

Organisatie:
Locatie:
datum:
auditor 1:
auditor 2:
auditor 3:

1. BESTUUR EN BELEID

NORM	TOETSINGSKADER	voldoet = 1 / voldoet niet = 0
De organisatie heeft een beleid opgesteld m.b.t. infectiepreventie	Er is beleid omtrent de volgende onderwerpen continuïteitsplan (gericht op infectiepreventie onderwerpen); eigenaarschap IP; protocollen beleid; scholings; audit.	
Er is een actieve infectiecommissie (IPC).	Een infectiecommissie reglement kan getoond worden overige voorwaarden: goede samenstelling van de commissie (DI, SO, ML-lid, kwaliteits- of beleidsmedewerker, afgevaardigde facilities, afgevaardigde verzorging/verpleging, arts-microbioloog of arts GGD (of vertegenwoordiger); vergaderfrequentie van minimaal 3x per jaar; afspraken worden vastgelegd in notulen	
Er is toegang tot adviezen op gebied van infectiepreventie, infectiebestrijding en/of microbiologie.	Toegang kan aangetoond worden	
Toegang tot adviezen op gebied van infectiepreventie, infectiebestrijding en/of microbiologie is geformaliseerd.	Samenwerking is geformaliseerd (bv in de vorm van een dienstverleningsovereenkomst)	
Er is een functionerend netwerk van aandachtsvelders.	Overzicht van aandachtsvelders en activiteiten kan getoond worden.	
Er vinden periodiek audits plaats.	Er is een auditplanning.	
De organisatie neemt actief deel aan REZISTO.	Deelname kan aangetoond worden.	
De instelling heeft een jaarplan m.b.t. infectiepreventie.	Documentatie kan getoond worden.	
Er is sprake van een managementreview waarna jaarplan en beleid IP wordt bijgesteld (indien nodig) PDCA cyclus.	Managementreview of evaluatieverslag kan getoond worden.	

2. UITBRAAKMANAGEMENT

NORM	TOETSINGSKADER	voldoet = 1 / voldoet niet = 0
Er is een werkinstructie over de werkzaamheden tijdens een uitbraak.	Instructie kan getoond worden.	
De organisatie beschikt over de deskundigheid die nodig is voor het opstarten van een contactonderzoek.	Contactgegevens van degene die verantwoordelijk is voor het wel/niet opstarten van een contactonderzoek zijn aanwezig en deze persoon is laagdrempelig benaderbaar.	
Er is een specifieke procedure voor uitbraakmanagement aanwezig.	De procedure kan getoond worden.	
Afspraken over de indicatie voor het melden van een verdenking van een uitbraak en de te volgen acties zijn vastgelegd.	Documentatie kan getoond worden.	
Uitbraakprocessen worden gedocumenteerd	Documenten en notulen kunnen getoond worden.	
Uitbraakprocessen worden geëvalueerd	Verslaglegging van evaluatie kan getoond worden.	
Na evaluatie worden verbeterpunten opgevolgd (PDCA)	Plan van aanpak kan getoond worden (dit geldt niet voor kleinere issues waarbij de verbetering direct is ingezet)	
De duur van een uitbraak wordt gemonitord	Documentatie kan getoond worden.	

3. SCHOLING

NORM	TOETSINGSKADER	voldoet = 1 / voldoet niet = 0
Nieuwe medewerkers krijgen tijdens de "inwerkperiode" een scholing over infectiepreventie (e-learning of fysiek).	Er kan aangetoond worden dat nieuwe medewerkers binnen 3 maanden een scholing krijgen en bijgewoond/doorlopen hebben. Het scholingsprogramma kan getoond worden en bestaat minimaal uit 1) persoonlijke hygiëne/kledingreglement; 2) handhygiëne; 3) protocollen/werkinstructies; 4) isolatiemaatregelen	
Medewerkers (kantoorpersoneel uitgezonderd) krijgt 2 jaarlijks en scholing over infectiepreventie.	Er kan aangetoond worden dat alle medewerkers 2 jaarlijks een scholing IP krijgen en bijgewoond hebben	
Aandachtsvelders IP krijgen een introductie infectiepreventie scholing.	Deelname aan de introductie infectiepreventie scholing kan getoond worden. Deze bestaat minimaal uit 1) inhoud scholing nieuwe medewerkers + 2) basis microbiologie, infectie, dragerschap, verspreidingsroutes; 3) hygiënisch handelen tijdens de verzorging; 4) uitbraakmanagement; 5) auditeren en verbeteren (PDCA cyclus).	
Aandachtsvelders worden jaarlijks bijgeschoold.	Er kan aangetoond worden dat aandachtsvelders jaarlijks een bijscholing krijgen en bijgewoond hebben.	
Aandachtsvelders voeren zelf activiteiten uit om collega's te motiveren en scholen op het gebied van infectiepreventie.	Documentatie kan getoond worden.	
Binnen het team is sprake van een vorm van zelfevaluatie IP (individueel of in teamvorm) waarna verbeterpunten worden opgesteld. Of andere wijze waarop de aandachtsvelder actief invulling geeft.	Documentatie kan getoond worden.	

4. PROTOCOLLEN

NORM	TOETSINGSKADER	voldoet = 1 / voldoet niet = 0
Protocollen en werkinstructies zijn beschikbaar en toegankelijk voor medewerkers.	Er is een digitaal documentbeheersysteem aanwezig.	
Er is sprake van een goede vindbaarheid van de protocollen en werkinstructies.	kunnen 3 medewerkers kunnen tonen dat zij hun weg weten te vinden in het documentbeheersysteem	
De protocollen zijn gebaseerd op de landelijke richtlijnen (WIP, SRI, WHO, Vilans etc).	Tijdens een steekproef blijkt dat de protocollen gebaseerd zijn op landelijke richtlijnen, minimaal 3 protocollen worden ingezien	
Protocollen en werkinstructies zijn actueel.	75% van de documenten, m.b.t. infectiepreventie, is actueel (binnen deadline voor herziening)	
Er vindt periodiek evaluatie plaats van de protocollen en werkinstructies.	Het systeem geeft een automatische herinnering dat documenten herzien of geëvalueerd moeten worden.	
Wijzigingen in protocollen en werkinstructies zijn zichtbaar voor de gebruiker.	Er is een systeem waarmee wijzigingen in protocollen en werkinstructies zichtbaar worden gemaakt aan gebruikers.	

Alle protocollen en werkinstructies zijn actueel.	100% van de documenten, m.b.t. infectiepreventie, is actueel (binnen deadline voor herziening).	
Er is een proceseigenaar die het overzicht heeft over alle protocollen en werkinstructies en periodiek controleert op structuur en samenhang.	Documentatie kan getoond worden	

5. PERSOONLIJKE HYGIËNE ZORGMEDEWERKERS (personen die beroepsmatig direct contact hebben met bewoners)

NORM	TOETSINGSKADER	voldoet = 1 / voldoet niet = 0
Er is een onderbouwd protocol t.a.v. persoonlijke hygiëne.	Er is een protocol aanwezig en dit is gebaseerd op de landelijke richtlijnen. Minimale eis: geen ringen; geen polsieraden of horloges; geen kunst-/gelnagels of nagellak; geen lange losse haren; onbedekte onderarmen. Het protocol wordt binnen de organisatie uitgedragen, bv. door een poster	
Er vindt jaarlijks toetsing op de naleving van de persoonlijke hygiëne plaats.	Rapportage van toetsing kan getoond worden.	
Flexmedewerkers (bijvoorbeeld externe medewerkers, uitzendkrachten, ZZP-ers etc) worden actief op de hoogte gesteld van de regels t.a.v. persoonlijke hygiëne.	Er is een duidelijk, inzichtelijk systeem aanwezig	
Er is sprake van een PDCA cyclus naar aanleiding van de uitkomsten uit de toetsing. Verbeteracties worden indien nodig opgestart en gemonitord.	Een plan van aanpak kan getoond worden	

6. HANDHYGIËNE

NORM	TOETSINGSKADER	voldoet = 1 / voldoet niet = 0
Alle locaties zijn voorzien van handalcohol, zeep, papieren handdoekjes.	Aantoonbaar d.m.v. een steekproef op enkele afdelingen (minimaal 2 afdelingen)	
Er is een handhygiëne protocol/beleid aanwezig.	Het protocol kan getoond worden en bevat minimaal: techniek van handhygiëne en momenten van handhygiëne	
Er zijn veilige en effectieve middelen voor handhygiëne beschikbaar.	De handalcohol die wordt gebruikt is goedgekeurd door het CTGB en heeft een virusclaim	
Er zijn afspraken over het gebruik van handschoenen.	Taak specifiek gebruik en juiste indicatie voor handschoen gebruik staat beschreven in het protocol	
De medewerker wordt voorzien van de juiste handschoenen.	Er zijn alleen handschoenen beschikbaar die voldoen aan de daarvoor geldende eisen (nitril of latex handschoenen die voldoen aan de normen EN 455 en EN 374)	
De organisatie heeft inzicht in de mate van toepassing van handhygiëne (compliance).	Rapportage kan getoond worden.	
Er is sprake van een PDCA cyclus naar aanleiding van de uitkomsten uit de toetsing (compliance). Verbeteracties worden opgestart en gemonitord.	Rapportage en/of plan van aanpak kan getoond worden.	

7. SCHOONMAAK

NORM	TOETSINGSKADER	voldoet = 1 / voldoet niet = 0
Er is een actueel protocol reiniging en desinfectie beschikbaar waar de werkwijze voor reiniging (schoonmaak) en desinfectie is vastgelegd	Het protocol kan getoond worden en bevat minimaal: 1) wanneer R&D; 2) methode van R&D; 3) middelen; 4) werkprogramma en verantwoordelijkheden	
Er vindt periodiek controle plaats van het schoonmaakproces (naleving planning, gebruik middelen, frequentie etc).	Zowel de schoonmaak door schoonmaakpersoneel als door zorgmedewerkers wordt getoetst.	
Er vindt periodieke toetsing plaats van de kwaliteit van schoonmaak d.m.v. bijvoorbeeld een (objectieve) meting, bv: VSR-Kwaliteitsmeting; fluorescentie check; atp metingen	Rapportage van de toetsing kan getoond worden. Frequentie 2 jaarlijks	
Er sprake van een PDCA cyclus naar aanleiding van de uitkomsten uit de toetsing. Verbeteracties worden indien nodig opgestart en gemonitord.	Plan van aanpak kan getoond worden.	
De tevredenheid van cliënten m.b.t. schoonmaak wordt getoetst.	Documentatie kan getoond worden.	

8. MRSA / BRMO

NORM	TOETSINGSKADER	voldoet = 1 / voldoet niet = 0
Er vindt een risico inventarisatie naar BRMO/MRSA plaats bij inhuizing	Verslaglegging van de risico inventarisatie wordt geregistreerd en kan getoond worden	
Binnen de organisatie is per BRMO beschreven hoe te handelen bij dragerschap met BRMO/MRSA	Isolatieprotocol kan getoond worden.	
Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) zijn op iedere afdeling beschikbaar	PBM staan in het bestelportaal en zijn ten allen tijden toegankelijk	
De organisatie heeft inzicht in de bewoners met MRSA/BRMO in de organisatie	Documentatie kan getoond worden (bewonersoverzicht MRSA/BRMO).	
De organisatie neemt deel aan projecten/onderzoeken waarbij actief gezocht wordt naar BRMO dragerschap.	Documentatie kan getoond worden.	
Er zijn kamers beschikbaar die geschikt zijn voor isolatieverpleging (eenpersoonskamer met eigen sanitair of gebruik van een po-stoel)	kamers (voor isolatieverpleging) kunnen getoond worden.	
Er is een vraagbaak (persoon, archief of andere vorm) voor medewerkers bereikbaar/beschikbaar voor vragen over MRSA/BRMO	Documentatie kan getoond worden.	