Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Verbetering van hygiëne en infectiepreventie in ouderenzorg snel realiseerbaar

Utrecht, december 2013

Inhoud

Voorwoord — 5

Samenvatting — 7

1 Inleiding — 9
1.1 Aanleiding en belang — 9
1.2 Onderzoeksvragen — 10
1.3 Onderzoeksmethode en -periode — 10
1.4 Toetsingskader en handhavingsplan — 11

2 Conclusies — 13
2.1 Hygiëne en infectiepreventie bij 21 bezochte instellingen niet op orde — 13
2.2 Verbeteringen bij meeste instellingen snel en goed mogelijk — 13

3 Handhaving — 15
3.1 Maatregelen voor de onderzochte instellingen — 15
3.2 Maatregelen voor alle instellingen in de ouderenzorg — 15
3.3 Aanbevelingen — 16
3.4 Vervolgacties inspectie — 16

4 Resultaten inspectiebezoek — 17
4.1 Hygiëne en infectiepreventie op afdelingen — 17
4.2 Beleid voor infectiepreventie — 23
4.3 Uitkomsten verbredingonderzoek — 27

5 Summary — 29

Bijlage 1 Overzicht bezochte instellingen — 31
Bijlage 2 Checklist voor observatie — 33
Bijlage 3 Vragenlijst organisatieaspecten (beleid) — 47
Bijlage 4 Toelichting op het inspectieoordeel — 60

Voorwoord

De wereldwijde toename van resistentie van bacteriën tegen steeds meer verschillende antibiotica is reden tot grote zorg. De circulatie van deze zogenaamde bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) alarmeert ook de inspectie. In ons land, waar de artsen terughoudend zijn met het voorschrijven van antibiotica en waar de zorg op hoog niveau is, lopen we hierdoor grote risico's. Risico's op ziekte en sterfte doordat infecties niet meer te behandelen zijn. In Nederland verspreiden multiresistente bacteriën zich waartegen nauwelijks nog behandeling mogelijk is. De uitbraak in het Maasstad Ziekenhuis is hiervan een voorbeeld. Wereldwijd slaat men alarm, resistentieproblematiek, in het bijzonder van de Gram-negatieve bacteriën, wordt nu beschouwd als de grootste bedreiging voor de veiligheid van de zorg.

De uitkomsten van het onderzoek van de Consumentenbond in 2011 naar de hygiëne in verpleeghuizen lieten zien dat het met de hygiëne slecht gesteld was. Er waren in de verpleeghuizen geen goed functionerende infectiecommissies ondersteund door een deskundige infectiepreventie en met de hygiëne van de zorgmedewerkers was het slecht gesteld.

Omdat ouderen die in een verpleeghuis of verzorgingshuis verblijven een kwetsbare groep vormen besloot de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) om in de tweede helft van 2012 de hygiëne en infectiepreventie in 21 verpleeg- en verzorgingshuizen te toetsen. De resultaten komen overeen met die van de Consumentenbond in 2011. De naleving van hygiëne- en infectiepreventiemaatregelen was onvoldoende. Er waren te grote risico's op infecties en verspreiding van resistente micro-organismen in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Nadat 14 van de 21 verpleeg- en verzorgingshuizen met een tussenpose van ongeveer een half jaar twee keer waren getoetst, blijkt dat onder inspectiedruk snelle verbetering mogelijk is. Dit geldt echter niet voor iedere bezochte instelling. Van de 14 instellingen kwamen 4 instellingen onder verscherpt toezicht om de noodzakelijke verbeteringen bij hygiëne en infectiepreventie af te dwingen.

De inspectie wil dat andere instellingen in de ouderenzorg lering trekken uit het onderzoek van de inspectie en zich bewuster worden van de risico's bij onhygiënisch handelen en een actiever infectiepreventiebeleid gaan voeren. Snelle verbetering is namelijk goed mogelijk. Daarom roep ik bestuurders in de ouderenzorg nadrukkelijk op om hun verantwoordelijkheid te nemen en met de toetsingslijsten van de inspectie of gelijkwaardige lijsten een audit uit te voeren om te bepalen hoe de situatie bij hen is en met de uitkomsten aan de slag te gaan.

Toezicht op de naleving van de richtlijnen voor infectiepreventie en verantwoord antibioticagebruik zal de komende jaren één van de speerpunten van de inspectie blijven. Dit betekent dat de inspectie jaarlijks de ouderenzorg grondig zal doorlichten.

Dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

Bij een eerste bezoekronde van de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan 21 instellingen voor ouderenzorg bleek de naleving van hygiëne- en infectiepreventie-maatregelen te laag. Er waren te grote risico's op infecties en verspreiding van resistente micro-organismen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Maar snelle verbetering was goed mogelijk. Dat kwam naar voren uit een tweede bezoekronde na een half jaar bij 14 van de 21 instellingen. Uit de verbredingsbezoeken bij andere locaties van de onderzochte ouderenconcerns werd echter ook duidelijk dat concern-besturen verbeteringen bij de ene locatie niet altijd consequent bij andere locaties van het concern doorvoerden. Bij vier instellingen ging de inspectie over tot verscherpt toezicht omdat de verbeteringen niet tot stand kwamen binnen de afgesproken termijnen.

Aanleiding voor dit onderzoek was de wereldwijde toename van resistentie van bacteriën tegen steeds meer verschillende antibiotica. De circulatie van deze zogenaamde bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) is alarmerend. Er ontstaan risico's op ziekte en sterfte doordat infecties met deze bacteriën niet meer te behandelen zijn.

Tegen deze achtergrond waren de uitkomsten van het onderzoek van de Consumentenbond naar infectiepreventie in verpleeghuizen in 2011 zorgwekkend. Hieruit bleek dat de hygiëne in verpleeghuizen niet op orde was.

In de periode van mei 2012 tot en met maart 2013 bezocht de inspectie onaangekondigd 21 verpleeg- en verzorgingshuizen. Vanuit het oogpunt 'grootste risico's eerst' bezocht de inspectie alleen die huizen waar volgens de beschikbare informatie geen actieve infectiepreventiecommissie was. Daarom zijn de resultaten van dit onderzoek niet representatief voor heel de intramurale ouderenzorg.

Uit dit onderzoek bleek dat het met de hygiëne en infectiepreventie bij de meeste onderzochte verpleeg- en verzorgingshuizen droevig was gesteld. De persoonlijke hygiëne van het personeel en de bewoners was in veel gevallen ondermaats. Er was niet altijd gelegenheid om handen op correcte wijze te wassen en kleding voldeed niet aan de hygiënevoorschriften. Ook werden medicatie, zalven en eten niet hygiënisch bewaard. Vaak was onduidelijk met welke koelkasttemperatuur dit gebeurde en hoe vaak een koelkast werd schoongemaakt. Ook het beleid van de instellingen liet te wensen over. Naast het ontbreken van een infectiepreventie-commissie was er in veel gevallen geen MRSA-beleid en waren er geen samen-werkingsafspraken met deskundigen infectiepreventie en met lokale GGD-en. De inspectie nam direct tijdens het onderzoek de nodige corrigerende maatregelen.

Bij het vervolgonderzoek van de inspectie bij 14 van de 21 instellingen bleek dat instellingen snel en goed de hygiëne en infectiepreventie konden verbeteren. Met name op het punt van de persoonlijke hygiëne van cliënten en zorgmedewerkers bleken verbeteringen snel door te voeren.

De inspectie zal de komende jaren de hygiëne en infectiepreventie in de ouderen-zorg (inclusief kleinschalige woonvormen) intensief blijven toetsen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Wereldwijd is er een toename van resistentie van bacteriën tegen steeds meer verschillende antibiotica. De circulatie van deze zogenaamde bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) is alarmerend. Er ontstaan risico's op ziekte en sterfte doordat infecties met deze bacteriën niet meer te behandelen zijn. Resistentieproblematiek, in het bijzonder die van de multiresistente Gram-negatieve bacteriën, wordt nu beschouwd als de grootste bedreiging voor de veiligheid van de zorg.

In dit licht waren de uitkomsten van het onderzoek van de Consumentenbond naar de hygiëne in verpleeghuizen, 'Vuile handen aan het bed' (mei 2011) zorgelijk. De Consumentenbond concludeerde dat de hygiëne in veel verpleeghuizen te wensen overliet. Het ontbrak in de verpleeghuizen aan een goed functionerende infectiepreventiecommissie die adviseert over hygiënemaatregelen, de handhygiëne was slecht, koelkasten met medicijnen waren te warm afgesteld en met bedpo's werd onhygiënisch omgegaan.

De inspectie houdt toezicht op en handhaaft de naleving van wetten, zoals de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) die instellingen verplicht de eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren. De richtlijnen van de Werkgroep Infectiepreventie (WIP), het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV) en de Stichting Werkgroep AntibioticaBeleid (SWAB) vormen de basis om verantwoorde zorg te leveren op het gebied van infectiepreventie en zijn het uitgangspunt voor het toezicht door de inspectie. De correcte toepassing van de algemene en bijzondere voorzorgsmaatregelen voor infectiepreventie van de WIP, de uitwerking voor toepassing van de LCHV en een verantwoord antibioticabeleid van de SWAB zijn er op gericht om infecties te voorkomen, uitbraken van infectieziekten in omvang te beperken en selectie en verspreiding van BRMO's in te dammen.

In het Meerjarenbeleidsplan 2012-2015 van de inspectie is de zorg voor ouderen één van vijf inspectiebrede speerpunten. De inspectie wil met haar toezicht de naleving van wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden verhogen en daardoor risico's op gezondheidsschade verminderen.

De wereldwijde toename van resistentie van bacteriën tegen steeds meer verschillende antibiotica, de zorgwekkende resultaten van het Consumentenbondonderzoek, de kwetsbaarheid van ouderen, de slechte naleving van richtlijnen en de grote risico's op vermijdbare gezondheidsschade waren voor de inspectie aanleiding om het toezicht op hygiëne en infectiepreventie te intensiveren.

Verpleeg- en verzorgingshuizen verlenen complexe zorg aan een kwetsbare populatie. Veelal zijn dit ouderen met meerdere aandoeningen die op één afdeling verblijven. Deze situatie in combinatie met slechte infectiepreventie geeft een verhoogd risico op het ontstaan van infecties en kan leiden tot verspreiding van micro-organismen. Ook resistente micro-organismen, zoals de ESBL-bacterie, kunnen zich gemakkelijker verspreiden en handhaven. Uit de literatuur is bekend dat verpleeghuizen grote reservoirs kunnen zijn van zeer resistente micro-organismen. Dit betekent zowel een bedreiging van de situatie in verpleeg- en verzorgingshuizen als in ziekenhuizen. Er vindt immers regelmatige uitwisseling plaats van patiënten. Het belang van goede naleving van de richtlijen is groot; goede naleving beperkt gezondheidsrisico's voor kwetsbare ouderen.

In de wetenschap dat de toestroom van bijzonder resistente micro-organismen niet is tegen te houden, is het belangrijk dat alle betrokkenen in de ouderenzorg nu voldoende maatregelen treffen om verspreiding binnen een instelling tegen te gaan.

Het infectiepreventiebeleid in verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland moet worden gedragen door het instellingsbestuur. De specialist ouderengeneeskunde is op grond van opleiding en deskundigheid de aangewezen functionaris om een verantwoord infectiepreventiebeleid te initiëren en te onderhouden. Dit kan onder andere door te participeren in een infectiepreventiecommissie, ondersteuning te realiseren door een deskundige infectiepreventie en een arts-microbioloog, en de zorgverleners te stimuleren en te motiveren tot goede hygiëne.

1.2 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen waren:

1 In welke mate voldoen instellingen in de intramurale ouderenzorg (verpleeg- en verzorgingshuizen) aan wet- en regelgeving en veldnormen op het gebied van verantwoorde hygiënische zorg en infectiepreventie?
2 Hoe is de verbeterkracht van de onderzochte verpleeg- en verzorgingshuizen?

De inspectie wil met dit onderzoek de naleving van de richtlijnen op het terrein van hygiënische zorg en infectiepreventie in verpleeg- en verzorgingshuizen verbeteren. Ze wil ook een beeld krijgen van de verbeterkracht in de sector. Hierdoor verminderen de risico's op gezondheidsschade en verbetert de kwaliteit van leven van kwetsbare ouderen.

1.3 Onderzoeksmethode en -periode

De inspectie legde van mei 2012 tot en met maart 2013 de eerste reeks van onaangekondigde bezoeken aan 21 verpleeghuizen en verzorgingshuizen af om de hygiëne en infectiepreventie te beoordelen. Deze bezoeken vonden plaats bij vooraf geselecteerde instellingen. Deze instellingen hadden, zo bleek uit een telefonische inventarisatie van de inspectie bij de zorgconcerns in de ouderenzorg, geen (functionerende) infectiepreventiecommissie en geen contract met een deskundige infectiepreventie. Daarnaast had meer dan 75 procent van de cliënten een indicatie met zorgzwaartepakket 4 (intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging) of hoger. De resultaten van dit onderzoek zijn daarom niet representatief voor alle verpleeg- en verzorgingshuizen.

De bezoeken werden door twee (senior) inspecteurs uitgevoerd, waarvan één inspecteur gespecialiseerd was in hygiëne en infectiepreventie.
Het bezoek bestond uit een rondgang over de afdelingen (per afdeling één uur), waarbij de inspecteurs aan de hand van een observatielijst keken naar de hygiëne en infectiepreventiemaatregelen en -voorzieningen. Ook werden documenten bekeken. Tijdens dit onderdeel van het inspectiebezoek beoordeelden de inspecteurs negen onderwerpen:

- De persoonlijke hygiëne van medewerkers.
- De persoonlijke hygiëne van cliënten.
- Het omgaan met excreta (uitwerpselen) en gebruikte naalden.
- De omgang met en opslag van medicatie en steriele (medische) (hulp)middelen.
- De hygiënemaatregelen in keukens.
- De hygiënemaatregelen in verblijfruimtes.
- De hygiënemaatregelen in sanitaire voorzieningen.
- De hygiënemaatregelen in de schoonmaak- werkruimtes/werkkasten.
- De wasgoed- en afvalverwerking.

Tijdens het tweede onderdeel van het inspectiebezoek spraken de inspecteurs aan de hand van gestructureerde vragenlijsten met de specialist ouderengeneeskunde, de teamleider/manager zorg en eventueel een DIP-er en een verzorgende. Tijdens deze gesprekken kwamen acht onderwerpen aan bod:
- Het beleidsplan.
- De infectiepreventie, de infectiepreventiecommissie en DIP-er.
- Het kwaliteitssysteem infectiepreventie/WIP.
- Het MRSA-beleid.
- Het antibioticabeleid.
- De Wet publieke gezondheid.
- De registratie verpleeghuisinfecties/zorginfecties en infectierisico's.
- De bij- en nascholing.

In totaal toetste de inspectie zeventien onderwerpen die gerelateerd zijn aan hygiëne en infectiepreventie in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Van november 2012 tot en met augustus 2013 werden 14 van de 21 eerdere bezochte instellingen opnieuw bezocht, één instelling werd nog voor een derde keer bezocht. Doel van dit onderzoek was om te beoordelen in hoeverre deze instellingen de door de inspectie geëiste verbeteringen op het gebied van hygiëne en infectie-preventie hadden doorgevoerd. De inspectie legde in deze ronde het accent op de dagelijkse uitvoering en niet op het beleid.

Daarnaast werden vanaf november 2012 tot en met juli 2013 zestien verbredings-bezoeken gebracht aan instellingen die onder hetzelfde zorgconcern vielen als de slecht scorende instellingen uit het eerste onderzoek. Doel van deze verbredings-bezoeken was om na te gaan of zorgconcerns de door de inspectie geconstateerde tekortkomingen organisatiebreed oppakten. Vijf van de zestien instellingen werden voor een tweede keer bezocht.

De Raden van Bestuur van de zorgconcerns hebben van het bezoek een rapport ontvangen met het resultaat van het bezoek aan de betrokken locatie van hun organisatie. De inspectie bood de Raden van Bestuur de mogelijkheid de rapporten te controleren op feitelijke onjuistheden. De rapporten van de bezochte instellingen staan op www.igz.nl.

1.4 Toetsingskader en handhavingsplan

De inspectie heeft voorafgaand aan de bezoeken een observatielijst en een gesprekslijst voor de toezichtthema's vastgesteld (zie bijlage 2 en 3). Beide lijsten zijn gebaseerd op wetgeving en daarvan afgeleide veldnormen die de branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties hebben ontwikkeld en vastgesteld.

Wetgeving:
- Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.
- Wet publieke gezondheid.

Veldnormen:
- Richtlijnen Werkgroep Infectiepreventie.
- Richtlijnen Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid

Handhavingsplan
Bij de beoordeling van de toezichtnormen waren vier kwalificaties mogelijk: geen tot gering risico, gering risico, hoog risico en zeer hoog risico. De inspectie stelde vóór het onderzoek vast welke maatregelen zij zou nemen bij welke scores. De maatregelen variëren van onmiddellijke verbetering, met een aanwijzing of bevel als die uitbleef, tot het uitvoeren van een audit om tot verdere verbetering te komen, met verscherpt toezicht bij het niet of te traag uitvoeren ervan (zie bijlage 4).

2 Conclusies

2.1 Hygiëne en infectiepreventie bij 21 bezochte instellingen niet op orde

Bij alle 21 bezochte instellingen waren er bij de eerste onderzoeksronde van de inspectie hoge tot zeer hoge risico's op onveilige zorg door onhygiënisch werken en gebrek aan aandacht voor infectiepreventie.

Tijdens de rondgang op de afdelingen werd bijna driekwart (74 procent) van alle getoetste onderwerpen gescoord als hoog tot zeer hoog risico. Er waren hoge tot zeer hoge risico's bij onder andere de persoonlijke hygiëne van medewerkers en cliënten en de omgang met en opslag van medicatie en steriele (medische) (hulp)middelen.

Op veel onderdelen van de infectiepreventie hadden instellingen geen beleid gemaakt. Bij 88 procent van alle getoetste onderwerpen werd een hoog tot zeer hoog risico gescoord. In gevallen dat dit beleid er wel was, was dit onvoldoende geimplementeerd, nog in ontwikkeling of onvoldoende bekend bij (zorg)medewerkers.

De inspectie vindt deze resultaten onaanvaardbaar en had, zeker na de uitkomsten van het onderzoek van de Consumentenbond, bij de instellingen in ouderenzorg meer urgentiebesef verwacht. Hygiëne en infectiepreventie stonden bij de instellingen onvoldoende op het netvlies met het gevaar op uitbraken van infectieziekten en daarmee onveilige situaties voor de bewoners die aan hun zorg waren toevertrouwd.

2.2 Verbeteringen bij meeste instellingen snel en goed mogelijk

Uit het vervolgonderzoek van de inspectie bleek dat een aantal instellingen snel en goed verbeteringen door kon voeren, vooral de persoonlijke hygiëne van medewerkers en cliënten was bij de eerder bezochte instellingen sterk verbeterd.

Ook bij het realiseren van de noodzakelijke randvoorwaarden maakten de instellingen in een korte periode een inhaalslag. Er werd een infectiecommissie ingesteld of de bestaande 'slapende' infectiecommissie werd nieuw leven ingeblazen. Ook werden beleidsplannen gemaakt en nascholing voor alle geledingen op het gebied van hygiëne en infectiepreventie werd gerealiseerd.

De snelle verbetering vindt de inspectie veelbelovend voor het terugdringen van risico's op de gezondheidsschade in heel de ouderenzorg.

Uit de bezoeken aan andere locaties van eenzelfde concern bleek dat de verbeteringen niet altijd organisatiebreed waren ingezet, hoewel bij de meeste van deze bezoeken de scores beter waren dan de scores van de eerste bezoekronde. In vijf instellingen was na een dergelijk verbredingsbezoek nog een vervolgbezoek nodig. De inspectie vindt dat deze zorgorganisaties onvoldoende hun verantwoordelijkheid hebben genomen om de zorg op dit punt in heel de organisatie te verbeteren.

Bij drie zorgorganisaties werden onvoldoende verbeteringen geboekt. Het lukte deze organisaties niet om de hygiëne structureel te verbeteren en deze verbeteringen in de organisatie te verankeren. De inspectie heeft deze organisaties onder verscherpt toezicht geplaatst.

3 Handhaving

3.1 Maatregelen voor de onderzochte instellingen

De Inspectie voor de Gezondheidszorg legde de instellingen die hun hygiëne en infectiepreventie bij het eerste bezoek niet op orde hadden, afhankelijk van de geconstateerde risico's, de volgende corrigerende maatregelen op:

- Eén instelling moest, naast een interne audit, direct maatregelen nemen om de hygiëne te verbeteren.
- Negentien instellingen (waaronder de instelling die direct maatregelen moest nemen) moesten een eigen audit doen op basis van de observatielijst van de inspectie of een gelijkwaardige vragenlijst. Het verslag van deze audit en de genomen maatregelen moesten deze instellingen binnen drie maanden na ontvangst van het inspectierapport naar de inspectie sturen.
- Eén instelling moest een eigen audit doen op basis van de observatielijst van de inspectie. Het verslag van deze audit en de genomen maatregelen moest deze instelling binnen zes maanden na ontvangst van het inspectierapport naar de inspectie sturen.
- Eén instelling had al maatregelen genomen en moest deze verder implementeren.

De inspectie heeft in 2013 (tot 1 december) vier zorgorganisaties na een herbezoek onder verscherpt toezicht gesteld wegens blijvende tekortkomingen op het gebied van hygiëne en infectiepreventie.

De instellingen die na het herbezoek van de inspectie op onderdelen nog hoge risico's hadden moesten van de inspectie weer een eigen audit doen op basis van de observatielijst van de inspectie of een gelijkwaardige vragenlijst en het verslag van deze audit en de genomen maatregelen naar de inspectie sturen. De inspectie volgt deze instellingen tot de hygiëne en infectiepreventie op orde is.

3.2 Maatregelen voor alle instellingen in de ouderenzorg

De inspectie wil dat de zorgconcerns ouderenzorg en de specialisten ouderen-geneeskunde onderstaande stimuleringsmaatregelen treffen ter verbetering:

De zorgconcerns voor ouderenzorg:

- Installeer een infectiepreventiecommissie die op een actieve wijze invulling geeft aan het hygiëne- en preventiebeleid.
- Voer een interne of externe audit uit met de toetsingslijsten van de inspectie of gelijkwaardige lijsten.
- Sluit een contract met een deskundige infectiepreventie.
- Geef hygiëne en infectiepreventie een prominente plek in het takenpakket van kwaliteitsmedewerkers.
- Neem hygiëne en infectiepreventie op in het kwaliteitssysteem.
- Geef medewerkers structurele bij- en nascholing over hygiëne en infectie-preventie.

De inspectie wil dat de zorgconcerns vóór 1 januari 2015 hier de gewenste invulling aan geven.

De specialisten ouderengeneeskunde:

- Initieer en onderhoud een verantwoord infectiepreventiebeleid door:
  - te participeren in een infectiepreventiecommissie;

- ondersteuning te realiseren door een deskundige infectiepreventie en arts-microbioloog;
- regionaal af te stemmen met andere instellingen en de GGD;
- zorgverleners te stimuleren en motiveren tot infectiepreventiegedrag bij de verzorging;
- surveillances van zorginfecties te organiseren.

De inspectie wil dat de specialisten ouderengeneeskunde vóór 1 januari 2015 hier de gewenste invulling aan geven.

3.3 Aanbevelingen

Aan de brancheorganisatie (ActiZ):

- Ondersteun bestuurders en kwaliteitsmedewerkers door het onderwerp te agenderen.
- Ondersteun de branche door infectiepreventiebeleidformats te ontwikkelen.

De inspectie bespreekt dit in haar regulier overleg met ActiZ en neemt de stand van zaken op bij de start van haar derde toezichtronde in het najaar van 2014.

Aan de beroepsverenigingen (Verenso en V&VN):

- Ondersteun de specialist ouderengeneeskunde en verzorgende/verpleegkundige door het onderwerp te agenderen.
- Ondersteun kennisontwikkeling en geef de specialist ouderengeneeskunde en verzorgende/verpleegkundige informatie hoe ze het beleid mee kunnen vorm geven.
- Ondersteun de specialist ouderengeneeskunde en verzorgende/verpleegkundige in hun verantwoordelijkheid hierin.

De inspectie bespreekt dit in haar regulier overleg met de beroepsverenigingen en neemt de stand van zaken op bij de start van haar derde toezichtronde in het najaar van 2014.

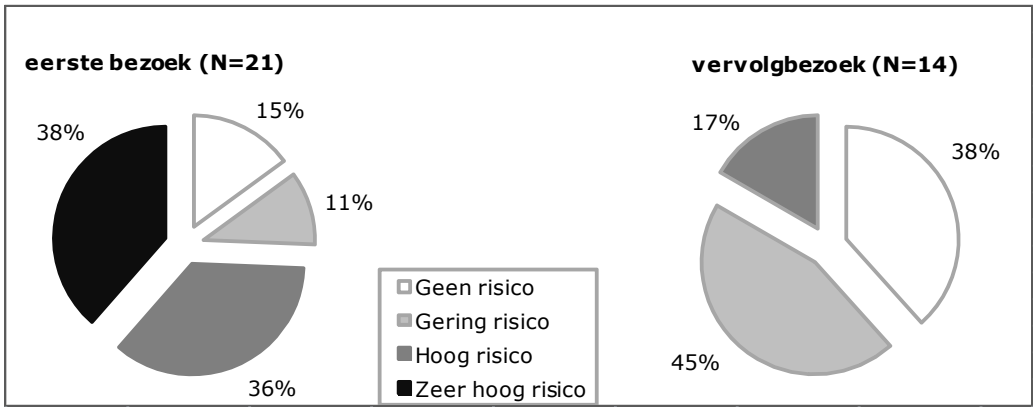
3.4 Vervolgacties inspectie

De inspectie is in de tweede helft van 2013 van start gegaan met een tweede toezichtronde en bezoekt dertig andere verpleeg- en verzorgingshuizen om de hygiëne en infectiepreventie te beoordelen. In de jaren daarna blijft de inspectie dit thema in de ouderenzorg toetsen en kijkt hoe instellingen invulling hebben gegeven aan de maatregelen. Zo nodig zal de inspectie tot handhaving overgaan wanneer blijkt dat de maatregelen onvoldoende zijn uitgevoerd.

4 Resultaten inspectiebezoek

In dit hoofdstuk beschrijft de Inspectie voor de Gezondheidszorg de uitkomsten van het inspectieonderzoek. In paragraaf 4.1 worden de resultaten uit de observatieronde over de afdeling(en) beschreven. Aan de hand van een observatielijst heeft de inspectie naar negen onderwerpen op het terrein van de hygiëne en infectiepreventie gekeken. In paragraaf 4.2 geeft de inspectie de bevindingen van de gesprekken met management en zorgmedewerkers over het beleid rond hygiëne en infectiepreventie (acht onderwerpen) weer. Ook voor deze gesprekken stelde de inspectie een vragenlijst op. In paragraaf 4.3 staan de resultaten van de verbredingsbezoeken.

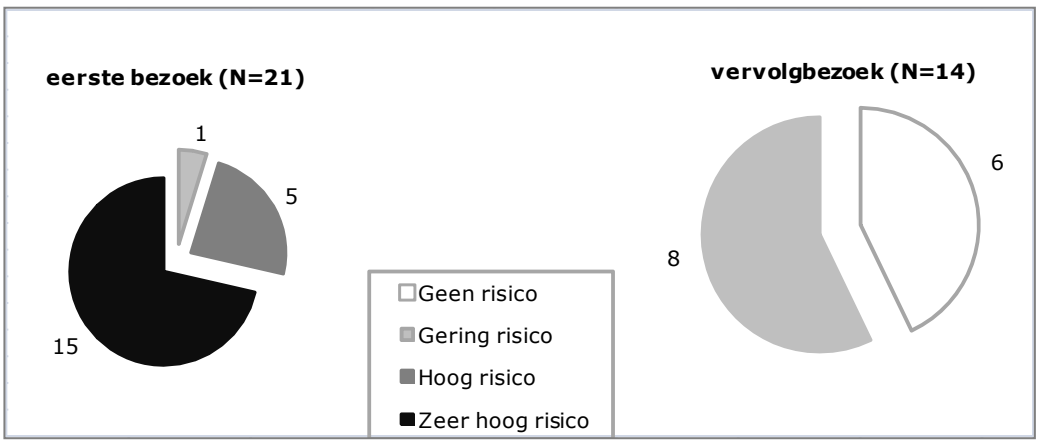
4.1 Hygiëne en infectiepreventie op afdelingen



Grafiek 1: Risicoscores bij de rondgang

Bij het eerste bezoek aan de 21 instellingen werd tijdens de rondgang 74 procent van alle getoetste onderwerpen gescoord als een hoog tot zeer hoog risico. Bij het herbezoek van de inspectie aan 14 van de 21 instellingen waren veel hoge tot zeer hoge risico's verminderd tot geen of geringe risico's. Voor 17 procent van alle getoetste onderwerpen was een nog hoog risico en op geen onderwerp een zeer hoog risico.

In het eerste onderzoek van de inspectie was bij 3 van de 21 bezochte instellingen een (zeer) hoog risico voor alle 17 onderzochte onderwerpen. De best scorende instelling had vijf hoge tot zeer hoge risico's.

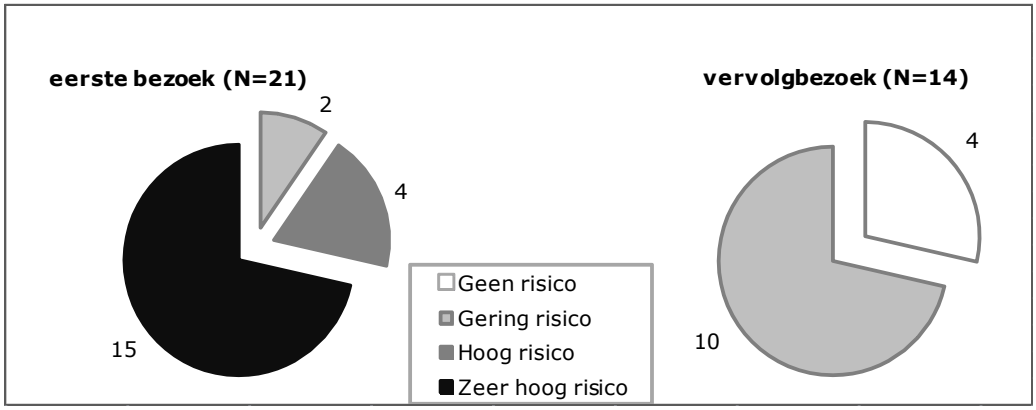


Grafiek 2: Persoonlijke hygiëne medewerkers

In 20 van de 21 instellingen werden voorwaarden voor persoonlijke hygiëne van de medewerkers onvoldoende nageleefd. In niet ieder toilet, behandelkamer of cliëntenkamer was er gelegenheid voor handhygiëne. Vloeibare zeep en handdoekjes voor eenmalig gebruik ontbraken of er was geen handalcohol aanwezig.

De kleding van de medewerkers was niet volgens de WIP-richtlijnen. Medewerkers droegen veelal eigen kleding die niet volgens de richtlijn van de WIP op ten minste 60°C gewassen kon worden. Ook ontbrak op afdelingen beschermende kleding, zoals een schort, om contact met excreta te vermijden. Medewerkers hadden geen reservekleding bij zich, voor het geval de kleding bevuild werd met excreta. Medewerkers droegen nog te vaak sieraden.

Bij het herbezoek van de inspectie bleek dat alle veertien instellingen op dit punt voldoende verbeteringen hadden aangebracht. Bij zes instellingen was er geen risico en bij acht instellingen een gering risico.

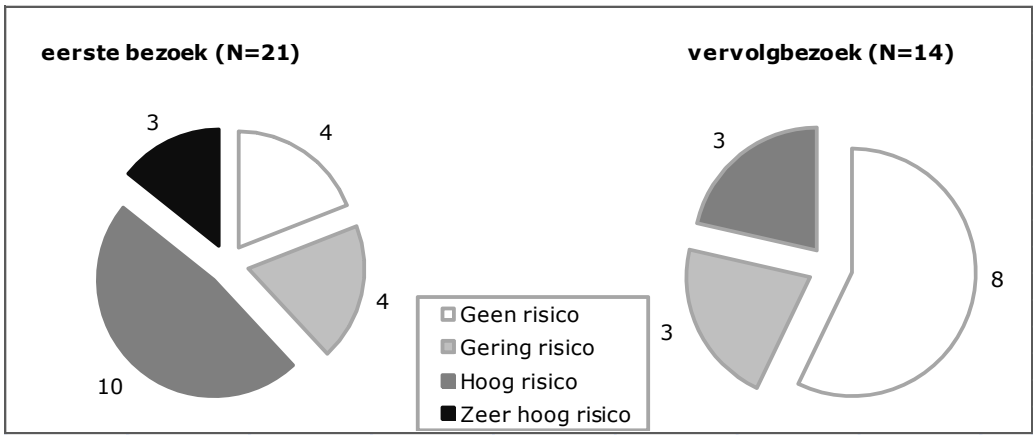


Grafiek 3: Persoonlijke hygiëne cliënten

Bij 19 van de 21 instellingen waren er hoge tot zeer hoge risico's voor de hygiëne van de cliënten. De meeste cliënten waren wel in het bezit van materiaal voor persoonlijke verzorging, zoals zeep, een kam, een tandenborstel en scheerbenodigdheden. Ook schone washandjes en handdoeken waren voorradig. Het schoonmaken van niet-patiëntgebonden materialen, zoals het reinigen van rolstoelen en matrassen, was daarentegen bij instellingen niet op orde. In veel gevallen ontbrak een schoonmaakschema met aftekenlijst. De schoonmaak van patiëntgebonden materialen, zoals tilbanden van tilliften, was onvoldoende.

De indicaties voor het toepassen van desinfectiemiddelen en het gebruik hiervan was op afdelingen niet of onvoldoende bekend.

Bij het herbezoek van de inspectie bleek dat alle veertien instellingen op dit punt voldoende verbeteringen hadden aangebracht. Bij vier instellingen was er geen risico en bij tien instellingen een gering risico.

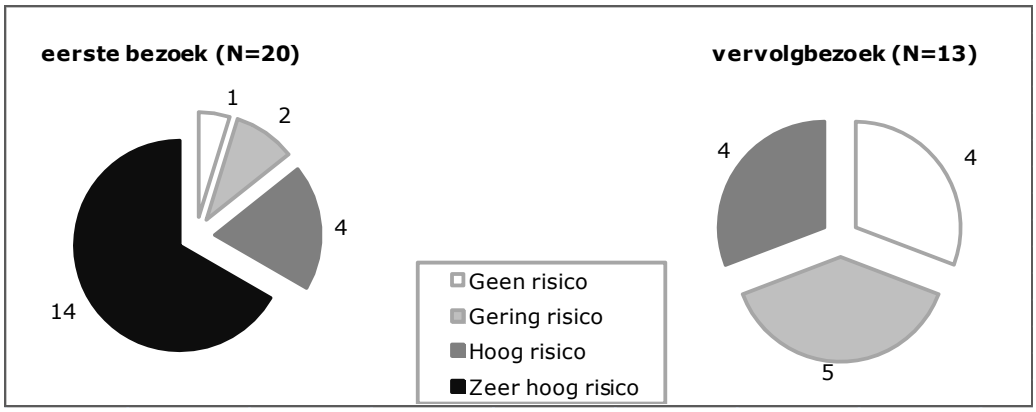


Grafiek 4: Omgaan met excreta en gebruikte naalden

Bij dertien instellingen werd op een onverantwoorde wijze omgegaan met excreta en gebruikte naalden. Instellingen maakten niet alle po's en waskommen machinaal schoon en desinfecteerden deze niet met stoom of heet water van 80°C. Bij pospoelers was niet duidelijk zichtbaar wanneer het preventief onderhoud had plaatsgevonden en wanneer het volgende preventief onderhoud noodzakelijk was.

Op bezochte afdelingen werden gebruikte naalden en ander scherp materiaal met bloed niet direct na gebruik in de daarvoor bestemde UN-gekeurde naaldcontainer gedaan. Gebruikte een instelling wel containers, dan kwam het voor dat de containers boven de vullijn waren gevuld.

Bij het herbezoek van de inspectie bleek dat elf van de veertien instellingen op dit punt verbeteringen hadden aangebracht. Bij acht instellingen was er geen risico en bij drie instellingen een gering risico. Drie instellingen hadden hoge risico's.

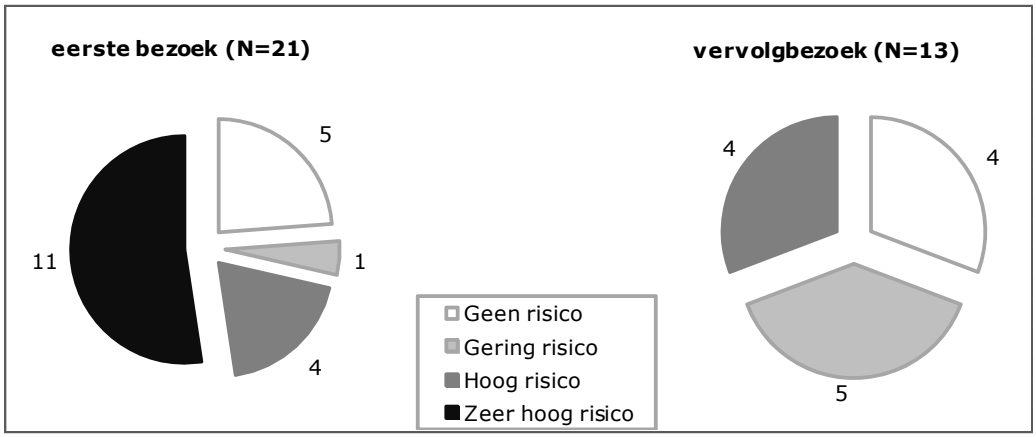


Grafiek 5: Omgang met en opslag van medicatie en steriele (medische hulp)middelen

Bij 18 instellingen waren er (zeer) hoge risico's bij de omgang met en opslag van medicatie en steriele (medische) middelen. Medicijnen werden verkeerd beheerd. Zo werkten instellingen niet volgens het first in-, first out-principe, wat betekent dat medicijnen die het eerst geleverd zijn, ook als eerste op moeten. Nieuwe voorraad moet altijd achteraan gezet worden. Bij het bewaren van medicatie in de koelkast was niet altijd een thermometer aanwezig, registreerden de medewerkers niet wekelijks de temperatuur van de koelkast of vergat men de koelkast maandelijks schoon te maken.

Ook het beheer van verband, spoelvloeistoffen en zalven was onvoldoende. Materiaal was over de uiterste gebruiksdatum heen en zalven waren niet persoonsgebonden. Steriele en medische hulpmiddelen werden door instellingen niet droog en stofvrij opgeslagen en opslagruimten waren niet schoon of rommelig.

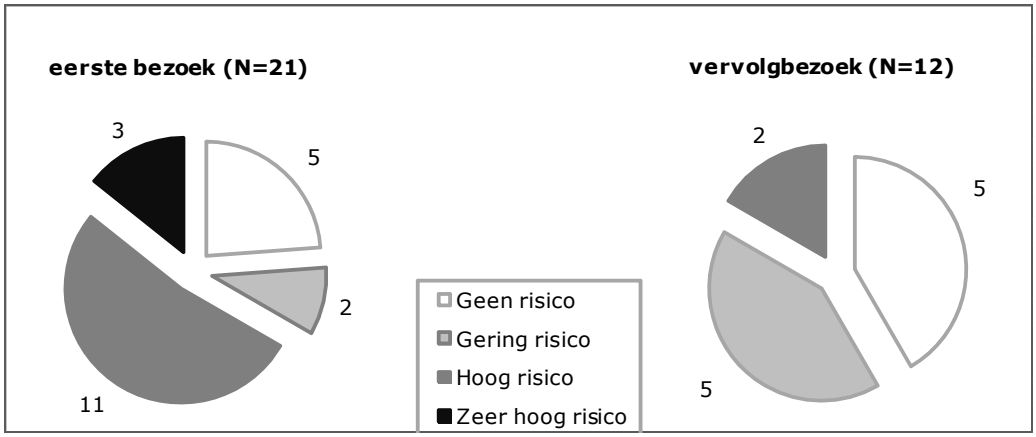
Tijdens het herbezoek van de inspectie hadden negen van de dertien instellingen op dit punt voldoende verbeteringen aangebracht, maar vier instellingen bleven bij deze ontwikkeling achter en hadden hoge risico's.



Grafiek 6: Hygiënemaatregelen keuken

Bij vijftien instellingen waren er (zeer) hoge risico's bij hygiënemaatregelen voor de keuken. Op de meeste bezochte afdelingen was wel een Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP)-plan aanwezig en werden kritische processen geregistreerd. Levensmiddelen bewaarden de instellingen in een koelkast, maar in de koelkast was niet altijd een thermometer, registreerden de medewerkers niet wekelijks de temperatuur van de koelkast of vergat men de koelkast maandelijks schoon te maken.

Bij het herbezoek van de inspectie bleek dat negen van de dertien instellingen waar dit onderwerp door de inspectie was beoordeeld op dit punt voldoende verbeteringen hadden aangebracht. Vier instellingen scoorden hoge risico's.

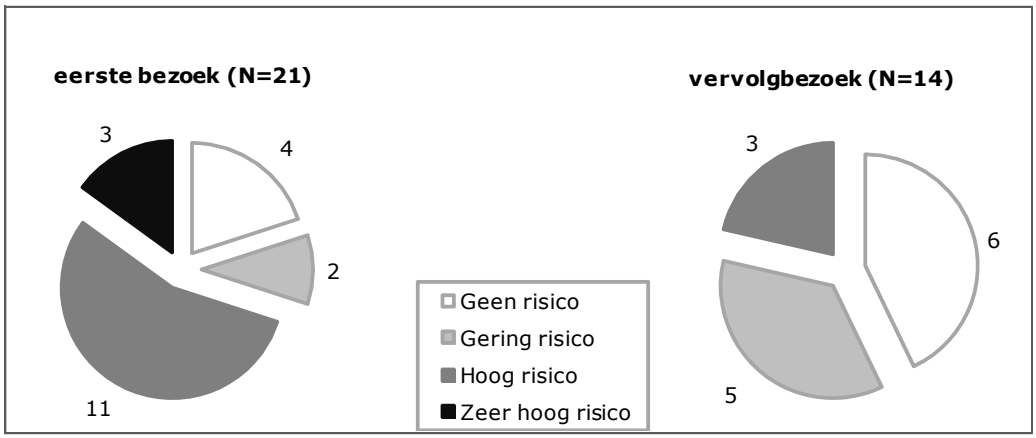


Grafiek 7: Hygiënemaatregelen verblijfsruimtes

Bij veertien instellingen waren er (zeer) hoge risico's bij hygiënemaatregelen voor de verblijfsruimtes. De vloeren en wanden van de afdelingen waren goed en glad afgewerkt. Hierdoor waren ze goed te reinigen. Anders was dit bij de reiniging van tapijten, gordijnen, stoelen en andere materialen. Deze werden niet regelmatig

gereinigd en een schoonmaakschema met bijbehorende aftekenlijst ontbrak in veel gevallen. Instellingen verrichtten ook niet altijd periodiek onderhoud aan ventilatie-roosters of mechanische ventilatie.

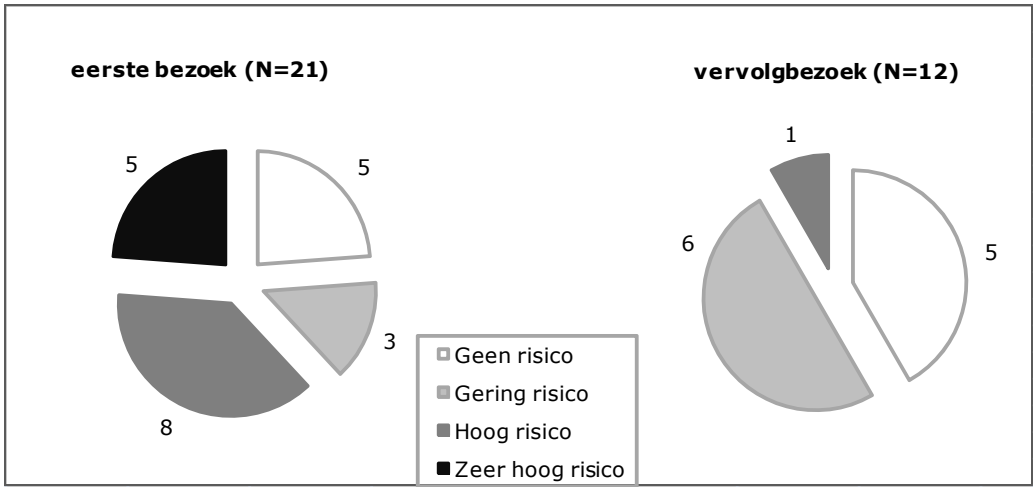
Bij het herbezoek van de inspectie bleek dat tien van de twaalf instellingen waar dit onderwerp door de inspectie was beoordeeld op dit punt voldoende verbeteringen hadden aangebracht. Twee instellingen hadden hoge risico's.



Grafiek 8: Hygiënemaatregelen sanitaire voorzieningen

Bij veertien instellingen waren er (zeer) hoge risico's bij hygiënemaatregelen voor de sanitaire voorzieningen. De vloeren en wanden van de toiletten en douches waren bij een aantal bezochte afdelingen niet goed en glad afgewerkt. Hierdoor waren ze moeilijk te reinigen. Ook was niet bij iedere sanitaire voorziening gelegenheid voor handhygiëne.

Bij het herbezoek van de inspectie bleek dat elf van de veertien instellingen op dit punt voldoende verbeteringen hadden aangebracht. Drie instellingen scoorden hoge risico's.

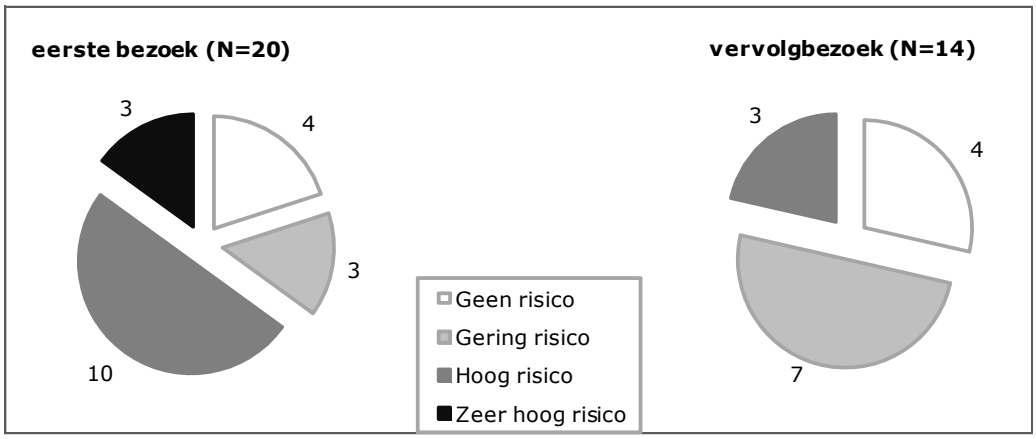


Grafiek 9: Hygiënemaatregelen schoonmaak-werkruimte/werkkast

Bij dertien instellingen waren er (zeer) hoge risico's bij hygiënemaatregelen voor de schoonmaakwerkruimte. Op niet iedere afdeling was een aparte ruimte beschikbaar voor de schoonmaakmaterialen. Schoonmaakmaterialen zoals moppen, trekkers en

bezems werden niet altijd opgehangen en/of niet dagelijks gewassen op 60°C en gedroogd.

Bij het herbezoek van de inspectie bleek dat elf van de twaalf instellingen waar dit onderwerp door de inspectie was beoordeeld op dit punt voldoende verbeteringen hadden aangebracht. Eén instelling had hoge risico's.



Grafiek 10: Wasgoed- en afvalverwerking

Bij dertien instellingen waren er (zeer) hoge risico's bij de wasgoed- en afval-verwerking. Op afdelingen verzamelden medewerkers niet dagelijks vuile was in gesloten zakken.

Medewerkers vervingen niet dagelijks op iedere afdeling plastic afvalzakken en op enkele afdelingen stond de rolcontainer in een ruimte waar ook schone materialen waren opgeslagen.

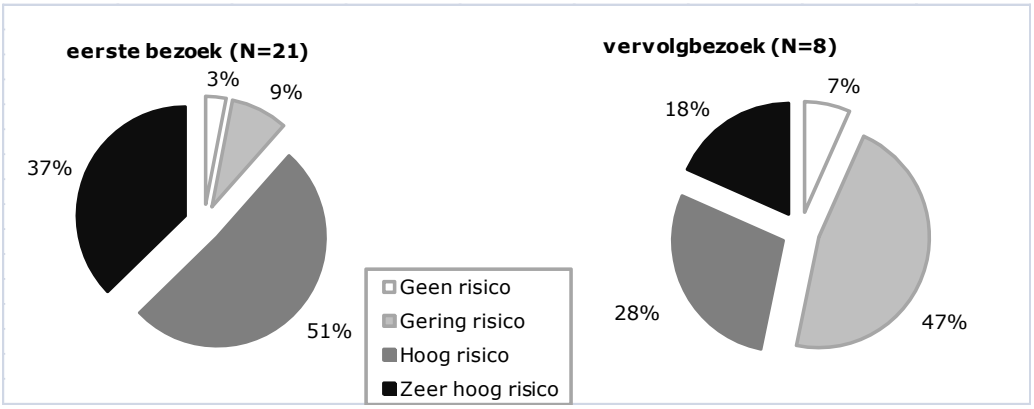
Bij het herbezoek van de inspectie bleek dat elf van de veertien instellingen waar dit onderwerp door de inspectie was beoordeeld op dit punt verbeteringen hadden aangebracht. Bij drie instellingen waren nog hoge risico's.

Opgeruimd staat netjes en levert veel op, een praktijkvoorbeeld

Het eerste bezoek van de inspectie aan een verpleeghuis in Zeeland bleek een eye-opener voor de instelling. Kijkend door de ogen van de inspectie zag de leidinggevende pas hoe slecht het gesteld was met de hygiëne en infectie-preventie. De opslag van materialen bijvoorbeeld was erg rommelig, alles lag door elkaar. Dit was ook het geval voor de opslag van badhanddoeken en washandjes op de kamer van de bewoners. Er lagen zoveel handdoeken in de kast dat het verbandmateriaal er niet meer in kon en daarom op de vensterbank in de zon stond. Op de toiletten was geen goede houder voor de handdoekjes, deze lagen daarom op de wasbak. De leidinggevende schrok tijdens de rondgang steeds meer van de zaken die niet op orde waren. Tijdens de terugkoppeling van dit bezoek gaf de leidinggevende aan dat er veel werk verzet moest worden, maar zag in dat dit noodzakelijk was.

Een half jaar later vond het vervolgbezoek plaats. De leidinggevende was trots op wat was bereikt en blij dat de inspectie langs kwam. Het was een wereld van verschil in vergelijking met het vorige bezoek. De leidinggevende gaf aan dat er door de medewerkers veel werk was verzet, met uiteindelijk het resultaat dat alle medewerkers vonden dat het werken er prettiger door geworden was. Ruimtes waren overzichtelijker, materialen voor cliënten lagen op de juiste plaats (men hoefde niet meer te zoeken) en het mooiste was dat de mede-werkers aangaven dat het uiteindelijk tijd voor de bewoner heeft opgeleverd. Zij waren erg blij met het resultaat en het verpleeghuis was een voorbeeld geworden voor de andere locaties van het zorgconcern.

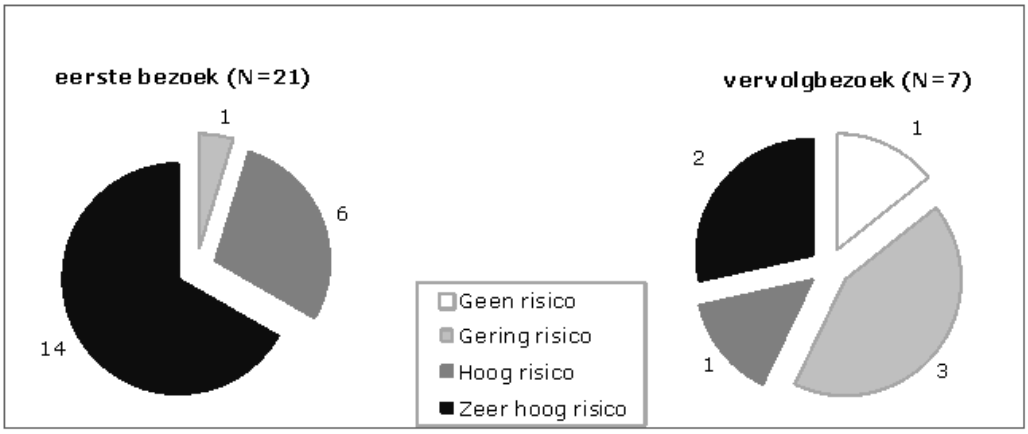
4.2 Beleid voor infectiepreventie



Grafiek 11: Risicoscores bij beleid infectiepreventie

Bij het eerste bezoek werd tijdens het gesprek met medewerkers over het beleid voor infectiepreventie 88 procent van alle getoetste onderwerpen gescoord als hoog tot zeer hoog risico. Bij het vervolgbezoek werd 18 procent van alle getoetste onderwerpen gescoord als zeer hoog risico en 28 procent als hoog risico.

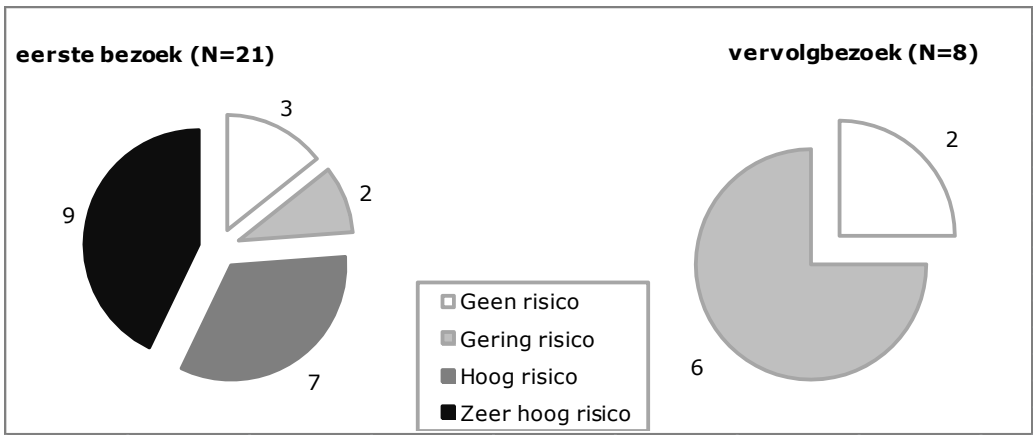
Bij meer dan de helft van de bezochte instellingen is het beleid, vanwege het accent bij het vervolgonderzoek op de afdeling, niet getoetst. De scores kunnen daarom hoger uitvallen.



Grafiek 12: Beleidsplan infectiepreventie

Bij twintig instellingen waren er (zeer) hoge risico's voor het beleidsplan voor infectiepreventie. Vijftien instellingen hadden geen beleidsplan of het beleidsplan was onbekend bij de zorgmedewerkers. Was er wel een beleidsplan, dan was onvoldoende duidelijk of dit werd nageleefd. Zo werden vanuit het beleidsplan geen afgeleide werkplannen gemaakt. Jaarlijkse rapportage was meestal niet aan de orde.

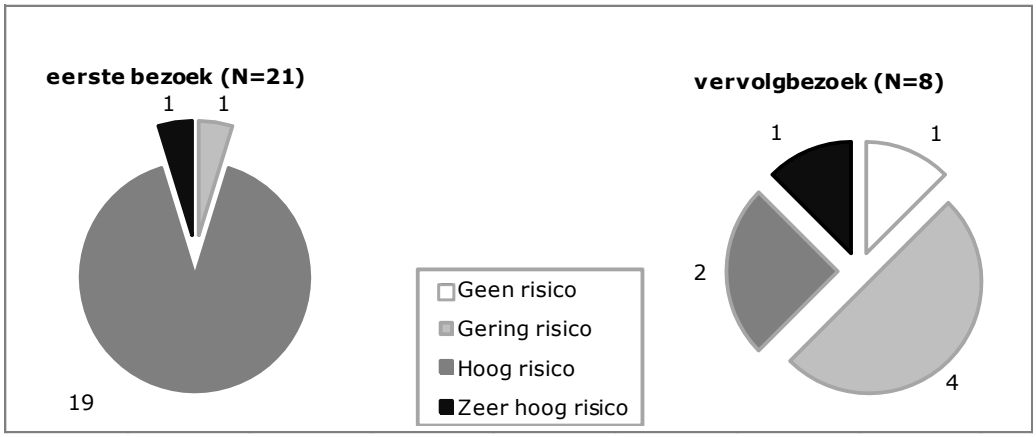
Bij het herbezoek van de inspectie bleek dat vier van de zeven instellingen waar dit onderwerp door de inspectie was beoordeeld op dit punt voldoende verbeteringen hadden aangebracht. Twee instellingen scoorden zeer hoge risico's.



Grafiek 13: Infectiecommissie en deskundigen

Bij negen instellingen was er geen infectiecommissie of was het bestaan daarvan onbekend bij medewerkers. Had een instelling wel een commissie, dan waren de werkzaamheden niet structureel belegd en/of was er geen reglement.

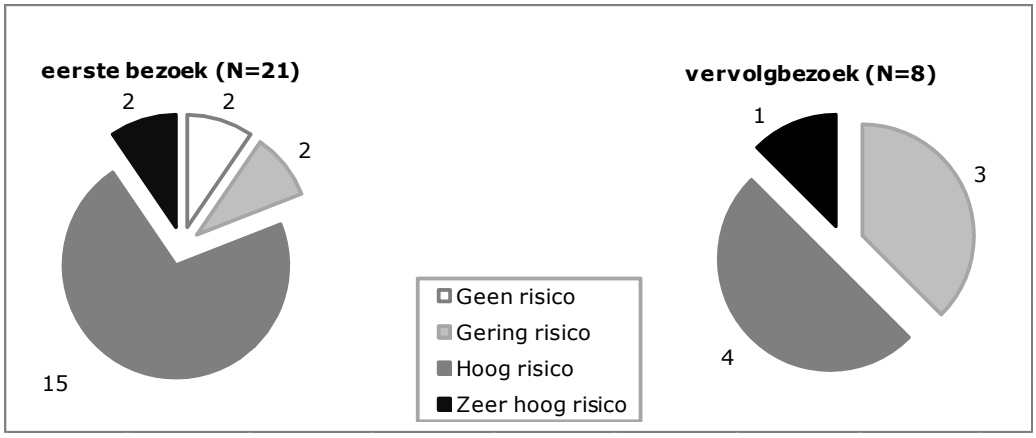
Bij het herbezoek van de inspectie bleek dat alle acht instellingen waar dit onderwerp door de inspectie was beoordeeld op dit punt voldoende verbeteringen hadden aangebracht.



Grafiek 14: Kwaliteitssysteem infectiepreventie/WIP

Bij twintig instellingen was er geen kwaliteitssysteem aanwezig of functioneerde dit niet naar behoren. In veel gevallen was er wel sprake van protocollering, maar die was ongestructureerd en/of in ontwikkeling. Waren protocollen aanwezig, dan waren deze niet bij iedereen bekend of werden ze niet consequent nageleefd. Van evaluatie van de protocollen was amper sprake.

Bij het herbezoek van de inspectie bleek dat vijf van de acht instellingen waar dit onderwerp door de inspectie was beoordeeld op dit punt voldoende verbeteringen hadden aangebracht. Bij twee instellingen waren hoge risico's, bij één zeer hoge risico's.



Grafiek 15: MRSA-beleid

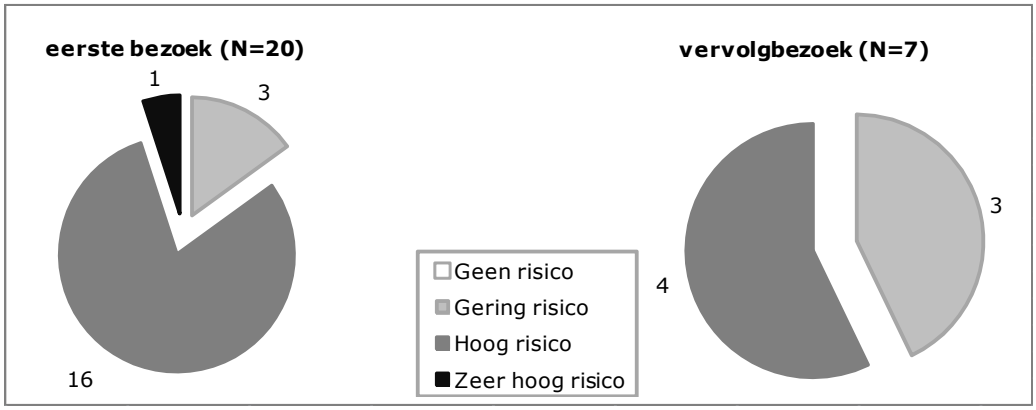
Bij twee instellingen was geen MRSA-beleid. Bij vijftien zorgaanbieders was er wel beleid, maar werd dit niet op een gestructureerde wijze vormgegeven. Protocollen en draaiboeken waren nog in ontwikkeling en waren bij medewerkers niet bekend. Veelal werd bij opname van nieuwe bewoners niet nagegaan of er een risico op dragerschap van MRSA was conform het eigen protocol en/of de landelijke richtlijn van de WIP. Bij twee instellingen was sprake van goed MRSA-beleid dat regelmatig werd geëvalueerd en werden protocollen bijgesteld.

Bij het herbezoek van de inspectie bleek dat drie van de acht instellingen waar dit onderwerp door de inspectie was beoordeeld op dit punt voldoende verbeteringen hadden aangebracht. Bij vier instellingen waren hoge risico's, bij één zeer hoge risico's.

Grafiek 16: Antibioticabeleid

Bij zeven instellingen waren er zeer hoge risico's door het ontbreken van antibiotica-beleid. In elf instellingen was er beleid, maar was er geen formularium of werd dit niet gevolgd. Daarnaast was het niet gebaseerd op resistenties in de regio noch was het afgestemd met een arts microbioloog in de regio.

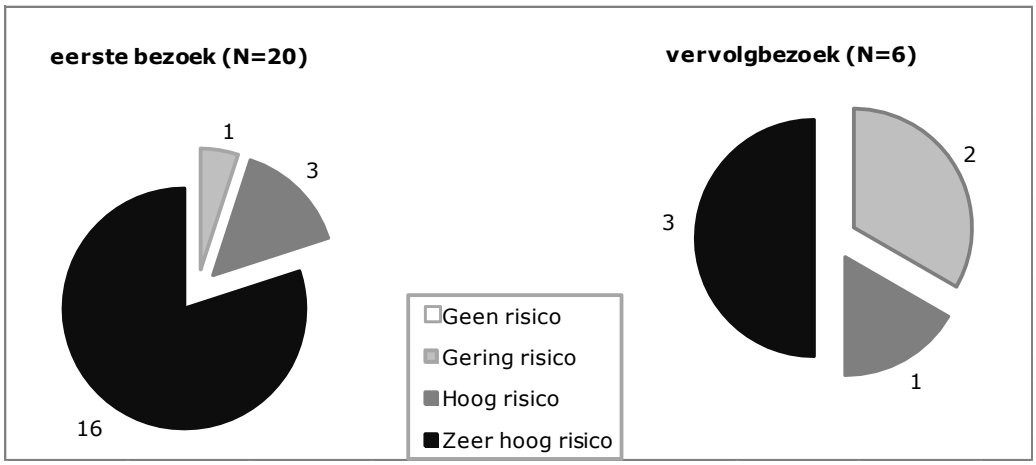
Bij het herbezoek van de inspectie bleek dat drie van de acht instellingen waar dit onderwerp door de inspectie was beoordeeld op dit punt voldoende verbeteringen hadden aangebracht. Bij vier instellingen waren hoge risico's, bij één zeer hoge risico's.



Grafiek 17: Wet publieke gezondheid

Eén instelling was niet op de hoogte van de Wet publieke gezondheid. In deze wet wordt onder andere de meldplicht van bewoners met infectieziekten aan de GGD geregeld en de melding van bewoners met dezelfde klinische verschijnselen die mogelijk duiden op een infectieziekte of zorginfectie. Bij zestien instellingen was de wet wel bekend, maar werd deze onvoldoende nageleefd door het ontbreken van procedures of waren er geen afspraken met de GGD.

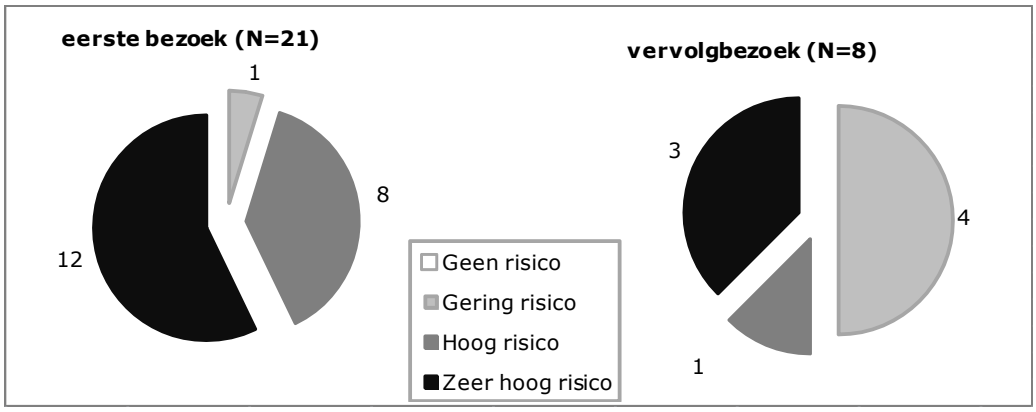
Bij het herbezoek van de inspectie bleek dat drie van de zeven instellingen waar dit onderwerp door de inspectie was beoordeeld op dit punt voldoende verbeteringen hadden aangebracht. Bij vier instellingen waren hoge risico's.



Grafiek 18: Registratie verpleeghuisinfecties en infectierisico's

Zestien instellingen registeerden infecties of risico's op infectie, bijvoorbeeld het gebruik van blaascatheters, niet. Hierdoor was evaluatie en bijstelling van het infectiepreventiebeleid niet mogelijk.

Bij het herbezoek van de inspectie bleek dat twee van de zes instellingen waar dit onderwerp door de inspectie was beoordeeld op dit punt voldoende verbeteringen hadden aangebracht. Bij één instelling waren hoge risico's, bij drie zeer hoge risico's.



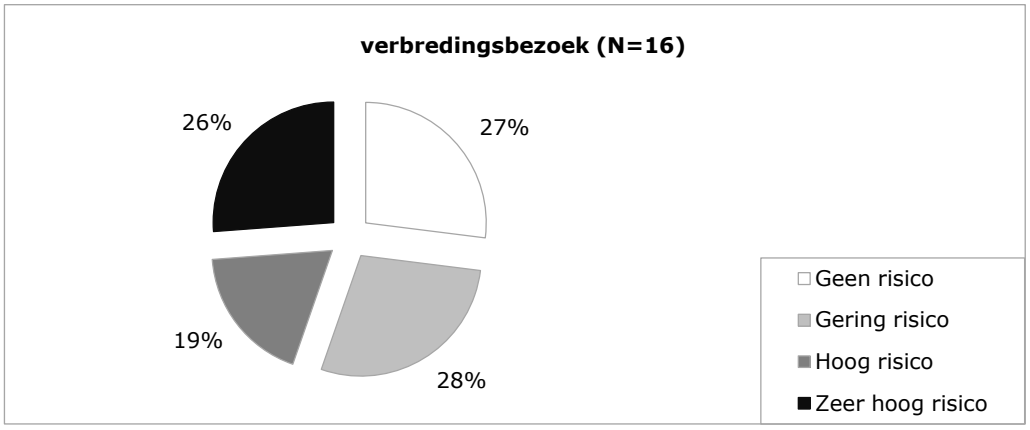
Grafiek 19: Bij- en nascholing

Bij- en nascholing was bij 21 instellingen een (zeer) hoog risico. Bij twaalf instellingen was geen bij- of nascholing of was dit onbekend. Bij acht instellingen was er een beperkte invulling hiervan.

Bij het herbezoek van de inspectie bleek dat vier van de acht instellingen waar dit onderwerp door de inspectie was beoordeeld op dit punt voldoende verbeteringen hadden aangebracht. Bij één instelling waren hoge risico's, bij drie zeer hoge risico's.

4.3 Uitkomsten verbredingonderzoek

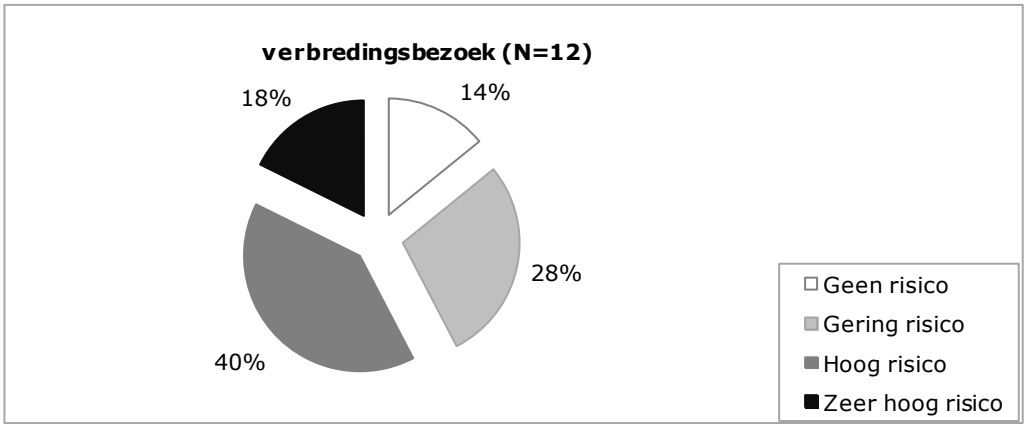
De inspectie heeft vanaf oktober 2012 tot en met juli 2013 negentien verbredings-bezoeken (inclusief vijf vervolgbezoeken op dit verbredingsbezoek) gebracht aan instellingen die onder hetzelfde zorgconcern vielen als de slecht scorende instellingen uit het eerste onderzoek. Doel van deze verbredingsbezoeken was om na te gaan of zorgconcerns de door de inspectie geconstateerde tekortkomingen organisatiebreed oppakten.



Grafiek 20: Risicoscores bij de rondgang (verbredinsgonderzoek)

Bij het eerste bezoek werd tijdens de rondgang 45 procent van alle getoetste onderwerpen gescoord als hoog tot zeer hoog risico, bij het eerste bezoek bedroeg dit percentage 74 procent.

Bij alle onderwerpen werd tijdens het verbredingonderzoek beter gescoord dan tijdens de eerste ronde. Zo waren er bij de persoonlijke hygiëne van medewerkers minder hoge tot zeer hoge risico's. Eenzelfde beeld komt ook terug bij de andere beoordeelde onderwerpen zoals persoonlijke hygiëne van de cliënten, de omgang met excreta en gebruikte naalden en de hygiëne van gebruiksruimten, zoals het sanitair en de keuken.



Grafiek 21: Risicoscores bij beleid infectiepreventie

Bij verbredingsbezoeken werd tijdens het gesprek met medewerkers over het beleid voor infectiepreventie 58 procent van alle getoetste onderwerpen gescoord als hoog tot zeer hoog risico, bij het eerste bezoek was dit 88 procent.

Bij vijf instellingen was het nodig om na het bezoek een herbezoek te brengen.

5 Summary

Further to an initial inspection of 21 residential care facilities for the elderly, the Health Care Inspectorate concluded that compliance with hygiene and infection prevention measures was unsatisfactory, and that the risk of infection due to the transmission of resistant micro-organisms was too high. The results of a second inspection round six months later, at which 14 of the original 21 locations were visited, prove that rapid improvement is possible. However, the investigation also revealed that some Boards of Management do not apply a consistent policy, and that improvements implemented at one location are not necessarily implemented at others which fall under their responsibility. Four residential care facilities did not achieve the required improvements within the agreed period, whereupon they were placed under special measures ('enhanced supervision').

The investigation was prompted by the worldwide increase in antimicrobial resistance, whereby a growing number of infections no longer respond to treatment with standard antibiotics. The current prevalence of 'exceptionally resistant micro-organisms' is a matter of considerable concern given the increased risk of infection, illness and mortality.

In this context, the findings of an independent study examining infection prevention in residential care facilities, conducted in 2011 by the Dutch Consumers' Association, are also disturbing. This study identified a number of shortcomings, particularly with regard to hygiene.

Between May 2012 and March 2013, the Inspectorate made unannounced visits to 21 residential care facilities, selected on the principle of 'highest risks first'. According to the information available at the time, these locations had no active infection prevention workgroup. The results of this investigation are therefore not representative of the entire residential care sector.

At the majority of locations visited, the Inspectorate observed significant shortcomings in hygiene and infection prevention procedures. The level of personal hygiene among both staff and residents was often poor. In many cases there were no adequate facilities for washing hands effectively, while staff uniforms also failed to meet the hygiene regulations. Food and medications, including topical creams, were not being stored under hygienic conditions. In many cases, the recommended storage temperature was unknown, as was the actual temperature of refrigerators and the frequency with which those refrigerators are cleaned. Shortcomings were also noted in terms of policy and procedures. Not only was there no active infection prevention workgroup in place, many locations had no formal MRSA policy and had failed to make appropriate arrangements with external experts or the local health department. The Inspectorate imposed immediate corrective measures.

During the subsequent re-inspection of 14 of the original 21 locations, most were found to have brought their hygiene and infection prevention procedures up to the required standard. Prompt and effective action had been taken, particularly with regard to the personal hygiene of staff and residents.

The Inspectorate will continue to closely monitor hygiene and infection prevention procedures in residential care facilities, including the smaller-scale facilities such as sheltered housing and 'assisted living' schemes.

Bijlage 1 Overzicht bezochte instellingen

Akropolis (verbredingsbezoek; Humanitas)	Rotterdam
Altenahove (geen herbezoek)	Geertruidenberg
Anholt	Assen
Anholt (herbezoek)	Assen
AZM Herstelzorg	Maastricht
AZM Herstelzorg (herbezoek)	Maastricht
Beatrix (1e herbezoek)	Culemborg
Beatrix (2e herbezoek)	Culemborg
Beatrix (Stg Zorgcentra De Betuwe)	Culemborg
Berchhiem (De FrieseWouden)	Burgum
Berchhiem (herbezoek)	Burgum
Beth Shalom (geen herbezoek)	Buitenveldert
Beth Shalom (geen herbezoek)	Amstelveen
Biltse Hof, de	Bilthoven
Biltse Hof (herbezoek)	Bilthoven
Bleerinck, De (verbredingsbezoek; Tangenborgh)	Emmen
Bleerinck, De (herbezoek na verbredingsbezoek; Tangenborgh)	Emmen
Bunterhoek, de en Het Kodal (geen herbezoek)	Nunspeet
De Drie Gasthuijzen (Drie Gasthuijzen Groep; verbredingsbezoek)	Arnhem
De Hullen (verbredingsbezoek Anholt)	Roden
De Hullen (herbezoek na verbredingsbezoek Anholt)	Roden
Elim (verbredingsbezoek; Stg Zorgcentra De Betuwe)	Ochten
Flecke (geen herbezoek)	Joure
Flevohuis (geen herbezoek)	Amsterdam
Groenhof (herbezoek)	Amsterdam
Groenhof (Osira Amstelring)	Amsterdam
Hannie Dekhuijzen (Humanitas)	Rotterdam
Hannie Dekhuijzen (Humanitas; herbezoek)	Rotterdam
Heijendaal (Drie Gasthuijzen Groep)	Arnhem
Heijendaal (Drie Gasthuijzen Groep; herbezoek)	Arnhem
Hoge Heem (verbredingsbezoek; Osira Amstelring)	Uithoorn
Hoge Heem (herbezoek na verbredingsbezoek; Osira Amstelring)	Uithoorn
Janskliniek (Stg Herv. Diaconale Huizen)	Haarlem
Janskliniek (Stg Herv. Diaconale Huizen; herbezoek)	Haarlem
Kulenburg (verbredingsbezoek; Stg Zorgcentra De Betuwe)	Culemborg

Lingewaarde (verbredingsbezoek; Stg Zorgcentra De Betuwe)	Tiel
Nieuwe Hoeven (verbredingsbezoek; Brabantzorg)	Schaijk
Oranjehof (verbredingsbezoek; Stg Zorgcentra De Betuwe)	Buren
Overspaarne (Stg Herv. Diaconale Huizen; verbredingsbezoek)	Haarlem
Overspaarne (Stg Herv. Diaconale Huizen;herbezoek na verbredingsbezoek)	Haarlem
Poelwijck (verbredingsbezoek; Stg Regionale Zorgverlening)	s Heer Arendskerke
Schiehoven-Wilgenplas (Aafje)	Rotterdam
Schiehoven-Wilgenplas (herbezoek; Aafje)	Rotterdam
Ten Anker (herbezoek; Stg Regionale Zorgverlening)	Tholen
Ten Anker (Stg Regionale Zorgverlening)	Tholen
Transvaal (geen herbezoek)	Den Haag
Valentino (herbezoek na verbredingsbezoek; Stg Zorgcentra De Betuwe)	Maurik
Valentino (verbredingsbezoek; Stg Zorgcentra De Betuwe)	Maurik
Vijf Havens (verbredingsbezoek; Aafje)	Rotterdam
Watersteeg (Brabantzorg)	Veghel
Watersteeg (herbezoek; Brabantzorg)	Veghel
Weegbree, De (Tangenborgh)	Klazienaveen
Weegbree, Be (herbezoek; Tangenborgh)	Klazienaveen
Weltevreden (verbredingsbezoek;Biltse Hof)	De Bilt
Wijckerslooth, de (verbredingsbezoek; Marente)	Oegstgeest
Wilbert, de (Marente)	Katwijk
Wilbert, de (herbezoek; Marente)	Katwijk

Bijlage 2 Checklist voor observatie

Infectiepreventie in intramurale instellingen voor ouderenzorg vanaf ZZP 4 (IGZ, 2012)

	Inhoud	
	Gegevens instelling	
1	Persoonlijke hygiëne medewerkers	
2	Persoonlijke hygiëne cliënten	
3	Omgaan met excreta en gebruikte naalden	
4	Omgang met en opslag van medicatie en steriele (medische) middelen	
5	Hygiënemaatregelen: keuken	
6	Hygiënemaatregelen: verblijfsruimten	
7	Hygiënemaatregelen: sanitaire voorzieningen	
8	Hygiënemaatregelen: werkruimte/werkkast	
9	Wasgoed en afvalverwerking	
	Ruimte voor overige opmerkingen	

Gegeven instelling	
Datum bezoek:	
Concern naam:	
Aantal locaties onder het concern	
Naam Locatie:	
Adres Locatie:	
Plaats + Postcode Locatie:	
IDnummer:	
Contactpersoon op de werkvloer:	
Aantal cliënten ZZP 4 en hoger	
Totaal aantal cliënten	
Doelgroep	*psychogeriatrisch*
	somatisch
	Anders, namelijk …
Bouwjaar	
Eventuele renovaties in:	

Tijdens rondleiding op te vragen documenten, ter bespreking:

Handhygiëne
Reiniging
MRSA
Persoonlijke hygiëne medewerkers
Verzorging bij urinelozing en stoelgang
Desinfectieprotocol

Observaties

Indien verpleeghuizen afwijken van de landelijke standaard, dan mag dit ook als eveneens als 'voldoet' beoordeeld worden indien het hier een vergelijkbaar of beter alternatief betreft. Of dit het geval is, is ter beoordeling aan de inspectie. Bij de onderbouwing van het oordeel moet dit wel vermeld worden.

Persoonlijke hygiëne medewerkers	**Oordeel**[1]	**Toelichting landelijke standaard**		**Opmerkingen**
1 Is er op elke afdeling bezochte afdeling een protocol/ werkinstructie aanwezig voor handhygiëne.	☐ ja G ☐ nee O		Inzien Makkelijk te vinden	Handhygiëne is handen wassen met water en zeep en afdrogen met handdoeken voor eenmalig gebruik of het toepassen van handalcohol volgens gebruiks-voorschrift. Handen wassen moet bij zichtbare verontreiniging. Verder zijn beide methoden gelijkwaardig.
2 Handenwasgelegenheden + vloeibare zeep en eenmalige handdoekjes aanwezig en of handalcohol – Tenminste bij elke toilet of toiletgroep	☐ ja G ☐ 1x nee V ☐ 2x nee M ☐ >2xnee O	– Wasgelegenheid met koud stromend water, vloeibare zeep en eenmalige handdoekjes afvalbak zonder handbediening, en/of handalcohol	Ten minste in 3 toiletgroepen kijken	
3 Handenwasgelegenheden + vloeibare zeep en eenmalige handdoekjes aanwezig? Handalcohol A Op elke behandelkamer	☐ ja G ☐ 1x nee V ☐ 2x nee M ☐ >2xnee O ☐ Niet van toepassing omdat er geen behandelkamer is ☐ ja G ☐ 1x nee V ☐ 2x nee M ☐ >2xnee O	– Wasgelegenheid met koud stromend water, vloeibare zeep en eenmalige handdoekjes afvalbak zonder handbediening en/of handalcohol	Ten minste 1 behandelkamer kijken	
B Handenwasgelegenheden + vloeibare zeep en eenmalige handdoekjes aanwezig? Handalcohol C Op elke cliëntenkamer		– Wasgelegenheid met koud stromend water, vloeibare zeep en eenmalige handdoekjes afvalbak zonder handbediening, en/of handalcohol	Ten minste 2 cliëntenkamers kijken	

1 G= goed, V= voldoende, M= matig, O= onvoldoende

Persoonlijke hygiëne medewerkers	**Oordeel**[1]	**Toelichting landelijke standaard**		**Opmerkingen**
4 Niet-steriele) hand-schoenen op alle cliënten-kamers en ruimtes waar mogelijk contact is met stoffen (zie opmerkingen) ter beschikking op alle cliëntenkamers	☐ ja G ☐ nee O		In tenminste 5 relevantie ruimtes kijken, waarvan tenminste 2 cliëntenkamers en ten minst 2 andere ruimten.	De indicaties volgens WIP: voor het dragen van niet-steriele handschoenen zijn beperkt tot specifieke zorghandelingen, zoals het verzorgen van wonden, stomaverzorging en contact met wasgoed van een cliënt. Handschoenen worden altijd gedragen wanneer de handen in contact komen of kunnen komen met bloed, lichaams-vochten, secreta, excreta, slijmvliezen, niet-intacte huid, of verpleeg- en behandel-materialen.
5 Hand en polssieraden	☐ niet gezien G ☐ 1x V ☐ 2x M ☐ >2x O	– Geen hand- en pols-sieraden. Ook gladde ringen en horloges zijn niet toegestaan. Piercings mogen mits deze de hygiëne niet in de weg staan en/of in contact kunnen komen met de cliënten.		
6 Haren	☐ geen afwijkingen G ☐ 1x V ☐ 2x M ☐ >2x O	De haren zijn kort of bij lang haar bijeengebonden of opgestoken.		
7 Medewerkers dragen kleding conform de richtlijn van de WIP: dienstkleding wordt beschikbaar gesteld door de instelling of eigen kleding die aan de voor-waarden van de WIP voldoet	☐ Medewerkers dragen op minimaal 2 afde-lingen dienstkleding G ☐ Medewerkers dragen op minimaal twee afdelingen eigen kleding volgens richt-lijnen WIP G ☐ Dienstkleding is beschikbaar maar niet iedereen draagt het én alternatief voldoet niet aan de WIP richtlijnen. M ☐ Er is geen (dienst) kleding beschikbaar O	Eigen kleding mag onder voorwaarden: De (eigen) kleding heeft korte mouwen. Werkkleding bedekt steeds de eigen kleding (geen jas met korte mouwen over eigen kleding met lange mouwen). De (eigen) kleding wordt iedere dag verschoond en moet te reinigen zijn op een temperatuur van minstens 60°C en mag niet pluisafgevend zijn. Wanneer (eigen) kleding tijdens de werkzaamheden zichtbaar wordt vervuild, wordt andere kleding aangetrokken. Voor bepaalde werkzaam-heden moet voor de mede-werker beschermende kleding van de instelling ter beschikking zijn.		Dienstkleding is alleen een hes, geen broek of rok. Broeken en rokken zijn niet altijd goed wasbaar op 60 graden. Het bistroschort kan als het ter bescherming van de kleding is tegen spatten zonder infectie-risico Een goed afdekkend reusable of disposable schort is nodig bij overdrachtrisico van micro-organismen. In sommige gevallen kan volstaan worden met korte mouwen (wondverzorging) en in andere gevallen (bv MRSA) moeten lange mouwen. Differentiatie mouwlengte of altijd lange mouwen moet vastgelegd zijn in het protocol

Persoonlijke hygiëne medewerkers	**Oordeel**[1]	**Toelichting landelijke standaard**		**Opmerkingen**
8 Geen lange mouwen	☐ geen lange mouwen G ☐ 1x V ☐ 2x M ☐>2x O	– Dienst- en privékleding hebben geen lange mouwen bij medewerkers die patiënt gebonden handelingen doen		
9 Juiste beschermende kleding <u>op alle afdelingen</u> aanwezig	☐ ja G ☐ nee O	– De beschermende kleding kan bestaan uit een schort, eventueel van plastic/ disposable, of een jas/overschort met lange mouwen. – De beschermende kleding moet de eigen of dienstkleding volledig bedekken	Draagt men over uniform of eigen kleding, als er mogelijk contact met excreta is en volgens indicatie WIP	De plastic 'bistroschorten' zijn niet toereikend om de eigen kleding of dienstkleding te bedekken.
10 Juiste mondneusmasker <u>op alle afdelingen</u> aanwezig of men weet waar ze zijn.	☐ ja beide afdelingen G ☐ op1 afdeling M ☐ nee O	– Chirurgisch mondneusmasker bij mogelijke spatincidenten en MRSA – Papieren mondneusmaskers zonder neusklem voldoen niet.		Het is niet bekend of er in huis maskers zijn voor tbc

HANDHAVING

Onderwerp	**Geen tot gering risico**	**Gering risico**	**Hoog risico**	**Zeer hoog risico**
Persoonlijke hygiëne medewerkers 10 items	Alle scores G of een combinatie van G en V tot maximaal 3 V	Alle scores in een combinatie van G en V met een minimum van 3 V, zonder O of M	Alle combinaties van G,V en M én maximaal 1 O	Alle combinaties met meer dan >1 O

Persoonlijke hygiëne cliënten	Oordeel[2]	Landelijke standaard	Hoe onderzoek je dit?	Opmerkingen
1 Beschikbaarheid materiaal persoonlijke verzorging	☐ alle noodzakelijke items zijn per cliënt beschikbaar G ☐ op 2 afdelingen onvoldoende/ incompleet O	Zorg dat iedere cliënt in het bezit is van:zeep, kam, tandenborstel, tandpasta en zo nodig scheer-benodigdheden en eventueel gebittenbakje	Door observatie van de aanwezige materialen bij 2 bewoners op beide afdelingen	
2 Beschikbaarheid materiaal persoonlijke verzorging	☐ alle noodzakelijke items zijn aanwezig G ☐ 1x onvoldoende/ incompleet M ☐ 2x onvoldoende/ incompleet O	In voldoende mate aanwezig zodat per handeling beschikbaar is: – schone washand of weg-werpwashand; – schone handdoek; – schone waskommen van roestvrijstaal of kunststof .	Door observatie van de aanwezige materialen bij 2 bewoners op beide afdelingen	
3 Schoonmaak niet-patiëntgebonden materialen	☐ goed beide afdelingen G ☐ goed op1 afdeling M ☐ nee O	– Niet cliëntgebonden materialen worden alleen op intacte huid toegepast en frequent gewassen/schoongemaakt – Rolstoelen en matrassen worden structureel gereinigd – Er is eens schoonmaakschema met bijgbehorende aftekenlijst aanwezig	Door observatie	Afwijkingen beschrijven
4 Schoonmaak patiëntgebonden materialen	☐ goed beide afdelingen …… G ☐ goed op1 afdeling M ☐ nee O	– De tilbanden van de tilliften worden persoonsgebonden gebruikt – De banden van tilliften zijn schoon en heel. – De wijze van reiniging is bekend bij medewerkers.		
5 De indicaties en gebruik voor het toepassen van desinfectie-middelen zijn bekend	☐ goed beide afdelingen G ☐ goed op1 afdeling M ☐ nee O	▪ Er is een desinfectieprotocol/ werkinstructie per afdeling. ▪ Desinfectie gebeurd alleen op indicatie. ▪ Er zijn desinfectiemiddelen beschikbaar, namelijk chloor-tabletten en alcohol 70%. ▪ Van desinfectiemiddelen is het gebruiksvoorschrift bekend	Door observatie	Afwijkingen beschrijven

HANDHAVING

Onderwerp	Geen tot gering risico	Gering risico	Hoog risico	Zeer hoog risico
Persoonlijke hygiëne cliënten 5 items	Alle scores G of een combinatie van G en 1x M	Alle scores in een combinatie van G en 2 of meer X M	Alle combinaties van G, M en O met een max van 1x O	Alle combinaties met meer dan 1x O

2 G= goed, V= voldoende, M= matig, O= onvoldoende

Omgaan met excreta en gebruikte naalden	**Oordeel3**	**Landelijke standaard**	**Hoe onderzoek je dit?**	**opmerkingenn**
1 Alle pospoelers voldoen aan de eisen	☐ ja goed op beide afdelingen G ☐ ja goed op1 afdeling M ☐ nee O	– Urinaal, po en was-kommenmoeten auto-matisch schoongespoeld en gedesinfecteerd worden met stoom of heet water van 80°C – Afwezigheid van lekkage en aerosolvorming – De materialen moeten droog uit de pospoeler komen – Op de pospoeler bevindt zich een duidelijk zicht-bare sticker wanneer het volgende preventief onderhoud moet plaats-vinden of wat de uiterste gebruiksdatum is.	– Door observatie en navragen	Na gaan hoe het is met groepswonen (bijvoorbeeld met 6 personen
2 Werkwijze bij afwezigheid van pospoeler	☐ ja G ☐ nee O	– Vragen naar protocol – Omstandigheden beoordelen		
3 Omgaan met gebruikte injectienaalden en ander scherp materiaal met bloed	☐ goed op beide afdelingen G ☐ goed op1 afdeling M ☐ onvoldoende op beide afdelingen O	– Gebruikte naalden en ander scherp materiaal direct na gebruik in de daarvoor bestemde UN-gekeurde naaldcontainer – Naalden zijn niet gerecapt – de container zijn niet boven de vullijn wordt gevuld. – Naaldencontainer In de directe nabijheid van de handelingen met injectie-naalden of andere scherpe voorwerpen.	Door observatie (kijk ook in de naaldencontainer)	**Naalden terug in huls**

HANDHAVING

Onderwerp	**Geen tot gering risico**	**Gering risico**	**Hoog risico**	**Zeer hoog risico**
Omgaan met excreta en gebruikte naalden 3 items	Alle scores G	Alle scores in een combinatie van G, M	Alle combinaties van G,, M en O met een max van l 1x O	Alle combinaties met meer dan 1x O

3 G= goed, V= voldoende, M= matig, O= onvoldoende

Omgang met en opslag van medicatie en steriele (medische) middelen	**Oordeel**	**Landelijke standaard**	**Hoe onderzoek je dit?**	**Opmerkingen**
1 Staat van de verbandkar en verbandmiddelen	☐ goed G ☐ goed op1 afdeling M ☐ nee O	– Men reinigt de verbandkar of mandje waarin de verbandmiddelen worden bewaard, minimaal eenmaal per week. – Dit is zichtbaar op een checklist/aftekenlijst. – De uiterste gebruiksdatum van materialen is niet verlopen. – De verpakking van medische hulpmiddelen is intact.	Door observatie	
2 Houdbaarheid en beheer spoelvloeistoffen en zalven	☐ goed G ☐ afwijkingen op beide afdelingen O	– De uiterste gebruiksdata van materialen zijn niet overschreden. Let op de vervaldatum van alle producten en de middelen voor de behandeling. Niet alle zalven en vloeistoffen zijn onbeperkt houdbaar. – De openingsdatum en tijd is op de flessen vermeld. de vloeistof is nog 24 uur te gebruiken. – Zalven zijn persoonsgebonden	Door observatie	Vloeistoffen zijn in het algemeen na opening max. 24 uur houdbaar.
3 Houdbaarheid en beheer medicijnen	☐ goed G ☐ afwijkingen op beide afdelingen O	– De uiterste gebruiksdatum van medicatie wordt maandelijks gecontroleerd – Dit is zichtbaar op een checklist/aftekenlijst. – Men hanteert het 'first in, first out' principe.	Door observatie	First in, First out betekent dat medicijnen die het eerst geleverd zijn ook het eerste op moeten. De nieuwe voorraad moet in de medicijnkast dus altijd achteraan gezet worden en de oude voorraad naar voren geschoven. Zorg daarbij voor een overzichtelijke indeling
4 Bewaren medicijn in koelkast en het beheer	☐ goed G ☐ afwijkingen op beide afdelingen O	– Medicijnen worden volgens voorschrift. Men hanteert het 'first in, first out' principe. – Er is een aparte koelkast voor medicijnen. Indien deze er niet is, moeten de medicijnen in een afgesloten bak in de levensmiddelen koelkast gezet worden. – In de koelkast is een thermometer aanwezig De temperatuur van de koelkast wordt wekelijks geregistreerd – De gemeten temperaturen zijn zichtbaar op een checklist – De koelkast wordt maandelijks schoongemaakt, Dit is zichtbaar op een checklist/aftekenlijst. – Bij zichtbare verontreiniging wordt de koelkast direct schoongemaakt	Door observatie	Bij de vermelding 'bewaren tussen 15 en 25 °C' is dat bij kamertemperatuur en 'gekoeld bewaren' betekent dat de medicijnen in de koelkast bewaard moeten worden bij ten hoogste 7 °C.

Omgang met en opslag van medicatie en steriele (medische) middelen	Oordeel	Landelijke standaard	Hoe onderzoek je dit?	Opmerkingen
5 Houdbaarheid en bewaren steriele instrumenten en medische hulpmiddelen	☐ goed G ☐ afwijkingen op beide afdelingen O	– De vervaldatum wordt maandelijks gecontroleerd. – Dit is op een checklist geregistreerd. – De verpakking is onbeschadigd. – De opslag van steriele medische hulpmiddelen is droog en stofvrij of in een kast die afgesloten kan worden. – De opslag is geordend. – De artikelen staan niet op de vloer. . – Steriel en onsteriel is visueel gescheiden – Geen producten over de uiterste gebruiksdatum – Opslagruimtes zijn schoon, overzichtelijk en puilen niet uit (beperkte voorraad) – Geen omdozen aanwezig – Er is een schoonmaakschema met bijgehorende aftekenlijst, aanwezig.	Door observatie	Vouw de verpakking van steriele materialen niet. Gebruik geen elastiekjes of nietjes om de materialen te bundelen.

HANDHAVING

Onderwerp	Geen tot gering risico	Gering risico	Hoog risico	Zeer hoog risico
Omgang en opslag van medicijnen en steriele (medische)middelen 5 items	Alle scores G of een combinatie van G en 1x M	Alle scores in een combinatie van G en 2 of meer X M	Alle combinaties van G, M en O met een max van 1x O	Alle combinaties met meer dan 1x O

Hygiënemaatregelen: keuken	**Oordeel**	**Landelijke standaard**	**Hoe onderzoek je dit?**	**Opmerkingen**
1 Hygiënecode voor zorg-instellingen, dan wel HACCP-plan voor de afdeling op alle afdelingen aanwezig?	☐ goed beide afdelingen G ☐ goed op1 afdeling M ☐ nee O	– De hygiënecode voor zorg-instellingen is aanwezig en in gebruik.	Door observatie	Afwijkingen beschrijven
2 Registratie van kritische processen (HACCP-Warenwet-verplichting) op alle afdelingen?	☐ goed beide a afdelingen G ☐ goed op1 afdeling M ☐ nee O	– Er is iemand verantwoorde-lijk voor de registratie.	Door observatie	Afwijkingen beschrijven
3 Bewaren levensmiddelen in koelkast	☐ goed G ☐ afwijkingen 1 afdelingen M ☐ afwijkingen op beide afdelingen O	– levensmiddelen worden volgens voorschrift bewaard. Men hanteert het 'first in, first out' principe. – In de koelkast is een thermometer aanwezig – De temperatuur van de koelkast wordt wekelijks geregistreerd – De gemeten temperaturen zijn zichtbaar op een checklist – De koelkast wordt maandelijks schoon-gemaakt, Dit is zichtbaar op een checklist/ aftekenlijst. – Bij zichtbare verontreiniging wordt de koelkast direct schoongemaakt. – Er staan geen medicijnen in de koelkast tenzij in een afgesloten doos.	Door observatie	Bij de vermelding 'bewaren tussen 15 en 25 °C' is dat bij kamertemperatuur en 'gekoeld bewaren' betekent dat de medicijnen in de koelkast bewaard moeten worden bij ten hoogste 7 °C.
4 Vloeren en wanden in de keuken zijn goed reinigbaar.	☐ goed beide afdelingen G ☐ goed op1 afdeling M ☐ nee O	– Vloeren en wanden niet glad afgewerkt. – Voeren en wanden zijn beschadigd. – Vloeren en wanden zijn niet goed reinigbaar. – Vloeren en wanden zijn doordringbaar voor vocht. – Er is een schoonmaak-schema met bijgbehorende aftekenlijstaanwezig	Door observatie	
5 Vaatdoekjes, sponsjes, theedoeken e.d. dagelijks schoon? visueel beoordelen	☐ goed G ☐ nee O	– Vaatdoekjes, sponsjes, theedoeken dagelijks schoon (wassen op 60 °C.) – Gedurende de dag doekjes uithangen en borstels ophangen – Natte vaatdoeken en thee-doeken worden niet hergebruikt.	Door observatie	

Hygiënemaatregelen: keuken	Oordeel	Landelijke standaard	Hoe onderzoek je dit?	Opmerkingen
6 Keuken voorzien van een handenwasgelegenheid met vloeibare zeep en eenmalige handdoekjes?	☐ goed G ☐ goed op1 afdeling M ☐ nee O	– Plaats in of in de onmiddellijke nabijheid van de keuken een voorziening om de handen te wassen. Voorzie deze handwas gelegenheid van een zeerdispenser en handdoekjes voor eenmalig gebruik.	Door observatie	
7 In de keuken een afsluitbare afvalbak voorzien van een plastic zak?	☐ goed beide afdelingen G ☐ goed op1 afdeling M ☐ nee O	– Plaats een afvalemmer met deksel (en voetbediening), voorzien van een plastic zak in de keuken.	Door observatie	
8 Gevaarlijke stoffen of giftige materialen (zoals bepaalde schoonmaakmiddelen) zijn gescheiden van voedingsmiddelen en afgesloten opgeborgen?	☐ goed beide afdelingen G ☐ goed op1 afdeling M ☐ nee O	– Bewaar gevaarlijke stoffen of giftige materialen (zoals bepaalde schoonmaakmiddelen) gescheiden van voedingsmiddelen. – Bewaar gevaarlijkste stoffen afgesloten	Door observatie	
9 In elke keuken is een handenwasgelegenheden + vloeibare zeep en eenmalige handdoekjes aanwezig en of handalcohol	☐ ja alle ruimten G ☐ 1x nee M ☐ 2x nee O	– Wasgelegenheid met koud stromend water, vloeibare zeep en eenmalige handdoekjes afvalbak zonder handbediening, – en/of handalcohol	Ten minste in 2 keukens kijken	

HANDHAVING

Onderwerp	Geen tot gering risico	Gering risico	Hoog risico	Zeer hoog risico
Hygiëne maatregelen keuken 9 items	Indien van toepassing: Alle scores G en max 2x M	Combinatie G en max 4 M	Alle combinaties max 1 X O is	Meer dan 1 keer 0-

hygiënemaatregelen: verblijfsruimtes	**oordeel**	**Landelijke standaard**	**Hoe onderzoek je dit?**	**Opmerkingen**
1 Vloeren en wanden van de verblijfsruimten (kamers en groepsruimten) zijn goed reinigbaar visueel beoordelen	☐ goed beide afdelingen G ☐ goed op1 afdeling M ☐ nee O	– Vloeren en wanden zijn glad afgewerkt. – Voeren en wanden zijn onbeschadigd. – Vloeren en wanden zijn goed reinigbaar. – Vloeren en wanden zijn ondoordringbaar voor vocht. – Er is een schoonmaak-schema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig	Door observatie	
2 De materialen zoals gordijnen zijn wasbaar en schoon. Banken, stoelen, tapijten e.d zijn afwasbaar en schoon. visueel beoordelen	☐ goed beide afdelingen G ☐ goed op1 afdeling M ☐ nee O	– Materialen zoals gordijnen, banken e.d. wasbaar zijn. – Reinig tapijten, stoffering, gordijnen e.d. regelmatig (zichtbaar schoon) – Er is een schoonmaak-schema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig	Door observatie	**Geen schoonmaak-schema gezien**
3 In iedere verblijfsruimten (kamers en groeps-ruimten) ventilatieroosters en/of mechanische ventilatie, die ook gereinigd worden? visueel beoordelen	☐ goed beide afdelingen G ☐ nee O	– Er is periodiek onderhoud van mechanische ventilatie en voor reiniging van ventilatieroosters. – Er is eens schoonmaak-schema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig	– Door observatie – Steekproef bij ten minste 3 verblijfsruimten	

HANDHAVING

Onderwerp	**Geen tot gering risico**	**Gering risico**	**Hoog risico**	**Zeer hoog risico**
Hygiëne maatregelen: verblijfsruimtes 3 items	Alles G	Combinatie van G met max 1x M	Combinatie van G, M met max 1x O	Alle combinaties met meer dan 1 x O

Hygiënemaatregelen sanitaire voorzieningen	oordeel	Landelijke standaard	Hoe onderzoek je dit?	Opmerkingen
1 Vloeren en wanden van toiletten zijn goed reinigbaar	☐ goed beide afdelingen G ☐ goed op1 afdeling M ☐ nee O	– Vloeren en wanden zijn glad afgewerkt. – Voeren en wanden zijn onbeschadigd. – Vloeren en wanden zijn goed reinigbaar. – Vloeren en wanden zijn ondoordringbaar voor vocht. – Er is een schoonmaakschema met bijgbehorende afteken-lijst aanwezig	Door observatie	Afwijkingen beschrijven
2 Voldoende toiletpapier aanwezig op de toiletten?	☐ goed G ☐ goed op1 afdeling M ☐ nee O	– Zorg voor voldoende toiletpapier.	Door observatie	Afwijkingen beschrijven
3 Vloeren en wanden van douches zijn goed reinigbaar	☐ goed beide afdelingen G ☐ goed op1 afdeling M ☐ nee O	– Vloeren en wanden zijn glad afgewerkt. – Voeren en wanden zijn onbeschadigd. – Vloeren en wanden zijn goed reinigbaar. – Vloeren en wanden zijn ondoordringbaar voor vocht. – Er is een schoonmaakschema met bijgbehorende afteken-lijst aanwezig	Door observatie	Afwijkingen beschrijven
4 Bij elke sanitaire voorziening is een handenwasgelegenheid + vloeibare zeep en eenmalige handdoekjes aanwezig en of handalcohol	☐ ja alle ruimten G ☐ 1x nee M ☐ 2x nee O	– Wasgelegenheid met koud stromend water, vloeibare zeep en eenmalige hand-doekjes afvalbak zonder handbediening, – en/of handalcohol	Ten minste in 2 sanitaire ruimten kijken	

HANDHAVING

Onderwerp	Geen tot gering risico	Gering risico	Hoog risico	Zeer hoog risico
Schoonmaak sanitaire voorzieningen (toilet/douche) 4 items	Alles G	Combinatie van G met max 1x M	Combinatie van G, M met O	2of meer x O

Hygienemaatregelen werkruimte/werkkast	Oordeel	Landelijke standaard	Hoe onderzoek je dit?	Opmerkingen
1 Schoonmaakwerkruimte/werkkast aanwezig op elke afdeling/etage en goed onderhouden	☐ goed beide afdelingen G ☐ goed op1 afdeling M ☐ nee O	– Aparte ruimte beschikbaar voor schoonmaakmaterialen – Ruimte kan afgesloten worden – Ventilatie aanwezig – Er is een schoonmaak-schema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig	Door observatie	Afwijkingen beschrijven
2 Uitstortgootsteen in de schoon-maakruimte? visueel beoordelen	☐ goed G ☐ nee O	– Voorzie de ruimte van een uitstortgootsteen. Hier kan het vuile water worden verwijderd en kunnen materialen worden gereinigd.	Door observatie	Afwijkingen beschrijven
3 Schoonmaakmaterialen zoals, moppen, trekkers en bezems worden opgehangen? visueel beoordelen	☐ goed G ☐ nee O	– Voorzie de ruimte waar schoonmaakmaterialen worden bewaard van een ophangsysteem.	Door observatie	Afwijkingen beschrijven
4 Moppen, schoonmaakdoekjes, sponsjes, borstels, dweilen e.d. dagelijks schoon? visueel beoordelen	☐ goed G ☐ nee O	– Moppen, schoonmaak-doekjes, sponsjes, borstels, dweilen dagelijks schoon (wassen op 60 °C). – Na drogen worden moppen, schoonmaakdoekjes, sponsjes en dweilen niet hergebruikt.	– Door observatie – Steekproef bij ten minste 4 schoonmaak-ruimten	

HANDHAVING

Onderwerp	Geen tot gering risico	Gering risico	Hoog risico	Zeer hoog risico
Hygienemaatregelen: werkruimte/ werkkast 4 items	Alles G	Combinatie van G met max 1x M	Combinatie van G, M met max 1x O	Alle combinaties met meer dan 1 x O

Wasgoed en afvalverwerking	oordeel	Landelijke standaard	Hoe onderzoek je dit?	Opmerkingen
1 Vuile was dagelijks in gesloten zakken verzameld?	☐ goed G ☐ nee O	– Verzamel dagelijks de vuile was in een gesloten zak.	Door observatie	
2 Scheiding schone en vuile was?	☐ goed G ☐ nee O	– Het schone en vuile wasgoed is gescheiden van elkaar. – Vuile was ligt niet op de grond, in wasbak of op stoelen gelegd – Vuile waskar is op reikafstand	Door observatie	
3 Opslag schone was	☐ goed beide afdelingen G ☐ goed op1 afdeling M ☐nee O	– De schone was is in een schone kast of een gesealde rolcontainer – Opslag is stofvrij en dient beschermd te zijn tegen vocht en vuil	Door observatie	
4 Afval dagelijks van de afdeling?	☐ goed G ☐ nee O	– Het afval wordt verzameld in plastic zakken. – Dagelijks worden de zakken vervangen en dicht-gebonden getransporteerd naar de rolcontainer. – De rolcontainer staat niet in een ruimte waar schone materialen worden opgeslagen. – Geen overvolle afvalbakken	Door observatie	Opslag afval kan beter

HANDHAVING

Onderwerp	Geen tot gering risico	Gering risico	Hoog risico	Zeer hoog risico
Wasgoed en afvalverwerking 4 items	Alles G	Combinatie van G met max 1x M	Combinatie van G, M met max 1x O	Alle combinaties met meer dan 1 x O

Ruimte voor overige observaties	

Bijlage 3 Vragenlijst organisatieaspecten (beleid)

Infectiepreventie in intramurale instellingen voor ouderenzorg vanaf ZZP 4 (IGZ, 2012)

Vragenlijst t.b.v. gesprek Organisatieaspecten

Inhoud		pagina
1	Algemeen	
2	Beleidsplan infectiepreventie	
3	Infectiecommissie en deskundigen	
4	Kwaliteitsysteem infectiepreventie/WIP	
5	MRSA-beleid	
6	Antibioticabeleid	
7	Wet Publieke Gezondheid	
8	Verpleeghuisinfecties en infectierisico's	
9	Bij- en nascholing	
	Overige opmerkingen	

1 Algemeen

Gegeven instelling	
Datum bezoek:	
Concern naam:	
Aantal locaties onder het concern	
Naam Locatie:	
Adres Locatie:	
Plaats + Postcode Locatie:	
IDnummer:	
Contactpersoon op de werkvloer:	
Aantal cliënten ZZP 4 en hoger	
Totaal aantal cliënten	
Doelgroep	*psychogeriatrisch*
	somatisch
	Anders, namelijk …
Gesprekspartners	
Specialist ouderengeneeskunde (moet)	
Teamleider/manager zorg (moet)	
Arts microbioloog (mag)	
Hygiënist GGD/ziekenhuis (mag)	
Anders:	
Anders:	
Anders:	

2 Beleidsplan Infectiepreventie

Aanbeveling 1995:
Het opstellen van een infectiepreventiebeleid in verpleeghuizen verdient prioriteit.

Maatregel 2006

Norm:
Kwaliteitswet
Gezondheidsraad rapport
Advies IGZ

- Heeft het verpleeghuis een meerjarenbeleid infectiepreventie ja/nee
- Ingezien ja/nee
- Looptijd 2/3/4/5 jaar
  - Als apart infectiepreventie beleidsplan O
  - Als onderdeel van het algemeen beleidsplan van het verpleeghuis O
- Is er een jaarwerkplan infectiepreventie ja/nee
- Ingezien ja/nee
  - Als apart infectiepreventie werkplan O
  - Als onderdeel van het algemeen werkplan van het verpleeghuis O
- Is er een jaarverslag infectiepreventie ja/nee
- ingezien ja/nee
  - Als apart jaarverslag infectiepreventie O
  - Als onderdeel van het algemeen jaarverslag van het verpleeghuis O
- Is het jaarverslag aanleiding tot bijstelling van het beleid ja/nee

Zijn er knelpunten met het infectiepreventiebeleid

Zeer hoog risico	geen of onbekend beleidsplan,
Hoog tot zeer hoog risico	het verpleeghuis heeft een actief beleid, maar er is niet vastgelegd en of consequent nageleefd
Gering tot hoog risico	het verpleeghuis heeft een actief beleid, er is een beleidsplan (apart of als onderdeel), er is een jaarwerkplan (apart of als onderdeel) en een jaarverslag (apart of als onderdeel).
Geen tot gering risico	het verpleeghuis heeft een actief beleid, er is een beleidsplan (apart of als onderdeel), er is een jaarwerkplan (apart of als onderdeel) en een jaarverslag (apart of als onderdeel). Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zo nodig bijstelling Alle volgende onderdelen scoren ten minste operationeel

3 Infectiecommissie en deskundigen

Aanbeveling 1995
Het is aan te bevelen een infectiecommissie in te stellen, die het infectie-preventiebeleid gestalte geeft, inclusief interne protocollering, een traject voor implementatie, evenals uitvoering en naleving van protocollen
Maatregel 2006

Aanbeveling 1995
Het is aan te bevelen een deskundige te consulteren (van uit een ziekenhuis of GGD) bij het opzetten en in stand houden van het infectiepreventiebeleid. Deze deskundigen dienen oog te hebben voor het infectiepreventiebeleid als geheel.
Maatregel 2006

Norm:
Kwaliteitswet
Gezondheidsraadrapport
Advies IGZ
Maatregel 2006

Is er in het verpleeghuis een infectiecommissie of hygiënecommissie? ja/nee
zo ja, wie zijn lid van de commissie:
O manager verpleegkundige zorg
O manager medische zorg / verpleeghuisarts
O manager medisch ondersteunende diensten
O manager facilitaire diensten
O apotheker: dienstverband….. uur per maand/op afroep - toezichthoudend?
O ziekenhuishygiënist: dienstverband….. uur per maand/op afroep
O Artsmicrobioloog: dienstverband….. uur per maand/op afroep
O Verpleegkundige GGD: dienstverband ….. uur per maand/op afroep
O Arts infectieziekten GGD: dienstverband….. uur per maand/op afroep
O hygiëne kwaliteitsmedewerkers
O verzorgenden
O anders namelijk

Heeft de infectiecommissie een reglement ja/nee
zo ja
O De infectiecommissie adviseert gevraagd en ongevraagd aan de directie
O De Infectiecommissie maakt of beoordeelt protocollen
O De infectiecommissie heeft een vast vergaderschema
O Van de vergadering wordt verslag gemaakt
O De commissie is betrokken bij het infectiepreventiebeleid
O De commissie maakt een jaar werkplan
O De commissie maakt een jaarverslag

Zijn er hygiëne kwaliteitsmedewerkers ja/nee
Zo ja
O op elke verpleegafdeling
O op een deel van de verpleegafdelingen

Worden de HKZ-ers periodiek bijgeschoold ja/nee

Zijn er knelpunten over de deskundigen?

Zeer hoog risico	geen of onbekend infectiecommissie en/of deskundigen.
Hoog tot zeer hoog risico	Er is een infectiecommissie, maar die functioneert niet structureel en of heeft geen reglement.
Gering tot hoog risico	Er is een infectiecommissie waarvan tenminste microbioloog of hygiënist lid zijn, de commissie vergadert via een vast schema en maakt daarvan verslag. De commissie heeft een reglement.
Geen tot gering risico	Er is een infectiecommissie waarvan tenminste microbioloog of hygiënist lid zijn, de commissie vergadert via een vast schema en maakt daarvan verslag. De commissie heeft een reglement. De commissie is betrokken bij het infectiepreventiebeleid, maakt een jaarwerkplan en een jaarverslag. Bovendien is er sprake van regelmatige evaluatie en zo nodig bijstelling.

4 Kwaliteitssysteem infectiepreventie/WIP

Aanbeveling 1995
Het is aan te bevelen een infectiecommissie in te stellen, die het infectie-preventiebeleid gestalte geeft, inclusief interne protocollering, een traject voor implementatie, evenals uitvoering en naleving van protocollen.
Maatregel 2006

Aanbeveling 1995
Het infectiepreventiebeleid dient nader uitgewerkt te worden in protocollen. De WIP-richtlijnen, adviezen van de Gezondheidsraad en het CBO kunnen daarvoor een belangrijke basis vormen.
Maatregel 2006

Aanbeveling 1995
Het infectiepreventiebeleid dient nader uitgewerkt te worden in protocollen. De WIP-richtlijnen, adviezen van de Gezondheidsraad en het CBO kunnen daarvoor een belangrijke basis vormen.

Aanbeveling 1995
In verpleeghuizen is bijzonder aandacht vereist ten aanzien van desinfectie en sterilisatie. Voor desinfectie is het noodzakelijk indicaties vast te stellen met de daarvoor toe te passen methoden.

Aanbeveling 1995
Aan (her)sterilisatie van medische hulpmiddelen en instrumenten worden in de Wet en regelgeving dermate strenge eisen gesteld op het gebied van apparatuur, procescontrole, en kwaliteitsbewaking, dat één en ander in de regel in verpleeghuizen niet adequaat kan gebeuren. Sterilisatie kan dan ook beter worden uitbesteed.

Aanbeveling 1995
Verpleeghuizen dienen een protocol voor prikaccidenten ter preventie van hepatitis B op te stellen en te hanteren.

Aanbeveling 1995
Het is aan te bevelen dat verpleeghuizen een afweging maken of, en zo ja op welke wijze, de bij de directe patiëntenzorg of voedselbereiding betrokken personeelsleden met gastro-enteritisklachten of huis/wondinfecties, hun werkzaamheden kunnen voortzetten of niet.

Norm:
Kwaliteitswet -> de richtlijnen van de WIP zijn professionele standaarden in het kader van de wet
Gezondheidsraad rapport
Advies IGZ

- Is er een systeem van protocollering in het algemeen ja/nee

- Dat geldt ook voor protocollen infectiepreventie of waar infectiepreventie onderdeel van is ja/nee
  - Zo ja:
    Wie is verantwoordelijk voor het opstellen van protocollen
    O de infectiecommissie
    O management
    O per protocol een houder
    O anders namelijk
    Worden de protocollen ter vaststelling voorgelegd aan de infectiecommissie ja/nee
    Wie is verantwoordelijk voor de implementatie
    O afdelingshoofd
    O hygiënist
    O HKM-er
    O anders
    Wie is verantwoordelijk voor de naleving
    O afdelingshoofd
    O hygiënist
    O HKM-er
    O anders
- Worden er audits gehouden ja/nee
  - Zo ja:
    Wordt daarover gerapporteerd ja/nee
    Aan wie
    Wie is verantwoordelijk voor de evaluatie
    O afdelingshoofd
    O hygiënist
    O HKM-er
    O infectiecommissie
    O anders
    O Is er een handmatig systeem van vastlegging
    O Is er een geautomatiseerd systeem van vastlegging

- Zijn de richtlijnen van de WIP bekend ja/nee
  - Zo ja:
    Van welk jaar 1995/2004/onbekend
    Zijn acties ondernomen naar aanleiding van de herziening ja/nee/onbekend
    Zijn de protocollen in overeenstemming met de richtlijnen ja/nee/onbekend

- Zijn er knelpunten met protocollering?

- Zijn er protocollen over de volgende onderwerpen (bij het inzien van documenten bekijken)

Onderwerp	**Hele verpleeghuis**	**Relevante afdelingen**	**Niet relevant voor dit verpleeghuis**	**Datum laatste versie**	**Toelichting**
Handhygiëne					
Reiniging					
MRSA					
Persoonlijke hygiëne medewerkers					
Verzorging bij urine-lozing en stoelgang					
Desinfectieprotocol					

Bij protocollen nagaan:

- Datum vaststellen van deze versie
- Autorisatie: wie heeft document vastgesteld
- Tot welke datum is document geldig
- Is protocol in lijn met landelijk protocol/wiprichtlijn
  Let op: geen inhoudelijke toets

	Datum vaststellen	**Vastgesteld door**	**Geldig tot**	**In lijn met WIP/Landelijke richtlijn**	**Totaal beeld voldoende?**
Handhygiëne				Ja/nee	Ja/nee
Reiniging				Ja/nee	Ja/nee
MRSA				Ja/nee	Ja/nee
Persoonlijke hygiëne medewerkers				Ja/nee	Ja/nee
Verzorging bij urine-lozing en stoelgang				Ja/nee	Ja/nee
Desinfectieprotocol					

Zeer hoog risico	geen systeem van protocollering of onbekend
Hoog tot zeer hoog risico	Er is een systeem van protocollering, maar nog ongestructureerd en/of relevante protocollen zijn nog in ontwikkeling en/of protocollen zijn niet algemeen bekend en/of protocollen worden niet consequent nageleefd (audit)
Gering tot hoog risico	Er is een systeem van protocollering en de verantwoordelijkheden voor de onderdelen liggen vast en relevante onderwerpen zijn geprotocolleerd en de protocollen worden consequent nageleefd
Geen tot gering risico	Er is een systeem van protocollering en de verantwoordelijkheden voor de onderdelen liggen vast en relevante onderwerpen zijn geprotocolleerd en de protocollen worden consequent nageleefd en de naleving wordt getoetst de protocollen worden geëvalueerd en bijgesteld

5 MRSA-beleid

Aanbeveling 1995
Tussen verpleeghuizen onderling, en tussen verpleeghuizen en omringende ziekenhuizen dienen afspreken gemaakt te worden over de opvang en overname van met MRSA gekoloniseerde patiënten.

Norm:
Kwaliteitswet -> de richtlijnen van de WIP zijn professionele standaarden in het kader van de wet
Advies IGZ

- Is er een MRSA-beleid ja/nee
  Zo ja
  - O het is volledig in overeenstemming met de richtlijn van de WIP
  - O het is gedeeltelijk in overeenstemming met de WIP

  Op welke onderdelen wijkt het af
  - O er is een draaiboek MRSA
    Is het draaiboek besproken met de afdelingshoofden ja/nee
    Is het draaiboek met (een deel van) de uitvoerende besproken ja/nee

  - O Er zijn protocollen MRSA
    Zijn de protocollen besproken met de afdelingshoofden ja/nee
    Zijn de protocollen met (een deel van) de uitvoerende besproken ja/nee

  - O in voorkomende gevallen wordt er een stuurgroep/crisisteam gevormd
    Wie nemen daaraan deel

    - O het is afgestemd met relevante ziekenhuizen
    - O het is afgestemd met verpleeghuizen in de regio
    - O er is een microbioloog bij betrokken
    - O er is een ziekenhuishygiënist bij betrokken

O Het verpleeghuis heeft al ervaring met MRSA positieve bewoners ja/nee
Heeft er verspreiding van MRSA plaatsgevonden ja/nee
Is hiervan een logboek bij gehouden ja/nee
Heeft er een evaluatie plaatsgevonden ja/nee
Was dit aanleiding tot aanpassingen ja/nee

Zijn er knelpunten met het MRSA-beleid?

Zeer hoog risico	Er is geen MRSA beleid
Hoog tot zeer hoog risico	Er is een MRSA beleid, maar nog ongestructureerd en/of relevante protocollen en draaiboeken zijn nog in ontwikkeling en/of protocollen en draaiboeken zijn niet algemeen bekend en/of protocollen worden niet consequent nageleefd (audit)
Gering tot hoog risico	Er is een MRSA beleid en de verantwoordelijkheden voor de onderdelen liggen vast en het is geprotocolleerd en de protocollen worden consequent nageleefd
Geen tot gering risico	Er is een MRSA beleid, de verantwoordelijkheden voor de onderdelen liggen vast en het is geprotocolleerd en er is een draaiboek en het protocol worden consequent nageleefd en het draaiboek wordt gevolgd en de naleving wordt getoetst en het protocol en het draaiboek worden geëvalueerd en bijgesteld

6 Antibioticabeleid

Aanbeveling 1995
Het antibioticabeleid dient met de omringende zorginstellingen afgestemd te zijn op basis van kweekresultaten en met eenvoudige en zo beperkt mogelijke middelen.

Norm:
Kwaliteitswet -> de richtlijnen van de SWAB zijn professionele standaarden in het kader van de wet
Advies IGZ

– Heeft het verpleeghuis een antibioticabeleid ja/nee
  - Zo ja
    O er is een formularium specifiek voor het huis datum formularium
    O er is een formularium voor de instellingen in de regio: datum formularium
    O er is geen formularium
    O het formularium is afgestemd of opgesteld met de microbioloog
    O het formularium is gebaseerd op resistenties in de regio
    O er zijn voorwaarden om er van af te wijken
    O de naleving wordt getoetst
    O het formularium wordt ten minste 1x/4 jaar geëvalueerd

Zijn er knelpunten met het antibioticabeleid?

Zeer hoog risico	Er is geen antibioticabeleid
Hoog tot zeer hoog risico	Er is een antibioticabeleid, maar er is geen formularium of er is een formularium maar het wordt niet gevolgd
Gering tot hoog risico	Er is een antibioticabeleid met formularium dat consequent gevolgd wordt niet ouder dan 4 jaar, afgestemd is in de regio, in overleg met een microbioloog opgesteld
Geen tot gering risico	er is een antibioticabeleid met formularium dat consequent gevolgd wordt niet ouder dan 4 jaar, afgestemd is in de regio, in overleg met een microbioloog opgesteld en de naleving wordt getoetst en er zijn voorwaarden voor afwijken en het formularium wordt periodiek herzien

7 Wet publieke gezondheid

Aanbeveling 1995
Bij bewoners geconstateerde infectieziekten genoemd in de WBIO, dienen aangegeven te worden bij de GGD.

Norm:
Wet publieke gezondheid

Is het verpleeghuis op de hoogte van de meldingsplicht in het kader van de Wet publieke gezondheid ja/nee

Zo ja
O wordt de wet consequent nageleefd
O zijn er protocollen voor de naleving
O zijn de protocollen algemeen bekend
O meldingplichtige infectieziekten worden gemeld aan de GGD (laatste melding ….)
O groepsinfecties (artikel 6) worden gemeld aan de GGD (laatste melding …..)
O er zijn afspraken met de GGD over de manier van melden
O er zijn afspraken met de GGD over de manier van de follow-up
O er is periodiek overleg met de GGD

Zijn er knelpunten met het naleven van de wet?

Zeer hoog risico	Men is niet op de hoogte van de Wet publieke gezondheid
Hoog tot zeer hoog risico	Men is wel op de hoogte van de Wet Publieke Gezondheid, maar de wet wordt niet consequent nageleefd en/of er zijn geen schriftelijke procedures ter naleving van de Wet en/of de schriftelijke procedures zijn niet algemeen bekend er zijn geen afspraken met de GGD
Gering tot hoog risico	Men is wel op de hoogte van de Wet Publieke Gezondheid en de wet wordt consequent nageleefd en er zijn schriftelijke procedures ter naleving van de Wet en de schriftelijke procedures zijn algemeen bekend en er zijn geen afspraken met de GGD over de wijze van melding
Geen tot gering risico	Men is wel op de hoogte van de Wet Publieke Gezondheid en de wet wordt consequent nageleefd en er zijn schriftelijke procedures ter naleving van de Wet en de schriftelijke procedures zijn algemeen bekend en er zijn geen afspraken met de GGD over de wijze van melding er is follow up na een melding en er is periodiek overleg met de GGD er is evaluatie en bijstelling van procedures

8 Verpleeghuisinfecties en infectierisico's

Aanbeveling 1995
Het is aan te bevelen over aspecten van zorg (zoals het gebruik van catheters en antibiotica, het optreden van decubitus) geaggregeerd te registreren, zodat evaluatie en bijstelling van het infectiepreventiebeleid mogelijk wordt. Van ontwikkelingen ten aanzien van het infectiepreventiebeleid kan aldus verslag gedaan worden in het (kwaliteits) jaarverslag

Registreert het verpleeghuis aspecten die te maken hebben met een verhoogd risico op zorginfecties ja/nee
Zo ja
O blaascatheters
worden de gegevens geanalyseerd ja/nee
Heeft het tot aanpassingen geleid ja/nee
Voorbeeld
Worden de resultaten van de verbeteracties gemeten ja/nee

O antibioticabeleid
worden de gegevens geanalyseerd ja/nee
Heeft het tot aanpassingen geleid ja/nee
Voorbeeld
Worden de resultaten van de verbeteracties gemeten ja/nee

O zorginfecties
worden de gegevens geanalyseerd ja/nee
Heeft het tot aanpassingen geleid ja/nee
Voorbeeld
Worden de resultaten van de verbeteracties gemeten ja/nee

Zijn er knelpunten met surveillance

Zeer hoog risico	Er is geen registratie
Hoog tot zeer hoog risico	er is wel op één of meer onderdelen een registratie, maar niet algemeen bekend of niet consequent uitgevoerd of geen analyse en verbeteracties
Gering tot hoog risico	er is wel op één of meer onderdelen een registratie en het is algemeen bekend en het wordt op dat onderdeel consequent nageleefd en het leidt tot analyse en verbeteracties met voorbeeld
Geen tot gering risico	er is op tenminste twee van de drie genoemde onderdelen sprake van of meer onderdelen een registratie en het is algemeen bekend en het wordt op dat onderdeel consequent nageleefd het leidt tot analyse en verbeteracties met voorbeeld de resultaten van de verbeteracties worden gemeten

9 Bij-en nascholing

Aanbeveling 1995
Aan bij- en nascholing voor wat betreft infectiepreventie dient bijzondere aandacht geschonken te worden. Bij- en nascholing dienen een integraal onderdeel van het infectiepreventiebeleid te zijn.

Is er bijscholing op het gebied van infectiepreventie ja/nee/deels/onbekend
Zo ja
Is de bijscholing verplicht ja/nee

		Datum	**Onderwerp**
O	Voor verzorgenden		
O	Voor specialisten ouderengeneeskunde		
O	Voor paramedici		
O	Voor keuken/voedingsmedewerkers		
O	Voor medewerkers facilitaire dienst		

Is/was infectiepreventie onderdeel van de beroepsopleiding ja/nee/deels/onbekend
Zo ja

		Datum	**Onderwerp**
O	Voor verzorgenden		
O	Voor specialisten ouderengeneeskunde		
O	Voor paramedici		
O	Voor keuken/voedingsmedewerkers		
O	Voor medewerkers facilitaire dienst		

Zeer hoog risico	geen bij- en nascholing of onbekend,
Hoog tot zeer hoog risico	bij- of nascholing of deels bij- en nascholing
Gering tot hoog risico	nascholing voor ten minste 4 disciplines
Geen tot gering risico	bij**-** en nascholing voor ten minste 4 disciplines

Bijlage 4 Toelichting op het inspectieoordeel

Oordeel	Definitie	Mogelijke consequenties	Acties	Noot
Zeer hoog risico	(Rand-) voorwaarden, praktijken of processen die een ernstige bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Ernstige gezondheids-schade voor de cliënt is zeer reëel of heeft al plaatsgevonden.	Onmiddellijke actie van zorgaanbieder/ beroepsbeoefenaar/ bedrijf is nodig. De inspectie controleert dit. Wanneer geen of onvoldoende actie, dan direct naar fase 3, repressief toezicht: aanwijzing, bevel, boete, inbeslagname.	Een patroon van (rand)-voorwaarden, praktijken of processen die ieder apart als 'hoog risico' beoordeeld worden, kan als 'zeer hoog risico' beoordeeld worden.
Hoog risico	(Rand-) voorwaarden, praktijken of processen die een bedreiging kunnen vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliëntgerichtheid.	Gezondheidsschade voor de cliënt is reëel of heeft al plaats-gevonden.	Actie van zorg-aanbieder/ beroeps-beoefenaar/ bedrijf is op korte termijn nodig. De inspectie geeft termijnen aan. Wanneer geen of onvoldoende actie volgt, stelt inspectie verscherpt toezicht in.	Een patroon van (rand-)voorwaarden, praktijken of processen die ieder apart als 'gering risico' beoordeeld worden, kan als 'hoog risico' beoordeeld worden.
Gering risico	(Rand-)voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm, maar die niet direct een bedreiging vormen voor de veiligheid, effectiviteit en/of de cliënt-gerichtheid.	Geen directe gezondheidsschade voor de cliënt.	Actie van zorg-aanbieder/ beroeps-beoefenaar/ bedrijf is nodig. Deze geeft de verbetering aan in een plan van aanpak. Wanneer geen of onvoldoende actie wordt ondernomen, volgt na rappel mogelijk verscherpt toezicht.	Veel kleine opmerkingen die ieder apart als 'geen risico' beoordeeld worden, kunnen samen wijzen op een bedreiging van de veiligheid, effectiviteit of cliëntgerichtheid. In dat geval kan de situatie toch als 'gering risico' beoordeeld worden.
Geen tot gering risico	De inspectie constateert geen (rand-) voorwaarden, praktijken of processen die afwijken van de norm.	Er is vrijwel geen sprake van mogelijke gezondheidsschade voor de cliënt.	Geen actie nodig.	Een opmerking in de categorie 'geen risico' kan ook positief zijn.