



# MINDESTANFORDERUNGEN SWISSNOSO

2. WORKSHOP, 26.8.22

JUDITH KLOMP



LINDENHOFGRUPPE

# AUSGANGSLAGE UND MOTIVATION

## Lindenhofgruppe, Bern:

3 Standorte

461 Betten

1600 Mitarbeiter

330 Belegärzte

Spitalhygiene zentral organisiert

- Lückenanalyse Mindestanforderungen

**Problem**

- → Schlüsselkomponente 5 «Audits und Monitoring»

# VORLAGEN FÜR DIE ERARBEITUNG DER CHECKLISTE

## **fibs** **Kriterienkatalog und Checkliste**

- Umfangreicher «roter Faden»
- Kriterienkatalog ist sehr hilfreich (Evidenzkategorien, Richtwerte)
- Strukturen und pflegetechnische Massnahmen werden behandelt

## **Universitätsspital** **Checkliste**

- Bewertungssystem (Ampelsystem)
- Einteilung in «Beobachtung» und «Frage»

# FIBS

4 Aufbereitung				
4.1 Reinigung / Desinfektion				
4.1.1	Besteht ein Reinigungs- und Desinfektionsplan? (IB)	Ja		Nein
4.1.2	Sind vorbefeuchtete Desinfektionstücher im Einsatz?	Ja Beschriftung mit Inhalt, Konzentration, Befüllungs- oder Ablaufdatum und Visum (IB)		Nein
4.1.3	Besteht eine Anleitung zur Aufbereitung der Mehrwegsysteme?	Ja Herstellerangaben beachten		Nein
4.1.4	Erfolgt die Flächendesinfektion als Wischdesinfektion?	Ja (IB)	<b>3.2 Venenkatheter ZVK, PVK</b>	
4.1.5	Werden bei der Anwendung von Flächendesinfektionsmitteln Handschuhe getragen?	Ja	3.2.1	Gibt es eine hausinterne ZVK-Richtlinie nach den aktuellen internationalen Guidelines? Ja, Anlage, Entfernung, Verband Nein
4.1.6	Sind Dosiergeräte im Einsatz und werden sie regelmässig gewartet?	Ja Herstellerangabe	3.2.2	Erfolgt die Anlage des ZVK unter maximalen Barriermassnahmen? Ja, OP- Haube, Mund- Nasen- Schutz, langärmeliger, steriler Kittel, sterile Handschuhe, grosszügiges, steriles Lochtuch (IB) Nein
4.1.7	Ist die Dosierung des Produktes klar ersichtlich?	Ja Dosierung und P angeschrieben. Eine Bedienungs	3.2.3	Erfolgt die Hautdesinfektion in Kombination mit einem alkoholischen Antiseptikum? Ja, zum Beispiel Isopropanol mit CHX 2% oder Octenidin 0,1% (IA) Nein
			3.2.4	Wird die ZVK-Anlage von geschulten Personen vorgenommen? Ja Nein
			3.2.5	Gibt es eine hausinterne PVK- Richtlinie nach den aktuellen internationalen Guidelines? Ja, Anlage, Entfernung, Verband Nein
			3.2.6	Werden PVK/ZVK entfernt, sobald sie klinisch nicht mehr benötigt werden und/oder Infektzeichen zeigen? Ja Nein

# UNIVERSITÄTSSPITAL

	Behebungsbereich/Soll-Zustand	Kriterium erfüllt	Bemerkungen/Empfehlungen
<b>Standardhygienemaßnahmen</b>			
<b>Händehygiene</b>			<b>Patientenbezogene Massnahmen</b>
<b>B</b>	Entsprechen die Standorte der Händedesinfektionsmittelspender den Mindestanforderungen im Sinne der <a href="#">Weisung Standard Händedesinfektionsmittelspender?</a>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>B</b> Wird die Blutentnahme entsprechend der Hygienerichtlinie <a href="#">Risikoeinteilung bei Injektionen und Punktionen</a> durchgeführt?
<b>FP</b>	Sind die Indikationen der hygienischen Händedesinfektion nach WHO bekannt ( <b>Pflege</b> )?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>B</b> Wird die PVK- Einlage entsprechend der Hygienerichtlinie <a href="#">Risikoeinteilung bei Injektionen und Punktionen</a> durchgeführt?
<b>FÄ</b>	Sind die Indikationen der hygienischen Händedesinfektion nach WHO bekannt ( <b>Ärzte</b> )?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>B</b> Werden die Hände vor Entnahme von Material aus Schubladen, Schränken usw. desinfiziert (laut WHO- Indikationen)?
<b>F</b>	Sind die Indikationen zum Waschen der Hände bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>B</b> Werden Medikamente unmittelbar vor Applikation aufgezo-gen?
<b>B</b>	Stehen Hautschutzmittel zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>B</b> Wird das Gummiseptum der Stechampulle desinfiziert und eine neue, sterile Kanüle verwendet?
<b>Schutz-ausrüstung/Kontakt mit Körperflüssigkeiten</b>			<b>B</b> Werden Mehrdosenbehältnisse korrekt beschriftet mit Verfalldatum (ggf. + Anbruchdatum)?
			<b>B</b> Erfolgt die Entnahme von Teilmengen von Injektionslösungen jeweils mittels einer neuen Einmalkanüle und –spritze?

# UNIVERSITÄTSSPITAL

Nach den spitalhygienischen Beobachtungskriterien wird diese Begehung im Ampelsystem mit «%» bewertet

Endergebnis	<60%	61-80%	81-100%

Formel Ampelsystem:  $\frac{\text{Alle Fragen mit JA}}{\text{Fragen insgesamt}} \times 100$  minus Fragen mit n.a. multipliziert mit 100

## Ampel grün

Empfohlene Massnahmen aus dem Begehungsprotokoll werden durch die Klinik umgesetzt.

## Ampel gelb

Schriftliche Rückmeldung durch die Klinik an die Spitalhygiene mit Massnahmenplan und Lösungsvorschlägen innerhalb von 8 Wochen nach Begehung. Gespräch zwischen Klinik und Spitalhygiene zum Stand der Umsetzung des Massnahmenplans 6 Monate nach Versendung des Protokolls.

## Ampel rot

Schriftliche Rückmeldung durch die Klinik an die Spitalhygiene mit Massnahmenplan und Lösungsvorschlägen innerhalb von 4 Wochen nach Begehung. Gespräch zwischen Klinik und Spitalhygiene zum Stand der Umsetzung des Massnahmenplans 3 Monate nach Versendung des Protokolls.

# CHECKLISTE, VERSION 1

Berufskleidung		
13	<b>F</b>	Wird die Berufskleidung tgl. gewechselt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
14	<b>F</b>	Werden sichtbar verschmutzte Berufskleider sofort gewechselt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Persönliche Hygiene		
15	<b>B</b>	Werden die Haare ab Schulterlänge zusammengebunden/hochgesteckt?
16	<b>B</b>	Werden die Fingernägel kurz und ohne Nagellack gehalten und keine künstlichen Nägel getragen?
17	<b>B</b>	Es wird kein Schmuck (Schmuck, Armbänder, Uhren) getragen?
18	<b>B</b>	Halsketten und Halsschlüsselbänder hängen nicht über die Berufskleidung?
19	<b>B</b>	Sind die Unterarme frei?
Sicherheit		
20	<b>F</b>	Sind die Empfehlungen für die Entsorgung von Nadeln und spitzen Gegenständen bekannt? (kein Recapping, material sofort nach Gebrauch in Sharpsafebox entsorgen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
21	<b>—</b>	Ist die Handhabung der

Durchführung in der Praxis nicht umsetzbar

- Fragen, durch MA zu beantworten
- Situationsbeobachtungen

# CHECKLISTE, VERSION 4

## Ausguss

1. Sind Händedesinfektionsmittelpender im Ausguss vorhanden?  
Ja  
Nein
2. Sind unsterile Handschuhe in verschiedenen Größen im Ausguss vorhanden?  
Ja  
Nein
3. Ist im Ausguss eine sichtbare Unterteilung «schmutzig»?  
Ja  
Nein
4. Wird Schmutzwäsche im Ausguss direkt  
Ja  
Nein
5. Ist ein Steckbeckenautomat vorhanden?  
Ja  
Nein
6. Besteht eine Anleitung zur Beladung des  
Ja  
Nein
7. Alle Sharpsafeboxen sind max. bis zur Höhe  
Ja  
Nein
8. Berufskleidung / Erscheinungsbild
9. 45. Tragen alle anwesende MA saubere Berufskleidung?  
Ja  
Nein
10. 46. Haben alle anwesende MA Haare ab Schulterlänge zusammengebunden oder hochgesteckt?  
Ja  
Nein
11. 47. Haben alle anwesende MA die Fingernägel kurz geschnitten und ohne Nagellack / keine künstlichen Nägel?  
Ja  
Nein
12. 48. Alle anwesende MA tragen keinen Hand- und Armschmuck ((Ehe-)Ringe, Armbänder, Uhren)?  
Ja  
Nein
13. 49. Bei allen anwesenden MA hängen Halsketten und Halsschlüsselbänder nicht über die Berufskleidung?  
Ja  
Nein

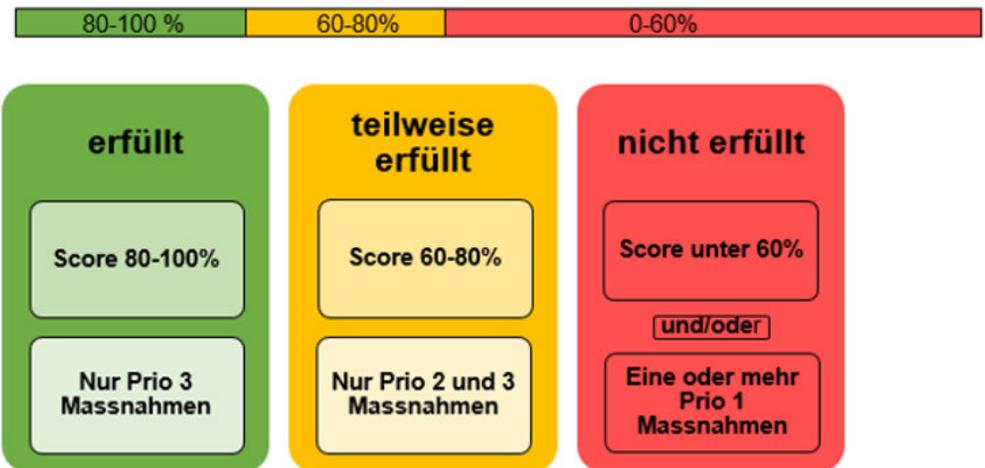
## Version 4

61 JA / NEIN Fragen (= Beobachtungen) zu hygiene relevanten Strukturen, nach Räumlichkeiten und Behältnisse geordnet.

3 Fragen zur Intranetseite Spitalhygiene

# AUSWERTUNG / PRIORISIERUNGSSTUFEN

Kategorie	Definition	Massnahmen	Umsetzungsfrist <sup>1</sup>
Prio 3	Bereits bestehender Strukturen können optimiert werden.	Umsetzung von Empfehlungen durch die Abteilung, ohne Nachweis oder erneute Kontrolle.	Nächstes, periodisches Hygieneaudit Strukturqualität
Prio 2	Schwachstellen bei bereits bestehenden Strukturen, die interne Konformitäten betreffen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Nichteinhalten von betrieblichen Normen (Richtlinien/ Arbeitsanweisungen)</li> </ul>	Schriftliche Rückmeldung der Abteilung an die Spitalhygiene mit Lösungsvorschlägen und gegebenenfalls einem zeitlichen Umsetzungsplan.  Kontrolle durch die Abteilung Spitalhygiene muss erfolgen.	Spätestens vier Wochen nach Versand des Rückmeldeformulars der Spitalhygiene.  Überprüfung durch die Spitalhygiene der entsprechenden Punkte nach 6 Monaten.
Prio 1	Kritische Abweichungen und Schwachstellen <ul style="list-style-type: none"> <li>Gefährdung Patientensicherheit</li> <li>Gefährdung Mitarbeitersicherheit</li> <li>Nichteinhalten von Gesetzen und Normen</li> </ul>	Kontaktaufnahme mit Spitalhygiene für Besprechungstermin von direkten Massnahmen und Lösungen. (via Mail oder telefonisch)  Kontrolle seitens der Abteilung Spitalhygiene.	Innerhalb einer Woche nach Versand des Rückmeldeformulars der Spitalhygiene.  Je nach Situation und Abweichung. Dies wird individuell mit der Abteilung abgemacht.



# AUSWERTUNGSTABELLE

Kategorie	Num	Frage	JA	NEIN	PRIO	BEMERKUNGEN
Ausguss	1	Sind Händedesinfektionsmittelspender im Ausguss vorhanden?	x			
Ausguss	2	Sind unsterile Handschuhe in verschiedenen Größen im Ausguss vorhanden?	x			
Ausguss	3	Ist im Ausguss eine sichtbare Unterteilung zwischen «sauber» und «schmutzig»?		x	2	
Ausguss	4	Wird Schmutzwäsche im Ausguss direkt entsorgt?	x			
Ausguss	5	Ist ein Steckbeckenautomat vorhanden?	x			
Ausguss	6	Besteht eine Anleitung zur Beladung des Steckbeckenautomaten?		x	3	
Allgemein	7	Alle Sharpsafeboxes sind max. bis zur Markierung gefüllt?	x			
Allgemein	8	Alle gefüllten Sharpsafeboxes sind gut verschlossen?	x			
Ausguss	9	Bemerkungen Ausguss (Spalte G):		x	2	Sekuseptwanne
Ämtliplan	10	Ist ein Ämtliplan vorhanden?	x			
Ämtliplan	11	Ist der Ämtliplan ausgefüllt?	x			
Ämtliplan	12	Gemäss Ämtliplan wird die Apothekenbox 1x pro Woche desinfiziert?	x			
Ämtliplan	13	Gemäss Ämtliplan wird die Apothekenschrank 2x pro Jahr gereinigt?	x			
Ämtliplan	14	Gemäss Ämtliplan wird der Verbandwagen 1x pro Woche desinfiziert (Arbeitsfläche nach jedem Gebrauch)?	x			
Ämtliplan	15	Bemerkung Ämtliplan (Spalte G)				
Händehygiene	16	Sind auf der Abteilung für die MA zugängliche Waschbecken vorhanden?	x			

## Hygiene monitoring

	✓		↓
	<b>Händehygiene</b>	<b>Strukturqualität</b>	<b>Pflegetechnische Massnahme</b>
<b>Was</b>	Indikationen (5 Momente), Methoden der korrekten Händehygiene	Hygienerelevante Gegebenheiten und Strukturen und deren Organisation auf den Pflegeabteilungen (z.B.: Organisation Ausguss, Vorhandensein von Handschuhen, Händedesinfektionsmittel, Sharpesafeboxen, Organisation und Übereinstimmung Ämtliplan mit Vorgaben Reinigungs-und Desinfektionsplan, etc)	Häufig durchgeführte pflegerische Massnahmen: Blutentnahme Einlage transurethraler Blasenkatheter Einlage peripherer Venenkatheter Verbandwechsel Aufziehen und richten von i.v. Medikamenten
<b>Wie</b>	Elektronisches Tool (extern)	Begehung mit Checkliste	Beobachtung mit Checkliste/ evtl. intern elektronisch (Qualität)
<b>Wann</b>	Fortlaufend das ganze Jahr über , Mindestanzahl Beobachtung pro Abteilung 50/ Jahr	1 x pro Jahr(ggf. mit Kontrolle der Verbesserungen öfter)	Fortlaufend das ganze Jahr über Mindestanzahl der Beobachtungen: noch nicht definiert
<b>Wer</b>	MA Spitalhygiene	Durch zwei MA Spitalhygiene	MA Spitalhygiene, evtl Mitglied HZ

HERZLICHEN DANK