kwaliteitsbeleid

algehele voornemen en koers met betrekking tot kwaliteit, zoals formeel kenbaar gemaakt door het management

kwaliteitsborging

geheel van alle geplande en systematische acties benodigd om in voldoende mate het vertrouwen te geven dat een product of dienst voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen

managementreview

toetsing / formele evaluatie van het (kwaliteits)beleid door het management of de doelstellingen en plannen daadwerkelijk uitgevoerd zijn (ook wel managementbeoordeling genoemd)

prestatie-indicator

een variabele die inzicht geeft in de prestatie van de afdeling of organisatie om vast te kunnen stellen of de doelstelling wordt behaald; wordt kwantitatief of kwalitatief weergegeven

prevalentie

aantal bestaande gevallen (bijv. 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

deel A MANAGEMENTVEREISTEN

1 BELEIDSCYCLUS

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

toelichting

Een missie is waarvoor men staat (bestaansgrond), geredeneerd vanuit de waarden en identiteit van de afdeling dan wel instelling. Een visie omvat de toekomstplannen en hetgeen men wil bereiken, en geeft richting aan hoe het voorgenomen succes te behalen. Van een visie en missie gaat een inspirerende werking uit en deze vormen het fundament van het strategisch beleid. Vastlegging kan plaatsvinden via bijv. een kwaliteitshandboek, visiedocument en/of beleidsplan.

1.2 De afdeling heeft een strategisch meerjarenbeleid, (jaar)doelstellingen en prestatie-indicatoren geformuleerd met oogmerk continue verbetering, zowel ter zake kwaliteitsmanagement als het werkkerrein.

toelichting

Zorg dat de onderlinge samenhang tussen meerjarenplan en een jaarplanning duidelijk is. Formuleer doelstellingen SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Resultaatgericht, Tijdsgebonden). Maak het verschil dan wel de samenhang duidelijk tussen intern beleid van de afdeling zelf en extern beleid voor de instelling. Houd hierbij rekening met taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden t.a.v. dat beleid, zie verder paragraaf 3 'organisatiestructuur'.

1.3 Het afdelingsbeleid wordt ontwikkeld op basis van instellings- en afdelingsprioriteiten, wetenschappelijk bewijs en best practices en wordt uitgedragen door het management.

toelichting

Leg schriftelijk vast hoe beleidsontwikkeling op het gebied van infectiepreventie is geregeld op afdelingsniveau en in de instelling als geheel, o.a. de verantwoordelijkheden. Wat is bijv. de rol van de afdeling, en welke rol vervult de infectiepreventiecommissie, en de Directie / Raad van Bestuur. Voorkom discrepanties tussen het beleid van de afdeling en instelling als geheel.

1.4 Het afdelingsmanagement benoemt en vervult de noodzakelijke randvoorwaarden om het afdelingsbeleid ten uitvoer te kunnen brengen en de doelen te kunnen behalen.

toelichting

Houd rekening met het feit dat de afdeling voor realisering van het beleid afhankelijk is van samenwerking binnen de instelling. Zorg voor ondersteuning vanuit de instelling door hier adequaat over te communiceren en verantwoordelijkheden vast te leggen middels een communicatieplan. Om beleid tot uitvoer te brengen en doelen te behalen dient de afdeling over voldoende formatie te beschikken (zie §3.6). Tevens dienen er voldoende financiële middelen te zijn voor scholing, automatisering etc. - stel waar nodig een businesscase op.

1.5 Het beleid en de uitkomsten van prestatie-indicatoren worden geëvalueerd, waarna indien nodig (her)prioritering dan wel bijstelling plaatsvindt, mede op basis van risicoanalyses en verbeterignalen. De resultaten van deze evaluaties worden gecommuniceerd aan de belanghebbenden.

toelichting

Leg de beoordeling ter zake de beleidsuitvoering ('managementreview') schriftelijk vast. Leg van prestatie-indicatoren de frequentie van evaluatie vast en ook door wie de evaluatie dient te worden uitgevoerd. Alle relevante onderwerpen dienen aan bod te komen, waaronder (maar niet gelimiteerd tot):

- voortgang van beleid / doelstellingen
- personele / financiële bedrijfsvoering
- kwaliteit (o.a. resultaten uit audits / visitaties / inspecties, meldingen, medewerker- en klanttevredenheid)
- uitkomsten van prestatie-indicatoren qua werkkerrein (bijv. surveillance, uitbraakmanagement, handhygiëne)

Leg vast hoe en door wie de resultaten worden gecommuniceerd.

2 KWALITEITSMANAGEMENTSYSTEEM

2.1 De afdeling heeft een kwaliteitsmanagementsysteem ingericht, gedocumenteerd en geïmplementeerd - toegesneden op de aard en reikwijdte van het werkterrein en met in acht name van de van toepassing zijnde wet- en regelgeving, richtlijnen en gedragscodes.

toelichting

Zorg dat de instelling het kwaliteitsmanagementsysteem erkent en ondersteunt (intentieverklaring). Beschrijf de reikwijdte van het kwaliteitssysteem: voor welk onderdeel / welke processen is het bestemd. Verantwoord uitsluitingen – geef aan waarom werkzaamheden, medewerkers en/of locaties géén onderdeel zijn van het kwaliteitssysteem. Houd rekening met van toepassing zijnde (inter)nationale wet- en regelgeving, maar ook regionale en lokale afspraken, bijv. regels die de instelling zelf heeft opgesteld. Leg de inrichting van het systeem vast in een kwaliteitshandboek, verwijs indien mogelijk naar ziekenhuisbrede kwaliteitsdocumenten. Besteed o.a. aandacht aan:

- beleids- en PDCA-cyclus (kwaliteitscontrole en –beheer)
- organisatiestructuur (organogram) – zie verder ook paragraaf 3
- het werkterrein (op hoofdlijnen, zie deel B)
- personele bedrijfsvoering
- financiële bedrijfsvoering (beslissings-/tekenbevoegdheid, financiële onafhankelijkheid, contractbeheer, uitbesteding werkzaamheden)
- huisvesting / voorzieningen (toegangsbeheer, infrastructuur, inrichting werkruimte / werkplek, vluchtwegen / noodvoorzieningen, schoonmaak / onderhoud)
- beheer apparatuur, software en goederen (o.a. inkoop, voorraadbeheer, afvoerbeleid, validatie, toegangsrechten)
- veiligheidsbeleid (Arbo, ontruimingsprocedure, rol bij calamiteiten)
- integriteitsbeleid (verwerking persoonsgegevens (AVG), wetenschappelijke integriteit, intellectueel eigendom, omgangsvormen zoals bejegening van zorgmedewerker en patiënt, klokkenluidersregeling)
- communicatiebeleid (hoe om te gaan met vrijgave van informatie, hoe bepaalde doelgroepen te benaderen)

Leg vast wie verantwoordelijk is voor welk (onderdeel van) het kwaliteitsmanagementsysteem en het hierin vastgelegde (kwaliteits)beleid en hoe dit gecommuniceerd en geïmplementeerd wordt op de afdeling en daarbuiten. Leg tevens vast wie er 'klant' is met het oog op de dienstverlening, bijv. de patiënt / medewerker / maatschappij etc.

2.2 De afdeling legt haar interne kritische processen en handelingen schriftelijk vast. De afdeling beschikt over een documentbeheersysteem dat praktisch en eenvoudig toegankelijk is voor de belanghebbenden. Kwaliteitsdocumenten zijn actueel, geautoriseerd en geïmplementeerd, worden tijdig en structureel geëvalueerd en herzien.

toelichting

LET OP: het betreft de vastlegging van de interne afdelingsactiviteiten; voor het maken van infectiepreventiebeleid middels richtlijnen / protocollen voor de instelling zie hoofdstuk 4. De afdeling legt haar (kritische) processen en werkzaamheden vast middels werkvoorschriften (kwaliteitsdocumenten). Een kwaliteitsdocument dient o.a. voorzien te zijn van schriftelijke of digitale autorisatie, een titel, standaard opmaak, unieke identificatie (documentcode), versienummer, paginanummer, en datum huidige uitgave. Per document is herleidbaar wie (eind)verantwoordelijk is voor het opstellen, de verificatie, autorisatie, evaluatie en herziening en is duidelijk wat de geldigheids- en bewaartermijn is. De afdeling draagt er zorg voor dat de documenten beheerd worden (versiebeheer, vastlegging wijzigingen t.o.v. voorgaande versies, archivering) en goed vindbaar zijn voor de belanghebbenden. Er is een actueel overzicht van geldige kwaliteitsdocumenten, vervallen documenten worden herleidbaar gearchiveerd. Beschrijf de type kwaliteitsdocumenten, bijv. kwaliteitshandboek, interne werkvoorschriften (werkstructuur / handleiding / SOP), formulieren, bijlagen, logboeken. Naast kwaliteitsdocumentatie is binnen een kwaliteitssysteem sprake van documentatie / data die wel tot het kwaliteitssysteem behoren maar niet als zodanig opgenomen zijn in een documentbeheersysteem, bijv. personeelsdossiers, werkregistraties van prevalentiestudies, notulen en adviezen. Ook deze gegevens dienen adequaat beheerd te worden.

2.3 Het kwaliteitsmanagementsysteem wordt onderhouden, getoetst, geëvalueerd en verbeterd. De afdeling doorloopt zowel qua kwaliteitsmanagementsysteem als werkterrein de PDCA-cyclus om de kwaliteit te verbeteren en te borgen. Men neemt actief deel aan activiteiten voor continue verbetering.

toelichting

De afdeling heeft een systeem van uitvoeren van interne audits op de processen binnen de afdeling en er is sprake van een actief meldingsproces. Meldingen kunnen afkomstig zijn van buitenaf (patiënt, instellingsmedewerker) maar ook vanuit de afdeling zelf. Er is een duidelijk onderscheid in het type melding (bijv. klacht, incident/calamiteit patiëntenzorg, verbeteringsuggestie) en de wijze van afhandeling, waarbij rekening is gehouden met een evt. wettelijke registratieplicht, is schriftelijk vastgelegd. Een Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E) is uitgevoerd en deze wordt tijdig geactualiseerd. De afdeling voert periodiek medewerker- en klanttevredenheidsonderzoeken uit. De afdeling participeert in externe visitatiedan wel accreditatietrajecten (bijv. JCI, NIAZ/Qmentum, beroepsvisitatie NVMM, inspectie door IGJ).

3 ORGANISATIESTRUCTUUR

3.1 De positie van de afdeling binnen de instelling is weergegeven in een organogram, en de rol van de afdeling ter zake het instellingsbrede infectiepreventiebeleid is schriftelijk vastgelegd.

toelichting

Duidelijk moet zijn wie (eind)verantwoordelijk is ter zake infectiepreventie, op welk (instellings)niveau, en wie de besluiten neemt. De afdeling moet er voor zorgen 'in the lead' te zijn en dusdanig organisatorisch in de instelling te zijn ingebed dat de medewerkers (DI en AM) kunnen functioneren conform de eisen uit het beroepsprofiel en hun verantwoordelijkheden kunnen 'dragen'. Uit het organogram (of organogrammen) kan o.a. de hiërarchische lijn naar voren komen – waar valt de afdeling onder. Het moet duidelijk zijn hoe het aandachtsgebied infectiepreventie binnen zorgafdelingen belegd is, wat is het mandaat van de afdeling binnen die zorgafdelingen (adviserend, signalerend, aansturend). Indien instellingsaangelegenheden zoals Arbo en/of DSMH / DSRD onderdeel uitmaken van de afdeling Infectiepreventie, leg dit vast in het organogram en leg de rollen en verantwoordelijken vast. Welke organen hebben verder een rol ter zake infectiepreventie, denk bijv. aan een afdeling Kwaliteit op instellingsniveau, een afdeling Arbo, een Facilitair Bedrijf, maar ook organen als een Stafconvent en natuurlijk de Directie / Raad van Bestuur. Leg de participatie in commissies / overlegvormen op instellingsniveau en met externe partners vast. Zorg dat inzichtelijk is wat de rol is van de afdeling in het kader van instelling brede prestatie-indicatoren en (implementatie van) instellingsbrede kwaliteitsnormen ter zake infectiepreventie.

Borg dat infectiepreventiebeleid in een zodanig gremium (instellingsbreed) wordt vastgesteld dat het rechtstreeks voor accordering aangeboden kan worden aan de Directie / Raad van Bestuur, bijv. via een infectiepreventiecommissie. De positie, inrichting en samenstelling van dit gremium dient adequaat te zijn en vastgelegd middels een reglement.

3.2 De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden met betrekking tot de werkterreinen van de afdeling zijn afgebakend. Het is inzichtelijk op basis van welk (normen)kader / professionele standaard de afdeling handelt.

toelichting

Voor elke belanghebbende is duidelijk wat wel en wat niet tot het werkterrein van de afdeling behoort en vanuit welk kader de afdeling de werkzaamheden wel of niet verricht (bijv. wettelijke plicht¹, eisen voortkomend uit het beroepsprofiel [deskundige infectiepreventie](#)² / [arts-microbioloog](#)³, veldnormen / professionele standaarden, instellingsbeleid en best practices). Bij werkzaamheden die grenzen aan de werkzaamheden van een andere afdeling of instellingsorgaan is schriftelijk vastgelegd wat men over en weer doet (bijv. middels een Service Level Agreement), hetgeen adequaat is gecommuniceerd met de relevante partijen binnen de instelling en periodiek wordt geëvalueerd. Denk o.a. aan een Arbo, Technische Dienst, Facilitair Bedrijf, DSMH, DSRD.

3.3 De interne organisatie van de afdeling is weergegeven in een organogram. De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van medewerkers alsmede de hiërarchische en operationele verhoudingen onderling zijn schriftelijk vastgelegd.

toelichting

De interne organisatie van de afdeling is duidelijk. De arts-microbioloog en deskundige infectiepreventie handelen als zorgverlener in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid (zie ook 3.2). De medisch-inhoudelijke eindverantwoordelijkheid op het gebied van infectiepreventie ligt bij de arts-microbioloog. De hiërarchische eindverantwoordelijkheid over de afdeling ligt bij een adequaat gepositioneerde leidinggevende. Indien sprake is van het delegeren dan wel mandateren van verantwoordelijkheden is dit beargumenteerd en schriftelijk vastgelegd. 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. Daarnaast zijn de interne overlegvormen vastgelegd: wat zijn de contactmomenten, en waar en door wie worden besluiten genomen en op welke wijze.

Elke medewerker heeft een functieomschrijving, en eventuele nevenfuncties en aandachtsgebieden zijn beschreven. Bij de beschrijving van de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de diverse medewerkers binnen de afdeling (o.a. deskundige infectiepreventie, arts-microbioloog, maar bijv. ook ondersteunende functies zoals administratief medewerker) dient duidelijk te zijn hoe deze zich tot elkaar verhouden in het kader van het uitvoeren van de activiteiten (zie deel B). Wat behoort tot de (eind)verantwoordelijkheid van de deskundige infectiepreventie en wat tot dat van de arts-microbioloog, enerzijds uit oogpunt van diens professionele achtergrond ('beroep') maar ook uit oogpunt van de betreffende hiërarchische lijn.

Indien sprake is van nevenwerkzaamheden die niet tot het primaire takenpakket horen (bijv. DSMH / Arbo, secretariële / ICT-ondersteuning) of werkzaamheden voor andere instanties (bijv. verpleeg-/verzorgingstehuis / revalidatiecentrum / zelfstandig behandelcentrum) – leg deze goed vast en formuleer beleid hoe hiermee om te gaan in relatie tot de primaire werkzaamheden van de afdeling voor de instelling.

¹ zie o.a. Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

² Beroepsprofiel Deskundige Infectiepreventie (website VHIG)

³ Beroepsprofiel arts-microbioloog (website NVMM)

3.4 De afdeling onderhoudt periodiek en adequaat contact met haar partners binnen en buiten de instelling ter communicatie, implementatie, monitoring en evaluatie van het infectiepreventiebeleid.

toelichting

De afdeling participeert in commissies en overlegvormen om het infectiepreventiebeleid tot uitvoering te brengen en bij te sturen waar nodig. Voorbeelden hiervan zijn een infectiepreventiecommissie, bouw-, kwaliteits-, protocollencommissie, en al dan niet stelselmatige contacten met individuele zorgafdelingen, maar ook regionale en landelijke overlegvormen. 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, Materiaal Advies Commissie (MAC), Facilitair Bedrijf, Huisvesting). De diverse contacten worden onderhouden, waarbij aandacht is voor o.a. de instelling van contactpersonen, de initiëring van het contact (door de klant of door de afdeling) en de frequentie en wijze van contact. Van commissies / overlegvormen zijn de belangrijkste aspecten (al dan niet in de vorm van een reglement) schriftelijk vastgelegd:

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

Aanvullend profileert de afdeling zich binnen de instelling en daar buiten: men is (her)kenbaar en bereikbaar voor belanghebbenden. Leg samenwerkingsverbanden vast, bijv. met andere zorginstellingen, de GG&GD, RIVM, antibiotica zorgregio (ABR).

3.5 De afdeling heeft toegang tot de voor de afdeling noodzakelijke gegevens, zowel vanuit het laboratorium als vanuit de instelling.

toelichting

Beschrijf de relatie van de afdeling tot het medisch microbiologisch laboratorium. Is dit laboratorium onderdeel van de instelling (zie §3.1) of is sprake van een externe partij? Draag zorg voor een 24u/7dagen-regeling dan wel directe toegang tot uitslagen alsmede borging van de algemene communicatie / informatieoverdracht op infectiepreventiegebied. Hoe en op welk moment in het diagnostisch traject wordt er informatie doorgegeven, welke automatische 'alerts' zijn er, tot welke ICT-systemen heeft de afdeling toegang om zelf informatie te vergaren. Hoe betrekken afdeling en laboratorium elkaar bij de wijziging van procedures of laboratoriumprocessen waar de afdeling 'belanghebbend' bij is en invloed op moet kunnen uitoefenen (bijv. het introduceren van versnelde of verbeterde diagnostiek, het doorgeven van meldingsplichtige infectieziekten, en bij software updates en/of de aankoop en het uittesten van nieuwe software).

De afdeling heeft tevens toegang tot het EPD van de betreffende instelling waar nodig. De rechten omtrent het gebruik en de inzage van deze instellingssystemen is vastgelegd.

3.6 De continuïteit van werkzaamheden is geborgd door aanstelling van voldoende, competente medewerkers en de implementatie van een waarnemings-, vervangings- en bereikbaarheidsregeling.

toelichting

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 de (her)registratie. De afdeling committeert zich aan het uitdragen van de veldnorm⁴ ter zake het benodigde aantal fte en houdt het benodigde aantal fte op peil. De afdeling voorkomt onnodige fysieke dan wel psychische werkdruk.

De deskundige infectiepreventie is ingeschreven in het kwaliteitsregister van de VHIG. Een medewerker moet 'aantoonbaar' competent zijn en blijven. Zorg voor een adequate aanstellings- en inwerkprocedure, en waar van toepassing voor een adequaat opleidingsbeleid (o.a. erkend door het College Zorg Opleidingen (CZO) en conformerend aan de door de CZO / VHIG [gestelde eisen](#)). Borg de infectiepreventiekennis van de medewerkers, faciliteer de toegang tot vakliteratuur en andere relevante vakinhoudelijke informatie, en zorg voor voldoende interne na- en bijscholing en de mogelijkheid tot het volgen van cursussen en het bijwonen van symposia e.d. (mede om de registratie te behouden). Leg de competentie en ervaring van de medewerkers vast in een registratie en houd deze bij. Draag zorg voor periodieke jaar- / functioneringsgesprekken, beoordelings- / voortgangsgesprekken en een procedure hieromtrent. Stel voorwaarden aan het zelfstandig mogen uitoefenen van de functie (zoals het draaien van diensten). Draag zorg voor de uitvoering van een eindgesprek bij einde van een dienstverband.

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. Vandembroucke-Grauls, 2006

deel B EISEN GESTELD AAN DE WERKZAAMHEDEN

4 INFECTIEPREVENTIEBELEID

4.1 De afdeling is verantwoordelijk voor het vastleggen van infectiepreventieregels binnen de instelling door deze naar de praktijk te vertalen. De afdeling draagt de professionele eindverantwoordelijkheid voor het inhoudelijk 'state of the art' houden en tijdig reviseren van het infectiepreventiebeleid volgens de actuele professionele standaarden.

toelichting

De rol van de afdeling bij het ontwikkelen van het instellingsbrede infectiepreventiebeleid ligt vast, 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). Leg vast hoe de instelling / 'eindgebruiker' van het infectiepreventiebeleid betrokken wordt en betrek waar aangewezen de patiënt (bijv. via een cliëntenraad).

De afdeling 'maakt' beleid, en dient dit vervolgens voor implementatie te vertalen naar informatie voor de instelling. Hoe dit in de praktijk vorm krijgt is aan de afdeling Infectiepreventie. Dit kan via richtlijnen / protocollen / werkprocedure, maar ook posters, folders, informatie op een website / intranet etc.

De afdeling is proactief en anticiperend als beleidsmaker: recente ontwikkelingen op infectiepreventiegebied worden op de voet gevolgd en tijdig omgezet naar instellingsbeleid. Afwijking van enige professionele standaard is bewust en wordt vastgelegd / beargumenteerd, kenbaar voor alle belanghebbenden. De afdeling heeft het ontwikkelproces van infectiepreventiebeleid schriftelijk vastgelegd. Daarnaast is vastgelegd hoe en door wie het beleid wordt geaccordeerd, geïmplementeerd (o.a. publicatie en communicatie), gemonitord, geëvalueerd en gereviseerd.

Documenten (actuele en voorgaande versies) worden adequaat beheerd middels een documentbeheersysteem en zijn voorzien van een geldigheidstermijn (zie ook 2.2). De afdeling heeft gedefinieerd wanneer een document wordt herzien en hoe dit gebeurt. Belanghebbenden hebben de mogelijkheid opmerkingen te plaatsen bij de vertaling van het infectiepreventiebeleid en hier vragen over te stellen. Met de afhandeling daarvan wordt adequaat omgegaan met terugkoppeling naar de belanghebbende.

5 ADVISERING

5.1 De afdeling geeft gevraagd en ongevraagd infectiepreventie advies en onderbouwt dit met argumenten. De afdeling legt adviezen schriftelijk vast en beheert deze.

toelichting

De afdeling heeft beleid geformuleerd omtrent het gevraagd dan wel ongevraagd adviseren met aandacht voor de afbakening van taken – zowel qua tijd als (vak)inhoudelijk. Het adviseringsproces is schriftelijk vastgelegd met aandacht voor het onderscheid tussen mondelinge en schriftelijke advisering. Een advies kan beleid scheppend zijn of een vertaling zijn van reeds bestaand beleid. Daarnaast wordt er onderscheid gemaakt in de diverse typen advies. Een 'patiëntgebonden' advies ('consult') wordt bijv. vastgelegd in het patiëntendossier. Bij een advies omtrent inrichting of een apparaat kan bijv. gebruik gemaakt worden van een standaard formulier. Het is in ieder geval duidelijk, nadrukkelijk ook voor de ontvanger, dat iets een advies betreft en wat de status is van een advies, o.a. het al dan niet verplichtende karakter en de reikwijdte, evenals de houdbaarheid ervan. Een advies is inhoudelijk beargumenteerd (bijv. met verwijzingen naar onderliggende literatuur of de eraan ten grondslag liggende richtlijnen). Indien sprake is van afwijking van het geaccordeerde infectiepreventiebeleid dan wel ontstijging hiervan is dit expliciet vastgelegd. De afdeling monitort de protocollaire verwerking van een advies binnen de instelling.

Een definitief advies is beschermd tegen inhoudelijke aanpassing. Adviezen worden beheerd met aandacht voor versiebeheer, herleidbaarheid / terugvindbaarheid (bijv. via een database) en uniformiteit. Er zijn waarborgen gecreëerd om te voorkomen dat tegenstrijdige adviezen worden afgegeven. Het dient herleidbaar te zijn voor wie het advies bestemd is en waar een advies terecht is gekomen. De overdracht, invoering en evaluatie van adviezen is geborgd. De afdeling heeft vastgelegd hoe om te gaan met herroeping of aanpassing van een advies.

6 VOORLICHTING EN SCHOLING

6.1 De afdeling heeft een voorlichtings- en scholingsbeleid vastgelegd en draagt kennis omtrent infectiepreventie over.

toelichting

Definieer de vormen van voorlichting en scholing (kennisoverdracht) die de afdeling ontplooit, bijv. cursussen, vaardigheidslessen, voorlichtingsmateriaal. Leg de doelgroep, het oogmerk en de frequentie vast alsmede het medium (folder / flyer, stand, presentatie, syllabus, E-learning, klinische les, website). De afdeling dient zich ervan te vergewissen dat kennisoverdracht doeltreffend gebeurt en de doelgroep bereikt (patiënt, bezoeker, zorgmedewerker, student, vrijwilliger, maatschappij). De kennis moet up to date zijn en moet beheerd en periodiek geëvalueerd / bijgesteld worden. Registreer en evalueer de kennisoverdracht (wie scholing ontvangt, opkomstpercentages, waardering door participanten, verbeteringsacties) of ontvang de registratie en evaluatiegegevens volgens instellingsbeleid om te toetsen of voorlichting en scholing het gewenste rendement en actualiteit heeft.

7 CONTROLE EN BEWAKING

7.1 De afdeling toetst de implementatie van het infectiepreventiebeleid. De afdeling initieert verbeteracties die het eigen functioneren betreffen en monitort verbetertrajecten binnen de instelling op het gebied van infectiepreventie.

toelichting

De afdeling heeft een actieve rol in de controle en bewaking van het infectiepreventiebeleid, maar betreft hierin tevens de instellingspartners. De afdeling heeft schriftelijk vastgelegd hoe e.e.a. wordt getoetst, bijv. aan de hand van audits dan wel een andere vorm van monitoring. Het gaat om het infectiepreventiebeleid in de volle breedte, dus zowel het juist opvolgen van de richtlijnen (paragraaf 4.1) maar ook juist toepassen van adviezen (paragraaf 5.1) en juist toepassen van verkregen kennis (paragraaf 6.1). Er is een aantoonbare cyclus binnen de instelling middels een (meerjaren)planning, waarbij sprake is van prioritering, bijv. als het gaat om risico-afdelingen. Bij elke vorm van toetsing is duidelijk wie de toetsing tegen welk kader uitvoert alsmede wat de methode, frequentie, status en wijze van rapportage / follow-up is. Het ligt vast wie verantwoordelijk is voor de verslaglegging en communicatie van bevindingen en wie voor de formulering en monitoring van verbeteracties.

8 SURVEILLANCE

8.1 De afdeling voert surveillance uit volgens vaste procedure of is betrokken bij surveillance en initieert waar nodig verbeteracties. De afdeling is op de hoogte van de resultaten.

toelichting

De rol van de afdeling is in het kader van surveillance en daarmee samenhangende prestatie-indicatoren duidelijk. De soorten surveillance en surveillance-cyclus (en daarmee infectieregistraties) zijn beschreven / gedefinieerd, alsmede de methodiek en het oogmerk: waarom, hoe, wie, wat, waarmee, frequentie; prevalentie, incidentie, specifieke infecties. De afdeling is goed op de hoogte van surveillanceactiviteiten binnen de instelling en evt. risicofactoren voor zorginfecties / (resistente) micro-organismen of omgevingslocaties met verhoogde kans op pathogene m.o. Men heeft vastgelegd wat men doet als interventie nodig blijkt. De wijze van (terug)rapportage van surveillance-resultaten – zowel intern als extern – is vastgelegd. Indien de afdeling de resultaten niet zelf beheert / genereert is geborgd dat de data voor de afdeling beschikbaar komen. De afdeling heeft toegang tot alle noodzakelijke up to date informatie (bijv. via ziekenhuis- en/of laboratoriuminformatiesysteem). Indien de afdeling werkzaamheden uitbesteed dan wel de surveillance door een externe partij laat uitvoeren wordt de afdeling gekend in de uitkomsten.

9 UITBRAAKMANAGEMENT

9.1 De afdeling speelt de coördinerende rol bij (potentiële) uitbraaksituaties en/of andere calamiteiten binnen de instelling. Hierbij zijn de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden eenduidig vastgelegd.

toelichting

Het uitbraakmanagement (o.a. taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden) is schriftelijk vastgelegd, zowel het verloop op instellingsniveau als intern binnen de afdeling, met aandacht voor noodzakelijke samenwerkingsverbanden. Er wordt waar nodig voorzien in de formatie van een uitbraakmanagement team. Uitbraken worden geëvalueerd en waar nodig gemeld bij vooraf bepaalde instanties met vooraf bepaalde en goedgekeurde meldcriteria, met inachtneming van de meldingsplicht. Naast reguliere uitbraaksituaties is vastgelegd wat de rol van de afdeling is bij een ramp of andere grootschalige calamiteit die instelling overstijgend is (pandemie).

10 REINIGING, DESINFECTIE, STERILISATIE

10.1 De afdeling is betrokken bij het reinigings-, desinfectie- en sterilisatiebeleid van de instelling.

toelichting

De definities en verantwoordelijkheden op het gebied van reiniging, desinfectie en sterilisatie liggen vast, met aandacht voor de diverse deelgebieden (linnengoed, afvalbeheer, schoonmaak ruimten en materialen / isolatiebeleid). De afdeling is betrokken bij het opstellen van het desinfectiebeleid en bijv. een beheersplan flexibele endoscopen en er zijn afspraken vastgelegd terzake de inspectie / controle hierop.

11 BOUW, VERBOUW, NIEUWBOUW

11.1 De afdeling is betrokken bij bouw, ver- en nieuwbouw binnen de instelling.

toelichting

De afdeling is betrokken ter zake o.a. stofreductie / afschotten, constructie-eisen en inrichtingseisen. De betrokkenheid bestrijkt de gehele duur van een project, en de invulling / intensiteit van betrokkenheid wordt per keer zorgvuldig tevoren afgewogen. Voor zover relevant voorziet de afdeling tevoren in een pakket van eisen voor specifieke bouwdelen / ruimten / omgevingen, materiaalgebruik en inrichting, met aandacht voor de eisen t.a.v. de infrastructuur (zie ook paragraaf 12). De verantwoordelijkheden van de afdeling (adviserende en controlerende rol) en samenwerking met eventuele andere diensten binnen de instelling (bijv. Technische Dienst, huisvesting) zijn vastgelegd en de informatie-uitwisseling onderling is geborgd. Bij iedere nieuwbouw / renovatie / aanbouw is de afdeling reeds in het vlekkenplanstadium betrokken. De afdeling voorziet in een pakket van eisen qua design, inrichting, materiaalgebruik en beschermende maatregelen tijdens de bouw. Bij (dreigende) afwijking van het pakket van eisen wordt contact opgenomen met de afdeling en worden passende maatregelen getroffen (bijv. bouwstop).

12 WATER- EN LUCHTBEHEERSING

12.1 De afdeling is betrokken bij het water- en luchtbeheersplan van de instelling.

toelichting

De afdeling is betrokken ter zake o.a. Legionellabeheersing en luchtbeheersing (operatiekamercomplex en isolatiekamers). De taakverdeling en verantwoordelijkheden voor ontwikkeling, uitvoering en borging zijn vastgelegd. De afdeling is betrokken bij de ontwikkeling van het risicobeheersplan en past dit zo nodig aan. Voor zover relevant voorziet de afdeling tevoren in een pakket van eisen. Bij (dreigende) afwijking van het pakket van eisen wordt contact opgenomen met de afdeling.

13 INKOOP- EN GEBRUIKSTRAJECTEN

13.1 De afdeling is betrokken bij inkoop- en gebruikstrajecten binnen de instelling.

toelichting

De afdeling is betrokken bij het inkoop-/gebruiksbeleid vanuit het oogpunt van infectiepreventie (bijv. regels omtrent ge-/verbruik, type materialen i.v.m. schoonmaakmogelijkheden, beleid omtrent geleende / gedeelde / geconsigneerde of geleasede zaken). Voor zover relevant voorziet de afdeling tevoren in een pakket van eisen bij specifieke trajecten waarbij o.a. rekening wordt gehouden met het *Convenant veilige toepassing medische technologie*.

14 WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

14.1 Voor zover de afdeling betrokken is bij wetenschappelijk onderzoek voert deze haar taken conform afspraak uit.

toelichting

De afdeling heeft haar visie op wetenschappelijk onderzoek vastgelegd en het is duidelijk wie welke verantwoordelijkheden heeft. Het is duidelijk met welke partijen contact wordt onderhouden en de eventuele samenwerkingsverbanden zijn (contractueel) vastgelegd. Men conformeert zich aan de van toepassing zijnde wet- en regelgeving, bijv. ter zake privacy / nader gebruik lichaamsmateriaal, informed consent en de herleidbaarheid en reproduceerbaarheid van data. Waar relevant is onderzoek voorgelegd aan de Medisch Ethische Toetsings Commissie. Per onderzoek is vastgelegd wie de opdrachtgever is, wat voor type onderzoek het betreft (microbiologisch of klinisch, wel of niet WMO-plichtig), binnen welk kader het wordt uitgevoerd (o.a. looptijd, oogmerk / doel, financiële verantwoording, betrokken data / materialen) en hoe de resultaten gepubliceerd worden (artikel, gegevensverschaffing aan onderzoeksinstituten etc.).