



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapport naar aanleiding van het thematisch
toezichtbezoek infectiepreventie aan
verpleeghuis de Baronie van Opella op
27 augustus 2019 te Bennekom

Utrecht, november 2019

Inhoud

Inhoud—3

1 Inleiding—5

- 1.1 Aanleiding—5
- 1.2 Onderzoeksvraag—5
- 1.3 Onderzoeksmethode en periode—5
- 1.4 Toetsingskader—6
- 1.5 Leeswijzer—6

2 Conclusies—7

3 Vervolgacties—8

4 Resultaten—9

- 4.1 Inleiding—9
- 4.2 Algemene informatie instelling—9
- 4.3 Thema uitvoering—10
- 4.4 Thema regie zorg—11
 - 4.4.1 Thema bestuur—12

5 Bijlage toetsingskader toezicht infectiepreventie en antibioticabeleid in de verpleeghuiszorg—15

1 Inleiding

De inspectie bracht op 27 augustus 2019 een inspectiebezoek infectiepreventie en antibioticabeleid aan Opella, locatie verpleeghuis de Baronie (hierna: de Baronie) in Bennekom.

1.1 Aanleiding

In het meerjarenbeleidsplan 2016-2019 van de inspectie is de zorg voor ouderen één van de vijf inspectiebrede speerpunten. Verantwoorde zorg bestaat ook uit goede infectiepreventie.

Wereldwijd vormt de toename van antimicrobiële resistentie (AMR) een probleem. Resistentie van steeds meer soorten bacteriën tegen steeds meer groepen antibiotica, terwijl tegelijkertijd nauwelijks nieuwe antibiotica ontwikkeld worden, maakt het beschikbare therapeutische arsenaal voor behandeling van patiënten met (zorg)infecties steeds kleiner. Verhoogde ziektelast en sterfte is hiervan het gevolg.

De pijlers van het beperken van toenemende antibioticaresistentie en het beperken van de introductie en circulatie van (resistente) micro-organismen zijn: verantwoord antibioticumgebruik en infectiepreventie.

Kwetsbare, oudere mensen hebben een groter risico om een zorginfectie op te lopen. Daarom is het belangrijk dat medewerkers in zorginstellingen voor ouderen de richtlijnen voor infectiepreventie naleven om dit risico te verkleinen. Wanneer cliënten een (zorg)infectie oplopen verdienen zij een goede behandeling. De inspectie wil met haar toezicht op infectiepreventie in verpleeghuizen bijdragen aan verantwoorde zorg voor ouderen. Daarom dit toezicht op infectiepreventie en antibioticabeleid in verpleeghuizen.

1.2 Onderzoeksvraag

De hoofdvraagstelling van het onderzoek van de inspectie is:

Wat is het oordeel van de inspectie over de mate waarin het verpleeghuis de richtlijnen van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP), het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV), de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB), het beroepsprofiel van de specialist ouderengeneeskunde (Verenso) en het kader Goed Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) naleeft? In de context van de toenemende resistentie problematiek.

1.3 Onderzoeksmethode en periode

Op basis van een aselechte steekproef bezoekt de inspectie (locaties van) verpleeghuizen in de periode april 2019 tot december 2019. Een inspectiebezoek bestaat uit een rondgang door het verpleeghuis, het bestuderen van documenten, gesprekken met zorgverleners, specialist ouderengeneeskunde (so) en de raad van bestuur. Ieder verpleeghuis ontvangt een rapport van de resultaten van het bezoek. Na een toets op feitelijke onjuistheden publiceert de inspectie het rapport op de website www.igj.nl. Na alle bezoeken verschijnt een factsheet.

1.4 Toetsingskader

Het toetsingskader (te vinden in de bijlage), vormt de basis om een oordeel te formuleren of de Baronie voldoet aan wet- en regelgeving en veldnormen op het gebied van infectiepreventie en antibioticabeleid. Het toetsingskader is gebaseerd op de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz) en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Voor de uitvoering van specifiek de infectiepreventie en antibioticagebruik zijn de richtlijnen van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP), het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV), de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB) en het beroepsprofiel van de specialist ouderengeneeskunde van Verenso gehanteerd. De bestuurlijke verantwoordelijkheid wordt getoetst aan het kader Goed Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Wkkgz.

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 "Conclusies" en hoofdstuk 3 "Vervolgacties" van dit rapport geven de conclusie van de inspectie weer en de eventuele maatregelen die de zorgaanbieder moet nemen om tekortkomingen te herstellen. Dit rapport is grotendeels in de verleden tijd geschreven omdat het rapport de bevindingen ten tijde van het inspectiebezoek beschrijft.

2 Conclusies

In dit hoofdstuk geeft de inspectie haar conclusie. Hierin staat hoe de inspectie het naleven van richtlijnen op het gebied van infectiepreventie door de Baronie beoordeelt. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen zij de scores op de normen geeft.

2.1 Conclusie bezoek

De inspectie concludeert dat Opella, locatie de Baronie de richtlijnen op het gebied van infectiepreventie en antibioticabeleid op een aantal getoetste onderdelen naleeft.

De voorwaarden voor een goede handhygiëne en persoonlijke hygiëne van medewerkers waren aanwezig, net als de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen.

De ruimtes en inrichting waren schoon en de schoonmaak was goed georganiseerd.

De so had inzicht in de MRSA/BRMO status van bewoners bij opname. Het antibioticabeleid en de uitvoer daarvan was geborgd.

Het bestuur creëerde een veilig klimaat voor de medewerkers om elkaar aan te spreken.

De Baronie voldoet op enkele getoetste onderdelen echter nog in onvoldoende mate aan de norm, namelijk:

- Desinfectie van materialen gebeurde niet volgens de richtlijn.
- De opslag van steriele medische hulpmiddelen was niet volgens de normen en er waren materialen met een verstreken expiratedatum.
- Er was onvoldoende scheiding van schone en vuile processen in de spoelruimte.
- Inhoudelijke deskundigheid op het gebied van infectiepreventie was onvoldoende aanwezig binnen de organisatie.

3 Vervolgacties

In dit hoofdstuk staat wat de inspectie van de Baronie verwacht. Daarna geeft de inspectie weer wat zij zal doen naar aanleiding van dit bezoek.

3.1 Vervolgacties voor de zorgaanbieder

Maatregelen

De inspectie verwacht van u de volgende acties:

Uitvoering

- Medewerkers reinigen en desinfecteren volgens de richtlijnen.
- Medewerkers slaan medische hulpmiddelen op volgens de richtlijn.

Bestuur

- Het bestuur zorgt dat is voldaan aan de inrichtingseisen van het gebouw die noodzakelijk zijn voor infectiepreventie.
- Het bestuur zorgt voor inhoudelijke deskundigheid op het gebied van infectiepreventie.
- Het bestuur weet waar de risico's op het gebied van infectiepreventie zich bevinden in de eigen organisatie en handelt daarnaar.

De inspectie verwacht van u een resultaatverslag, waaruit blijkt hoe voldaan wordt aan de in dit rapport beschreven criteria die (grotendeels nog) niet voldoen. Dit verslag stuurt u uiterlijk 15 april 2020 toe aan de inspectie.

3.2 Vervolgacties van de inspectie

De inspectie beoordeelt uw resultaatverslag, op basis daarvan kan de inspectie besluiten het toezicht af te sluiten of aanvullende maatregelen op te leggen.

4 Resultaten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk leest u hoe verpleeghuis de Baronie ten tijde van het inspectiebezoek scoorde op de criteria in het toetsingskader. De resultaten van het inspectiebezoek worden in een vierpuntsschaal per thema in tabelvorm weergegeven, waarbij de volgende definities worden gebruikt:

- Voldoet aan de norm;
- Voldoet grotendeels aan de norm; de instelling is goed op weg; verbetering is mogelijk;
- Voldoet grotendeels niet aan de norm; de instelling heeft een start gemaakt maar is nog niet op het gewenste niveau; verbetering is noodzakelijk;
- Voldoet niet aan de norm; de instelling heeft nog helemaal niets gedaan of geregeld; verbetering is noodzakelijk.

De resultaten waarbij de score “voldoet niet” en “voldoet grotendeels niet” is worden toegelicht onder de tabel.

De nummering in de tabellen verwijst naar het toetsingskader.

De inhoud van het inspectiebezoek is afgestemd op de zorg geleverd door verpleeghuizen en opgedeeld in drie thema's:

1. Uitvoering: Medewerkers werken volgens de infectiepreventie richtlijnen, waardoor de cliënt geen onnodig risico loopt een (zorg)infectie op te lopen. De inspectie kijkt hier naar de praktische uitvoering van de infectiepreventie richtlijnen binnen de instelling.
2. Regie zorg: De specialist ouderengeneeskunde (so) stuurt effectief op infectiepreventie en neemt zijn verantwoordelijkheid om onnodige toename van antibioticaresistentie te beperken.
3. Bestuur: De bestuurder neemt zijn of haar verantwoordelijkheid op het gebied van infectiepreventiebeleid en faciliteert en stimuleert de juiste uitvoering hiervan in de organisatie.

Om tot een oordeel van de bovenstaande thema's te komen voerde de inspectie de volgende werkzaamheden uit:

- Een rondgang door de locatie. Er werden twee afdelingen bezocht in het verpleeghuis. Tijdens de rondgang is er gesproken met verschillende medewerkers.
- Gesprek met de specialist ouderengeneeskunde
- Gesprek met de raad van bestuur, vertegenwoordigd door één van beide bestuurders.

4.2 Algemene informatie instelling

De zorgaanbieder is gehuisvest aan de Hendrik van Poelwijcklaan 1 te Bennekom. Opella heeft meerdere zorglocaties en levert naast verpleeghuiszorg ook revalidatiezorg, wijkverpleging, hulp bij het huishouden en maatschappelijke dienstverlening.

De zorgaanbieder richt zich in de Baronie op gerontopsychiatrische zorg. In de locatie was plaats voor 36 cliënten, die grotendeels zelfstandig woonden maar ook gebruik maakten van gezamenlijke faciliteiten.

De afgelopen jaren was zowel de somatische als psychiatrische zorg voor deze cliënten steeds intensiever geworden. Naarmate de gemiddelde leeftijd van de cliënten steeg, nam de zorgzwaarte van de individuele cliënten steeds verder toe.

4.3 Thema uitvoering

De rondgang heeft als doel een oordeel te vormen over de uitvoering van de richtlijnen op het gebied van infectiepreventie, zie tabel 1. Daarnaast wordt kennis van de medewerkers getoetst en worden de faciliteiten beoordeeld.

Tabel 1: resultaten medewerkers werken volgens de richtlijnen

| | | Voldoet | Voldoet grotendeels | Voldoet grotendeels niet | Voldoet niet |
|-------|---|---------------|---------------------|--------------------------|--------------|
| 1.1.1 | Medewerkers passen handhygiëne toe volgens de richtlijn. | | | | |
| 1.1.2 | Medewerkers dragen kleding volgens de richtlijn. | | | | |
| 1.1.3 | Medewerkers stimuleren en ondersteunen de cliënt handhygiëne toe te passen. | Niet getoetst | | | |
| 1.1.4 | Medewerkers weten persoonlijke beschermingsmiddelen toe te passen volgens de richtlijn. | | | | |
| 1.1.5 | Medewerkers reinigen en desinfecteren volgens de richtlijn. | | | | |
| 1.1.6 | Beheer medische hulpmiddelen is volgens de richtlijn. | | | | |

Medewerkers passen handhygiëne toe volgens de richtlijn (1.1.1).

Alle faciliteiten voor het toepassen van een juiste handhygiëne waren aanwezig. Handen waren vrij van sieraden, horloges, nepnagels en nagellak. Medewerkers gaven aan collega's aan te spreken wanneer niet werd gewerkt volgens de richtlijnen voor infectiepreventie.

Medewerkers dragen kleding volgens de richtlijn (1.1.2).

Medewerkers kregen werkkleding in eigen beheer. Kleding was gesloten, liet de onderarmen onbedekt en werd over de eigen kleding gedragen. Medewerkers wisten wanneer schone kleding aangetrokken moest worden en reservekleding was beschikbaar.

Medewerkers stimuleren en ondersteunen de cliënt handhygiëne toe te passen (1.1.3).

Dit onderwerp werd tijdens het bezoek niet getoetst.

Medewerkers weten persoonlijke beschermingsmiddelen toe te passen volgens de richtlijn (1.1.4).

Persoonlijke beschermingsmiddelen waren beschikbaar. Protocollen waren beschikbaar en toegespitst op de bestaande situatie. Er was altijd een verpleegkundige beschikbaar voor vragen.

Medewerkers reinigen en desinfecteren volgens de richtlijn (1.1.5).

Er waren afspraken gemaakt over reiniging. De schoonmaak van algemene verblijfsruimten/kamers van bewoners werd uitgevoerd door facilitaire medewerkers in dienst van de zorginstelling. Medewerkers konden echter niet uitleggen hoe en wanneer desinfectie plaats dient te vinden.

De spoelkeuken werd gebruikt als een algemene opslag. Er was onvoldoende scheiding van schoon en vuil wasgoed. De pospoeler was slecht bereikbaar door ruimtegebrek en de onderhoudssticker was verlopen.

Medewerkers beheren de voorraad medische hulpmiddelen volgens de richtlijn (1.1.6).

De opslag van steriele medische hulpmiddelen was onoverzichtelijk en niet volgens de richtlijnen. In de opslag werden middelen aangetroffen die de uiterste gebruiksdatum hadden overschreden.

4.4 Thema regie zorg

In het gesprek met de specialist ouderengeneeskunde (so) wordt een oordeel gevormd over de medische verantwoordelijkheid op het gebied van infectiepreventie en antibioticabeleid, zie tabel 2.

Tabel 2: resultaten Medische verantwoordelijkheid specialist ouderengeneeskunde

| | | Voldoet | Voldoet grotendeels | Voldoet grotendeels niet | Voldoet niet |
|-------|---|---------|---------------------|--------------------------|--------------|
| 2.1.1 | De so is op de hoogte van de status bij overdracht en opname van de cliënt en handelt hiernaar. | | | | |
| 2.1.2 | De so ondersteunt andere disciplines bij en adviseert en instrueert hen over de uitvoering van infectiepreventie richtlijnen. | | | | |
| 2.2.1 | De so heeft een antibioticabeleid opgesteld voor de instelling. | | | | |
| 2.2.2 | De so draagt zorg voor de uitvoering van het antibioticabeleid. | | | | |

De so is op de hoogte van de status bij overdracht en opname van de cliënt en handelt hiernaar (2.1.1).

Er werd door de klantenadviseur een risico-inventarisatie MRSA/BRMO uitgevoerd bij opname van nieuwe bewoners. Dit was vastgelegd in het beleid voor opname van cliënten. De instelling beschikte over een kweekbeleid en er was vastgelegd dat de commissie hygiëne en infectiepreventie (CHIP) verantwoordelijk was voor meldingen in het kader van artikel 26.

De so ondersteunt andere disciplines bij en adviseert en instrueert hen over de uitvoering van infectiepreventierichtlijnen (2.1.2).

Een van de so's nam deel aan de CHIP en nieuwe protocollen werden in het artsenberaad van de so's besproken. De instelling beschikte over een uitbraak protocol waarin afspraken waren vastgelegd over opschalen. Protocollen op het gebied van infectiepreventie waren beschikbaar en vertaald naar de situatie binnen de organisatie. De so adviseerde medewerkers, bewoners en diens naasten op het gebied van de juiste maatregelen in het geval van een infectie. De so gaf aan dat er sprake was van een cultuur waarin medewerkers elkaar aanspreken wanneer richtlijnen niet werden nageleefd. Er waren korte lijnen met de raad van bestuur waarin de so deze makkelijk kon informeren over naleving van richtlijnen.

De so heeft een antibioticabeleid opgesteld voor de instelling (2.2.1).

De instelling beschikte over een eigen antibioticaformulier. De so had indien nodig afstemming met een medisch microbioloog in de regio, ook binnen het FTO. Zo nodig werd er gemeld aan het signaleringsoverleg zorginfecties AMR bij het RIVM.

De so draagt zorg voor de uitvoering van het antibioticabeleid (2.2.2).

De so's beschikten over een jaarplan, dat was geaccordeerd door de raad van bestuur, infectiepreventie en antibioticabeleid maakten hier geen deel van uit. De so was bekend met het regionale zorgnetwerk en één van haar collega's had hier zitting in.

4.4.1 Thema bestuur

Resultaten van het gesprek met de raad van bestuur worden in onderstaande tabel weergegeven. De scores voor inrichtingseisen en hulpmiddelen zijn gebaseerd op bevindingen tijdens de rondgang.

Tabel 2: Resultaten bestuurlijke verantwoordelijkheid raad van bestuur

| | | Voldoet | Voldoet grotendeels | Voldoet grotendeels niet | Voldoet niet |
|-------|--|---------|---------------------|--------------------------|--------------|
| 3.1.1 | Het bestuur zorgt dat is voldaan aan de inrichtingseisen van het gebouw, die noodzakelijk zijn voor infectiepreventie. | | | | |
| 3.1.2 | Het bestuur zorgt voor de hulpmiddelen die noodzakelijk zijn voor infectiepreventie en die voldoen aan de specifieke eisen | | | | |

| | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|
| | van de richtlijnen infectiepreventie. | | | | |
| 3.2.1 | Het bestuur heeft aantoonbaar bestaande wet- en regelgeving op het gebied van infectiepreventie geïmplementeerd en is op de hoogte van relevante ontwikkelingen op het gebied van antibiotica resistentie. | | | | |
| 3.3.1 | Het bestuur zorgt voor deskundigheid op het gebied van infectiepreventie. | | | | |
| 3.3.2 | Het bestuur weet waar de risico's op het gebied van infectiepreventie zich bevinden en handelt daarnaar. | | | | |
| 3.3.3 | Het bestuur creëert een veilig klimaat voor de medewerkers om elkaar aan te spreken over het naleven van de richtlijnen infectiepreventie. | | | | |

Het bestuur zorgt dat is voldaan aan de inrichtingseisen van het gebouw, die noodzakelijk zijn voor infectiepreventie (3.1.1).

Alle bewoners hadden een eigen kamer met badkamer met alle benodigde voorzieningen.

De centrale spoelkeuken voldeed niet aan de eisen voor infectiepreventie. In deze ruimte vonden schone en vuile processen door elkaar plaats, en vormde zo een risico op overdracht van infectieziekten.

Ook de centrale opslagruimte voor steriele medische hulpmiddelen voldeed niet aan de richtlijnen.

Het bestuur zorgt voor de hulpmiddelen die noodzakelijk zijn voor infectiepreventie en die voldoen aan de specifieke eisen van de richtlijnen infectiepreventie (3.1.2).

Persoonlijke beschermingsmiddelen, noodzakelijk voor infectiepreventie waren overal voldoende beschikbaar.

Het bestuur heeft aantoonbaar bestaande wet- en regelgeving op het gebied van infectiepreventie in de organisatie geïmplementeerd en kan toelichten welke relevante ontwikkelingen op het gebied van de antibioticaresistentie voor verpleeghuizen spelen (3.2.1).

De instelling had vastgelegd wie de meldingen in het kader van artikel 26 deed. Implementatie van nieuwe wet-/regelgeving en richtlijnen was geregeld via de CHIP en de vakgroep so. De instelling was aangesloten bij zorgnetwerk GAIN en volgde door de aanwezigheid van één van de so's de relevante ontwikkelingen op het gebied van antibioticaresistente.

Het bestuur zorgt voor deskundigheid op het gebied van infectiepreventie (3.3.1).

De bestuurder zorgde voor interne deskundigheid op het gebied van infectiepreventie door interne en web-based scholingen op dit gebied te faciliteren. De vakgroep so's kreeg de kans om deskundigheid op peil te houden en dit werd door de raad van bestuur gestimuleerd.

Op het gebied van infectiepreventie was er nu echter onvoldoende deskundigheid binnen de Baronie beschikbaar, waardoor specifieke zaken op gebied van infectiepreventie niet of onvoldoende werden gesignaleerd.

Het bestuur weet waar de risico's op het gebied van infectiepreventie zich bevinden in de eigen organisatie en handelt daarnaar (3.3.2).

De raad van bestuur had de organisatie van infectiepreventie binnen de instelling bij de CHIP belegd en werd door deze op de hoogte gehouden. Jaarlijks vonden er interne kwaliteitsrondes plaats waarin infectiepreventie ook een onderwerp was en waar eventuele verbetermaatregelen uit volgden.

Specifieke inhoudelijke kennis over infectiepreventie was echter niet aanwezig, en zaken als bijvoorbeeld de niet meer toereikende bouwkundige staat van de spoelkeuken en opslag van SMH waren hierbij niet naar voren gekomen.

Het bestuur creëert een veilig klimaat voor medewerkers om elkaar aan te spreken op het naleven van de richtlijnen infectiepreventie (3.3.3).

Het bestuur creëerde een open en veilig klimaat voor medewerkers om elkaar aan te spreken op de naleving van richtlijnen door zelf hier een actieve rol in te nemen. Het onderwerp kwam bovendien terug in het jaarlijkse medewerker tevredenheidsonderzoek.

5 Bijlage toetsingskader toezicht infectiepreventie en antibioticabeleid in de verpleeghuiszorg

| Toetsingskader 'Toezicht infectiepreventie en antibioticabeleid in de verpleeghuiszorg' , oktober 2018 | | |
|---|---|--|
| THEMA 1: Uitvoering | | |
| Normen | Bron: wet- en regelgeving en veldnormen | Toetsingscriteria |
| 1.1 Medewerkers werken volgens de hygiëne- en infectiepreventie richtlijnen, zodat de cliënt niet onnodig risico loopt op een (zorg)infectie. | <ul style="list-style-type: none"> • Wkkgz Artikel 2, 2016 • Richtlijnen van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) • Hygiënerichtlijn voor verpleeghuizen, woonzorgcentra en kleinschalig wonen – september 2017, Landelijkcentrum voor hygiëne en veiligheid (LCHV) • Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), NU'91, FNV Zorg & Welzijn, CNV Zorg & Welzijn, Healthcare Christian Fellowship Nederland (HCF), Reformatorisch Maatschappelijke Unie (RMU) sector Gezondheidszorg en Welzijn 'Het Richtsnoer' en CGMV vakorganisatie voor christenen, 2015 | 1.1.1 Medewerkers passen handhygiëne toe volgens de richtlijn. |
| | | 1.1.2 Medewerkers dragen kleding volgens de richtlijn. |
| | | 1.1.3 Medewerkers stimuleren en ondersteunen de cliënt goede hygiëne toe te passen volgens de richtlijn. |
| | | 1.1.4 Medewerkers weten persoonlijke beschermingsmiddelen toe te passen volgens de richtlijn. |
| | | 1.1.5 Medewerkers reinigen en desinfecteren verblijfsruimten van de cliënt volgens de richtlijn. |
| | | 1.1.6 Medewerkers beheren de voorraad steriele materialen volgens de richtlijn |

| THEMA 2: Regie zorg | | |
|--|---|--|
| Normen | Bron: wet- en regelgeving en veldnormen | Toetsingscriteria |
| <p>2.1 De specialist ouderengeneeskunde stuurt effectief op infectiepreventie in het kader van het bieden van veilige zorg aan kwetsbare ouderen.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Beroepsprofiel specialist ouderengeneeskunde (Verenso) • Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg • Wkkgz Artikel 2, 2016 • Beroepsprofiel specialist ouderengeneeskunde (Verenso) • Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg | <p>2.1.1 De specialist ouderengeneeskunde is op de hoogte van de status bij overdracht en opname van de cliënt en handelt daarnaar.</p> <p>2.1.2 De specialist ouderengeneeskunde ondersteunt andere disciplines bij en adviseert en instrueert hen over de uitvoering van infectiepreventierichtlijnen.</p> |
| <p>2.2 De specialist ouderengeneeskunde neemt zijn of haar verantwoordelijkheid om onnodige toename van antibioticaresistentie te beperken en daarmee antibiotica in de toekomst werkzaam te houden.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Wkkgz Artikel 2, 2016 | <p>2.2.1 De specialist ouderengeneeskunde heeft een antibioticabeleid opgesteld voor de instelling.</p> <p>2.2.2 De specialist ouderengeneeskunde draagt zorg voor de uitvoering van het antibioticabeleid.</p> |

| THEMA 3: Goed bestuur | | |
|--|---|--|
| Normen | Bron: wet- en regelgeving en veldnormen | Toetsingscriteria |
| <p>3.1 Het bestuur zorgt voor de randvoorwaarden voor de uitvoering van infectiepreventie in het kader van het bieden van veilige zorg (doelgericht en doelmatig).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Wkkgz Artikel 1, 3 en 5, 2016 • Kader goed bestuur NZa/IGZ, 2016 • Governance in de zorgsector, brief van de minister en staatsecretaris van volksgezondheid, welzijn en sport, vergaderjaar 2015-2016, 32 012, nr. 35 • Hygiënerichtlijn voor verpleeghuizen, woonzorgcentra en kleinschalig wonen – september 2017, Landelijk centrum voor hygiëne en veiligheid (LCHV) • Richtlijnen van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) | <p>3.1.1. Het bestuur zorgt dat is voldaan aan de inrichtingseisen van het gebouw, die noodzakelijk zijn voor infectiepreventie.</p> <p>3.1.2 Het bestuur zorgt voor de hulpmiddelen die noodzakelijk zijn voor infectiepreventie en die voldoen aan de specifieke eisen van richtlijnen infectiepreventie.</p> |
| <p>3.2 Het bestuur is op de hoogte van de bestaande wet en regelgeving en de maatschappelijke ontwikkelingen op het gebied van infectiepreventie (omgevingsbewust en participatief).</p> | | <p>3.2.1 Het bestuur heeft aantoonbaar bestaande wet- en regelgeving op het gebied van infectiepreventie in de organisatie geïmplementeerd en kan toelichten welke relevante ontwikkelingen op het gebied van de antibioticaresistentie voor verpleeghuizen spelen.</p> |
| <p>3.3 Het bestuur verbetert zijn prestaties en die van de organisatie op het gebied van de infectiepreventie voortdurend, en richt de organisatie hier op in (lerend en zelfreinigend).</p> | | <p>3.3.1 Het bestuur zorgt voor deskundigheid op het gebied van infectiepreventie.</p> <p>3.3.2 Het bestuur weet waar de risico's op het gebied van infectiepreventie zich bevinden in de eigen organisatie en handelt daarnaar.</p> <p>3.3.3 Het bestuur creëert een veilig klimaat voor de medewerkers om elkaar aan te spreken over het naleven van de richtlijnen infectiepreventie.</p> |