

Agenda IPC Versie 1 datum 19-05-2026

Aanwezig:

Afwezig:

Welkom en check-in

Actuele infecties en incidenten

Uitbraak NORO:

- Cohort op locatie x was ingezet. Maar vanwege carnaval was er toch besloten om de afdeling van cohort af te halen. Dit was lokaal besloten door SO-arts.
[Maak een meningsvormend beleid voor de organisatie: Wat is de rol van de IPC hierin qua risicoanalyse?](#)

Stand MRSA/BRMO:

- Signalen vanuit de praktijk dat er te weinig kennis is op isolatiemaatregelen bij de verzorgenden en verpleegkundigen.
[Deel de ervaringen vanuit je eigen organisatie over dit punt en wat hierin verbeterd kan worden](#)
- Patiënt (mrsa bewezen) komt vanuit ziekenhuis op revalidatie. Advies gevraagd vanuit afdeling in hoeverre isolatie overgenomen moet worden.
[Was zou het advies zijn vanuit de IPC en hoe zou dit beleid geborgd kunnen worden binnen de organisatie?](#)

Thema-onderwerpen

Resultaten audit 2026 en actiepunten (zie bijlage)

[Maak een plan van aanpak voor de drie meest belangrijke uitkomsten en hoe dit in de kwaliteitscyclus geborgd kan worden.](#)

Voorgang jaarplan

Scholing basis hygiëne. Aanleiding van jaarplanpunt:

- Lage deelname aan verplichte e-learning vorige jaren: hoe ga je om met medewerkers die structureel niet deelnemen (maatregelen, gesprek, koppeling aan bekwaamheid), en hoe zorg je dat scholing meer is dan een vinkje
[Welk advies kan het IPC geven aan de organisatie hoe hiermee om te gaan?](#)
- Uv lamp: als middel ingezet qua bewustwording noodzaak hygiëne.
[Bedenk een proces waarop de uv lamp methodisch ingezet wordt.](#)
- Dilemma rondom scholing van flexkrachten en vrijwilligers: zij vormen een risico op onvoldoende naleving, maar zijn lastig te bereiken met standaard scholingsaanbod
[Hoe wordt dit geborgd binnen jouw organisatie? Heb je nog tips of heb je hier juist vragen over aan anderen?](#)

Scholingsbehoeften

- Uitnodiging IPC AMR netwerkdag; weinig respons op geweest. Hoe zorgen we dat dit volgend jaar meer onder de aandacht komt?
[Hoeveel collega's van jou zijn aanwezig bij deze netwerkdag? Hoe wordt dit vanuit je organisatie gepromoot?](#)

Ingebrachte punten:

-

Afsluiting en check-out

Bijlage: audit rapport

1. Basisgegevens

- Instelling: Zorgcentrum De Linde (fictief)
- Locatie: Verpleeghuis en woonzorgafdelingen somatiek en PG
- Datum audit: 10 februari 2026
- Auditoren: interne auditcommissie in samenwerking met infectiepreventieadviseur

2. Algemene beoordeling

De algemene naleving van basishygiëne wordt als **onvoldoende** beoordeeld. Deze conclusie is in lijn met uitkomsten van eerdere audits in 2021, 2023 en 2024, waarbij vergelijkbare tekortkomingen zijn vastgesteld. Ondanks eerdere verbeterplannen is er weinig structurele voortgang zichtbaar.

3. Belangrijkste bevindingen

3.1 Handhygiëne

- Observaties tonen dat handdesinfectie voor en na contact met bewoners in circa 40–50% van de gemeten momenten wordt uitgevoerd.
- Middelen voor handhygiëne (dispensers, papieren handdoeken) zijn niet consequent aanwezig of gevuld bij alle kamers en tilliften.
- Medewerkers geven aan “geen tijd” te ervaren en benoemen handhygiëne als “iets extra’s” in plaats van onderdeel van het zorgproces.

Opmerking: Deze bevinding is sinds de audit van 2021 ongewijzigd en terugkerend, ondanks meerdere herhaalde acties zoals herhaalde instructies en posters op de afdelingen.

3.2 Kleding en persoonlijke hygiëne medewerkers

- Meerdere medewerkers dragen sieraden aan handen en polsen en hebben lange mouwen tijdens zorgmomenten, in strijd met het beleid.
- Er is geen consequente controle door leidinggevenden op naleving van kledingvoorschriften.
- Nieuwe medewerkers krijgen wisselende instructies; beleid is niet duidelijk geborgd in onboarding.

Opmerking: Dezelfde tekortkomingen zijn beschreven in de audits van 2021 en 2023; verbeteracties zijn vooral gericht geweest op communicatie (nieuwsbrief, posters), maar niet op borging en aanspreekcultuur.

3.3 Schoonmaak en omgeving

- Reiniging van hoog-risico-contactpunten (bedhekken, nachtkastjes, deurklinken, tilliften) is onvoldoende traceerbaar; schoonmaakschema’s zijn onvolledig ingevuld.
- In het magazijn en op enkele bewonerskamers staan open verpakkingen incontinentiemateriaal en zorgmaterialen, wat risico geeft op contaminatie.
- Er is onduidelijkheid over verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorg en facilitair voor het dagelijks schoonhouden van hulpmiddelen.

Opmerking: Reeds in 2021 is aanbevolen om taken en verantwoordelijkheden te herijken en vast te leggen; in 2024 is dit opnieuw benoemd. Concrete afspraken zijn nog steeds niet eenduidig vastgelegd en gecommuniceerd.

3.4 Materialen en voorzieningen

- Niet op alle afdelingen is voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen (handschoenen, schorten) direct beschikbaar.
- Voorraadbeheer is versnipperd georganiseerd; er is geen structurele controle door een verantwoordelijke contactpersoon per afdeling.

Opmerking: Dit knelpunt is eerder gesignaleerd in 2023 en 2024; oplossingen zijn telkens ad hoc (extra levering na melding) in plaats van structureel (vast systeem voorraadbeheer).

4. Cultuur en aansturing

- Medewerkers geven aan dat infectiepreventie “al jaren een thema is”, maar dat zij weinig terugzien van resultaten van audits en meldingen.
- Er is geen vaste terugkoppeling van audituitkomsten op teamniveau; veel medewerkers zijn niet op de hoogte van eerdere bevindingen en verbeterplannen.
- Leidinggevendenden geven aan dat andere prioriteiten (capaciteitsproblemen, roostering, productie-eisen) vaak voorgaan, waardoor opvolging van hygiënemaatregelen “op de lange baan” belandt.

Opmerking: De auditcommissie constateert dat dit patroon – wel plannen maken, maar onvoldoende uitvoeren en borgen – al meerdere jaren zichtbaar is en dat daarmee sprake is van een structureel organisatorisch probleem.

5. Conclusie

Zorgcentrum De Linde voldoet op belangrijke onderdelen niet aan de eigen hygiëne- en infectiepreventierichtlijnen. De geconstateerde tekortkomingen zijn grotendeels herhalingen van bevindingen uit audits van de afgelopen jaren. Verbeteracties zijn vaak tijdelijk, personeelsafhankelijk en onvoldoende geborgd in structuur, leiderschap en cultuur.

Er is sprake van een verhoogd risico op transmissie van infecties, reputatieschade en mogelijke negatieve bevindingen bij extern toezicht.

6. Aanbevelingen op hoofdlijnen

- Aanstellen van een eindverantwoordelijk lid van het managementteam voor hygiëne en infectiepreventie, met duidelijke mandaat en rapportagelijnen naar bestuur.
- Formuleren van maximaal drie prioritaire verbeterdoelen (bijvoorbeeld handhygiëne, kledingvoorschriften, schoonmaak hulpmiddelen) met concrete normen, termijnen en verantwoordelijkheden.
- Structurele terugkoppeling van audituitkomsten en voortgang in elk teamoverleg, gekoppeld aan een actieve aanspreekcultuur (medewerkers en leidinggevendenden).
- Integratie van hygiëne-eisen in HR-processen (onboarding, functioneringsgesprekken, bekwaamheidsregistratie), zodat naleving geen “los thema” blijft.