



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

Rapport naar aanleiding van het thematisch
toezichtbezoek infectiepreventie aan Stichting
Omring, locatie Waterpark op 6 augustus 2019
te Medemblik

Utrecht, oktober 2019

Inhoud

Inhoud—3

1 Inleiding—5

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

2 Conclusies—7

- 2.1 Conclusie bezoek—7

3 Vervolgacties—8

- 3.1 Vervolgacties voor de zorgaanbieder—8
- 3.2 Vervolgacties van de inspectie—8

4 Resultaten—9

- 4.1 Inleiding—9
- 4.2 Algemene informatie instelling—9
 - 4.2.1 Thema uitvoering—10
 - 4.2.2 Thema regie zorg—11
 - 4.2.3 Thema bestuur—12

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

1 Inleiding

De inspectie bracht op 6 augustus 2019 een inspectiebezoek infectiepreventie en antibioticabeleid aan Stichting Omring, locatie Waterpark in Medemblik.

1.1 Aanleiding

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

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

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

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

1.2 Onderzoeksvraag

De hoofdvraagstelling van het onderzoek van de inspectie is:

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

1.3 Onderzoeksmethode en periode

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

1.4 Toetsingskader

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

1.5 Leeswijzer

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

2 Conclusies

In dit hoofdstuk geeft de inspectie haar conclusie. Hierin staat hoe de inspectie de door Waterpark geleverde zorg beoordeelt. Een toelichting op de scores per norm staat in hoofdstuk 4. In dat hoofdstuk beschrijft de inspectie op basis van welke bevindingen zij de scores op de normen geeft.

2.1 Conclusie bezoek

De inspectie concludeert dat Waterpark de richtlijnen op het gebied van infectiepreventie en antibioticabeleid op bijna alle getoetste onderwerpen naleeft.

De inspectie concludeerde bij het bezoek dat Waterpark een aantal onderdelen op orde had.

Er werd voldaan aan de voorwaarden voor een goede handhygiëne en persoonlijke hygiëne van medewerkers, en persoonlijke beschermingsmiddelen waren beschikbaar.

De opslag van steriele medische hulpmiddelen was schoon en overzichtelijk en er waren geen materialen met een verstreken expiratiedatum.

De so had inzicht in de status van bewoners bij opname. Ook ondersteunde zij de andere disciplines op het gebied van infectiepreventie. Het antibioticabeleid en de uitvoer daarvan waren goed georganiseerd.

Het bestuur droeg voldoende zorg voor bouwkundige en materiële voorzieningen voor uitvoer van infectiepreventie volgens de richtlijnen. De deskundigheid op het gebied van wet- en regelgeving was op orde, alsmede organisatie van deskundigheid bij medewerkers. De inspectie concludeerde dat het bestuur voldoende zicht had op de risico's en een veilig klimaat creëerde om elkaar aan te spreken.

Waterpark voldeed op enkele getoetste onderdelen echter nog in onvoldoende mate aan de norm, namelijk:

- Er was geen reservekleding aanwezig voor medewerkers,
- Afspraken over reiniging en desinfectie van verblijfsruimtes waren onvoldoende helder en gebeurden niet altijd zoals in de protocollen was vastgelegd,
- Enkele protocollen waren niet gedateerd,
- Verschillende punten uit recente en oudere hygiëneaudits waren niet opgepakt.

3 Vervolgacties

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

3.1 Vervolgacties voor de zorgaanbieder

Maatregelen

De inspectie verwacht van u de volgende acties:

Uitvoering

- Medewerkers dragen kleding volgens de richtlijn, reservekleding is voor hen beschikbaar.
- Medewerkers desinfecteren volgens de richtlijn, er is helder wat de indicaties zijn voor het gebruik van desinfectantia en medewerkers handelen hiernaar.
- Protocollen zijn voorzien van eigenaar en revisiedatum.
- De uitkomsten van hygiëneaudits worden volgens een PDCA cyclus opgevolgd.

De inspectie verwacht dat u alle onderdelen zodanig verbetert dat deze voldoende scoren. De inspectie verwacht uiterlijk op **1 maart 2020** een resultaatsverslag waarin u aantoont dat deze punten voldoende en verifieerbaar verbeterd zijn.

3.2 Vervolgacties van de inspectie

De inspectie beoordeelt uw resultaatverslag, op basis daarvan kan de inspectie besluiten het toezicht af te sluiten of aanvullende maatregelen op te leggen. Ook een (on)aangekondigd inspectiebezoek kan deel uitmaken van het vervolgtraject.

4 Resultaten

4.1 Inleiding

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

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

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

De nummering in de tabellen verwijst naar het toetsingskader.

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

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

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

- Een rondgang door de locatie. Tijdens de rondgang is er gesproken met verschillende medewerkers.
- Gesprek met de specialist ouderengeneeskunde
- Gesprek met de raad van bestuur

4.2 Algemene informatie instelling

De zorgaanbieder is gehuisvest aan de Uiverstraat 1 te Medemblik. De instelling heeft meerdere locaties in de kop van Noord-Holland en Texel. De zorgaanbieder richt zich binnen locatie Waterpark op psychogeriatrische, kleinschalige zorg. Waterpark heeft 27 appartementen en vijf woongroepen: vier groepen met 5 cliënten en één groep met 7 cliënten. Om in Waterpark te wonen is een indicatie nodig voor een zorgprofiel vanaf VV5 met BOPZ.

4.2.1 Thema uitvoering

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

Tabel 1: resultaten medewerkers werken volgens de richtlijnen

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

Medewerkers passen handhygiëne toe volgens de richtlijn (1.1.1).

Alle faciliteiten voor het toepassen van een juiste handhygiëne waren aanwezig. Niet alle kamers waren voorzien van handalcohol, medewerkers droegen een flesje handalcohol op zak. Handen waren vrij van sieraden, horloges, nepnagels en nagellak. Er waren afspraken over wanneer handhygiëne moest worden toegepast en er was een onderlinge aanspreekcultuur. Medewerkers deden eens per drie jaar een e-learning over het toepassen van handhygiëne.

Medewerkers dragen kleding volgens de richtlijn (1.1.2).

Medewerkers droegen eigen kleding en er waren afspraken over hoe deze thuis te wassen. Kleding liet de onderarmen onbedekt. Er was geen reservekleding aanwezig.

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

Er waren persoonlijke beschermingsmiddelen aanwezig. Protocollen waren voldoende beschikbaar en medewerkers wisten hoe ze een protocol moesten op te zoeken. Een deskundige infectiepreventie was beschikbaar voor vragen.

Medewerkers reinigen en desinfecteren volgens de richtlijn (1.1.5).

Er waren vastgelegde afspraken over reiniging en desinfectie, taken waren bij zorgmedewerkers en schoonmaakmedewerkers belegd. Ondanks protocollen en afspraken was voor medewerkers niet helder wat de indicaties voor desinfectie waren en hoe desinfectantia (o.a. chloortabletten) gebruikt moesten worden.

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

Er was een centrale opslag voor medische hulpmiddelen. Deze werd beheerd door een aandachtsvelder. De opslag was schoon en overzichtelijk en er werden geen middelen aangetroffen die de uiterste gebruiksdatum overschreden.

4.2.2 *Thema regie zorg*

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

Tabel 2: resultaten Medische verantwoordelijkheid specialist ouderengeneeskunde

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

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

Er werd geen risicoinventarisatie MRSA, BRMO afgenomen bij nieuwe bewoners. Er was wel een "vinkje" opgenomen in het EPD waarin kon worden aangevinkt dat een MRSA/BRMO aanwezig was bij opname. De instelling had geen uniform kweekbeleid, er waren wel mondelinge afspraken over laagdrempelig kweken.

De so was aan de zijlijn betrokken bij beleid op het gebied van infectiepreventie, recent had een so zitting genomen in de infectiepreventiecommissie. De so wist via de bestuurder die was aangesloten bij een regionaal netwerk wat er speelde in de regio op het gebied van infectieziekten.

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

De instelling beschikte over uitbraakprotocollen waarin afspraken waren vastgelegd over opschaling. Protocollen op het gebied van infectiepreventie waren voldoende beschikbaar en vertaald naar de situatie binnen Omring. De so adviseerde medewerkers, bewoners en diens naasten op het gebied van de juiste maatregelen in het geval van een infectie, dit was onderdeel van het medisch beleid. De so ondersteunde medewerkers bij vragen over infectiepreventie en gaf aan dat er sprake is van een cultuur waarin medewerkers elkaar aanspreken wanneer richtlijnen niet worden nageleefd. De so informeerde de raad van bestuur nog niet over infectiepreventie, betrokkenheid van een so bij de hygiëne en infectiepreventiecommissie was recent vormgegeven.

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

Omring beschikte over een antibioticaformularium, deze werd periodiek besproken in het farmacotherapeutisch overleg. De so had indien nodig afstemming met een medisch microbioloog in de regio en de GGD. De so informeerde zich op het gebied van resistentieontwikkeling, dit was ook een gespreksonderwerp in het farmacotherapeutische overleg.

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

De instelling beschikte over een jaarplan, dat was geaccordeerd door de raad van bestuur, antibioticabeleid maakte hiervan deel uit. De so was bekend met het regionale zorgnetwerk.

4.2.3 Thema bestuur

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

Tabel 2: Resultaten bestuurlijke verantwoordelijkheid raad van bestuur

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

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

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

De bestuurder zorgde dat voldaan werd aan de inrichtingseisen noodzakelijk voor infectiepreventie met behulp van een strategisch vastgoedplan dat samen met de zorgdirectie en de hygiëne en infectiepreventiecommissie werd vormgegeven. Er was een plan om binnenkort alle wastafels te vervangen op de kamers van de bewoners en meteen handalcoholdispensers op te installeren.

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

De bestuurder zorgde dat hulpmiddelen zoals persoonlijke beschermingsmiddelen en desinfectantia noodzakelijk voor infectiepreventie beschikbaar waren en voldeden aan de richtlijnen voor infectiepreventie. Dit was georganiseerd in een materialencommissie. Daarnaast door het toebedelen van eigenaarschap aan de locatiemanager die controleerde of middelen beschikbaar waren en juist gebruikt werden.

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

Volgens afspraken was de so verantwoordelijk voor meldingen in het kader van artikel 26, dit was vastgelegd in het kwaliteitshandboek. Implementatie van nieuwe wet-/regelgeving en richtlijnen was de verantwoordelijkheid van de infectiepreventie commissie die rapporteerde aan de bestuurder. De bestuurder nam deel aan de regionale ABR-stuurgroep voor Noord-Holland en Flevoland en participeerde in het Universitair Netwerk Ouderenzorg. De instelling was aangesloten bij een zorgnetwerk en volgde relevante ontwikkelingen op het gebied van antibioticaresistente.

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

De bestuurder zorgde voor deskundigheid op het gebied van infectiepreventie door organisatie van e-learning. Daarnaast waren er hygiëne contactpersonen binnen de organisatie en werkte de organisatie met kwaliteitsverpleegkundigen die een coachende rol hadden.

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

De bestuurder zorgde voor deskundigheid op het gebied van infectiepreventie door inhuur van een externe deskundige infectiepreventie. Er werd periodiek een audit infectiepreventie uitgevoerd. Er ontbrak een PDCA-cyclus waardoor verbetermaatregelen naar aanleiding van de laatste audit in onvoldoende mate waren opgevolgd en geborgd. De organisatie had een kwaliteitsdashboard, kwaliteitsscan en een teamevaluatie om zicht te houden op kwaliteit van zorg. Er was recent een so aangesloten bij de hygiëne- en infectiepreventiecommissie.

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

Er werd gewerkt vanuit een open en lerende houding. Er was een programma opgezet binnen Omring "Samen effectief naar succes", waarin aandacht was voor het faciliteren van dialoog en teamontwikkeling. Coaching op maat van teams was hier onderdeel van. Vanuit deze visie werkte het bestuur tevens aan een veilig klimaat voor medewerkers om elkaar aan te spreken op de naleving van richtlijnen.

5 Bijlage toetsingskader toezicht infectiepreventie en antibioticabeleid in de verpleeghuiszorg

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

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

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