

## Rapportage audit infectiepreventie

---

---

Oogcentrum Noordholland  
te Heerhugowaard

**Locatie**

Oogcentrum Noordholland  
Gildestraat 10  
1704 AG Heerhugowaard

**Audit datum**

26 juli 2022

**Rapportage datum**

28 juli 2022

**Uitgevoerd door**

Paul Bergervoet  
deskundige infectiepreventie

**Gevalideerd door**

Karina Nolte  
deskundige infectiepreventie

## Management samenvatting

Namens Oogcentrum Noordholland heeft mevrouw T. Kraal aan Tensen & Nolte Infectiepreventie de opdracht gegeven een audit infectiepreventie uit te voeren. Op 26 juli 2022 heeft Paul Bergervoet, deskundige infectiepreventie, deze audit uitgevoerd.

Deze audit is bedoeld om de gang van zaken in de praktijk te vergelijken met de gewenste gang van zaken. Een audit is een goed instrument om effectieve veranderingen te initiëren en fouten te signaleren. Dit verbetert de kwaliteit, de patiëntveiligheid en mogelijk ook de kosteneffectiviteit. Het is zinvol jaarlijks een audit infectiepreventie uit te voeren en daarmee patiëntveiligheid te borgen volgens de PDCA-cyclus. Op deze wijze worden zwakke punten inzichtelijk en is het voor het management concreet naar welke items de aandacht uit moet gaan. Vasthouden aan de auditroutine maakt in de loop van de tijd behaalde verbeteringen zichtbaar.

### Conclusie

Binnen Oogcentrum Noordholland is infectiepreventie uitstekend op orde zowel op het als OK-complex als in de onderzoekkamers.

De persoonlijke hygiëne is goed op orde.

Het aseptisch werken tijdens de ingreep wordt correct uitgevoerd.

Medewerkers zijn gemotiveerd om infectiepreventie in het dagelijks handelen op niveau te hebben en te houden.

In de aanbevelingentabel is een enkel verbeterpunt benoemd en enkele adviezen.

Verbeterpunten zijn op de volgende pagina te vinden, waarbij ook concrete aanbevelingen zijn geformuleerd.

In bijlage 1 zijn alle bevindingen terug te lezen, waarbij ook alle aspecten die als correct en goed beoordeeld werden zijn opgesomd.

In bijlage 2 zijn enkele foto's ter illustratie bijgevoegd. In bijlage 3 is algemene achtergrond informatie over de audit infectiepreventie na te lezen.

In bijlagen zijn te vinden:

1. Gedetailleerde bevindingen
2. Fotomateriaal
3. Achtergrond informatie audit infectiepreventie

Onderwerp	Prioriteit	Aanbeveling
Inrichting OK-complex	4	- Verwijder de markering op de vloer en breng deze ook niet permanent aan. De uitgevoerde RL7 meting is geen eis meer in de huidige richtlijn Luchtbeheersing operatiekamers.
Schoonmaak en desinfectancia	3	- Hang alle schoonmaakte materialen als bezems e.d. op aan de wand (van de vloer).
Beleid	4	- Bespreek op welke manier/punten het LBP aangepast kan worden aan de nieuwe richtlijn.
overig	4	- Laat bij een volgend bezoek de sterilisatie-unit beoordelen door een Deskundige Steriele Medische Hulpmiddelen (DSMH). Dit mede vanwege gewijzigde wet- en regelgeving!

## Verbeterpunten

Met behulp van een checklist is de situatie in kaart gebracht. Gebruikt is een drie-punts-beoordeling: '(kritische) tekortkoming', 'advies' en 'voldoet'. Indien er door ons een kritische tekortkoming wordt geconstateerd, rapporteren wij deze altijd direct na de audit, nog op locatie, aan onze contactpersoon.

In deze tabel met verbeterpunten worden alleen de items weergegeven die scoren op '(kritische) tekortkoming' en 'advies'. De goed scorende items zijn beschreven in bijlage 1. Ten onrechte kan hierdoor een negatieve indruk ontstaan omdat het accent ligt op die aspecten die (nog) beter kunnen.

	Beoordeling	Weging	Prioriteit	Actie termijn
	Kritische tekortkoming	Levert direct verhoogd risico op infectie of schade voor de patiënt.	1	Onmiddellijk
	Tekortkoming	Heeft belangrijk negatief effect op het optimale proces ten aanzien van het aspect infectiepreventie.	2	Z.s.m., maar zeker binnen 2 maanden
		Is een afwijking van de algemene infectiepreventie standaard.	3	Z.s.m., maar zeker binnen 4 maanden
	Advies	Dit is vrijblijvend. Maar als u het advies opvolgt, werkt u hygiënischer.	4	n.v.t.

Naar aanleiding van deze aanbevelingentabel is het gewenst dat u vervolgspraken maakt binnen uw kliniek. Wilt u daarover in overleg met ons gaan, dan staan wij daarvoor ter beschikking. Zo kunnen wij samen met u beoordelen of de (kritische) tekortkomingen, die geconstateerd zijn tijdens deze audit, zijn opgelost.

### **Status aanbevelingen vorige audit 10 augustus 2021**

In onderstaande tabel worden de aanbevelingen van de voorgaande audit weergegeven. In de laatste kolom is de actuele status van de tekortkomingen weergegeven. Als weging is gebruikt: GO= 'goed opgelost', DO= 'deels opgelost' en NO= 'niet opgelost'.

<b>Onderwerp</b>	<b>Aanbeveling 10 augustus 2021</b>	<b>GO/DO/NO</b>
Schoonmaak en desinfectantia	- Leeg sprayflacons aan het eind van de dienst, spoel deze om met heet water en zet ze open weg om te drogen.	GO
	- Vervang de sponsen voor disposable schuursponsjes.	GO
Beleid/protocollen	- Verwijder de lichtmeting uit het LBP	GO

## Bijlage 1: Gedetailleerd verslag

---

### Setting

Oogcentrum Noordholland is een oogkliniek. Er zijn onderzoekskamers, spreekkamers, twee behandelkamers voor kleine ingrepen, een laserkamer en een operatiecomplex met 2 operatiekamers aanwezig in de kliniek. Tijdens deze audit zijn faciliteiten, ingrepen en infectiepreventiebeleid beoordeeld. Geobserveerd zijn: twee cataractoperaties en spreekuur van optometrist.

### 1. Faciliteiten

#### 1.1. Persoonlijke hygiëne

Er wordt visueel schone werkkleding gedragen. Kleding wordt centraal gewassen. Kleding wordt dagelijks schoon aangetrokken, voor begin van de werkzaamheden. Kleding heeft korte mouwen (bare-below-the-elbow).

Er worden geen hand- en polsieraden/horloges/braces gedragen. Haren zijn opgestoken of bijeengebonden gedragen. Nagels zijn kortgeknipt én schoon én ongelakt én geen kunstnagels. Schoeisel is glad en afneembaar. Tijdens patiëntgebonden werkzaamheden worden geen telefoons of tablets gebruikt.

#### 1.2. Peroneelsgarderobe

De kasten zijn schoon. Er liggen geen resten van snoep of voedsel. Er worden geen medische producten opgeslagen in de personeelsgarderobe. De wastafelplank is netjes. Er is handencrème aanwezig. Er is een gevulde zeepdispenser aanwezig.

Er hangt geen dienstkleding bij de gewone kleding. Schone dienstkleding wordt gescheiden van gebruikte/vuile en eigen kleding opgeslagen.

Gebruikte klompen worden gewassen in een wasmachine.

#### 1.3. Beschermende artikelen

Er zijn voldoende chirurgische mondneusmaskers type IIR aanwezig. Er zijn onsteriele handschoenen aanwezig en deze zijn Nitril (voldoen aan EN420, EN455, EN374 en hebben CE-markering). De handschoenen bevinden zich niet in de spatzone van een wastafel en hangen aan de wand in rekjes. Er zijn voldoende mutsen aanwezig.

#### 1.4. Handhygiëne en faciliteiten

is een protocol aanwezig voor handhygiëne. Op relevante plaatsen hangt een werkinstructie m.b.t. handhygiëne en preoperatieve handhygiëne. Handhygiëne wordt op de juiste wijze (tijd & methode conform instructie) uitgevoerd. Handalcohol Desderman pure is aanwezig en voldoet aan EN1500 voor hygiënische handdesinfectie en aan EN12791 voor chirurgische handdesinfectie. Bij alle wastafels zijn automatische kranen aanwezig. Er is een vuilnisbak met voetbediening aanwezig. Zeep en handalcohol zitten in een dispenser.

Handschoenen worden gedragen op de juiste momenten, conform protocol. Met handschoenen aan worden geen deurknoppen, telefoons en andere apparaten/materialen aangeraakt. Er worden geen handschoenen gedragen op de gang.

### 1.5. Spreek/onderzoekskamers

Op de eerste verdieping bevinden zich de spreek/onderzoekskamers. Deze hebben een minimale inrichting met handhygiënefaciliteiten, een bureau en benodigde onderzoeksapparatuur. Er zijn geen kasten met materialen, druppels, zalven e.d. aanwezig. Deze worden door de arts meegenomen uit een opslagruimte waar elke medewerker een eigen bakje heeft met materialen die nodig zijn voor het onderzoeken van de patiënten. De arts of assistent is zelf verantwoordelijk voor de inhoud en stickeren van medicatie (zalven). Op deze manier is er geen beheersing van materialen nodig op elke aparte spreek/onderzoekkamer. De bakjes worden routinematig gecontroleerd op houdbaarheid en volledigheid.

### 1.6. Inrichting OK-complex

Luchtbehandelingsinstallatie is voor ingebruikname gevalideerd en dit wordt jaarlijks herhaald.

De OK is netjes ingericht en niet te vol. Afzuigroosters zijn schoon en intact en worden niet geblokkeerd.

De deur naar de OK is een schuifdeur, die automatisch sluit.

De vloer is optisch schoon, goed te reinigen en intact. Wanden en deuren zijn optisch schoon, stofvrij, goed en makkelijk te reinigen, er zijn geen kieren, naden, openingen. Plafondsysteem zijn optisch schoon, goed te reinigen, geen kieren, naden, openingen. Er is een overdruk in de OK, dit is zichtbaar af te lezen. Er is een alarmeringssignaal bij afwijkende waarden (kleur) en er is een procedure voor storingen.

Er is een drukhiërarchie tussen Zone A, B en C en dit staat in het luchtbeheersplan.

Apparatuur en meubilair is schoon, apparatuur is gestickerd met de datum voor het volgende onderhoud.

Er is ook een RL7 meting uitgevoerd. Het beschermd gebied is op de vloer aangegeven. Als beschermd gebied is op dit moment nog de schaduw van het plenum aangegeven op de vloer.

### 1.7. Inrichting Holding/verkoever

Er is een ruimte die als holding en verkoever wordt gebruikt. Hier wachten patiënten kort voor de ingreep en vindt druppelen ter voorbereiding plaats. Patiënten kunnen plaatsnemen aan een tafel en gaan voor de ingreep op de behandelstoel zitten. In een separate ruimte staan OK-bedden voor de dagen dat er onder narcose wordt geopereerd.

Er zijn juiste handhygiëne faciliteiten aanwezig, handalcohol. Op de OK-gang is een wastrog aanwezig, die eventueel ook voor de holding en verkoever gebruikt kan worden. Er is een pedaalemmer.

Er is een verbandkar aanwezig. Deze wordt meegenomen in de maandelijkse controle en 3-maandelijkse schoonmaak. Apparatuur en meubilair is schoon, apparatuur is gestickerd met de datum voor het volgende onderhoud.

### 1.8. Medicatie

Er is een toezichthoudend apotheker, deze komt tenminste 1x per jaar in de kliniek.

Er wordt ter voorbereiding van ingrepen gebruik gemaakt van verpakkingen voor eenmalig gebruik (minims).

Geopende flesjes met medicamenten en tubes zijn voorzien van een etiket met daarop de datum en tijdstip van openen en paraaf.

Medicatie ampullen in verpakking zijn van dezelfde houdbaarheidsdatum.

Er zijn geen medicamenten waarvan de houdbaarheidsdatum verlopen is.

De verpakking van medicijnen is niet beschadigd. Er zijn geen losse tabletten aanwezig in de voorraad.

De medicijnkast is optisch schoon én er is iemand verantwoordelijk voor het beheer/controle/reiniging én dit wordt afgetekend.

Een naaldencontainer is aanwezig, deze zit niet te vol. Naalden in de naaldencontainer zijn niet gerecapt. De naaldencontainer is geplaatst in directe nabijheid van handelingen.

Er is een crash-rugtas aanwezig en deze is opgenomen in de maandelijkse controle van houdbaarheid SMH en medicatie.

### **1.9. Medicijnkoelkast**

De medicijnkoelkast is optisch schoon, reinigingsschema is bekend en afgetekend. De temperatuur van de koelkast is 2 - 7°C. Er is een thermometer (buitenzijde) en een logger in de koelkast aanwezig. Afwijkende temperatuur wordt aan 2 personen per sms verstuurd zodat meteen actie kan worden ondernomen. Afwijkende temperatuur heeft correcte actie tot gevolg, dit is beschreven in een protocol. Er zijn geen medicamenten over de expiratedatum aanwezig. De verpakking van medicijnen is niet beschadigd. Er is in de koelkast alleen medicatie opgeslagen. Er worden geen medicijnen op naam van een patiënt aangetroffen, welke niet behandeld wordt

### **1.10. Opslag steriele medische hulpmiddelen (SMH)**

SMH zijn opgeslagen in dichte voorraadkasten in verschillende ruimtes. In de kast met SMH bevinden zich geen onsteriele hulpmiddelen. Het FIFO-principe wordt gehanteerd. Er zijn geen SMH aanwezig waarvan de expiratie datum gepasseerd is.

Er bevinden zich geen overdozen (buiten-/transportverpakking) in de SMH-opslag. Transportverpakkingen staan in de kelder. Daar worden deze verpakkingen verwijderd en in dichte karren naar de opslag voor SMH gebracht.

SMH worden met voldoende ruimte van elkaar opgeslagen. SMH worden niet bij elkaar gehouden met paperclips/elastiekjes. Er is niet geschreven op de direct omsluitende verpakkingen van SMH.

De vervaldatum van de voorraad SMH wordt maandelijks gecontroleerd én dit wordt afgetekend. De kast is zichtbaar schoon en stofvrij, wordt periodiek schoongemaakt én dit is geregistreerd op een lijst. Er worden geen SMH bewaard in de kast onder de wastafel. Er zijn geen SMH opgeslagen met geopende verpakking.

In verbandkar (holding/verkoever) is de voorraad beperkt en deze worden ook gecontroleerd op houdbaarheid en schoongemaakt.

### **1.11. Opslag schone materialen**

De ruimte, aparte kast in opslag SMH, is geordend en oogt schoon. De onderste opbergplank bevindt zich op minimaal 20cm van de vloer. Er liggen geen materialen op de grond opgeslagen.

Kleine materialen zijn stofvrij opgeborgen.

De aanwezige materialen/hulpmiddelen zijn optisch schoon en onbeschadigd.

### **1.12. Schoonmaak en desinfectantia**

Overdag maakt een medewerker van OCNH schoon en na het dagprogramma wordt de kliniek gereinigd door een extern bedrijf. Er is een duidelijk schoonmaakplan aanwezig, inclusief medicatiekoelkast en (SMH) opslag. Er is een aftekenlijst, zodat inzichtelijk is wanneer wat is gereinigd.

Schoonmaakmaterialen worden apart bewaard. Gebruikte schoonmaakmaterialen (zoals doekjes en moppen) worden direct afgevoerd. Deze worden op locatie gewassen en gedroogd. Schoonmaakmiddelen zijn voorzien van CE-markering. Flessen met reinigingsmiddelen zijn geëtiketteerd. De ruimte voor opslag van de werkkar en bijbehorende materialen is opgeruimd en visueel schoon. Ook de werkkar is ordelijk.

Op geopende desinfectantia staat de openingsdatum vermeld en de houdbaarheidstermijn is bekend. Voor kleine verontreinigingen met bloed en desinfectie van kinsteunen wordt gebruik gemaakt van alcohol 70% en Azowipe (NL-0020836-0001).

Wissers en bezems staan in een hoek op de grond zodat in de ruimte niet goed schoongemaakt kan worden.

### **1.13. Afvalverwerking**

Afval wordt gescheiden van schone materialen opgeslagen.

Er wordt gescheiden afval ingezameld volgens de richtlijnen.

Er gaan geen materialen in een blauwe ton die hier niet in horen.

Indien er veilige naalden worden gebruikt, gaan deze toch in de naaldencontainer. Afvoer naaldencontainer vindt op correcte wijze plaats EN is correct afgesloten.

## **2. Tijdens de ingreep**

### **2.1. Voorbereiden patiënt**

De patiënt draagt een OK-muts; deze bedekt de haren op correcte wijze en overschoenen. De patiënt komt op een behandelstoel de OK binnen. De patiënt wordt afgedekt met een disposable afdekdeken. Voordat oogdruppels, in minimis, worden toegediend worden de handen gedesinfecteerd. Preoperatieve oogdruppels worden per patiënt bewaard in een bekkentje.

### **2.2. Voorbereidende chirurgie**

Er wordt preoperatieve handdesinfectie toegepast. Steriel aankleden gebeurt op aseptische wijze.

### **2.3. Opdekken instrumenttafels**

De instrumenttafels worden op de juiste plaats opgedekt onder plenum. Tijdens het opdekken wordt niet in- en uitgelopen. Tijdens het opdekken vinden geen andere activiteiten plaats (bv inleiden). Er wordt een voldoende ruim steriel veld voor het steriele instrumentarium gecreëerd. Het steriele instrumentarium ligt voldoende van de kant op het steriele veld. Er wordt per ingreep opgedekt. Tijdens het opdekken komt alleen de steriel aangeklede assistent boven het instrumentarium. Tijdens het opdekken wordt steriel instrumentarium op juiste wijze aangegeven en uitgenomen. Al het gebruikte instrumentarium is disposable of wordt eenmalig gebruikt. Spoelvloeistoffen worden patiëntgebonden gebruikt. Per ingreep worden de bedieningsknoppen van de microscoop afgedekt met steriele doppen.

### **2.4. Voorbereiding ingreep**

Desinfectie in het oog is met 1% povidonjodium in water (Betadine); druppel wordt op aseptische wijze in het oog gedruppeld. Desinfectie rondom het oog met 5% povidonjodium. Droogt aan de lucht voor 2-3 minuten en wordt niet nagedept. Er is een goede routing in het proces zodat voldoende droogtijd is. Desinfectans wordt per patiënt opnieuw opgetrokken/klaargemaakt. Aan PHACO apparaat wordt per ingreep een nieuw toedieningssysteem en een nieuwe fles spoelvloeistof (BSS) gekoppeld. Voor aanprikken van de nieuwe fles BSS wordt de dop niet gedesinfecteerd met alcohol 70%, dit is volgens de leverancier niet nodig, de rubberen dop is steriel, bevat geen openingen in de afdekking.

### **2.5. Tijdens de ingreep**

Het aantal aanwezigen is minimaal. De deur gaat tijdens de ingreep niet open. Er wordt rustig en routinematig gewerkt, er vinden geen nevenactiviteiten plaats. Het operatiegebied bevindt zich onder het plenum. De instrumenttafel staat onder het plenum. Patiënt wordt op correcte wijze steriel afgedekt (na opdrogen huiddesinfectans). Wimpers worden met folie afgeplakt, dit gebeurt op aseptische wijze. Scherp afval wordt op veilige wijze verzameld. Er worden geen naalden en mesbladen met de hand gepakt. Tijdens de ingreep is een omloop aanwezig die tijdens de ingreep de kamer niet verlaat.



Na de ingreep worden de steriele handschoenen en jas uitgetrokken en het mondneusmasker afgedaan, daarna vindt direct handhygiëne plaats.

## **2.6. Opruimen na de ingreep**

Er wordt pas gestart met opruimen na beëindigen van de ingreep.

De sterilisatieafdeling heeft een goede scheiding tussen schoon en vuil. Wasmachine en sterilisator zijn van het doorgeeftype. Gebruikt instrumentarium wordt direct afgevoerd naar de vuile zijde van de sterilisatie unit. Gebruikt instrumentarium wordt altijd gemanipuleerd met handschoenen aan. Reiniging gebeurt in een instrumenten wasmachine. Gebruikt reinigingsmiddel (Mediclean Forte) heeft een CE-merk en een Nederlandse productbeschrijving. Voor de instrumenten met nauwe lumina is een speciale reinigingsmodule in de wasmachine aanwezig. De sterilisator wordt routinematig onderhouden, hiervoor is een contract. De sterilisator is een klasse B autoclaaf. Dagelijks wordt een Bowie&Dicktest uitgevoerd. Wekelijks wordt een vacuümlekttest uitgevoerd. Er is een digitaal logboek van de sterilisator aanwezig. Er is een protocol voor verpakken van te steriliseren materialen. Er wordt voorafgaand aan het verpakken in laminaat zakken een sealtest gedaan. Er is een protocol voor uitvoeren sterilisatie. Gereinigd instrumentarium wordt geplaatst in een sterilisatiecassette. De sterilisatiecassettes ogen schoon; er is een reinigingsroutine voor deze cassettes. Het is duidelijk wanneer instrumentarium wordt vervangen. Bij zelf gesteriliseerd instrumentarium wordt sterilisatiedatum en expiratedatum vermeld. In de reinigingsruimte zijn beschermende materialen aanwezig (spatbril, handschoenen, schorten).

## **2.7. Protocollen bij reinigen, desinfecteren en steriliseren in de kliniek**

In een protocol of werkinstructie is beschreven hoelang ragers en borstels gebruikt mogen worden: disposable of dagelijks in wasmachine en afvoeren bij vuil of niet intact. Er is een protocol voor belading en bediening van de instrumentenwasmachine. Er is een protocol voor belading en bediening van de autoclaaf. Er is een protocol voor verpakken van te steriliseren materialen. Er is een protocol voor controle, onderhoud, reparatie en vervanging van instrumentarium aanwezig. De sterilisator wordt routinematig onderhouden, hiervoor is een contract. De sterilisatieprocessen zijn jaarlijks gevalideerd door een onafhankelijk validatiebedrijf: validatie met gebruiksbelading, worst-case belading en gebruikelijke verpakking. De sterilisator is een B-autoclaaf. Er is een logboek van de sterilisator aanwezig digitaal of op papier, hierin: controles / prints van de charges / storingen.

Gebruikte reinigingsmiddelen hebben een CE-merk en een Nederlandse productbeschrijving

# **3. Beleid**

## **3.1. Beleid/protocollen/organisatie**

Er is een luchtbeheersplan en deze is actueel maar nog niet aangepast aan de nieuwe richtlijn luchtbeheersing.

Infectiepreventie protocollen zijn aanwezig én bekend én vindbaar. Aanwezig zijn: een prikaccident protocol, een protocol algemene voorzorgsmaatregelen, een protocol handhygiëne en pre operatieve handhygiëne, een protocol reiniging en desinfectie, een schoonmaak protocol, een protocol beheer apparatuur (verval datum, validatie), een behandel protocol voor de verschillende therapieën, een medicijn protocol (toezichthouder apothek 1x p/j audit)

Er is een anamnese formulier aanwezig (inschrijfformulier met bijz. gegevens).

Er is een vaccinatie beleid aanwezig (hepatitis protocol).

BRMO/MRSA risico-inventarisatie wordt uitgevoerd bij patiënten die invasieve ingrepen ondergaan. Actie bij positief antwoord op vragen is beschreven.

Indien postoperatief verblijf gedurende nacht dan zijn extra maatregelen nodig. Dit is beschreven in een BRMO/MRSA beleid.

Dagelijks, voor aanvang van het programma, wordt de apparatuur getest.

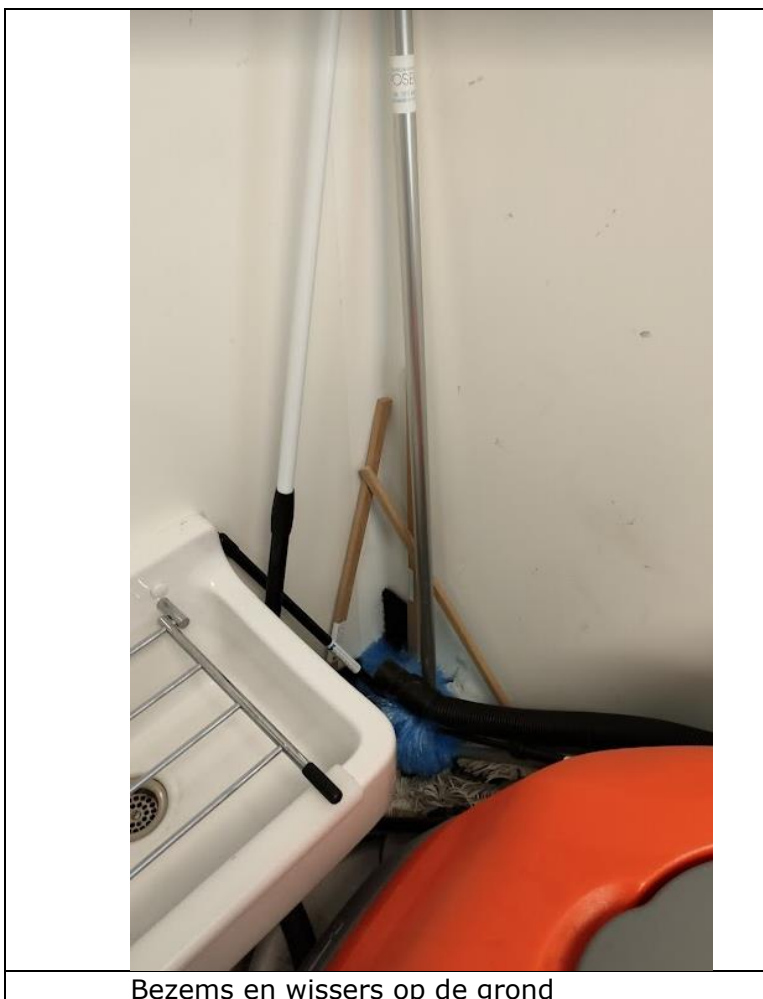
Besteed het komende jaar aandacht aan de vraag of het huidige LBP wordt aangepast aan de nieuwe richtlijn.

### **3.2. Overige bevindingen**

De sterilisatieafdeling is tijdens deze audit niet geauditeerd. In beleid, routing e.d. zijn geen wijzigingen ten opzichte van vorige jaren. Gezien de omvang van de afdeling is het advies om een audit uit te voeren door een DSMH.

*Let op: de regelgeving rond sterilisatie afdelingen is recent gewijzigd! Dit heeft consequenties voor de afdeling en vraagt mogelijk om een planning in de tijd met betrekking tot aanpassingen.*

## Bijlage 2: Fotomateriaal



Bezems en wissers op de grond

## **Bijlage 3: Achtergrond informatie audit infectiepreventie**

---

### **Doel**

Een audit infectiepreventie is bedoeld om de gang van zaken in de realiteit -op de werkvloer- te vergelijken met de gewenste gang van zaken. De gewenste gang van zaken is eenduidig beschreven in normkader en/of instellingsgebonden protocollen. Een audit is een goed instrument om effectieve veranderingen te initiëren en fouten te signaleren. Dit verbetert de kwaliteit, de cliëntveiligheid en mogelijk ook de kosteneffectiviteit. Het uitvoeren van audits infectiepreventie vindt routinematig plaats, volgens een jaarplanning. Ook kan een epidemie of een gesignaleerd knelpunt aanleiding zijn tot het initiëren van een audit.

### **Uitvoering**

Essentie van de audit is dat het meekijken wordt uitgevoerd door een deskundige infectiepreventie, die is geregistreerd in het kwaliteitsregister van de VHIG. Alle deskundigen van Tensen & Nolte Infectiepreventie zijn opgenomen in dit kwaliteitsregister, bij onze offerte sturen wij onze bekwaamheidsverklaring mee.

Er wordt één dagdeel uitgetrokken om de audit uit te voeren op de werkvloer. Op deze wijze wordt een representatief beeld verkregen van de stand van zaken met betrekking tot hygiëne en infectiepreventie. Met behulp van een checklist wordt de situatie gestandaardiseerd in kaart gebracht. Na de audit volgt een korte terugkoppeling aan de contactpersoon. Het opstellen van een rapportage wordt gedaan door de beoordelend deskundige infectiepreventie. In de rapportage wordt aangegeven in hoeverre wordt voldaan aan het vigerende normkader en infectiepreventie eisen pakket. Ook fotomateriaal van aangetroffen situaties is opgenomen in de rapportage.

### **Inhoud**

Indien er in de kliniek behandelingen worden verricht, is jaarlijks een audit infectiepreventie noodzakelijk. Bij deze audit worden minimaal 2 verrichtingen geobserveerd en tenminste de volgende onderwerpen beoordeeld:

- Het infectiepreventiegedrag van medewerkers, waaronder aseptisch handelen, persoonlijke hygiëne en handen wassen
- Is het niveau van de behandelruimte of OK geschikt voor de uitgevoerde behandelingen
- Indien van toepassing: luchtbeheerssysteem en -plan, onderhouds- en validatierapporten
- Infectiepreventie beleid
- Opslag steriele medische hulpmiddelen (SMH)
- Omgang met gebruikt instrumentarium
- Reiniging en sterilisatie.

### **Beoordeling**

Wij classificeren de geconstateerde tekortkomingen als: Kritische tekortkoming, tekortkoming en advies. Bij deze classificatie van de tekortkomingen worden termijnen vermeld om de urgentie van aanpassing aan te geven. Kritische items worden altijd direct tijdens het uitvoeren van de audit benoemd.

	Beoordeling	Weging	Prioriteit	Actie termijn
	Kritische tekortkoming	Levert direct verhoogd risico op infectie of schade voor de patiënt.	1	Onmiddellijk
	Tekortkoming	Heeft belangrijk negatief effect op het optimale proces ten aanzien van het aspect infectiepreventie.	2	Z.s.m., maar zeker binnen 2 maanden
		Is een afwijking van de algemene infectiepreventie standaard.	3	Z.s.m., maar zeker binnen 4 maanden
	Advies	Dit is vrijblijvend. Maar als u het advies opvolgt, werkt u hygiënischer.	4	n.v.t.

### Rolverdeling

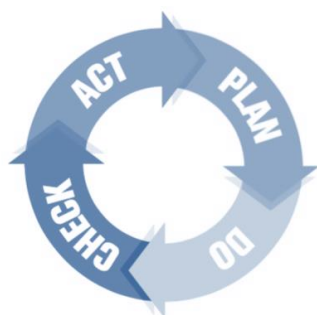
Het is de bedoeling dat het auditproces ook werkelijk resulteert in het sturen op resultaat. Hiervoor is het noodzakelijk om volgens het kwaliteitssysteem van PDCA te werken.

**Plan** het plannen van de audit, het bepalen van de gewenste output.

**Do** het uitvoeren van de audit, het realiseren van de output.

**Check** het controleren; het vergelijken van de norm en de realiteit

**Act** het bijsturen, het ingrijpen op gesignaleerde verschillen en knelpunten.



Door het blijven doorlopen van de PDCA-cyclus wordt verbetering op de werkvloer bereikt, hetgeen de primaire doelstelling van de afdeling infectiepreventie is. Tensen & Nolte Infectiepreventie levert ondersteuning op het gebied van infectiepreventie en draagt zorg voor de stappen P, D en C. Resultaat hiervan is concrete aanbevelingen, gebaseerd op geconstateerde knelpunten op de werkvloer.

De opdrachtgever/kliniek is verantwoordelijke voor de Act-fase en draagt zorg voor het bijsturen en ingrijpen op de in de audit gesignaleerde tekortkomingen.

### Normkader

Als normkader gebruiken wij de volgende wetgeving en professionele standaarden:

- Veldnormen wetenschappelijke verenigingen
- Richtlijnen Werkgroep Infectiepreventie
- Richtlijnen steriliseren en steriliteit
- Aanbevelingen in rapporten van Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGJ).