



«Strukturelle Mindestanforderungen» (nicht nur) am KSSG



Matthias Schlegel
Infektiologie/Spitalhygiene

Kantonsspital
St.Gallen

Ausgangslage



**Strukturelle
Mindestanforderungen**

Ausgangslage

Spitalhygiene KSSG

- Bereich der Klinik Inf/SH
- Zentrumspital OSKI*



- Ⓜ - Spezialisierte und hochspezialisierte Medizin (Endversorger)
- Ⓜ - Regionaler Spitalstandort (Grundversorger)
- Ⓜ - Gesundheits- und Notfallzentrum (GNZ)



Strukturelle
Mindestanforderungen



SWISSNOSC



Überprüfung IST-Situation laufend: früher ohne / heute mit Mindestanforderungen

Intern

- Überprüfung IST-Situation <-> Mindestanforderungen

Sanacert Standard 1 Spitalhygiene

- Überführung in den Betrieb -> Pilot Peersystem

Konklusion und Massnahmen

- Laufend

Kommunikation

- Hygienekommissions-Sitzungen
- Geschäftsleitung

7 Schlüsselkomponenten

Schlüsselkomponente 1: Richtlinien und Weisungen

1. Für folgende Bereiche müssen evidenzbasierte medizinische (Leit-)Richtlinien oder von nationalen oder internationalen Fachgesellschaften empfohlene Richtlinien vorliegen [1–7]*:

- Standard-Hygienemassnahmen
- Isolationsmassnahmen
- Screening und Prävention von multiresistenten Mikroorganismen (MDRO) und von antimikrobiell epidemiologisch relevanten Bakterien
- perioperative antimikrobielle Massnahmen
- Prävention von heilungsfördernden Wunden
- Arbeitsschutz (einschliesslich des Arbeitsschutzes der Gesundheitsfachpersonen)
- Abfallmanagement
- Aufbereitung und Management von Medizinprodukten
- Flächenreinigung und -desinfektion

erfüllt

kssg.guidelines.ch

- 1.1 Die Richtlinien müssen von der Spitalleitung unterstützt werden und Weisungscharakter erhalten.
- 1.2 In den Richtlinien müssen Quellen/Referenzen sowie Erstellungs- und Gültigkeitsdatum angegeben werden.
- 1.3 Die Richtlinien müssen gemäss einem vorliegenden Plan regelmässig auf Aktualität überprüft werden.
- 1.4 Die Richtlinien müssen für das gesamte Gesundheitspersonal mühelos einsehbar sein – vorzugsweise in elektronischer Form.

Schlüsselkomponente 2: Material und Ausrüstung

1. Händedesinfektionsmittel muss am Behandlungsort in geeigneter Form, geeignet lokalisiert und in geeigneter Dichte verfügbar sein [1, 7–14], wobei pro belegtes Akutpflegebett mindestens ein Händedesinfektionsmittel-Spender oder eine gleichwertige Vorrichtung (z.B. Kittelflaschen) vorhanden sein muss [1, 7, 15].

Die Lösung ist so zu treffen, dass die Patientenbehandlung und die betrieblichen Prozesse unterstützt und hygienisches Verhalten aller involvierten Personen intuitiv gefördert werden.

2. Für sämtliche Isolationstypen und für Standard-Hygienemassnahmen in Übereinstimmung mit Vorschriften des Bundes und der Kantone (z.B. SUVA) muss eine persönliche Schutzausrüstung vorhanden sein [1, 7].

3. Es muss ein Abfallentsorgungssystem vorliegen, welches mit den Vorschriften des Bundes und der Kantone übereinstimmt [1, 7].

erfüllt*

*Abfallentsorgungssystem

www.kssg.ch

Schlüsselkomponente 3:

Organisation der Spitalhygiene und Personalausstattung

1. Mit Unterstützung der Spitalleitung muss ein multidisziplinäres strategisches Organ für Infektionsprävention (Hygienekommission) eingerichtet werden. Die Hygienekommission besteht aus mindestens einer Vertretung der Spitalleitung und des Spitalhygiene-Teams; sie muss in regelmässigen Abständen tagen [1, 7].

2. Es muss ein jährlicher Spitalhygiene-Plan mit einer Strategie und definierten Spitalhygiene-Zielen vorliegen [1, 7].

3. Der jährliche Spitalhygiene-Plan muss eine diesbezügliche jährliche Spitalhygiene-Strategie der Hygienekommission umfassen, die von der Spitalleitung genehmigt werden [1, 7].

erfüllt

4. Das Spitalhygiene-Team muss von der Mikrobiologie unterstützt werden und Zugang haben zu Daten/Berichten über multiresistente Erreger (MDRO), sowie zu weiteren epidemiologisch relevanten Krankheitserregern [1, 7].

5. Es muss ein Team für Infektionsprävention und -bekämpfung / Spitalhygiene bestehen; als Richtwert besteht dieses aus mindestens einer/einem ausgebildeten Fachexpertin/Fachexperten für Infektionsprävention (Vollzeitäquivalent) pro 150 Betten oder einer Person mit vergleichbarer Ausbildung in Infektionsprävention, wobei das Beiziehen eines/einer Facharztes/Fachärztin Infektiologie mit Schwerpunkt Spitalhygiene gewährleistet sein muss [1, 7, 17, 18]. Für kleinere Spitäler können diese Dienstleistungen auf Vertragsbasis erfolgen [1, 7].

6. Die Besetzung mit Gesundheitspersonal muss in angemessenem Verhältnis zum Arbeitsvolumen stehen [1, 7, 19–37].



Schlüsselkomponente 4: Aufgabenorientierte Schulung

1. Alle neu eintretenden Gesundheitsfachpersonen, die Patientenkontakt haben, müssen zu Standard-Hygienemassnahmen (z.B. Händehygiene und das Tragen von Masken, sowie zu den unterschiedlichen Isolationsmassnahmen (Tröpfchen, Kontakt, etc.) geschult werden [1, 7, 38–45].
2. Alle Gesundheitsfachpersonen mit Patientenkontakt müssen zu einem relevanten Thema im Bereich der Infektionsprävention geschult werden (auf die jeweilige Station zugeschnitten, sofern umsetzbar) [1, 7, 38–45].

erfüllt

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].

Teilweise
erfüllt

Schlüsselkomponente 5: Audits und Monitoring

1. In jedem Spital muss mindestens einmal jährlich ein spezifisches internes Spitalhygiene-Audit stattfinden [1, 7, 46–52].
2. Es muss ein Monitoring der Händehygiene vorhanden sein [1, 7, 50].
3. Die Ergebnisse interner Spitalhygiene-Audits (z.B. Händehygiene) müssen dem Gesundheitspersonal (z.B. der Auswertung, der Station, sowie dem Leitungspersonal) regelmässig mitgeteilt werden [1, 7, 49].
4. Das Erreichen der Spitalhygiene-Ziele muss überprüft und im jährlichen Spitalhygiene-Bericht erfasst werden (Komponente 3.2 und 3.3). Bei Nichterfüllung der Ziele müssen die Ursachen ermittelt und nötigenfalls Verbesserungsmaßnahmen definiert werden.

erfüllt

Schlüsselkomponente 6: Surveillance und Ausbrüche

1. Es muss eine Surveillance stattfinden und die Ergebnisse müssen der Spitalleitung und der Hygienekommission berichtet werden. Für die Ausgestaltung der Surveillance sollen vorzugsweise etablierte Surveillance-Module gewählt werden, um die Vergleichbarkeit mit anderen Spitälern zu ermöglichen.
Falls eigene Surveillance-Module entwickelt und umgesetzt werden, müssen diese von Experten auf dem Gebiet der Spitalhygiene validiert sein, um sicherzustellen, dass diese epidemiologisch einwandfrei sind.

Die Surveillance soll aus folgenden Komponenten bestehen [1, 7, 47, 53–55].

- 1.1 Erhebung und Auswertung von Indikatoren
 - 1.1.1 Händehygiene (z.B. Verbrauch von Hygienemitteln)
 - 1.1.2 Grippe-Impfprävalenz bei Gesundheitspersonal
 - 1.2 Erhebung und Auswertung von Outcome-Indikatoren
 - 1.2.1 Kontinuierliche, aktive Surveillance von postoperativen Wundinfektionen
 - 1.2.2 Periodische Punktprävalenz-Studie und/oder Surveillance der Inzidenz postoperativer Wundinfektionen nach Operationen, welche nicht bereits durch die kontinuierliche, aktive Surveillance abgedeckt ist (1.2.1).
 - 1.3 Mindestens ein weiteres Surveillance-Modul (z.B. Katheter-assoziierte Blutstrominfektionen, Clostridioides difficile-Infektionen).
2. Für den Patiententransfer aus anderen Gesundheitseinrichtungen, insbesondere aus dem Ausland, muss ein Standard zum Screening auf multiresistente Erreger unter Berücksichtigung der örtlichen epidemiologischen Verhältnisse sowie der nationalen Empfehlungen existieren.
 3. Für den Transfer von Patienten mit multiresistenten Erregern muss ein Informationsweg und -ablauf definiert sein [1, 7].
 4. Es muss eine schriftliche Ausbruchsstrategie vorliegen nach den geltenden nationalen Empfehlungen [1, 7].
 5. Das Mikrobiologie-Labor muss regelmässig Statistiken über die Häufigkeit von multiresistenten Erregern (MDRO) erstellen und an das Spitalhygiene-Team berichten [1, 7, 63].

erfüllt

Teilweise
erfüllt



Erfüllen der minimal standards alleine garantiert NICHT eine erfolgreiche Infektionsprävention

1. Ist-Analyse

Fragestellung: Kennen der Institution/ wo liegen die Probleme/ Schwierigkeiten

- Nosokomiale Infekte: Outcome- und Prozessparameter
- Organisation/Struktur/Kultur/Ressourcen
 - Institutionsebene und intern
 - Standing der Spitalhygiene/erreichen wir etwas?

2. Festlegen von Massnahmen/Zielen

Selbst-Einschätzung

Handlungsbedarf

- (Semi)automatisierte Surveillance und Interventionen (nicht nur SSI)
- Systemische multimodale Interventionsprogramme
- Interne Organisation

Ziele

- Spitalebene
- Intern

Ziele



Spitalhygiene intern

Verfügbarkeit/Ablage Dokumente Spitalhygiene (Protokolle, Schulungen, Weiterbildungen, Outbreaks, Projekte, Wissen)

- Ziel: «Alle haben alles zur Verfügung», «Synergien statt Redundanzen»
- Strategie: Gleiche Struktur/Vorlage/Inhalte (soweit möglich) und Ablage für alle OSKI-Spitäler

Digitallisierung/Automatisierung

- Ziel: Ersatz der unzähligen Excel-Tabellen für Isolationen, Screenings, Outbreaks
- Strategie: SurvEast 2.0 mit IT KSSG mit SAP-BW und Schnittstellen zu Umsystemen wie SAP, PMS, inlab, etc

Kongressbeiträge und Publikationen

- Ziel: Spitalhygiene inkl. Fachexpert*innen nehmen aktiv mit Beiträgen an Kongressen teil und publizieren
- Strategie: Jede AA und eine Fachexpert*in reicht mindestens ein Abstract pro Jahr ein, bei Eignung und Interesse erfolgt auch eine peer-review-Publikation

Interne Weiterbildung

- Ziel: alle sind über die wichtigsten infekpräventiven Neuigkeiten informiert
- Strategie: 3-4x/Jahr Gestalten einer internen WB zu infekpräventiven Schwerpunktthema, aktives Involvieren der andern Bereiche in Schwerpunktthemen der Spitalhygiene

Netzwerk im Bereich Infektionsprävention

- Ziel: Im Rahmen von OSKI ist die Spitalhygiene auch ausserhalb der Akutspitäler anerkannt und aktiv
- Strategie: Aufbau vertraglich geregelte Zusammenarbeit mit Spitex- und Altersheimorganisationen

Arbeiten für Swissnoso

- Ziel: Zusammenarbeit mit Swissnoso-Mitgliedern, Entwicklung weitere CCM-Module bei Harnwegs- und Zentralvenenkathetern
- Strategie: Zusammenarbeit mit Modulverantwortlichen

Peer-System für Spitalhygiene

- Ziel: Ausrollen des Peer-Systems für Spitalhygiene an andere Spitäler
- Strategie: Die Spitalhygiene trägt massgeblich zum Gelingen des Pilots KSSG und zum Roll-Out an andere Spitäler bei

Spitalebene

Screening MDRO

- Ziel: Adhärenz mit Eintrittsscreening verbessert sich auf 90%
- Strategie:
 - Aktualisierung/Vereinfachung der Richtlinien (Laborblöcke)
 - Evaluation mit semiquantitativen Interviews über Probleme bei der Umsetzung mit MA KSSG

Nosokomiale Infektionen Intensivstation

- Ziele
 - Surveillance (Inzidenz) nosokomialer Infektionen IPS
 - Basierend auf den Resultaten Ziele Reduktion Infekte definieren und Intervention
- Strategie: Pilot auf MIPS über drei Monate, dann Evaluation Roll out chirurgische Intensivstation

Nosokomiale katheter-assoziierte Hamwegsinfektionen

- Ziel: Vermeiden unnötiger Infektionen und Kathereinlagen und -tage
- Strategie: Intervention (Einlage nach Indikationsliste, regelmässiges Überprüfen ob Katheter entfernt werden kann, korrekte Einlage) und Surveillance nosokomiale katheter-assoziierte Hamwegsinfekte Orthopädie und Medizin

Mittelfristiges Ziel:

Infekpräventive Ziele werden in strategische Ziele des Spitals integriert

Zusammenfassung



1. Erste Erfahrungen

- Mindestanforderungen sind ein weiterer (wichtiger) Schritt

2. Commitment und institutionelle Einbettung

- Brauchen Zeit und Geduld: «beharrliche Gelassenheit»

3. Chancen und Herausforderungen

- Belastungstest COVID-19
- Können wir Infektionsprävention?
- Minimal standards «mit Leben füllen», «Steuer in Hand nehmen»
- Netzwerke?



Danke

- Ihnen für Aufmerksamkeit
- Team Infektiologie/Spitalhygiene KSSG
- KSSG & allen Mitarbeitenden

& viel Erfolg!





Ziele Spital

1. Screening MDRO

Ziel: Adhärenz mit Eintrittsscreening verbessert sich auf 90%

Strategie:

- Aktualisierung/Vereinfachung der Richtlinien (Laborblöcke)
- Evaluation mit semiquantitativen Interviews über Probleme bei der Umsetzung mit MA KSSG

2. Nosokomiale Infektionen Intensivstation

Ziele

- Surveillance (Inzidenz) nosokomialer Infektionen IPS
- Basierend auf den Resultaten Ziele Reduktion Infekte definieren und Intervention

Strategie: Pilot auf MIPS über drei Monate, dann Evaluation Roll out chirurgische Intensivstation

3. Nosokomiale katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen

Ziel: Vermeiden unnötiger Infektionen und Kathereinlagen und -tage

Strategie: Intervention (Einlage nach Indikationsliste, regelmässiges Überprüfen ob Katheter entfernt werden kann, korrekte Einlage) und

Surveillance nosokomiale katheter-assoziierte Harnwegsinfekte Orthopädie und Medizin

Langfristiges Ziel: Infektpräventive Ziele werden in strategische Ziele des Spitals integriert

Ziele intern



1. **Verfügbarkeit/Ablage Dokumente Spitalhygiene (Protokolle, Schulungen, Weiterbildungen, Outbreaks, Projekte, Wissen)**
 - Ziel: «Alle haben alles zur Verfügung», «Synergien statt Redundanzen»
 - Strategie: Gleiche Struktur/Vorlage/Inhalte (soweit möglich) und Ablage für alle OSKI-Spitäler
2. **Digitalisierung/Automatisierung**
 - Ziel: Ersatz der unzähligen Excel-Tabellen für Isolationen, Screenings, Outbreaks
 - Strategie: SurvEast 2.0 mit IT KSSG mit SAP-BW und Schnittstellen zu Umsystemen wie SAP, PMS, inlab, etc
3. **Kongressbeiträge und Publikationen**
 - Ziel: Spitalhygiene inkl. Fachexpert*innen nehmen aktiv mit Beiträgen an Kongressen teil und publizieren
 - Strategie: Jede AA und eine Fachexpert*in reicht mindestens ein Abstract pro Jahr ein, bei Eignung und Interesse erfolgt auch eine peer-review-Publikation
4. **Interne Weiterbildung**
 - Ziel: alle sind über die wichtigsten infekpräventiven Neuigkeiten informiert
 - Strategie: 3-4x/Jahr Gestalten einer internen WB zu infekpräventiven Schwerpunktthema, aktives Involvieren der andern Bereiche in Schwerpunktthemen der Spitalhygiene
5. **Netzwerk im Bereich Infektionsprävention**
 - Ziel: Im Rahmen von OSKI ist die Spitalhygiene auch ausserhalb der Akutspitäler anerkannt und aktiv
 - Strategie: Aufbau vertraglich geregelte Zusammenarbeit mit Spitex- und Altersheimorganisationen
6. **Arbeiten für Swissnoso**
 - Ziel: Zusammenarbeit mit Swissnoso-Mitgliedern, Entwicklung weitere CCM-Module bei Harnwegs- und Zentralvenenkathetern
 - Strategie: Zusammenarbeit mit Modulverantwortlichen
7. **Peer-System für Spitalhygiene**
 - Ziel: Ausrollen des Peer-Systems für Spitalhygiene an andere Spitäler
 - Strategie: Die Spitalhygiene trägt massgeblich zum Gelingen des Pilots KSSG und zum Roll-Out an andere Spitäler bei