

SSI Intervention

Neue Prozessparameter – Online Informationsveranstaltung 27. Februar 2023

Prof. Dr. A. Widmer - Präsident Swissnoso

Prof. Dr. R. Sommerstein – Leiter Forschung und Entwicklung Swissnoso

Dr. med. Matthias Schlegel – Leiter CCM-SSI App Swissnoso

Mihaela Gligor-Calous – Operative Leitung SSI Intervention

Inhalt



- **Grusswort des Präsidenten**
- **Rückblick Pilotphase und SSI Intervention Part I**
- **Die Weiterentwicklung – SSI Intervention Modul und APP Part II**
- **CCM SSI App – Tools und Analytics**
- **Erste Erfahrungen/ Erkenntnisse Hirslanden Klinik St. Anna Luzern**

Strukturelle Mindestanforderungen für die Prävention und Bekämpfung von healthcare- assoziierten Infektionen (HAI) bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten für Schweizer Akutspitäler

Schlüsselkomponente 7: Interventionen

1. Mindestens ein kantonales und/oder national anerkanntes Interventionsmodul zur Prävention von healthcare-assoziierten Infektionen (oder eines spezifischen healthcare-assoziierten Infektionstyps) muss implementiert werden. [1, 7].

*das SSI Interventionsmodul
kann die Rate von
postoperativen
Wundinfektionen senken*



SSI Intervention Pilot Study

1. Präoperative Haarentfernung
2. Präoperative Hautdesinfektion
3. Präoperative Antibiotikaprophylaxe



swissnosc[★]

Bart ist modern – auch an der Inzisionsstelle!

swissnosc[★]

1 2 3

Präoperative Hautdesinfektion – aller guten Dinge sind drei!

swissnosc[★]

Timing ist alles – auch bei der Antibiotikaprophylaxe!

Ziel der SSI Intervention, Phase 1

- Compliance with process parameter >90%
- SSI Incidence rate reduction of >10%



Results of the SSI Intervention Pilot Study

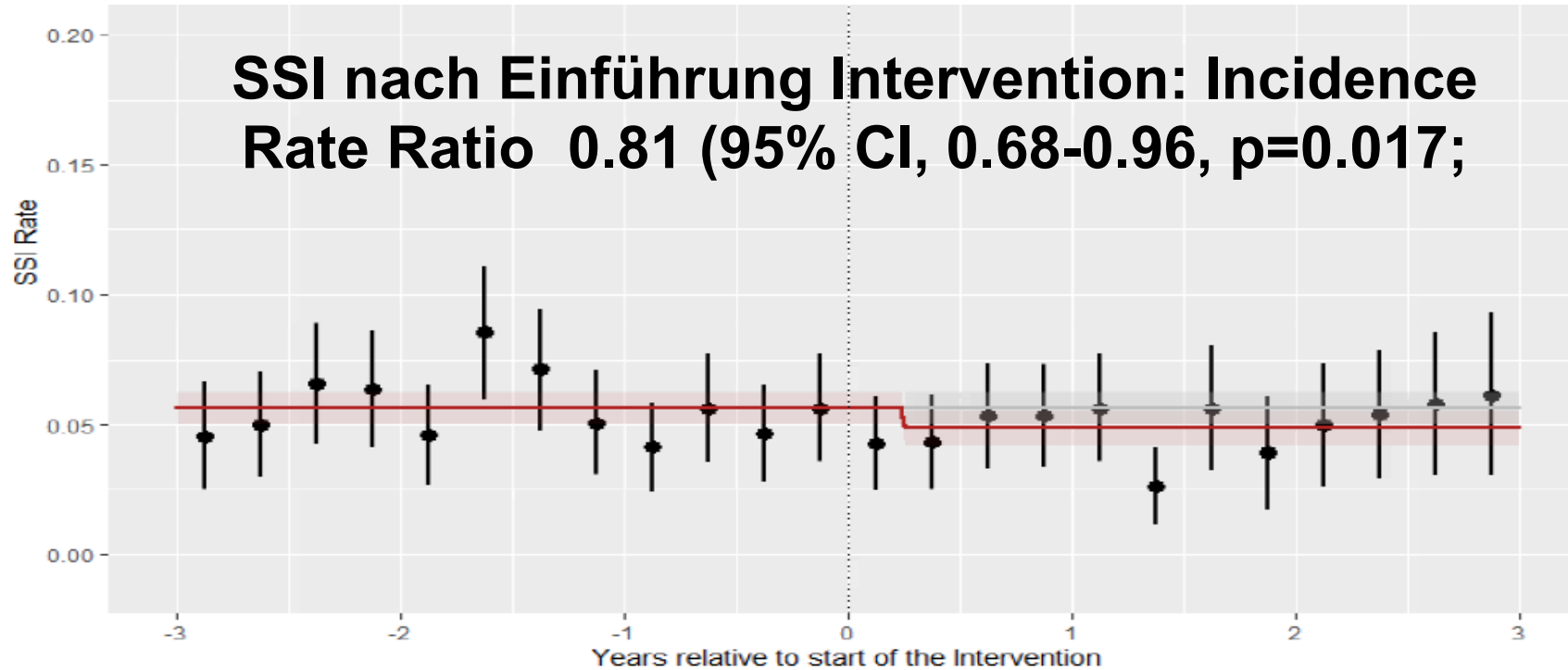
- 8 Pilot Hospitals
- Study period: 2014-2020
- Pre intervention: 5489 patients
- Post intervention: 4662 patients





Surgical Site Intervention: Added Value to the Swiss National SSI Surveillance System

Poster, ECCMID 2022



Cardiac surgeries (n=2927): the IRR of SSI was 0.48 (95% CI 0.32-0.72, p<0.001).

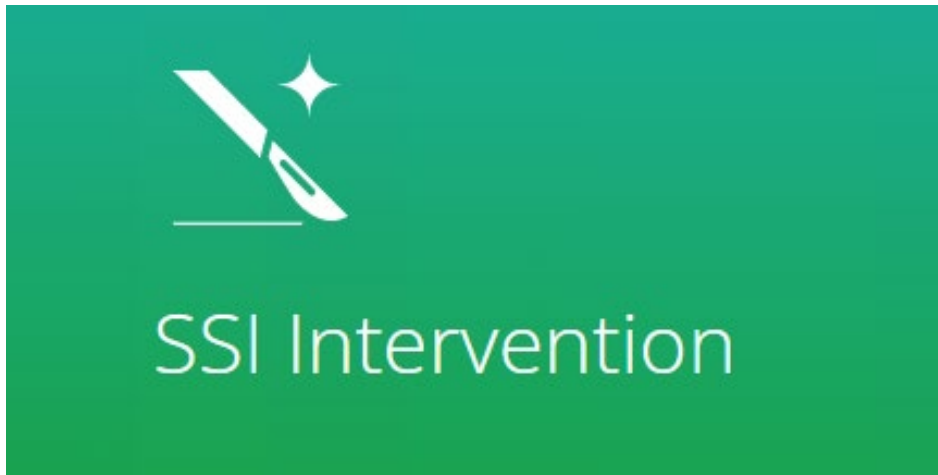
Hip/knee replacement surgery (n=4522): the IRR was 0.88 (95% CI 0.52-1.48, p=0.63)

Colon surgery (n=2702): the IRR was 0.92 (95% CI, 0.75-1.14, p=0.49).



SSI Intervention Phase 2: Neue Prozess Parameter

- SSI Intervention Model
- CCM-SSI App



Background



1. Hohe SSI Rate bei Kolon und Rektumchirurgie
2. Hoher Anteil an *Staphylococcus aureus* Infektionen in bei Knie und Hüft TP
3. Ko-Morbidität unserer Patienten am Zunehmen

Elektive**Kniegelenksprothese**

69

Mikrobiologie durchgeführt

62/69 (89.9%)

Mikrobiologie positiv

58/62 (93.6%)

Häufigster Keim

Staphylococcus aureus

31 (MRSA 2, 6.5%)

Zweithäufigster Keim

Koagulase-negative

Staphylokokken

14

Dritthäufigster Keim

Streptococcus spp.

7

Elektive**Hüftgelenksprothese**

119

Mikrobiologie durchgeführt

106/119 (89.1%)

Mikrobiologie positiv

102/106 (96.2%)

Häufigster Keim

Koagulase-negative

Staphylokokken

34

Zweithäufigster Keim

Staphylococcus aureus

26 (MRSA 1, 3.8%)

Dritthäufigster Keim

Enterococcus spp.

12 (VRE 0, 0%)





Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche



Nationales Zentrum für Infektionsprävention
Centre national de prévention des infections
Centro nazionale per la prevenzione delle infezioni
National Center for Infection Control

Nationaler Vergleichsbericht Programm zur Überwachung postoperativer Wundinfektionen Swissnoso

Nationaler Vergleichsbericht über die Erfassungsperiode vom 1. Oktober 2019 bis 30. September 2020 (Eingriffe ohne Implantat) bzw. 1. Oktober 2018 bis 30. September 2019 (Eingriffe mit Implantat).

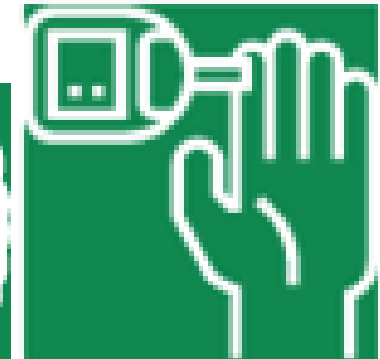
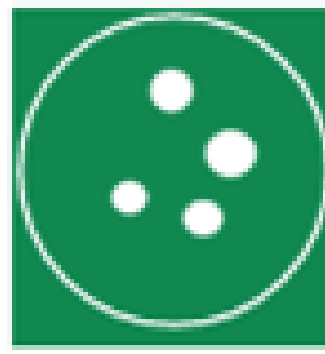
Eingriffsart	Anzahl Spitäler	Anzahl Eingriffe	Anzahl In- fektionen	Infektionsrate ¹ (95% CI)
Überwachungsperiode vom 1.10.2019 bis 30.09.2020²				
Appendektomie	86	3746	92	2.5 (2.0-3.0)
Cholezystektomie	34	3077	65	2.1 (1.6-2.7)
Hernienoperation	44	2643	16	0.6 (0.3-1.0)
Colonchirurgie	104	5137	659	12.8 (11.9-13.8)
Rektumoperation	15	271	56	20.7 (16.0-26.0)
Magenbypassope- ration	14	1115	31	2.8 (1.9-3.9)
Sectio caesarea	33	4766	84	1.8 (1.4-2.2)
Hysterektomie	16	1311	28	2.1 (1.4-3.1)
Laminektomie ohne Implantat	21	2418	32	1.3 (0.9-1.9)



SSI Intervention -> neue Prozessparameter

- ✓ Präoperative Haar Entfernung
- ✓ Präoperative Hautdesinfektion
- ✓ Perioperative Antibiotika Prophylaxe

- 4. Präoperative *Staphylococcus aureus* Dekolonisation
- 5. Präoperative orale Darmdekolonisation
- 6. Perioperative Blutzuckerkontrolle



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

JANUARY 7, 2010

VOL. 362 NO. 1

Preventing Surgical-Site Infections in Nasal Carriers of *Staphylococcus aureus*

Lonneke G.M. Bode, M.D., Jan A.J.W. Kluytmans, M.D., Ph.D., Heiman F.L. Wertheim, M.D., Ph.D.,
Diana Bogaers, I.C.P., Christina M.J.E. Vandenbroucke-Grauls, M.D., Ph.D., Robert Roosendaal, Ph.D.,
Annet Troelstra, M.D., Ph.D., Adrienne T.A. Box, B.A.Sc., Andreas Voss, M.D., Ph.D., Ingeborg van der Tweel, Ph.D.,
Alex van Belkum, Ph.D., Henri A. Verbrugh, M.D., Ph.D., and Margreet C. Vos, M.D., Ph.D.



Table 1. Baseline Characteristics of the 917 Study Patients.

Characteristic	Mupirocin–Chlorhexidine (N = 504)	Placebo (N = 413)	P Value
Mean (\pm SD) age — yr	61.8 \pm 13.9	62.8 \pm 13.3	0.25
Male sex — no. (%)	331 (65.7)	251 (60.8)	0.13
Hospital service — no. (%)			
Surgery	441 (87.5)	367 (88.9)	0.53
Internal medicine	63 (12.5)	46 (11.1)	0.53
Admission during month before current admission — no./total no. (%)	86/503 (17.1)	67/411 (16.3)	0.76

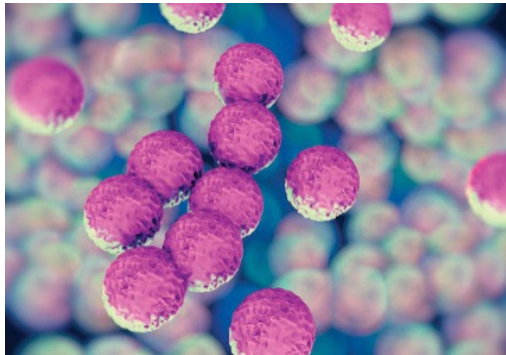


Table 2. Relative Risk of Hospital-Acquired *Staphylococcus aureus* Infection and Characteristics of Infections (Intention-to-Treat Analysis).

Variable	Mupirocin– Chlorhexidine (N = 504)	Placebo (N = 413)	Relative Risk (95% CI)*
	no. (%)		
<i>S. aureus</i> infection	17 (3.4)	32 (7.7)	0.42 (0.23–0.75)
Source of infection†			
Endogenous	12 (2.4)	25 (6.1)	0.39 (0.20–0.77)
Exogenous	4 (0.8)	6 (1.5)	0.55 (0.16–1.92)
Unknown	1 (0.2)	1 (0.2)	
Localization of infection			
Deep surgical site‡	4 (0.9)	16 (4.4)	0.21 (0.07–0.62)
Superficial surgical site‡	7 (1.6)	13 (3.5)	0.45 (0.18–1.11)
Lower respiratory tract	2 (0.4)	2 (0.5)	0.82 (0.12–5.78)
Urinary tract	1 (0.2)	0	
Bacteremia	1 (0.2)	1 (0.2)	
Soft tissue	2 (0.4)	0	

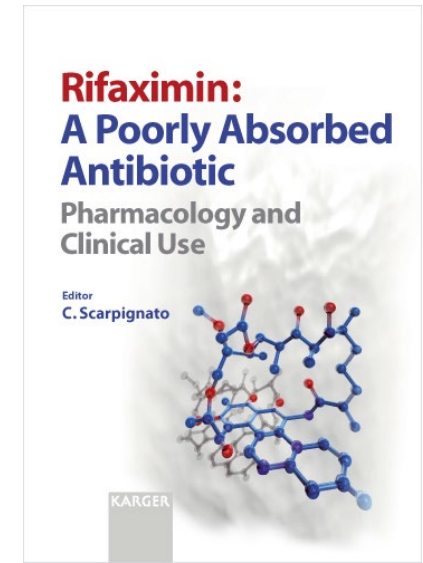


Original Investigation | Surgery

Association of Mechanical Bowel Preparation and Oral Antibiotics Before Elective Colorectal Surgery With Surgical Site Infection

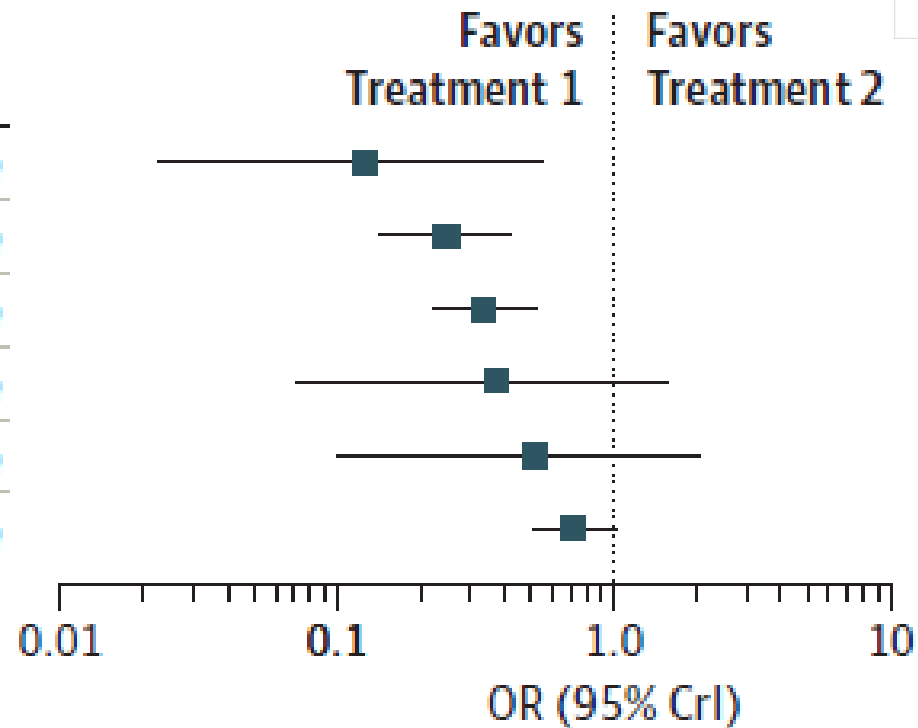
A Network Meta-analysis

James W. T. Toh, MBBS, BSc, FRACS; Kevin Phan, MBBS; Kerry Hitos, BSc, PhD; Nimalan Pathma-Nathan, MBBS, MMed, FRACS; Toufic El-Khoury, MBBS, MS, FRACS; Arthur J. Richardson, MBBS, DCS, FRACS; Gary Morgan, MBBS, BDS, FRACS; Alexander Engel, MD, PhD, EBSQ; Grahame Ctercteko, MD, FRACS



C Organ/vspace surgical site infection

Treatment 1 vs 2	OR (95% CrI)
OAB vs None	0.13 (0.02-0.55)
MBP + OAB vs None	0.25 (0.14-0.43)
MBP vs None	0.34 (0.22-0.52)
OAB vs MBP	0.37 (0.07-1.53)
OAB vs MBP + OAB	0.52 (0.10-2.04)
MBP + OAB vs MBP	0.72 (0.50-1.02)



Surgical site infections 2

New WHO recommendations on intraoperative and postoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective

Benedetta Allegranzi, Bassim Zayed, Peter Bischoff, N Zeynep Kubilay, Stijn de Jonge, Fleur de Vries, Stacey M Gomes, Sarah Gans, Elon D Wallert, Xiuwen Wu, Mohamed Abbas, Marja A Boermeester, E Patchen Dellinger, Matthias Egger, Petra Gastmeier, Xavier Guirao, Jianan Ren, Didier Pittet, Joseph S Solomkin, and the WHO Guidelines Development Group

- **15 RCTs bei Erwachsenen**
- **Strikte Blutzuckerkontrolle vs. Standard:**
- **SSI Inzidenz: OR 0.43; 95% CI 0.29–0.64)**



ORIGINAL ARTICLE

N ENGL J MED 384;18 NEJM.ORG MAY 6, 2021

Dexamethasone and Surgical-Site Infection

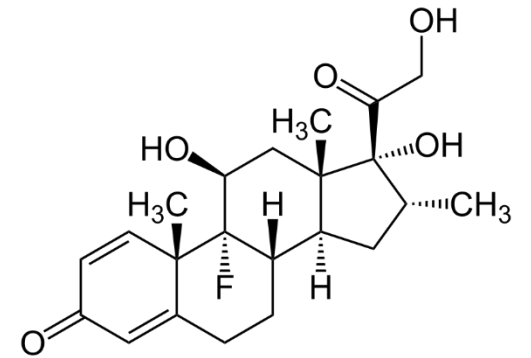


Table 2. Outcomes in the Modified Intention-to-Treat Population.*

Outcome	Dexamethasone (N=4372)	Placebo (N=4353)	Risk Difference, Risk Ratio, or Median Difference (95% CI)
Primary			
Surgical-site infection at 30 days — no./total no. (%)†	354/4350 (8.1)	394/4328 (9.1)	
Risk difference			-0.89 (-2.11 to 0.29)‡
Risk ratio			0.89 (0.77 to 1.03)§

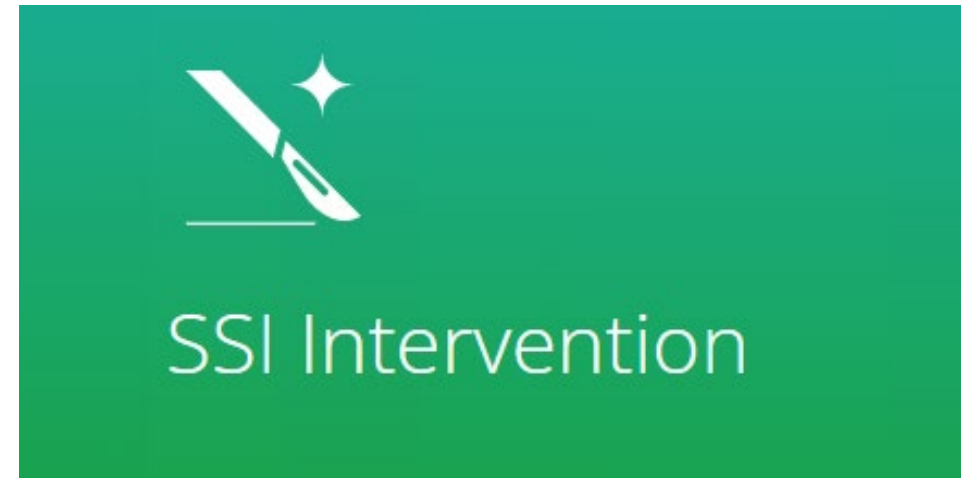
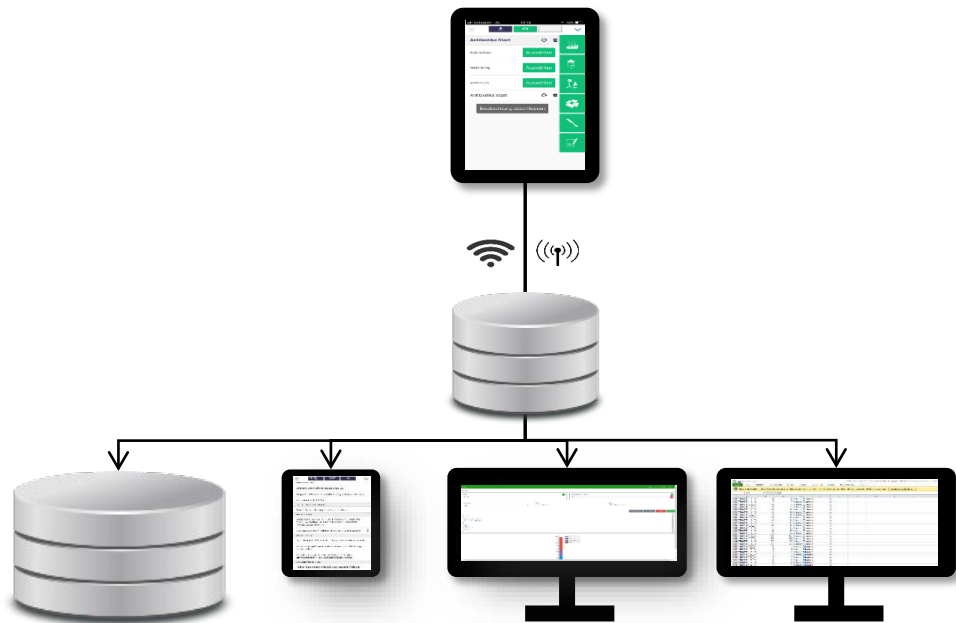
Hyperglykämie	22 of 3787 (0.6%)	6 of 3776 (0.2%)
Medianer BZ Anstieg 48h	3.6mmol	2.5mmol
Insulinbehandlung	19 (0.5%)	4 (0.1%)



Folgende Zielsetzungen können innerhalb von zwei Jahren erreicht werden:

- Reduktion der ***Staphylococcus aureus* Infektrate** bei der Implantatchirurgie um **50%**
- Reduktion der tiefen und Hohlraum-**Wundinfekte nach Darmchirurgie** um **25%**
- Reduktion der spitalweiten **SSI-Rate** bei Swissnoso-Indexeingriffen um weitere **10%**

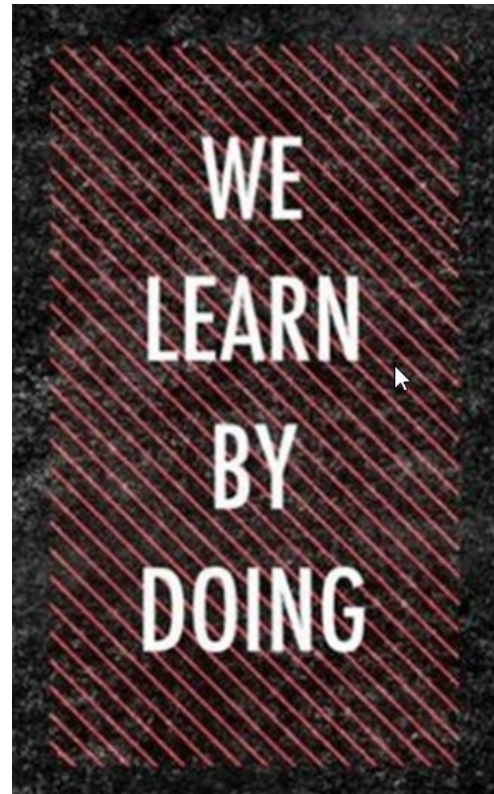
Support – CCM SSI App



Zuständigkeit	Kontakt
Hotline (deutsch, französisch) für fachliche Fragen	Mihaela Gligor-Calous, Projektleiterin SSI Intervention Swissnoso mihaela.gligor-calous@swissnoso.ch ↗ Tel. +41 31 331 17 33
Vertragsmanagement	Erich Tschirky, Generalsekretär Swissnoso ccm.admin@swissnoso.ch ↗ Tel. +41 31 331 17 33
Fragen zu CCM	Rolf Kuhn, Kantonsspital St. Gallen ccm.support@swissnoso.ch ↗ Tel. +41 71 494 79 79 (Di/Do, 14.00-17.00 Uhr)

Projekt « Zero SSI »

Klink Hirslanden St. Anna



Aristoteles



S. aureus Dekolonisierung



Screening >5 d vor Eingriff

Nicht durchgeführt



Deko durchgeführt?

Ja



Hautdekolonisierung

Chlorhexidin 2%



Nasale Dekolonisation

Mupirocin



Anzahl Tage präop

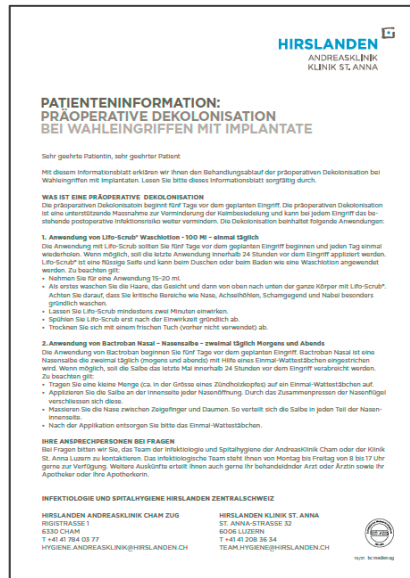
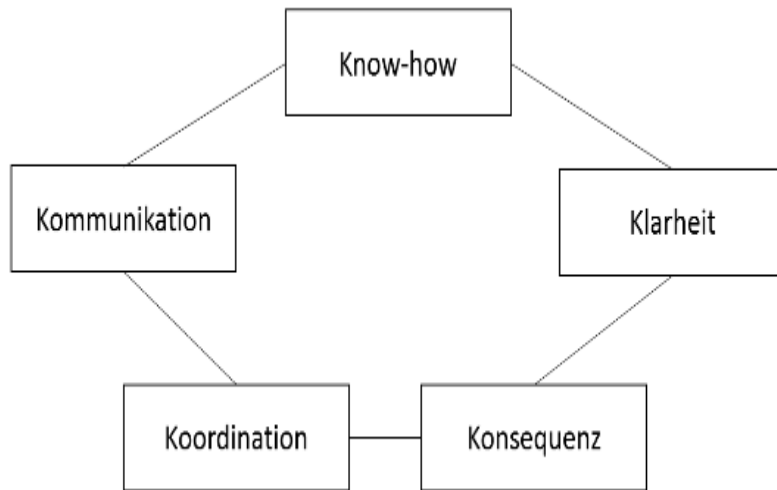
< 3 Tage



Ende der Deko

am Tag vor OP





Sprechstunde Behandelnder Arzt
Information Abgabe Flyer Präoperative Dekolonisation

Apotheke
Abgabe von Dekolonisationsset;
Informationen zur Anwendung der Produkte

Anwendung von Bactroban und Lifo-Scrub 5 Tage vor Wahleingriff mit Implantat

PATIENTENINFORMATION: PRÄOPERATIVE DEKOLONISATION BEI WAHLEINGRIFFEN MIT IMPLANTATE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Mit diesem Informationsblatt erklären wir Ihnen den Behandlungsablauf der präoperativen Dekolonisation bei Wahleingriffen mit Implantaten. Lesen Sie bitte dieses Informationsblatt sorgfältig durch.

WAS IST EINE PRÄOPERATIVE DEKOLONISATION

Die präoperative Dekolonisation beginnt fünf Tage vor dem geplanten Eingriff. Die präoperative Dekolonisation ist eine unterstützende Massnahme zur Verminderung der Keimbesiedelung und kann bei jedem Eingriff das bestehende postoperative Infektionsrisiko weiter vermindern. Die Dekolonisation beinhaltet folgende Anwendungen:

1. Anwendung von Lifo-Scrub® Waschlotion - 100 ml - einmal täglich

Die Anwendung mit Lifo-Scrub sollten Sie fünf Tage vor dem geplanten Eingriff beginnen und jeden Tag einmal wiederholen. Wenn möglich, soll die letzte Anwendung innerhalb 24 Stunden vor dem Eingriff appliziert werden. Lifo-Scrub® ist eine flüssige Seife und kann beim Duschen oder beim Baden wie eine Waschlotion angewendet werden. Zu beachten gilt:

- Nehmen Sie für eine Anwendung 15-20 ml.
- Als erstes waschen Sie die Haare, das Gesicht und dann von oben nach unten der ganze Körper mit Lifo-Scrub®. Achten Sie darauf, dass Sie kritische Bereiche wie Nase, Achselhöhlen, Schamgegend und Nabel besonders gründlich waschen.
- Lassen Sie Lifo-Scrub mindestens zwei Minuten einwirken.
- Spühlen Sie Lifo-Scrub erst nach der Einwirkzeit gründlich ab.
- Trocknen Sie sich mit einem frischen Tuch (vorher nicht verwendet) ab.

2. Anwendung von Bactroban Nasal - Nasensalbe - zweimal täglich Morgens und Abends

Die Anwendung von Bactroban beginnen Sie fünf Tage vor dem geplanten Eingriff. Bactroban Nasal ist eine Nasensalbe die zweimal täglich (morgens und abends) mit Hilfe eines Einmal-Wattestäbchen eingestrichen wird. Wenn möglich, soll die Salbe das letzte Mal innerhalb 24 Stunden vor dem Eingriff verabreicht werden. Zu beachten gilt:

- Tragen Sie eine kleine Menge (ca. in der Grösse eines Zündholzkopfes) auf ein Einmal-Wattestäbchen auf.
- Applizieren Sie die Salbe an der Innenseite jeder Nasenöffnung. Durch das Zusammenpressen der Nasenflügel verschliessen sich diese.
- Massieren Sie die Nase zwischen Zeigefinger und Daumen. So verteilt sich die Salbe in jeden Teil der Naseninnenseite.
- Nach der Applikation entsorgen Sie bitte das Einmal-Wattestäbchen.

IHRE ANSPRECHPERSONEN BEI FRAGEN

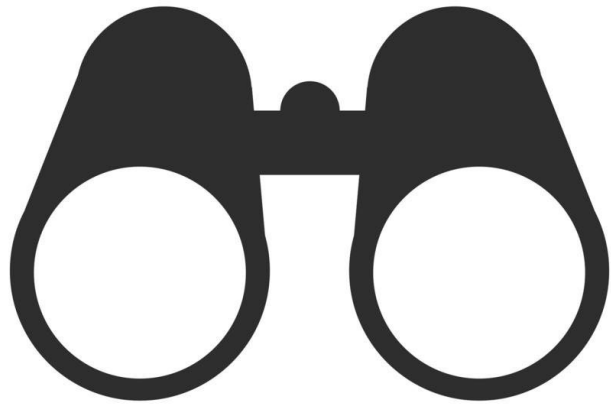
Bei Fragen bitten wir Sie, das Team der Infektiologie und Spitalhygiene der AndreasKlinik Cham oder der Klinik St. Anna Luzern zu kontaktieren. Das infektiologische Team steht Ihnen von Montag bis Freitag von 8 bis 17 Uhr gerne zur Verfügung. Weitere Auskünfte erteilt Ihnen auch gerne Ihr behandelnder Arzt oder Ärztin sowie Ihr Apotheker oder Ihre Apothekerin.


















INFEKTILOGIE UND SPITALHYGIENE HIRSLANDEN ZENTRALSCHWEIZ

HIRSLANDEN ANDREASKLINIK CHAM ZUG
RIGISTRASSE 1
6330 CHAM
T +41 41 784 03 77
HYGIENE.ANDREASKLINIK@HIRSLANDEN.CH

HIRSLANDEN KLINIK ST. ANNA
ST. ANNA-STRASSE 32
6006 LUZERN
T +41 41 208 36 34
TEAM.HYGIENE@HIRSLANDEN.CH





	Darmvorbereitung  
	Orale Antibiotika: dokumentiert durchgeführt Ja 
	Orale Antibiotika: Welche Rifaximin 550mg 2x/d 
	Orale Antibiotika: Applikationsdauer 2-3 Tage 
	Orale Antibiotika: Zeitpunkt letzte Verabreichung <24h vor OP 
	Abführen mit PEG-Lösungen: dokumentiert durchgeführt? Ja 
	Abführen mit PEG-Lösungen: Menge 3 l 
	Abführen mit PEG-Lösungen: Einlauf am präoperativen Tag Nein 

Projekt « Zero SSI » Klinik Hirslanden St. Anna



Darmdekolonisation



Sprechstunde Chirurg Information Abgabe Flyer
Präoperative Darmdekolonisation

PATIENTENINFORMATION: PRÄOPERATIVE DEKOLONISATION BEI WAHLEINGRIFFEN AM DICKDARM/ENDDARM

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Mit diesem Informationsblatt erklären wir Ihnen den Ablauf der Darmreinigung vor der Operation bei einem Wahleingriff am Dickdarm und Enddarm. Lesen Sie bitte dieses Informationsblatt sorgfältig durch.

THERAPIEABLAUF

Die präoperative Darmdekolonisation beginnt zwei Tage vor dem geplanten Darmeingriff. Die Behandlung ist eine unterstützende Massnahme zur Reduktion der Darmflora und kann in der Folge das Risiko von Wundinfektionen nach der Operation reduzieren. Die Therapie beinhaltet folgende Anwendungen:

1. Anwendung von Rifaximin

Die Anwendung von Rifaximin für die Darmdekolonisation vor Eingriffen ist ausserhalb der offiziellen Zulassung («off-label»). Diesbezüglich wurden Sie von der behandelnden Chirurgin oder vom behandelnden Chirurgen aufgeklärt und Sie sind mit dem Vorgehen einverstanden.

Zu beachten gilt:

- **Starten Sie zwei Tage vor dem geplanten Darmeingriff** mit der Einnahme von Rifaximin-550-mg-Filmtabletten.
- Nehmen Sie zwei Tage vor der Operation sowie ein Tag vor der Operation je eine Tablette morgens und abends ein.
- Nehmen Sie die letzte Tablette am Morgen des Eingriffs mit wenig Wasser ein.
- Unter der Behandlung mit Rifaximin 550 mg können Ihr Urin und weitere Sekrete eine rötliche Farbe annehmen. Dies ist eine erwartete und ungefährliche Nebenwirkung.

2. Anwendung PEG-Trinklösung

Das Präparat, das Sie erhalten, ist ein Granulat zur Herstellung einer Trinklösung, die verwendet wird, um den Dickdarm zu entleeren. Die Lösung führt ab und reinigt somit den Darm rasch und gründlich.

Zu beachten gilt:

- **Beginnen Sie mit der Anwendung am Nachmittag oder Vorabend des Eingriffs.**
- So stellen Sie die Trinklösung her: 1 Beutel pro Liter Wasser. Optimale Einnahme von 2 bis 3 Litern innerhalb von maximal 2 Stunden.
- Trinken Sie kleine Portionen. Das heisst: 2 bis 3 Deziliter alle 10 Minuten.
- Ab der Einnahme der Trinklösung nur noch Flüssigkeiten zu sich nehmen.
- Die häufigsten Nebenwirkungen bei der Anwendung der Trinklösung sind Übelkeit und Blähungen. Eher selten ist Erbrechen. Alle diese Anzeichen sind kurzfristig und klingen rasch wieder ab.

IHRE ANSPRECHPERSONEN BEI FRAGEN

Bei Fragen bitten wir Sie, das Team der Infektiologie und Spitalhygiene der AndreasKlinik Cham oder der Klinik St. Anna Luzern zu kontaktieren. Das infektiologische Team steht Ihnen von Montag bis Freitag von 8 bis 17 Uhr gerne zur Verfügung. Weitere Auskünfte erteilt Ihnen auch Ihre behandelnde Chirurgin oder Ihr behandelnder Chirurg.

INFEKTOLOGIE UND SPITALHYGIENE HIRSLANDEN ZENTRALSCHWEIZ



Patientenetikette:



Rezept

Xifaxan **Filmtabletten** – **550 mg – 5 Tabletten**
Beginn 2 Tage vor dem geplanten Eingriff
1-0-1 p.o/ Tag
1 Tbl. Morgens am Eingriffstag

Cololyt **Gran** – **Beutel 3 Stk. – 1 Beutel in 1 L Wasser auflösen**
2-3 L am Vorabend des Darmeingriffes trinken



präop. BZ-Kontrolle



Wert < 2h präop bestimmt

Ja

Letzter Wert vor Inzision

<8 mmol/l

Korrektur erfolgt

Ja



Projekt « Zero SSI »

Klinik Hirslanden St. Anna



Perioperative BZ Kontrolle

Laufblatt perioperatives Blutzucker-Management

Patientenetikette ASA Score.....

Datum OP.....

1.	Eingriff (nur Operationen mit geplanter Dauer >2h oder mit Prothetik): <input type="checkbox"/> Gefässchirurgische Eingriffe <input type="checkbox"/> Neurochirurgie inkl. Spondylodesen-OPs <input type="checkbox"/> Orthopädie, inkl. Hüft- und Knie-TP <input type="checkbox"/> Operationen an Kolon und Rektum <input type="checkbox"/> Bariatrische Chirurgie <input type="checkbox"/> Weitere, nämlich.....
2.	Blutzuckerkontrolle ≤ 2 h vor Eingriff erfolgt <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
3.	Blutzuckerwert vor Eingriff: <input type="checkbox"/> ≤ 8 mmol/l <input type="checkbox"/> > 8 mmol/l Wenn BZ ≤ 8 mmol/l sind keine weiteren Massnahmen/Kontrollen notwendig Wenn BZ > 8 mmol/l: Intervention/ Massnahme gem. Nachspritschema (NSS) <input type="checkbox"/> JA Insulin Novo Rapid <input type="text"/> E sc <input type="checkbox"/> NEIN
4.	Blutzuckertagesprofil OP Tag, Intervention/ Massnahme gemäss Nachspritschema (cave: kommt auf der Station zur Anwendung) <input type="checkbox"/> Mittagsmmol/l -> Insulin Novo Rapid E sc <input type="checkbox"/> Abendsmmol/l -> Insulin Novo Rapid E sc Wenn BZ ≤ 8 mmol/l sind keine weiteren Massnahmen/Kontrollen notwendig
5.	Blutzuckertagesprofil 1. post OP Tag (jeweils vor dem Essen) <input type="checkbox"/> Morgensmmol/l -> Insulin Novo Rapid E sc <input type="checkbox"/> Mittagsmmol/l -> Insulin Novo Rapid E sc

Start Pilot – 01.11.2022

- Blutzuckermessung bei grossen Eingriffen, in der OP Vorbereitung durchgeführt von der ANA Pflege
- 2 Säle
- direkte Rückmeldung an die Spitalhygiene

Implementation – Januar 2023

- Blutzuckermessung bei allen grossen Eingriffen
- Rückmeldung an Spitalhygiene
- Evaluation Part I im Projektteam





Laufblatt perioperatives Blutzucker-Management

Patientenetikette

ASA Score.....

Datum OP.....

1.	Eingriff (nur Operationen mit geplanter Dauer >2h oder mit Prothetik): <input type="checkbox"/> Gefässchirurgische Eingriffe <input type="checkbox"/> Neurochirurgie inkl. Spondylodesen-OPs <input type="checkbox"/> Orthopädie, inkl. Hüft- und Knie-TP <input type="checkbox"/> Operationen an Kolon und Rektum <input type="checkbox"/> Bariatrische Chirurgie <input type="checkbox"/> Weitere, nämlich.....
2.	Blutzuckerkontrolle ≤ 2 h vor Eingriff erfolgt <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
3.	Blutzuckerwert vor Eingriff: <input type="checkbox"/> ≤ 8 mmol/l <input type="checkbox"/> > 8 mmol/l Wenn BZ ≤ 8 mmol/l sind keine weiteren Massnahmen/Kontrollen notwendig Wenn BZ > 8 mmol/l: Intervention/ Massnahme gem. Nachspritschema (NSS) <input type="checkbox"/> JA Insulin Novo Rapid <input type="text"/> E sc <input type="checkbox"/> NEIN
4.	Blutzuckertagesprofil OP Tag, Intervention/ Massnahme gemäss Nachspritschema (cave: kommt auf der Station zur Anwendung) <input type="checkbox"/> Mittagsmmol/l -> Insulin Novo Rapid E sc <input type="checkbox"/> Abendsmmol/l -> Insulin Novo Rapid E sc Wenn BZ ≤ 8 mmol/l sind keine weiteren Massnahmen/Kontrollen notwendig
5.	Blutzuckertagesprofil 1. post OP Tag (jeweils vor dem Essen) <input type="checkbox"/> Morgensmmol/l -> Insulin Novo Rapid E sc <input type="checkbox"/> Mittagsmmol/l -> Insulin Novo Rapid E sc <input type="checkbox"/> Abendsmmol/l -> Insulin Novo Rapid E sc Wenn BZ ≤ 8 mmol/l sind keine weiteren Massnahmen/Kontrollen
6.	Blutzuckertagesprofil 2. post OP Tag (jeweils vor dem Essen) <input type="checkbox"/> Morgensmmol/l -> Insulin Novo Rapid E sc <input type="checkbox"/> Mittagsmmol/l -> Insulin Novo Rapid E sc <input type="checkbox"/> Abendsmmol/l -> Insulin Novo Rapid E sc Wenn BZ ≤ 8 mmol/l sind keine weiteren Massnahmen/Kontrollen



SSi Intervention

Kostenrechner



Teilnahme/Anmeldung



Swissnoso unterstützt das Projektteam

- Teilnehmerhandbuch
- Beratung
- Telefonkonferenzen – 4 x jährlich
- Workshops:

Prof. Dr. Rami Sommerstein
Leiter Forschung & Entwicklung



Direkter Kontakt:

Mihaela Gligor-Calous

Operative Leitung des Moduls SSI Intervention

mihaela.gligor-calous@swissnoso.ch



Kostenrechner

Bei einem Spital (bzw. Verbund) mit mehreren Standorten, muss jeder Standort (= Spitalname) angegeben werden.
Vertragsmodalitäten

Beispiel: Das Kantonsspital St. Gallen umfasst die Standorte Flawil, Rorschach und St. Gallen. Für eine korrekte Anmeldung muss daher Flawil (=Spitalname) und die zwei weiteren Standorte durch Klicken auf „+ weiteres Spital hinzufügen“ angegeben werden.

Wir nutzen bereits CCM-CleanHands (20% Reduktion auf die jährliche Gebühr von CCM-SSI)

Spitalname

Bettenanzahl

+ weiteres Spital hinzufügen

Preis berechnen



SSi Intervention

Was umfasst das Modul?

- Unterstützung von Swissnoso bei der Entwicklung und Umsetzung der Intervention mittels:
- Schulungen
- Regelmässigen Austausch
- Informationsmaterial

Alternativ bietet Swissnoso das Messinstrument CleanCareMonitor SSI (CCM-SSI)

- Für die direkte Beobachtung im Operationssaal

Auch ohne an der Intervention teilzunehmen

Kostenrechner



Teilnahme/Anmeldung



Danke für eure
Aufmerksamkeit



swissnosc⁺

NOCH
FRAGEN ?



Auswertung / Analyse

