



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapport van het inspectiebezoek
op 9 oktober 2014
aan woonzorgcentrum Groenelaan
te Amstelveen

Utrecht,
december 2014

Inhoud

1	Inleiding 3
1.1	Aanleiding en belang 3
1.2	Doelstelling 3
1.3	Methode 3
1.4	Toetsingskader 4
1.5	Beschrijving locatie 4
2	Conclusies 6
2.1	Overzicht van de resultaten 6
2.2	Diverse waarborgen aanwezig om beleid te kunnen borgen 6
2.3	Controle lijkt te ontbreken 7
2.4	Conclusie 7
3	Handhaving 8
3.1	Door de zorgaanbieder te treffen maatregelen 8
3.2	Resultaatsverslag 9
3.3	Beoordeling van overige locaties 9
3.4	Vervolgacties inspectie 9
4	Resultaten inspectiebezoek 10
4.1	Persoonlijke hygiëne medewerkers 10
4.2	Persoonlijke hygiëne cliënten 11
4.3	Omgaan met excreta en gebruikte naalden 12
4.4	Omgang met en opslag van medicatie en steriele (medische) middelen 12
4.5	Hygiëne maatregelen: Keuken 13
4.6	Hygiëne maatregelen: Verblijfsruimtes 14
4.7	Hygiëne maatregelen: Sanitaire voorzieningen 15
4.8	Hygiëne maatregelen: Werkruimte/werkkast 15
4.9	Wasgoed en afvalverwerking 16
Bijlage 1	Geraadpleegde documenten 17

1 Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie) heeft op 9 oktober 2014 een onaangekondigd bezoek gebracht aan woonzorgcentrum Groenelaan (hierna: Groenelaan) te Amstelveen. In dit rapport wordt eerst het kader uiteengezet waarin de inspectie het bezoek bracht. Vervolgens worden in de volgende hoofdstukken achtereenvolgens beschreven de conclusie, de handhaving (met daarin de te nemen maatregelen) en de resultaten.

1.1 Aanleiding en belang

De inspectie heeft als doel de risico's op gezondheidsschade bij cliënten te beperken door naleving te bevorderen van wet- en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden bij onder toezicht staande. De inspectie kiest daarbij prioriteiten op basis van mogelijke risico's op gezondheidsschade voor de cliënt. Hierbij gaat extra aandacht uit naar kwetsbare groepen. In dit kader verricht de inspectie binnen de langdurige zorg een groot aantal aangekondigde en onaangekondigde bezoeken.

1.2 Doelstelling

Doel van het inspectiebezoek aan Groenelaan was te beoordelen of er bij Groenelaan randvoorwaarden, praktijken of processen aangaande de infectiepreventie en hygiëne maatregelen zijn die risicovol zijn voor de veiligheid, effectiviteit of de cliëntgerichtheid van de zorg.

1.3 Methode

De inspectie gebruikte een bezoekinstrument waarin de te toetsen onderwerpen en de normen zijn vastgelegd. De volgende onderwerpen kwamen aan bod:

- Persoonlijke hygiëne medewerkers.
- Persoonlijke hygiëne cliënten.
- Omgaan met excreta en gebruikte naalden.
- Omgang met en opslag van medicatie en steriele (medische) hulpmiddelen.
- Hygiëne maatregelen: keuken.
- Hygiëne maatregelen: verblijfsruimten.
- Hygiëne maatregelen: sanitaire voorzieningen.
- Hygiëne maatregelen: werkruimte/werkkast.
- Wasgoed en afvalverwerking.

De normen zijn gebaseerd op relevante wet en regelgeving, (beroeps)normen, richtlijnen en standaarden (zie volgende paragraaf).

Om tot een oordeel te komen heeft de inspectie:

- Gesprekken gevoerd met uitvoerend medewerkers, specialist ouderengeneeskunde, kwaliteitsmedewerker, teamleiders, afgevaardigde Raad van Bestuur en plaatsvervangend locatiemanager.
- Documenten ingezien, genoemd in bijlage 1.
- Een rondgang gemaakt door de locatie.

1.4 Toetsingskader

De normen zijn gebaseerd op de volgende wet- en regelgeving en veldnormen:

Wetgeving:

- Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ; 1996).
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz; 1992).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG; 1993).
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst: Wijzigingswet Burgerlijk Wetboek (WGBO; 1994).
- Warenwet (1969).

Veldnormen:

- Richtlijnen Werkgroep Infectie preventie (www.wip.nl).
- Richtlijnen Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (www.lchv.nl).
- Veilige principes in de medicatieketen 2012.
- Hygiëncode voor voedingsverzorging in zorginstellingen (voedingscentrum 2008).
- Hygiëncode voor voedingsverzorging in woonvormen (voedingscentrum 2008).

1.5 Beschrijving locatie

Groenelaan is een zorgcentrum, bestaande uit een hoofdgebouw en zes kleinschalige aangebouwde in pandige wooneenheden: de hofjes. Het ligt in de wijk Groenelaan, in de nabijheid van het ziekenhuis Amstelland. Zorg wordt geboden aan ongeveer 132 cliënten, verdeeld over de afdelingen somatiek, psychogeriatric en revalidatie.

De cliënten op de somatische afdeling (in het hoofdgebouw) hebben een eenpersoonskamer met een gedeelde badkamer. Op deze afdeling bevinden zich twee huiskamers.

Achter het hoofdgebouw liggen in totaal 78 woningen, verdeeld over zes hofjes. Dit zijn kleine huiselijke eenheden met een eigen huiskamer/keuken, waar twaalf cliënten verblijven. De cliënten hebben een eenpersoonskamer met gedeeld sanitair.

Groenelaan maakt onderdeel uit van Amstelring Groep.

Beschrijving Infectiepreventiebeleid

Amstelring Groep beschikt over een centrale Hygiëne Infectiepreventie Commissie (HIP). Amstelring Groep is bezig om op elke locatie een eigen HIP-commissie werkzaam te laten zijn.

De centrale HIP-commissie werkt met jaarplannen en het jaarverslag. HIP-commissie maakt onderdeel uit van het algehele jaarverslag.

Op de locaties is de locatiemanager de aandachtsvelder hygiëne.

Hygiëne en infectiepreventie is opgenomen in het kwaliteitssysteem.

Met de GGD is geen structureel contact, uitbraken worden gemeld bij de GGD conform wetgeving. Er is geen structureel overleg met een arts-microbioloog; op basis van individuele casuïstiek neemt de specialist ouderengeneeskunde contact op met een arts-microbioloog.

Er is intern geen kweekbeleid, per casus bepaalt de specialist ouderengeneeskunde of een kweek insturen noodzakelijk is.

Er wordt gewerkt met een antibiotica formularium, deze is niet regionaal.

Bij opname van nieuwe cliënten wordt geen risico-inventarisatie MRSA gedaan.

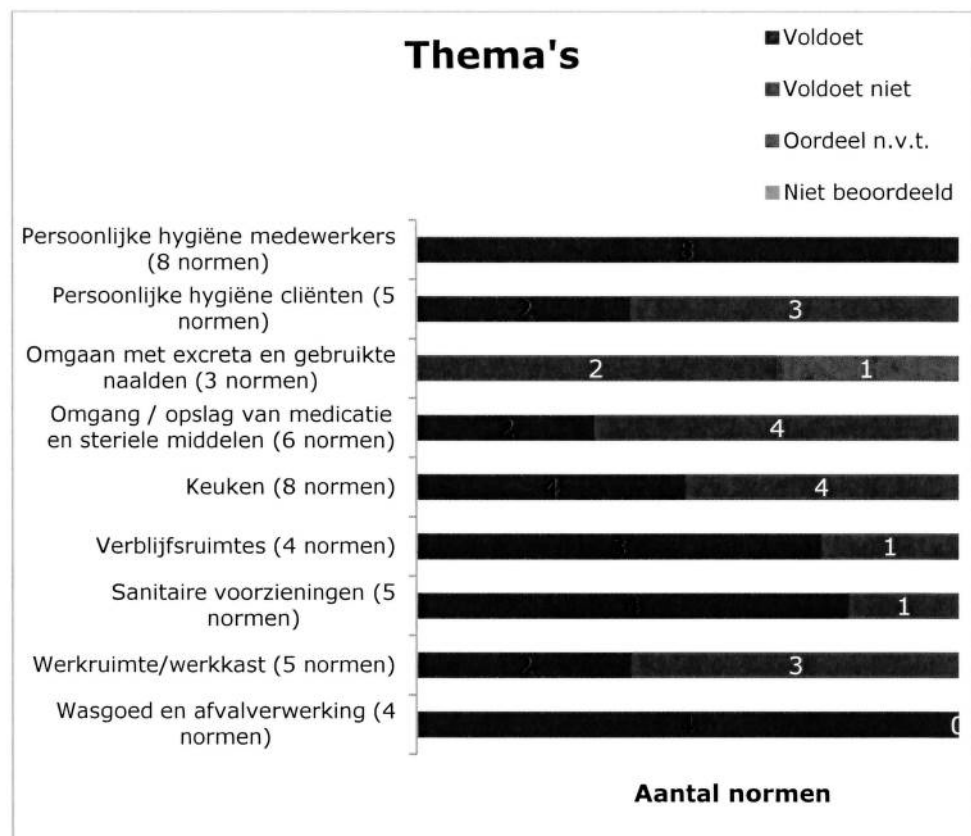
Op dit moment wordt er geen surveillance van zorginfecties uitgevoerd. De Raad van Bestuur Amstelring wordt via de maandelijkse rapportage van de kwaliteitscommissies op de hoogte gehouden van het infectiepreventiebeleid. Op alle locaties van Stichting Amstelring Groep houdt de GGD tweemaal per jaar hygiëne audits.

2 Conclusies

Dit hoofdstuk start met een totaaloverzicht van de resultaten van het inspectiebezoek. Daarna volgen paragrafen met een beschouwend karakter. In de afsluitende paragraaf geeft de inspectie haar conclusie. In hoofdstuk 4 zijn de resultaten nader toegelicht.

2.1 Overzicht van de resultaten

Tabel 1 biedt een overzicht van de beoordeelde normen per thema.



2.2 Diverse waarborgen aanwezig om beleid te kunnen borgen

Op het gebied van infectiepreventie en hygiëne wordt Groenelaan zowel intern getoetst (middels PiD-lijsten) als extern (halfjaarlijks) door de GGD. De laatste audit van de GGD vond plaats in september 2014. Toch is tijdens dit inspectiebezoek geconstateerd dat de gehanteerde systematiek niet het gewenste resultaat oplevert. Een deel van de bevindingen van de inspectie was bekend bij de organisatie, waarbij de vraag rijst waarom geen actie is ondernomen.

2.3 Controle lijkt te ontbreken

Uit het inspectieonderzoek is naar voren gekomen dat tegen de eigen afspraken in wordt gehandeld. Zo trof de inspectie open geknipte verpakkingen van steriele medische hulpmiddelen aan met daarin restanten die bij een volgende cliënt gebruikt worden, werden gebruikte naalden teruggestoken in het hoesje (recappen) en werden op beide bezochte afdelingen flessen chloor aangetroffen. Hieruit constateert de inspectie dat medewerkers kunnen handelen naar eigen inzicht en vindt geen controle op het nakomen van organisatie brede afspraken plaats.

2.4 Conclusie

Groenelaan voldoet niet aan alle normen.

Dit geeft een risico op onverantwoorde zorg en gezondheidsschade voor de cliënt. Om de risico's te beperken wordt van u verwacht dat u maatregelen neemt. In hoofdstuk 3 staan de te nemen maatregelen en vervolgacties.

3 Handhaving

In dit hoofdstuk staat een overzicht van de normen die als onvoldoende zijn beoordeeld. Van de zorgaanbieder wordt verwacht dat er maatregelen genomen worden in Groenelaan binnen een daarvoor vastgestelde termijn.

De inspectie gaat ervan uit dat hoofdstuk 4 voldoende informatie bevat om de benodigde verbeteringen uit te voeren om te voldoen aan de hieronder genoemde normen.

3.1 Door de zorgaanbieder te treffen maatregelen

Normen waaraan binnen maximaal drie maanden na de bezoekdatum voldaan moet zijn:

Het betreft de volgende normen:

- 2.3 Niet cliëntgebonden materialen (rolstoelen, rollators en tilliften) worden structureel gereinigd, er is een schoonmaakschema met aftekenlijst.
- 2.4 De tilbanden van de tilliften worden structureel gereinigd, er is een reinigingsschema met aftekenlijst.
- 2.5 De indicaties en gebruik voor het toepassen van desinfectiemiddelen zijn bekend.
- 3.1 Alle pospoelers voldoen aan de eisen.
- 3.3 Er wordt op een juiste manier omgegaan met gebruikte injectienaalden en ander scherp materiaal (niet recappen).
- 4.1 De verbandkar en verbandmiddelen voldoen aan de norm.
- 4.2 Houdbaarheid en beheer van vloeistoffen en zalven voldoen aan de norm.
- 4.4 Bewaren medicijnen in koelkast en beheer medicijnen voldoen aan de norm.
- 4.5 Houdbaarheid en bewaren van steriele instrumenten en medische hulpmiddelen voldoen aan de norm.
- 5.2 Registratie van kritische processen vindt op alle bezochte afdelingen plaats en er is iemand verantwoordelijk voor.
- 5.3 Bewaren levensmiddelen in koelkast is conform de norm.
- 5.7 De keuken is voorzien van een gesloten afvallemmer met voetbediening.
- 5.8 Gevaarlijke stoffen of giftige materialen (zoals bepaalde schoonmaakmiddelen) zijn op de PG afdeling afgesloten opgeborgen.
- 6.4 Er is een schoonmaakschema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig voor de verblijfsruimtes.
- 7.5 Er is een schoonmaakschema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig voor de sanitaire ruimtes.
- 8.3 De schoonmaakmaterialen zoals moppen, trekkers en bezems worden opgehangen.
- 8.4 Bij gebruik van microvezel doeken vindt dit plaats volgens de methode gebruikt behorend bij microvezel.
- 8.5 Er is een schoonmaakschema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig voor de werkruimte/werkkast (vuile ruimte).

3.2 Resultaatsverslag

De inspectie verwacht een resultaatsverslag waarin per norm staat:

- Of binnen de gestelde termijn is voldaan aan de norm.
- De aanpak en acties waarmee is bereikt dat aan de norm is voldaan.
- De wijze waarop is gemeten dat aan de norm is voldaan.

De inspectie verwacht het resultaatsverslag voor de normen waar u binnen drie maanden na de bezoekdatum aan moet voldoen **uiterlijk 30 januari 2015**.

De inspectie verwacht dat u haar **uiterlijk 20 januari 2015** informeert over de resultaten van een audit die u zelf, door interne of externe infectiepreventie deskundigen (hygiëne audits GGD) heeft verricht/heeft laten verrichten op alle locaties met ZZP niveau 4 en hoger. De basis voor deze audit is de vragenlijst die de inspectie voor dit bezoek heeft gebruikt (zie bijlage) of een gelijkwaardige vragenlijst.

De resultaten van de audit ontvangen wij gaarne per mail op ons algemene e-mailadres: ri.utrecht@igz.nl onder vermelding van het kenmerk rechts bovenaan de begeleidende brief.

3.3 Beoordeling van overige locaties

De inspectie verwacht dat het verantwoordelijk management ook in andere locaties beoordeelt of aan de normen wordt voldaan en zo nodig passende maatregelen neemt.

3.4 Vervolgacties inspectie

Gezien de bevindingen zal een onaangekondigd hertoetsbezoek plaatsvinden aan Groenelaan. Het resultaatsverslag en de resultaten van de audits zullen gebruikt worden ter voorbereiding voor dit bezoek.

De inspectie zal het bezoek zowel aan Groenelaan brengen als aan een andere locatie van Stichting Amstelring Groep waar cliënten met ZZP niveau 4 of hoger verblijven.

4 Resultaten inspectiebezoek

Dit hoofdstuk start met een overzicht per thema van de scores op de normen. De inspectie geeft in dit hoofdstuk in principe alleen een toelichting als niet aan de norm is voldaan. Niet van toepassing wordt gescoord als de situatie waarop de norm van toepassing is, in deze locatie of binnen het team nooit voorkomt. Niet beoordeeld betekent dat de situatie waarop de norm van toepassing is, op de locatie wel voorkomt, maar niet aan de orde is geweest tijdens het bezoek.

4.1 Persoonlijke hygiëne medewerkers

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
1.1	Op elke bezochte afdeling is er een protocol/werkinstructie aanwezig voor handhygiëne.	✓			
1.2	Op de cliëntenkamer is er een wasgelegenheid + vloeibare zeep, eenmalige handdoekjes en een gesloten afvalbak met voetbediening aanwezig.	✓			
1.3	(Niet steriele) handschoenen liggen op alle cliëntenkamers en ruimtes waar mogelijk contact is met bloed, lichaamsvochten, secreta, slijmvliezen, niet intacte huid, of verpleeg- en behandelmateriaal.	✓			
1.4	Medewerkers in de directe cliëntenzorg dragen geen hand en polssieraden.	✓			
1.5	De haren zijn kort of bij lang haar bijeengebonden of opgestoken.	✓			
1.6	Medewerkers dragen kleding conform de richtlijn van de WIP: dienstkleeding wordt beschikbaar gesteld door de instelling of eigen kleding die aan de voorwaarden van de WIP voldoet.	✓			
1.7	De juiste beschermende kleding is op alle bezochte afdelingen aanwezig.	✓			
1.8	De juiste mondneusmaskers zijn op alle bezochte afdelingen aanwezig of men weet waar ze te vinden zijn.	✓			

4.2 Persoonlijke hygiëne cliënten

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
2.1	Alle noodzakelijke items voor de persoonlijke verzorging van de cliënt is aanwezig (zeep, kam, tandenborstel, tandpasta en zonodig scheerbenodigdheden en eventueel gebittenbakje).	√			
2.2	Per cliënt is beschikbaar een schone washand of wegwerpwashand, schone handdoek, schone waskom van roestvrijstaal of kunststof.	√			
2.3	Niet cliëntgebonden materialen (rolstoelen, rollators en tilliften) worden structureel gereinigd, er is een schoonmaakschema met aftekenlijst.		√		
2.4	De tilbanden van de tilliften worden persoonsgebonden gebruikt, zijn schoon en heel en er is een reinigingsschema met aftekenlijst.		√		
2.5	De indicaties en gebruik voor het toepassen van desinfectiemiddelen zijn bekend bij de medewerkers.		√		

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 2.3 Niet cliëntgebonden materialen (rolstoelen, matrassen, rollators, tilliften) werden niet structureel gereinigd, er was geen schoonmaakschema met aftekenlijst.
- 2.4 De tilbanden van de tilliften werden niet structureel gereinigd, er was geen reinigingsschema met aftekenlijst.
- 2.5 De indicaties en gebruik voor het toepassen van desinfectiemiddelen waren onbekend. De inspectie trof op beide bezochte afdelingen Glorix® flessen aan, terwijl dit niet gebruikt mag worden binnen de keuken en afdelingen.

4.3 Omgaan met excreta en gebruikte naalden

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
3.1	Alle pospoelers voldoen aan de eisen.		✓		
3.2	Er is een werkwijze bij afwezigheid van en pospoeler.			✓	
3.3	Er wordt op een juiste manier omgegaan met gebruikte injectienaalden en ander scherp materiaal met bloed.		✓		

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 3.1 Op niet alle pospoelers bevond zich een duidelijk zichtbare sticker wanneer het volgende preventief onderhoud moet plaatsvinden of wat de uiterste gebruiksdatum was.
- 3.3 Er werd niet op een juiste manier omgegaan met gebruikte injectienaalden en ander scherp materiaal (recappen).

4.4 Omgang met en opslag van medicatie en steriele (medische) middelen

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
4.1	De verbandkar en verbandmiddelen voldoen aan de norm.		✓		
4.2	Houdbaarheid en beheer vloeistoffen en zalven voldoet aan de norm.		✓		
4.3	Houdbaarheid en beheer medicijnen voldoet aan de norm.	✓			
4.4	Bewaren medicijnen in koelkast en beheer voldoet aan de norm.		✓		
4.5	Houdbaarheid en bewaren steriele instrumenten en medische hulpmiddelen voldoet aan de norm.		✓		
4.6	Opslag retourmedicatie voldoet aan de norm.	✓			

Toelichting per norm waar niet aan wordt voldaan:

- 4.1 In de verbandkar werden steriele medische hulpmiddelen aangetroffen bedoeld voor eenmalig gebruik, maar deze werden niet weggegooid waardoor ze ondanks het doorbreken van de steriliteit opnieuw gebruikt werden.
- 4.2 Op niet alle aangetroffen zalven en vloeistoffen was een datum van opening vermeld.
- 4.4 De koelkast temperatuur werd niet op alle bezochte afdelingen structureel wekelijks gecontroleerd. Wanneer er wel wekelijks werd geregistreerd, was er geen actie ondernomen bij een afwijkende temperatuur. De medicijnkoelkast werd niet maandelijks schoongemaakt, de inspectie trof een medicijnkoelkast aan met een grote hoeveelheid aangekoekt ijs.
- 4.5 De opslag van steriele medische hulpmiddelen was niet in een afgesloten kast. Steriele en onsteriele materialen waren visueel niet gescheiden. De opslag was niet geordend, was weinig overzichtelijk en er stonden artikelen op de grond.

4.5 Hygiëne maatregelen: Keuken

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
5.1	De hygiëncode voor zorginstellingen, dan wel de HACCP-richtlijnen voor de afdeling is op alle bezochte afdelingen aanwezig.	√			
5.2	Registratie van kritische processen vindt op alle bezochte afdelingen plaats en er is een iemand verantwoordelijk voor.		√		
5.3	Bewaren levensmiddelen in koelkast is conform de norm.		√		
5.4	Vloeren en wanden in de keuken zijn goed reinigbaar.	√			
5.5	Vaatdoekjes, sponsjes, theedoeken e.d. worden dagelijks verschoond.	√			
5.6	De keuken is voorzien van een handenwasgelegenheid met vloeibare zeep en eenmalige handdoekjes.	√			
5.7	De keuken is voorzien van een gesloten afvallemmer met voetbediening.		√		
5.8	Gevaarlijke stoffen of giftige materialen (zoals bepaalde schoonmaakmiddelen) zijn afgesloten opgeborgen op een PG afdeling.		√		

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 5.2 Registratie van kritische processen vond niet op alle bezochte afdelingen plaats en er was niemand verantwoordelijk voor.
- 5.3 Op niet alle aangetroffen levensmiddelen trof de inspectie een datum van opening aan. De temperatuur registratie van de koelkast vond niet structureel plaats. Het schoonmaakschema van de koelkasten werd niet gevolgd.
- 5.7 Één van de bezochte afdelingen was niet voorzien van een gesloten afvallemmer met voetbediening.
- 5.8 Gevaarlijke stoffen of giftige materialen (zoals bepaalde schoonmaakmiddelen) waren niet afgesloten opgeborgen op de PG afdeling.

4.6 Hygiëne maatregelen: Verblijfsruimtes

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
6.1	De vloeren en wanden van de verblijfsruimtes (kamers en groepsruimten) zijn goed reinigbaar.	✓			
6.2	De materialen zoals gordijnen zijn wasbaar en schoon. Banken, stoelen, tapijt e.d. zijn afwasbaar en schoon.	✓			
6.3	In iedere verblijfsruimte zijn er ventilatieroosters en/of mechanische ventilatie die periodiek worden schoongemaakt.	✓			
6.4	Er is een schoonmaakschema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig voor de groepsruimtes.		✓		

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 6.4 Er was geen schoonmaakschema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig voor de groepsruimtes.

4.7 Hygiëne maatregelen: Sanitaire voorzieningen

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
7.1	De vloeren en wanden van toiletten zijn goed reinigbaar.	✓			
7.2	Er is voldoende toiletpapier aanwezig.	✓			
7.3	De vloeren en wanden van de douches zijn goed reinigbaar.	✓			
7.4	Bij elke sanitaire voorziening is een handenwasgelegenheid met vloeibare zeep, eenmalige handdoekjes en een afvalbak met voetbediening aanwezig.	✓			
7.5	Er is een schoonmaakschema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig voor de sanitaire ruimtes.		✓		

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 7.5 Er was geen schoonmaakschema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig voor de sanitaire ruimtes.

4.8 Hygiëne maatregelen: Werkruimte/werkkast

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
8.1	De schoonmaakwerkruimte/werkkast is aanwezig op elke bezochte afdeling en is goed onderhouden.	✓			
8.2	De uitstortgootsteen is schoon.	✓			
8.3	De schoonmaakmaterialen zoals moppen, trekkers en bezems worden opgehangen.		✓		
8.4	Bij gebruik microvezel: wordt de methode gebruikt behorend bij microvezel?		✓		
8.5	Er is een schoonmaakschema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig voor de werkruimte/werkkast (vuile ruimte).		✓		

Toelichting per norm waaraan niet wordt voldaan:

- 8.3 De schoonmaakmaterialen zoals moppen, trekkers en bezems werden niet opgehangen.
- 8.4 De methode van microvezel schoonmaak werd niet goed uitgevoerd.
- 8.5 Er was geen schoonmaakschema met bijbehorende aftekenlijst aanwezig voor de schoonmaakruimte/werkkast.

4.9 Wasgoed en afvalverwerking

		Voldoet	Voldoet niet	Oordeel n.v.t.	Niet beoordeeld
9.1	Vuile was wordt dagelijks verzameld in gesloten zakken.	✓			
9.2	Er is een scheiding tussen schone en vuile was.	✓			
9.3	De opslag van schone was is volgens de norm.	✓			
9.4	Het afval wordt adequaat opgeslagen en dagelijks afgevoerd van de afdeling.	✓			

Bijlage 1 Geraadpleegde documenten

De onderstaande documenten zijn door de inspectie gebruikt bij het uitvoeren van het inspectiebezoek en het opstellen van dit rapport. De inspectie heeft de documenten niet in totaliteit beoordeeld, maar op specifieke onderwerpen doorgenomen.

- Verslag HIP commissie Amstelring Groenelaan d.d. 4 december 2012.
- Verslag HIP commissie Amstelring Groenelaan d.d. 26 maart 2013.
- Kwaliteitssysteem sector Amstelring Intramuraal, deel 1: kwaliteitshandboek, concept.
- PiD-lijst Medicatieveiligheid d.d. 3-9-2014 afdeling Waterlelie.
- PiD-lijst Medicatieveiligheid d.d. 3-9-2014 afdeling Zonnehof.
- PiD-lijst Medicatieveiligheid d.d. 3-9-2014 afdeling Duinroos.
- Protocol MRSA, februari 2013.
- Calamiteitenplan bij uitbraak infectieziekten intramuraal.
- Verkorte versie van het protocol Hygiëne, juni 2013.
- LCHV: hygiëne richtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra, versie april 2014.

)

)