

AANVRAAGFORMULIER



Voucherregeling - ABR Zorgnetwerk Holland West

Deel A: Algemene gegevens

1. Titel project	Training Infectie Preventie Adviseur (IPA)
2. Gegevens aanvrager	
2.a. Naam	
2.b. Organisatie	
2.c. Functie	
2.d. Telefoonnummer	
2.e. E-mailadres	
3. Gegevens expert (externe deskundige)	
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
4. Eerdere aanvraag voucher	
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

1. Beschrijving van uw project <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?

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 verpleegkundigen op te leiden tot Infectie Preventie Adviseurs (IPA). 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 IPA heeft inzicht in infectiepreventie (micro-organismen/overdracht/infectieleer), zodat ze dit kunnen uitdragen naar collega's
- De IPA kan infectiepreventie pro-actief uitdragen (promotie, instructie, voorlichting)
- De IPA signaleert besmettingsrisico's, kan een zelfevaluatie doen, een audit uitvoeren op basis van een vastgestelde normenlijst
- De IPA 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	IPA:	6-10-2020	10-11-2020	26-1-2021	9-3-2021	Gezamenlijk minisymposium: 20-4-2021
Geef een planning van de activiteiten.	CIP:	13-10-2020	17-11-2020	9-2-2021	16-3-2021	

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

5.a. Werkzaamheden expert <i>Geef een beknopte beschrijving van de werkzaamheden die de expert gaat uitvoeren gedurende het project.</i>	De expert (STIP) verzorgt de training tot IPA. De training wordt gegeven door deskundigen infectiepreventie (geaccrediteerd en met verpleeghuiservaring), 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: <ul style="list-style-type: none"> • Infectiepreventie • Kwaliteitszorg • Veranderkunde Zowel theorie als opdrachten uit de praktijk komen aan de orde.
5.b. Inzet expert <i>Uren/dagdelen * tarief</i>	De training tot IPA bestaat uit vier lesdagen van 9.30-16.30 met een studiebelasting van 20 uur. De totale kosten zijn 995 euro per cursist.
5.c. Overige kosten	

Geef een toelichting.

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: