

Kwaliteitsprofiel tuberculosebestrijding

Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding



Colofon

Document is een update van Kwaliteitsprofiel tuberculosebestrijding, oktober 1999

Opgesteld door Plenaire Visitatiecommissie van de CPT

Eindredactie: Niesje Jansen, ambtelijk secretaris plenaire visitatiecommissie

Met dank aan: Monika Kokshuis, kwaliteitsfunctionaris AGZ GGD Twente en Jitka van Immerseel, LRCB

**Vastgesteld op 8 december 2017 door de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding.
Revisie 2022.**

KNCV Tuberculosefonds

Den Haag, januari 2018.

© KNCV Tuberculosefonds

Overname en/of openbaarmaking van
gedeelten van deze uitgave is toegestaan,
mits dat gebeurt met bronvermelding.

KNCV TUBERCULOSEFONDS

POSTBUS 146

2501 CC DEN HAAG

TELEFOON 070 - 416 72 22

E-MAIL INFO@KNCVTBC.ORG

WWW.KNCVTBC.ORG

Inhoudsopgave

Colofon	1
Hoofdstuk 1 Inleiding	4
Hoofdstuk 2 Plannen	4
Hoofdstuk 3 Doen	5
3.1. Medewerkers	5
3.1.1. Wet BIG/ Kwaliteitsregister V&VN.....	6
3.1.2. Beroepsgeheim	6
3.1.3. Inwerkplannen	6
3.1.4. Bij- en nascholing	6
3.1.5. Toegankelijkheid vakliteratuur	6
3.2. Toegankelijkheid	6
3.2.1. Bereikbaarheid	6
3.2.2. 24-uurs bereikbaarheid	6
3.2.3. Waarneming	7
3.3. Klantgerichtheid	7
3.3.1. Rapportage aan aanvragers/huisartsen.....	7
3.3.2. Informatie aan de cliënt	7
3.3.3. Privacyreglement	7
3.3.4. Onderzoeksruidten	7
3.3.5. Klachtenprocedure	7
3.3.6. Klanttevredenheidsonderzoek	7
3.4. Taakuitvoering.....	7
3.4.1. Surveillance	7
3.4.2. Administratieve verrichtingen en registratie.....	8
3.4.3. Tuberculineonderzoek en BCG-vaccinatie	8
3.4.4. Laboratoriumonderzoek.....	8
3.4.5. Röntgenonderzoek	8
3.4.6. Risicogroepenbeleid.....	8
3.4.7. Rapportage en beleidsadvisering.....	9
3.5. Overleg en afstemming.....	9
3.5.1. Externe contacten met instellingen	9
3.5.2. Interne casuïstiek bespreking	9
3.5.3. Werkoverleg.....	9

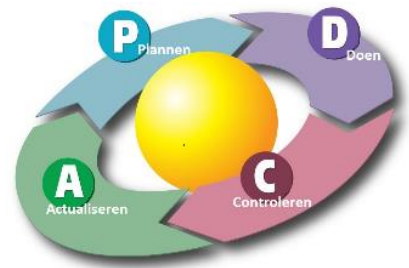
3.5.4.	Landelijke richtlijnontwikkeling	9
3.6.	Veiligheid en ongevallenpreventie	9
3.6.1.	Hygiëne en infectiepreventie op de GGD	9
3.6.2.	Veiligheid en bewaren farmaceutische producten.....	10
3.6.3.	Hantering schadelijke stoffen.....	10
Hoofdstuk 4	Controleren.....	10
Hoofdstuk 5	Actualiseren.....	11

Hoofdstuk 1

Inleiding

In een kwaliteitsprofiel worden randvoorwaarden geformuleerd waaraan organisaties geacht worden te voldoen om een bepaald kwaliteitsniveau te kunnen leveren. Kwaliteitsprofielen worden veelal door professionals opgesteld en zo mogelijk gesteund of bekrachtigd door derden.

Het Kwaliteitsprofiel tuberculosebestrijding is door de verschillende beroepsgroepen in de Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding (CPT) vormgegeven. Het Kwaliteitsprofiel is opgebouwd volgens de PDCA kwaliteitscirkel van Deming. In de hoofdstukken 2 t/m 5 worden de elementen uit de cirkel toegelicht.



Hoofdstuk 2

Plannen

De belangrijkste wet voor de infectieziektebestrijding door GGD'en is de Wet publieke gezondheid (Wpg). Op basis van de Wpg draagt het college van burgemeester en wethouders zorg voor de uitvoering van de tbc-bestrijding. Gemeenten die behoren tot een veiligheidsregio onderhouden gezamenlijk een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD). Sinds 2016 wordt de tbc-bestrijding in Nederland uitgevoerd in vier regionale expertisecentra (REC's): Noord Oost (Groningen, Friesland, Drenthe, Overijssel en Gelderland), Noord West (Flevoland, Noord-Holland en Utrecht), Zuid-Holland en Zuid (Zeeland, Noord Brabant en Limburg).

De taken die door de afdeling tbc-bestrijding worden verricht zijn onder te verdelen in:

1. Surveillance
 - Het melden van patiënten met tuberculose bij het Centrum Infectieziektebestrijding van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM CIB)
 - De registratie van aanvullende achtergrondgegevens over tuberculose en LTBI in het NTR ten behoeve van landelijke surveillance
 - Uitvoering van regionale surveillance
2. Beleidsadvisering
 - Deelname aan landelijke/regionale werkgroepen
 - Bevorderen van een bestuurlijk draagvlak voor de continuïteit in de regionale tbc-bestrijding
3. Preventie
 - Geven van informatie aan de bevolking
 - BCG-vaccinatie van specifieke risicogroepen
 - Screening van risicogroepen
 - Advisering over preventie van transmissie in instellingen
4. Behandeling
 - Diagnostiek, behandeling en begeleiding van tbc-patiënten en personen met een latente tbc-infectie (LTBI)
5. Bron- en contactonderzoek
6. Netwerk en regie
 - Opzetten en onderhouden van overleggen/contacten met de diverse ketenpartners
7. Vangnetfunctie
 - Het bieden van laagdrempelige zorg als daar geen andere faciliteiten/instanties voor zijn.
8. Outbreakmanagement
9. Onderzoek
 - Bijdrage leveren aan landelijke onderzoeken
 - Opzetten/uitvoeren van onderzoek op regionaal/lokaal niveau.

(Bron: Ter Schegget R. Dekker, J.J.A., Herziening VISI-normering formatie algemene infectieziekten bestrijding. Infectieziekte bulletin, 2015, Jaargang 26, nr. 5, 99-102)

In het [Nationaal Plan Tuberculosebestrijding](#), opgesteld door het RIVM in samenwerking met KNCV Tuberculosefonds zijn de doelstellingen geformuleerd om tot een optimale tbc-bestrijding in Nederland te komen.

De taken en het beleid van de REC's zijn gebaseerd op landelijke consensus en richtlijnen, maar aangepast aan de regionale omstandigheden.

Om de kwaliteit van de uitvoering meetbaar te maken zijn er richtlijnen, protocollen en normen afgesproken in de Commissie Praktische Tuberculosebestrijding (CPT). In dit hoofdstuk vindt u een opsomming van deze afspraken over de taakuitvoering van de in het vorige hoofdstuk genoemde taken.

3.1. Medewerkers

Voor het uitvoeren van de taken heeft de regio de beschikking over een geregistreerd arts-tuberculosebestrijding en/of een longarts, sociaal verpleegkundigen tbc-bestrijding en medisch technische medewerkers. Eventueel aangevuld met een verpleegkundig specialist. Deze beroepsgroepen voldoen aan de hiervoor opgestelde landelijke criteria:

Artsen: de arts tbc-bestrijding is ingeschreven in het register van Geneeskundig Specialisten, Arts Maatschappij & Gezondheid, profiel tuberculosebestrijding dan wel in het specialistenregister als arts voor longziekten en tuberculose, https://www.kncvtbc.org/kb/10-1_regelgeving-medewerkers-pdf/

- <https://www.kncvtbc.org/kb/10-2-opleidingseisen-arts-tbc-bestrijding/>
- <https://www.knmq.nl/opleiding-herregistratie-carriere/herregistratie/hoe-werkt-het.htm>

Sociaal verpleegkundigen: de sociaal verpleegkundige tbc-bestrijding heeft een opleiding HBO-V afgerond of een opleiding verpleegkunde A gecombineerd met een MGZ-opleiding. (De verpleegkundige is geregistreerd in het BIG- en het Kwaliteitsregister V&VN.)

- <https://www.kncvtbc.org/kb/10-3-profiel-verpleegkundige-expertisegebied-openbare-gezondheidszorg/>
- <https://www.kncvtbc.org/kb/10-5-veldnorm-voor-sociaal-verpleegkundigen-werkzaam-in-de-tbc-bestrijding/>

Verpleegkundig specialist:

Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die, op basis van een door de NVAO-geaccrediteerde masteropleiding (Master Advanced Nursing Practice) en ervaring op het niveau 5, wordt ingezet voor een omschreven groep patiënten waarmee zij individuele behandelrelaties aangaat. Vanuit het perspectief van de patiënt worden care en cure geïntegreerd aangeboden ter bevordering van de continuïteit en kwaliteit van zowel de verpleegkundige zorg als de medische behandeling. De verpleegkundig specialist staat ingeschreven in het specialistenregister (Artikel 14) van de Wet BIG en moet voor herregistratie voldoen aan de eisen zoals beschreven in het VS Register.

- <http://venvnvs.nl/wp-content/uploads/sites/164/2015/09/2015-09-05-Factsheet-Verpleegkundig-Specialist-2013.pdf>
- https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/Ouder%20dan%202010/4_profiel%20verpleegkundig%20specialist_def.pdf
- <http://vsregister.venvn.nl/>

Medisch technische medewerkers: de mtm'er heeft een opleiding tot doktersassistente gevolgd (of een vergelijkbare opleiding) minimaal op MBO niveau 4 gecombineerd met aanvullende scholing van KNCV Tuberculosefonds en (indien van toepassing) het LRCB.

- <https://www.kncvtbc.org/kb/10-6-functieomschrijving-medisch-technisch-medewerker-tbc-bestrijding/>
- <https://www.kncvtbc.org/kb/10-8-kwaliteitseisen-vaardigheden-mtmers/>

Artsen en verpleegkundigen nemen deel aan de voor herregistratie vereiste nascholingen en vereisten. Alle professionals voldoen aan de eisen ,die door de betreffende beroepsgroep gesteld zijn.

3.1.1. Wet BIG/ Kwaliteitsregister V&VN

De wet BIG wordt nageleefd ten aanzien van alle relevante beroepsgroepen. Vereiste herregistratie van professionals wordt vanuit de organisatie (mede)gefaciliteerd.

3.1.2. Beroepsgeheim

Medewerkers zijn gebonden aan een (afgeleid) beroepsgeheim, conform de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO). Dit betekent dat zij tegenover buitenstaanders dienen te zwijgen over alles wat hen tijdens de uitoefening van hun beroep over patiënten en cliënten bekend wordt. Deze zwijgplicht dient in hun arbeidsovereenkomst te zijn opgenomen.

3.1.3. Inwerkplannen

Binnen het REC zijn afspraken gemaakt over het inwerken van nieuwe medewerkers, zowel in algemene zin als toegespitst op de functie die men gaat uitoefenen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van landelijk beschikbare inwerkplannen:

- voor verpleegkundigen, <https://www.kncvtbc.org/kb/10-4-ontwikkelingsplan-sociaal-verpleegkundigen-tuberculosebestrijding/>
- voor mtm'ers, <https://www.kncvtbc.org/kb/10-7-inwerkprogramma-medisch-technisch-medewerker-tuberculosebestrijding/>

3.1.4. Bij- en nascholing

Door het Landelijk Referentiecentrum voor Bevolkingsonderzoek (LRCB) wordt voor artsen en mtm'ers (die röntgenfoto's maken) twee jaarlijks een scholing aangeboden. Deze wordt door alle betrokken medewerkers gevolgd.

De beroepsverenigingen voor artsen, sociaal verpleegkundige en medisch technische medewerkers organiseren jaarlijkse nascholingsdagen, 2 voor respectievelijk artsen en sociaal verpleegkundigen, 1 voor mtm'ers. Daarnaast wordt er regionaal scholing aangeboden.

Voor de medewerkers van disciplines zonder formele registratieplicht geldt dat zij minimaal 2 dagen per jaar deelnemen aan nascholing of training, excl. LRCB training. Daarnaast geldt voor sociaal verpleegkundigen dat zij minimaal 4x per jaar deelnemen aan vormen van intercollegiaal overleg/intervisie.

3.1.5. Toegankelijkheid vakliteratuur

Binnen het REC is de (digitale) toegang tot vakliteratuur geregeld voor alle betrokken medewerkers. De wijze waarop dit geregeld is, is bekend gemaakt bij alle medewerkers.

3.2. Toegankelijkheid

3.2.1. Bereikbaarheid

De afdeling tbc-bestrijding is op werkdagen telefonisch bereikbaar. Tevens is er een website met informatie over de afdeling. Beide zaken kunnen in REC verband geregeld worden.

De afdeling tbc-bestrijding beschikt over een veilige email-verbinding, geschikt voor het verzenden van medische gegevens en/of zorgmail.

Om toegang tot zorg optimaal te houden wordt een maximale reistijd aangehouden van 1,5 uur voor patiënten (heen- en terugreis). Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen stad en platteland. Op het platteland zijn de afstanden groter en in de stad de verkeersdrukte. (Bron:

<https://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=22374&m=1427710292&action=file.download>)

3.2.2. 24-uurs bereikbaarheid

Ten behoeve van patiënten, cliënten en beroepsgroepen bestaat een 24-uurs bereikbaarheid van de GGD. In ieder geval heeft een arts dienst die deskundig is op het terrein van de infectieziektebestrijding en die problemen op het terrein van de tbc-bestrijding kan oplossen (onder meer door het [protocol Tuberculose](#) van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziekten (LCI) te hanteren). Er zijn regionale afspraken over terugkoppeling van deze dienstdoende arts naar de tbc-arts/tbc-afdeling.

3.2.3. Waarneming

Binnen het REC is de continuïteit van zorg geregeld. Dit is zichtbaar in een rooster en wordt kenbaar gemaakt aan personen die contact zoeken met de arts of sociaal-verpleegkundige.

3.3. Klantgerichtheid

3.3.1. Rapportage aan aanvragers/huisartsen

Aan verwijzers en aanvragers van onderzoek wordt binnen 2 weken na het onderzoek een bericht met o.a. de uitslag en afgesproken beleid verzonden. In geval van ernstige afwijkingen wordt binnen 24 uur contact opgenomen.

Aan behandelaars en verantwoordelijken in instellingen worden de resultaten van een contactonderzoek toegezonden, met in acht name van de geldende privacyregels.

3.3.2. Informatie aan de cliënt

- De cliënt wordt geïnformeerd over de screening en eventuele interventies, conform het 'Informatieprotocol tbc-screening, inclusief LTBI', <https://www.kncvtbc.org/kennisbank/zoeken/?soort=algemeen>
- De cliënt wordt geïnformeerd over het ontvangen van de uitslag, eventuele vervolgdagnostiek en behandeling.

Dit alles conform de eisen zoals opgesteld in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), met name wat betreft het recht op informatie en inzage in het medisch dossier.

3.3.3. Privacyreglement

Er is een privacyreglement voor de tbc-bestrijding, conform de eisen in de [Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg \(Wkkgz\)](#).

Hierin is minimaal geregeld:

- dat aan patiënten toestemming wordt gevraagd voor dataverzameling en het delen van gegevens
- aan wie gegevens betreffende patiënten worden doorgegeven
- dat het archief wordt beheerd en wie toegang hebben, zie ook [Richtlijn archivering tuberculosegegevens](#)
- dat het gebruik en de toegang tot de gegevens worden bewaakt

3.3.4. Onderzoeksruidten

Bij de balie en in de onderzoeksruidten wordt zorgvuldig omgegaan met de privacy van de patiënten/cliënten.

3.3.5. Klachtenprocedure

De afdeling kent een duidelijke en onafhankelijke klachtenprocedure volgens de Wkkgz (zie 3.3.3.), in het algemeen als onderdeel van de procedure voor de gehele GGD. De mogelijkheid tot klagen is duidelijk in de informatievoorziening naar cliënten opgenomen.

3.3.6. Klanttevredenheidsonderzoek

Minimaal 1x per 3 jaar wordt een klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd door de GGD (afdeling tbc-bestrijding) (Norm HKZ PG 2015 art. 3.2.2)

3.4. Taakuitvoering

3.4.1. Surveillance

Voor het eigen werkgebied verzamelen en interpreteren de REC's gegevens over de bestrijding: de incidentie van (infectie met) tuberculose in de verschillende risicogroepen, de opbrengst van screeningsonderzoek (inclusief bron- en contactonderzoek), informatie over transmissie (DNA fingerprint surveillance) en de behandelingsresultaten. Door het verzamelen van gegevens ten behoeve van het NTR, conform de hiervoor geldende afspraken (zie 3.1 [Handboek Tuberculose](#)

[2017](#)) ontstaat zowel een regionaal als een landelijk beeld.

Er bestaan schriftelijke afspraken hoe de taakverdeling binnen het REC is bij het invullen van OSIRISNTR. De arts-tuberculosebestrijding heeft hierbij de eindverantwoordelijkheid.

3.4.2. Administratieve verrichtingen en registratie

Het vastleggen en verwerken van administratieve gegevens gebeurt zodanig dat de voor de bestrijding noodzakelijke informatie snel en effectief beschikbaar is. Hierbij worden de geldende privacyregelingen in acht genomen.

Er is een digitaal patiëntendossier (opgenomen in een landelijke database), bij voorkeur gekoppeld aan het IMS (Image Management System). Van het patiënten bezoek op de GGD wordt bij medisch relevante bevindingen of momenten een brief voor de aanvragende arts en/of huisarts gemaakt. Het is inzichtelijk welk onderzoek is gedaan, welke adviezen bij het laatste bezoek zijn gegeven en welke afspraken zijn gemaakt. Archivering van de gegevens vindt plaats volgens [landelijke afspraken](#).

3.4.3. Tuberculineonderzoek en BCG-vaccinatie

Er bestaat een beschrijving binnen het REC (en zo nodig per GGD) van de wijze waarop de kwaliteit van het tuberculine-onderzoek en van het toedienen van de BCG-vaccinatie wordt gewaarborgd. Hierbij zijn de landelijke werkinstructies voor [THT](#) en [BCG](#) en de afgesproken [normen](#) leidend.

3.4.4. Laboratoriumonderzoek

Het gaat hierbij om zowel sputumonderzoek als bloedonderzoek.

Er bestaat een beschrijving binnen het REC van de wijze waarop de kwaliteit van de sputumafname wordt bewaakt, hierbij is de hiervoor opgestelde [landelijke werkinstructie](#) leidend.

Indien op de GGD onderzoek van het sputum plaatsvindt, worden de resultaten van het directe sputumonderzoek vastgelegd en systematisch, periodiek vergeleken met die van het lokale laboratorium. Afwijkingen van meer dan 2% (foutpositief of foutnegatief) leiden tot een nader onderzoek en eventueel tot maatregelen.

Tevens is er binnen het REC beschreven hoe de kwaliteit van de bloedafname wordt bewaakt. Binnen het REC is vastgelegd hoe men de kwaliteitscontrole van de gebruikte laboratorium apparatuur heeft geregeld. Geadviseerd wordt om dit op te pakken met een laboratorium met een kwaliteitscertificaat in de regio.

3.4.5. Röntgenonderzoek

Voor in gebruik name van de apparatuur wordt er een acceptatietest uitgevoerd door het LRCB. Daarna volgt er jaarlijks een fysisch-technische test van de röntgenapparatuur volgens het meetprotocol van het LRCB.

Voor de regio's die voor stralingshygiëne een overeenkomst met het LRCB hebben gesloten wordt door het LRCB de risico analyse opgesteld en middels de meetresultaten van de fysisch-technische test jaarlijks geverifieerd op geldigheid.

De voorschriften op grond van de Kernenergiewet worden gevolgd. Elke GGD heeft een stralingsdeskundige niveau 4. Daarnaast hebben de regio's, die voor stralingshygiëne een overeenkomst met het LRCB hebben, via het LRCB een GGD overstijgende deskundige niveau 3 beschikbaar.

3-jaarlijks wordt er een visitatie van het radiologische deel van de screening uitgevoerd door het LRCB (zie ook hoofdstuk 4).

3.4.6. Risicogroepenbeleid

Landelijk wordt in de CPT het [risicogroepenbeleid](#) vastgesteld. Naast landelijke risicogroepen kunnen op basis van epidemiologische gegevens regionale en/of lokale risicogroepen worden benoemd, waarop specifieke interventies gericht worden. Na vaststelling van het lokale/regionale beleid wordt dit voor alle medewerkers binnen het REC inzichtelijk gemaakt.

3.4.7. Rapportage en beleidsadvisering

Jaarlijks vindt rapportering aan het management en bestuur van de GGD/regio plaats over de resultaten van de bestrijding in brede zin (epidemiologie, bedrijfsvoering en verrichtingen). Tevens kan er gevraagde en ongevraagde advisering aan het management en bestuur worden gegeven.

3.5 Overleg en afstemming

3.5.1. Externe contacten met instellingen

Per frontoffice c.q. backoffice is geregeld wie verantwoordelijk is voor de contacten met de verschillende partners:

- ten behoeve van diverse professionals in de regio vervullen de arts en de sociaal verpleegkundigen tbc-bestrijding een consultatieve functie. (O.a. naar medisch specialisten, medisch microbiologen, deskundigen infectiepreventie, Arbo-artsen, enz.)
- er is minimaal 1x per jaar contact met de longartsen/tbc-coördinatoren en microbiologen van de ziekenhuizen in de regio. Dit betreft zowel casuïstiekbespreking als afstemming over de samenwerking. Van dit overleg vindt verslaglegging plaats.
- Er zijn structurele contacten met andere instellingen (bv. asielzoekerscentra, penitentiaire inrichtingen, enz.). Deze zijn inzichtelijk voor alle medewerkers van het REC.

3.5.2. Interne casuïstiek bespreking

Patiëntenbespreking wordt gehouden volgens een vooraf vastgesteld schema met in ieder geval de arts(en) en de sociaal verpleegkundige(n). De bespreking vindt minimaal 1x per maand plaats. Er vindt verslaglegging plaats.

3.5.3. Werkoverleg

Er wordt periodiek werkoverleg gehouden:

- Minimaal 1x per maand op de frontoffice met de medewerkers uit alle disciplines van de afdeling die betrokken zijn bij de tbc-bestrijding. Hiervan wordt een verslag gemaakt.
- Minimaal 2x per jaar in REC verband met alle disciplines die betrokken zijn bij de tbc-bestrijding in de regio. Hiervan vindt verslaglegging plaats.

3.5.4. Landelijke richtlijnontwikkeling

GGD' en, beroepsorganisaties en centrale tbc-consulenten van RIVM en KNCV vormen de Commissie Praktische Tbc-bestrijding. KNCV Tuberculosefonds faciliteert en organiseert de CPT die 4x per jaar vergadert over de ontwikkelingen in de tbc-bestrijding en de landelijke richtlijnen vaststelt. KNCV Tuberculosefonds zorgt dat de richtlijnen toegankelijk zijn via de website en up-to-date zijn. De betrokkenen in de tbc-bestrijding dragen bij aan landelijke evidence based beleidsontwikkelingen, ondermeer via regionale vertegenwoordiging of via hun beroepsvereniging of organisatie in de verschillende werkgroepen van de CPT.

Binnen het REC zijn schriftelijke afspraken over:

- de voorbereiding en voorbespreking van de CPT vergadering
- de terugkoppeling vanuit de CPT
- implementatie van beleidswijzigingen in de regio

Alle medewerkers binnen de tbc-bestrijding bij GGD' en hebben toegang tot de CPT stukken via de e-portal van KNCV Tuberculosefonds.

3.6. Veiligheid en ongevallenpreventie

3.6.1. Hygiëne en infectiepreventie op de GGD

In het REC is beschreven hoe de hygiëne richtlijnen en adviezen op het gebied van infectiepreventie en prikaccidenten worden toegepast, de [landelijke richtlijnen](#) zijn hierin leidend.

3.6.2. Veiligheid en bewaren farmaceutische producten

Er bestaat een continue systeem van temperatuurcontrole voor de koelkast waar BCG-vloeistof en tuberculine wordt bewaard. Er is een toezichthoudend apotheker aangewezen, die minimaal 1x per jaar supervisie heeft op de bewaring en de verstrekking van vaccins en medicijnen. Van deze supervisie wordt een verslag gemaakt.

3.6.3. Hantering schadelijke stoffen

Er zijn zodanige voorzieningen gecreëerd dat opslag en verwijdering van schadelijke stoffen en biologisch afval plaats vindt volgens de hierop betrekking hebbende wet- en regelgeving.

Hoofdstuk 4

Controleren

Op verschillende manieren wordt de kwaliteit van zorg getoetst, bewaakt en verbeterd:

- Binnen het REC is vastgelegd hoe de taken die door de sociaal verpleegkundige en/of de medisch technisch medewerker als verlengde arm van de arts worden uitgevoerd worden getoetst, bewaakt en verbeterd. Voor deze taken is er per persoon een bekwaamheidsverklaring aanwezig, die ten minste 1x per 2 jaar door de verantwoordelijke tbc-arts en of verpleegkundig specialist wordt herbeoordeeld.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bewaakt de kwaliteit van de zorg door toezicht te houden op de naleving van wet- en regelgeving, maar ook door bezoeken aan instellingen. Hierbij is IGZ in de afgelopen jaren overgegaan op een thematisch toezicht in plaats van toezicht op basis van indicatoren.
- Voor de infectieziektebestrijding, inclusief de tbc-bestrijding als onderdeel van de Publieke gezondheid, is door de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) het certificatieschema Publieke gezondheid opgesteld. Een onafhankelijke certificerende instelling (CI) beoordeelt periodiek de processen en procedures als onderdeel van het kwaliteitssysteem en indien deze voldoen aan de eisen van het gehanteerde certificatieschema, wordt het certificaat afgegeven.
- In het kader van de Wet op het Bevolkingsonderzoek worden door het LRCB bij de 4 tbc-regio's driejaarlijkse visitaties uitgevoerd van het radiologische deel van de screening. Tijdens deze visitaties wordt een beeld gevormd van de kwaliteit van de professionals (artsen en medisch technisch medewerkers) en de gebruikte apparatuur. Hieronder valt tevens een evaluatie van het aantal foutpositieven, de detectie van tuberculose en gevonden nevenbevindingen.
- Naast deze visitatie die specifiek gericht is op het röntgenonderzoek vindt er een intercollegiale algemene visitatie plaats, georganiseerd door de Plenaire Visitatie Commissie (PVC), een subcommissie van de CPT. Deze algemene visitatie wordt 1x per 5 jaar uitgevoerd, zie ook het Reglement Visitaties van regio's tbc-bestrijding. In deze multidisciplinaire visitaties wordt de regio doorgelicht op vier kwaliteitsdomeinen: evaluatie van zorg, patiëntperspectief, functioneren van de regionale tbc-bestrijding en professionele ontwikkeling. Bij deze visitaties vormen de randvoorwaarden zoals vastgelegd in dit kwaliteitsprofiel de basis. Daarnaast is ook de implementatie van landelijke richtlijnen een vast onderdeel van bespreking.
- Eén keer per 5 jaar wordt middels een internationale review de kwaliteit van het Nederlandse tbc-bestrijding programma integraal beoordeeld. De organisatie hiervan ligt bij het RIVM/KNCV Tuberculosefonds en advisering door het internationale review-team vindt plaats aan het ministerie van VWS.

Er zijn diverse momenten waarop het huidige bestrijdingsbeleid onder de loop wordt genomen.

- Als evaluatie op landelijk niveau wordt jaarlijks een overzicht van de resultaten van opsporing en behandeling gepresenteerd door het RIVM (Surveillance rapport Tuberculose in Nederland). Dit overzicht wordt besproken in de CPT en leidt zo nodig tot aanpassingen van bestrijdingsactiviteiten, regelgeving of andere beleidsinitiatieven.
- Het verzamelen van gegevens over de uitvoering en de uitkomsten van screening per doelgroep is noodzakelijk om de noodzaak van screening te onderbouwen, te evalueren en te sturen, en is een vereiste vanuit de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). KNCV Tuberculosefonds maakt namens de GGD 'en evaluaties van de screening van immigranten, asielzoekers en het bron- en contactonderzoek. GGD GHOR Nederland evalueert en rapporteert jaarlijks over de screening van gedetineerden en asielzoekers met MRU.
- In de CPT wordt de landelijke regelgeving op de specifieke onderdelen van de tbc-bestrijding periodiek (over het algemeen 1x per 5 jaar) geëvalueerd en bijgesteld.
- Uit de regio-visitaties komen verbeterpunten die tot nieuwe beleidsinitiatieven kunnen komen. Zowel op lokaal, regionaal en mogelijk ook op landelijk niveau. Om dit laatste te bereiken wordt er na elke visitatie-cyclus een geaggregeerd verslag voorgelegd aan de CPT.
- Adviezen uit de internationale review worden besproken en opgevolgd in de CPT.

Hiermee is het kwaliteitssysteem zowel landelijk als regionaal een cyclisch proces, waarbij de kwaliteit van de bestrijding op continue en inzichtelijke wijze wordt verbeterd.



BENOORDENHOUTSEWEG 46
2596 BC DEN HAAG
POSTBUS 146
2501 CC DEN HAAG

TELEFOON (070) 416 72 22
INFO@KNCVTBC.ORG
WWW.KNCVTBC.ORG