

# AANVRAAGFORMULIER



## Voucherregeling - ABR Zorgnetwerk Holland West

### Deel A: Algemene gegevens

<b>1. Titel project</b>	Training Contactpersoon Infectie Preventie (CIP)
<b>2. Gegevens aanvrager</b>	
2.a. Naam	
2.b. Organisatie	
2.c. Functie	
2.d. Telefoonnummer	
2.e. E-mailadres	
<b>3. Gegevens expert (externe deskundige)</b>	
3.a. Naam	
3.b. Organisatie	Stichting Trainingen Infectie Preventie (STIP)
3.c. Functie	Geaccrediteerde deskundigen infectiepreventie, kwaliteitscoördinator en communicatiedeskundige van STIP
3.d. Telefoonnummer	030-630 1384
3.e. E-mailadres	info@infectiepreventieopleidingen.nl
<b>4. Eerdere aanvraag voucher</b>	
4.a. Heeft u eerder een voucher aangevraagd bij het ABR Zorgnetwerk?	<input type="checkbox"/> Ja, beantwoord vraag 4.b. <input checked="" type="checkbox"/> Nee, ga verder met Deel B
4.b. Zo ja, waarom vraagt u een tweede voucher aan? <i>Geef een beknopte toelichting</i>	n.v.t

### Deel B: Omschrijving project

<b>1. Beschrijving van uw project</b> <i>Geef in één regel een omschrijving van uw project.</i>
Opzetten en uitbouwen van een stevige infectiepreventiestructuur door middel van deskundigheidsbevordering en periodieke toetsing.

## 2. Samenwerkingspartners

Vraagt u deze voucher met samenwerkingspartners aan? Zo ja met welke?

Training wordt in groepsverband aangeboden door het ABR Zorgnetwerk. Deelnemers zijn afgevaardigd vanuit verschillende koepels voor langdurige zorg. Naast deskundigheidsbevordering versterkt dit structureel de netwerkstructuur in de regio.

## 3. Doel

Wat is het doel dat u met de voucher wilt behalen? Bijvoorbeeld kennis vergroten, samenwerkingsverbanden opzetten, ICT aanpassingen? Geef een korte beschrijving in max.10 regels.

Het opzetten en uitbouwen van een stevige infectiepreventiestructuur door middel van deskundigheidsbevordering en periodieke toetsing, door kwaliteits- en beleidsmedewerkers op te leiden tot Contactpersoon Infectie Preventie (CIP). Deze cursus biedt kennisbevordering op het gebied van infectiepreventie/veranderkunde, ter verbetering van de kwaliteit van infectiepreventie in de organisatie van de deelnemer. De deelnemers ondersteunen met kennis en kunde de implementatie van het hygiëne en infectiepreventiebeleid in de organisatie

Na het afronden van de cursus is de deelnemer in staat om;

- De CIP heeft inzicht in infectiepreventie (micro-organismen/overdracht/infectieleer), zodat ze het kunnen uitdragen naar collega's
- De CIP kan infectiepreventie pro-actief uitdragen (promotie, instructie, voorlichting)
- De CIP signaleert besmettingsrisico's, kan een zelfevaluatie doen, een audit uitvoeren op basis van een vastgestelde normenlijst
- De CIP ondersteunt met het opstellen van een verbeterplan

## 4. Tijdsplanning (maximaal 9 maanden)

4.a. Beoogde startdatum Oktober 2020

4.b. Beoogde einddatum April 2021

4.c. Tijdpad

Geef een planning van de activiteiten.

IPA:	6-10-2020	10-11-2020	26-1-2021	9-3-2021	Gezamenlijk minisymposium: 20-4-2021
CIP:	13-10-2020	17-11-2020	9-2-2021	16-3-2021	

## 5. Inzet expert en financiële verantwoordelijkheid (maximaal € 5.000,- incl. BTW, uitzonderingen voorbehouden)

5.a. Werkzaamheden expert

Geef een beknopte beschrijving van de werkzaamheden die de expert gaat uitvoeren gedurende het project.

De expert (STIP) verzorgt de training tot CIP. De training wordt gegeven door deskundigen infectiepreventie (geaccrediteerd en met verpleeghuis ervaring), een kwaliteitscoördinator en communicatiedeskundigen met een ruime deskundigheid op het gebied van infectiepreventie en verbetertrajecten. Tijdens deze training komen onder andere de volgende items aan bod:

- Infectiepreventie
- Kwaliteitszorg
- Veranderkunde

Zowel theorie als opdrachten uit de praktijk komen aan de orde.

5.b. Inzet expert

De training tot CIP bestaat uit vier lesdagen van 9.30-16.30 met een studiebelasting

<i>Uren/dagdelen * tarief</i>	van 10 uur. De totale kosten zijn 995 euro per cursist.
5.c. Overige kosten <i>Geef een toelichting.</i>	

### **Deel C: Ondertekening bestuurlijk verantwoordelijke**

Met deze ondertekening gaat u akkoord met het indienen van een aanvraag voor de voucherregeling ABR Zorgnetwerk Holland West en de daarbij behorende voorwaarden.

Organisatie:

Naam:

Functie:

Datum en plaats:

Handtekening:

### **Deel D: Toekenning door ABR Zorgnetwerk Holland West**

Met deze ondertekening gaat u akkoord met het indienen van een aanvraag voor de voucherregeling ABR Zorgnetwerk Holland West en de daarbij behorende voorwaarden.

Naam:

Functie:

Datum en plaats:

Handtekening: