

Einleitung

Der „Infection Prevention and Control (IPC) Assessment Framework“ (IPCAF) Fragebogen ist ein wichtiger Bestandteil der diesjährigen Punktprävalenz-Erhebung der healthcare-assoziierten Infektionen und des Einsatzes antimikrobieller Mittel in Schweizer Akutspitälern 2022 (PPS 2022).

Dieses Erhebungsinstrument unterstützt die Beurteilung der Implementierung von Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hinsichtlich wichtiger Kernkomponenten der „Infection Prevention and Control“ (IPC)-Programme. Zurzeit wird im Rahmen der Umsetzung der HAI Mindestanforderungen (<https://www.swissnoso.ch/forschung-entwicklung/strukturellemindestanforderungen-hai>) ein für die Schweizer Spitäler angepasstes Instrument ausgearbeitet. Im Rahmen der PPS 2022 wird das IPCAF Instrument angewendet, um die Vergleiche mit anderen europäischen Ländern, die an der ECDC PPS 2022 teilnehmen, zu ermöglichen.

Sie benötigen ca. 30 Minuten für die Beantwortung dieser Umfrage. Bitte beantworten Sie alle Fragen. Die Fragen sollten idealerweise von einer Fachperson, für Infektionsprävention oder einer Person mit einer ähnlichen Qualifikation beantwortet werden. Wir empfehlen, einen Fragebogen pro Standort auszufüllen. Die Antworten werden vertraulich behandelt.

Bei Fragen können Sie uns gerne kontaktieren: pps@swissnoso.ch oder 031 331 17 33.

Praktische Anweisungen

Wir empfehlen, vor dem Ausfüllen des Formulars im SurveyMonkey, dieses Dokument zuerst auszudrucken ([LINK](#) -> IPCAF Formular print) und auf Papier auszufüllen.

Um beim elektronischen Fragebogen fortzufahren, klicken Sie auf "Weiter", um zurück zu gehen, klicken Sie auf "Zurück". Bitte benutzen Sie nicht die Pfeiltasten in Ihrem Browser.

Wenn möglich, füllen Sie diesen Fragebogen in einem Anlauf aus. Ihre Antworten werden jedoch jedes Mal gespeichert, sobald eine neue Seite angezeigt wird. Sie haben die Möglichkeit, diesen Fragebogen zu schliessen, um ihn später wieder aufzunehmen, allerdings unter folgenden Bedingungen:

- **Verwenden Sie den gleichen Computer und den gleichen Browser (Google Chrome, Internet Explorer...), um diesen Fragebogen wieder aufzunehmen.**
- **Löschen Sie nicht Ihre Browsereinträge (Den Cache mit den registrierten Cookies Ihres Browsers).**

Sollten Sie technische Probleme beim Ausfüllen haben, kontaktieren Sie uns bitte auf pps@swissnoso.ch

Persönliche Angaben und Spital-/Klinikdaten

* Wählen Sie bitte Ihre Funktion/Ihren Fachbereich aus unten stehender Liste aus.

- Fachexpertin/Fachexperte Infektionsprävention in Ausbildung
- Fachexpertin/Fachexperte Infektionsprävention
- Assistenzärztin/Assistenzarzt Infektiologie und Spitalhygiene
- Kaderärztin/Kaderarzt Infektiologie und Spitalhygiene
- Andere Funktion (bitte Funktion und Fachbereich angeben)

* Ihre Kontaktdaten für allfällige Rückfragen

Vorname, Name der
ausfüllenden Person

E-Mail-Adresse

Name der Klinik/des
Spitals

Spital-ID (gleich wie für die
PPS 2022)

* Das Spital ist Teil eines Verbundes (SV)

- Ja
- Nein

Falls das Spital Teil eines Spitalverbundes ist, geben Sie bitte an, ob dieser Fragebogen für den Standort (empfohlen) oder für den ganzen Spitalverbund ausgefüllt wird

Schlüsselkomponente 1: Strategie für Hygiene und Infektionsprävention (IPC)

* 1. Haben Sie eine Strategie für Hygiene und Infektionsprävention?

- Nein
- Ja, ohne klar definierte Ziele
- Ja, mit klar definierten Zielen und einem Jahresarbeitsplan

* 2. Wird die Strategie für Hygiene und IPC durch ein Hygiene-/IPC-Team bestehend aus Hygiene-/IPC-Fachleuten unterstützt?

- Nein
- Kein Team, nur ein Hygiene-/IPC-Hauptverantwortlicher/Ansprechpartner steht zur Verfügung
- Ja

* 3. Weist das Hygiene-/IPC-Team mindestens eine Hygiene-/IPC-Vollzeitkraft (z.B. Fachexperten/-innen für Infektionsprävention und Berater/-innen für Spitalhygiene) oder Äquivalent (Pflegerkraft oder Arzt/Ärztin zu 100% in Hygiene/IPC arbeitend) auf?

- Nein, keine Hygiene-/IPC-Fachkraft steht zur Verfügung
- Nein, nur eine Hygiene-/IPC-Teilzeitkraft vorhanden
- Ja, eine Hygiene/IPC-Fachkraft pro > 250 Betten vorhanden
- Ja, eine Hygiene/IPC-Fachkraft pro ≤250 Betten vorhanden

* 4. Hat das Hygiene-/IPC-Team bzw. der Hygiene-/IPC-Hauptverantwortliche/Ansprechpartner ausreichend Zeit für die Hygiene-/IPC-Aufgaben?

- Nein
- Ja

* 5. Besteht das Hygiene-/IPC-Team aus Pflegekräften und Ärzten?

- Nein
- Ja

* 6. Haben Sie eine Hygiene-/IPC-Kommission oder Ähnliches, welche das Hygiene-/IPC-Team unterstützt?

- Nein
- Ja

* 7.1 Ist die Spital-/Klinikleitung (z.B. Verwaltungsdirektion/Geschäftsführung, medizinisches Direktorat) in Ihrer Hygiene-/IPC-Kommission (oder einem Äquivalent) vertreten?

- Nein
 Ja

* 7.2 Ist leitendes klinisches Personal (z.B. Ärzteschaft, Pflegekräfte) in Ihrer Hygiene-/IPC-Kommission (oder einem Äquivalent) vertreten?

- Nein
 Ja

* 7.3 Ist das Facility Management (z.B. Bio-Sicherheit, Abfallentsorgung, Beauftragte für Wasserqualität, sanitäre Einrichtungen und Hygiene [WASH]) in Ihrer Hygiene-/IPC-Kommission (oder einem Äquivalent) vertreten?

- Nein
 Ja

* 8. Haben Sie klar definierte Hygiene-/IPC-Zielsetzungen (z.B. in bestimmten kritischen Bereichen)?

- Nein
 Ja, nur Hygiene-/IPC-Zielsetzungen
 Ja, Hygiene-/IPC-Zielsetzungen (d.h. angemessene Massnahmen zur Verbesserung) und messbare Ergebnisindikatoren
 Ja, Hygiene-/IPC-Zielsetzungen, messbare Ergebnisindikatoren und klare Ziele für die Zukunft

* 9.1 Unterstützt Sie die Spital-/Klinikleitung bei dem Hygiene-/IPC-Programm durch ein zugewiesenes Budget für das Hygiene-/IPC-Programm (für Hygiene-/IPC-Aktivitäten, auch inkl. Gehältern)?

- Nein
 Ja

* 9.2 Unterstützt Sie die Spital-/Klinikleitung bei dem Hygiene-/IPC-Programm durch eine nachweisliche Unterstützung für die Hygiene-/IPC-Ziele und Indikatoren innerhalb des Spitals/der Klinik (z.B. bei Vorstandsmeetings, Vorstandsrunden, Teilnahme an Morbiditäts- und Mortalitätssitzungen)?

- Nein
 Ja

* 10. Erhält Ihr Spital/Ihre Klinik in der täglichen Routine Unterstützung durch ein mikrobiologisches Labor?

- Nein
 Ja, aber Ergebnisse werden nicht verlässlich (d.h. zeitnah und qualitativ ausreichend) übermittelt
 Ja, und Ergebnisse werden verlässlich (d.h. zeitnah und qualitativ ausreichend) übermittelt

Schlüsselkomponente 2: Richtlinien und Weisungen

* 1. Hat Ihr Spital/Ihre Klinik genügend Expertise für die Entwicklung oder Anpassung von Hygiene-Leitlinien?

Nein

Ja

* 2.1 Hat Ihr Spital/Ihre Klinik Hygiene-/IPC-Leitlinien für Standardhygienemassnahmen?

Nein

Ja

* 2.2 Hat Ihr Spital/Ihre Klinik Hygiene-/IPC-Leitlinien für Händehygiene?

Nein

Ja

* 2.3 Hat Ihr Spital/Ihre Klinik Hygiene-/IPC-Leitlinien zur Prävention der Erreger-Übertragung (Isolationsmassnahmen, persönliche Schutzmassnahmen)?

Nein

Ja

* 2.4 Hat Ihr Spital/Ihre Klinik Hygiene-/IPC-Leitlinien für Ausbruchsmanagement?

Nein

Ja

* 2.5 Hat Ihr Spital/Ihre Klinik Hygiene-/IPC-Leitlinien für die Prävention von postoperativen Wundinfektionen?

Nein

Ja

* 2.6 Hat Ihr Spital/Ihre Klinik Hygiene-/IPC-Leitlinien für die Prävention von Katheter- assoziierten Bakteriämien?

Nein

Ja

* 2.7 Hat Ihr Spital/Ihre Klinik Hygiene-/IPC-Leitlinien für die Prävention von nosokomialen Pneumonien (entweder Beatmungs- oder nicht-Beatmungs-assoziiert oder beides)?

Nein

Ja

* 2.8 Hat Ihr Spital/Ihre Klinik Hygiene-/IPC-Leitlinien für die Prävention von Katheter- assoziierten Harnwegsinfektionen?

Nein

Ja

* 2.9 Hat Ihr Spital/Ihre Klinik Hygiene-/IPC-Leitlinien für die Prävention von Übertragungen von multiresistenten Erregern (MRE)?

Nein

Ja

* 2.10 Hat Ihr Spital/Ihre Klinik Hygiene-/IPC-Leitlinien für Desinfektion und Sterilisation?

Nein

Ja

* 2.11 Hat Ihr Spital/Ihre Klinik Hygiene-/IPC-Leitlinien für Gesundheit- und Arbeitsschutz des Personals?

Nein

Ja

* 2.12 Hat Ihr Spital/Ihre Klinik Hygiene-/IPC-Leitlinien für Injektionssicherheit?

Nein

Ja

* 2.13 Hat Ihr Spital/Ihre Klinik Hygiene-/IPC-Leitlinien für Abfall und Entsorgung?

Nein

Ja

* 2.14 Hat Ihr Spital/Ihre Klinik Hygiene-/IPC-Leitlinien für Antibiotic Stewardship?

Nein

Ja

* 3. Sind die Hygiene-/IPC-Leitlinien in Ihrem Spital/Ihrer Klinik im Einklang mit nationalen/internationalen Leitlinien (sofern diese existieren)?

Nein

Ja

* 4. Erfolgt bei der Umsetzung der Hygiene-/IPC-Leitlinien eine Anpassung an die lokalen Bedürfnisse und Ressourcen unter Einhaltung zentraler Hygiene/IPC-Standards?

Nein

Ja

* 5. Ist klinisches Personal zusätzlich zum Hygiene-/IPC-Personal an der Erarbeitung von Hygiene-/IPC-Leitlinien beteiligt?

Nein

Ja

* 6. Sind relevante Interessensgruppen (z.B. medizinische Leitung und leitende Pflegekräfte, Spital-/Klinikmanagement, Qualitätsmanagement) zusätzlich zum Hygiene-/IPC- Personal an der Entwicklung und Anpassung der Hygiene-/IPC-Leitlinien beteiligt?

Nein

Ja

* 7. Wird das medizinische Personal spezifisch zu den Inhalten neuer oder überarbeiteter Hygiene-/IPC-Leitlinien geschult, sobald diese veröffentlicht werden?

Nein

Ja

* 8. Werden in Ihrem Spital/Ihrer Klinik die Umsetzung mindestens einiger der Hygiene-/IPC-Leitlinien regelmässig kontrolliert?

Nein

Ja

Schlüsselkomponente 3: Ausbildung und Schulung

* 1. Gibt es Personal mit ausreichenden Kenntnissen (in Hygiene/IPC und/oder Infektiologie), um eine Hygiene-/IPC-Schulung zu leiten?

- Nein
- Ja

* 2. Gibt es zusätzliche Nicht-Hygiene-/IPC-Team-Mitarbeiter (z.B. hygienebeauftragte Pflegekräfte (Link Nurses) oder Ärzte, „Champions“) mit ausreichenden Kenntnissen, um als Trainer oder Mentoren zu fungieren?

- Nein
- Ja

* 3. Wie häufig wird das klinische Personal in Ihrem Spital/Ihrer Klinik in Bezug auf Hygiene-/IPC geschult?

- Selten bis nie
- Nur bei der Einweisung neuer Mitarbeiter
- Bei der Einweisung neuer Mitarbeiter und als regelmässige Hygiene-/IPC-Schulung für alle klinisch tätigen Mitarbeiter (mindestens einmal jährlich), allerdings nicht verpflichtend
- Bei der Einweisung neuer Mitarbeiter und regelmässige, verpflichtende Hygiene-/IPC-Schulung für alle klinisch tätigen Mitarbeiter (mindestens einmal jährlich)

* 4. Wie häufig erhalten andere Mitarbeiter, die direkt in die Patientenversorgung eingebunden sind (z.B. Reinigungs- und Hilfs-Servicepersonal), Hygiene-/IPC-Schulungen?

- Selten bis nie
- Nur bei der Einweisung neuer Mitarbeiter
- Bei der Einweisung neuer Mitarbeiter und als regelmässige Hygiene-/IPC-Schulung für entsprechendes Personal (mindestens einmal jährlich), aber nicht verpflichtend
- Bei der Einweisung neuer Mitarbeiter und als regelmässige, verpflichtende Hygiene-/IPC-Schulung für entsprechendes Personal (mindestens einmal jährlich)

* 5. Erhalten Mitarbeiter der Verwaltung und des Managements eine Basis-Hygiene-/IPC-Schulung?

- Nein
- Ja

* 6. Wie wird das Personal geschult?

- Es gibt keine Schulungsveranstaltungen
- Nur durch schriftliche Informationen und/oder nur durch mündliche Unterweisung und/oder nur E-Learning
- Zusätzlich durch interaktive Trainingseinheiten (z.B. Simulationstraining und/oder Schulung am Spitalbett)

* 7. Gibt es regelmässige Auswertungen der Wirksamkeit von Schulungsprogrammen (z.B. Händehygiene-Audits, andere Wissensüberprüfungen)?

- Nein
- Ja, aber nicht regelmässig
- Ja, regelmässig (mindestens einmal jährlich)

* 8. Sind Hygiene-/IPC-Schulungen in die klinische Praxis und in die Ausbildung anderer Fachgebiete integriert (z.B. beinhaltet die Ausbildung von Chirurgen Aspekte von Hygiene/IPC)?

- Nein
- Ja, in einigen Fachdisziplinen
- Ja, in allen Fachdisziplinen

* 9. Gibt es speziell angepasste Hygiene-/IPC-Schulungen für Patienten oder Familienmitglieder, um das Risiko von healthcare-assoziierten Infektionen zu reduzieren (z.B. für immunsupprimierte Patienten, Patienten mit invasiven Zugängen/Devices, Patienten mit MRE)?

- Nein
- Ja

* 10. Wird eine Weiterbildung für Hygiene-/IPC-Mitarbeiter sichergestellt (z.B. durch regelmässige Teilnahme an Konferenzen, Kongressen, Kursen)?

- Nein
- Ja

Schlüsselkomponente 4: Surveillance von healthcare-assoziierten Infektionen

* 1. Ist Surveillance eine klar definierte Komponente Ihres Hygiene-/IPC-Programms?

- Nein
 Ja

* 2. Haben Sie Personal, das für Surveillance-Tätigkeiten verantwortlich ist?

- Nein
 Ja

* 3. Ist das für Surveillance verantwortliche Personal in Grundlagen der Epidemiologie, der Surveillance und der Hygiene/IPC geschult (d.h. Kenntnisse über Surveillance-Methoden sowie über Datenmanagement und –interpretation)?

- Nein
 Ja

* 4. Haben Sie IT-Unterstützung um Ihre Surveillance durchzuführen (z.B. IT-Ausrüstung, mobile Technologien, elektronische Patientenakten)?

- Nein
 Ja

* 5. Findet eine Priorisierung statt, um healthcare-assoziierte Infektionen zu bestimmen, die für die Surveillance im lokalen Zusammenhang bedeutend sind (d.h. die Identifizierung von Infektionen, die wesentlich zu Morbidität und Mortalität im Spital/in der Klinik beitragen)?

- Nein
 Ja

* 6.1 Führen Sie Surveillance für Postoperative Wundinfektionen (SSI) durch?

- Nein
 Ja

* 6.2 Führen Sie Surveillance für Device-assoziierte Infektionen (z.B. Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen, zentral-venöser Katheter (ZVK)-assoziierte Bakteriämien, peripher-venöser Katheter (PVK)-assoziierte Bakteriämien, Beatmungs-assoziierte Pneumonien) durch?

- Nein
 Ja

* 6.3 Führen Sie Surveillance für klinisch-definierte Infektionen (anhand klinischer Symptome, z.B. bei Nicht-Verfügbarkeit von mikrobiologischen Untersuchungen) durch?

Nein

Ja

* 6.4 Führen Sie Surveillance für Kolonisation oder Infektion durch MRE gemäss der lokalen epidemiologischen Situation durch?

Nein

Ja

* 6.5 Führen Sie Surveillance für Infektionen mit Epidemiegefahr entsprechend lokaler Prioritäten (z.B. Norovirus, Influenza, Tuberkulose (TB), schweres akutes respiratorisches Syndrom (SARS), Ebola, Lassa-Fieber) durch?

Nein

Ja

* 6.6 Führen Sie Surveillance für Infektionen bei vulnerablen Patienten (z.B. Neugeborene, Intensivpatienten, immunsupprimierte Patienten, Verbrennungspatienten) durch?

Nein

Ja

* 6.7 Führen Sie Surveillance für Infektionen, die Mitarbeiter in klinischen, laboratorischen oder anderen Bereichen betreffen (z.B. Hepatitis B oder C, HIV, Influenza) durch?

Nein

Ja

* 7. Evaluieren Sie regelmässig, ob Ihre Surveillance an die aktuellen Bedürfnissen und Prioritäten angepasst ist?

Nein

Ja

* 8. Verwenden Sie zuverlässige Surveillance-Falldefinitionen (definierte Zähler und Nenner nach internationalen Definitionen [z.B. CDC NHSN/ECDC] oder falls angepasste Definitionen verwendet werden, erfolgt eine Anpassung durch einen sorgfältigen evidenzbasierten Anpassungsprozess und eine Expertenkonsultation)?

Nein

Ja

* 9. Verwenden Sie standardisierte Datenerfassungsmethoden (z.B. aktive prospektive Surveillance) nach internationalen Surveillance-Protokollen (z.B. CDC NHSN/ECDC) oder falls angepasste Definitionen verwendet werden, erfolgt eine Anpassung durch einen sorgfältigen evidenzbasierten Anpassungsprozess und eine Expertenkonsultation?

Nein

Ja

* 10. Führen Sie eine regelmässige Überprüfung der Datenqualität durch (z.B. Bewertung von Fallberichten, Überprüfung von mikrobiologischen Ergebnissen, Bestimmung geeigneter Nennerdaten usw.)?

Nein

Ja

* 11. Haben Sie eine ausreichende Mikrobiologie- und Laborkapazität zur Unterstützung der Surveillance?

Nein

Ja, eine Unterscheidung zwischen Gram-positiven und Gram-negativen Erregern ist möglich, der Erreger kann aber nicht genauer identifiziert werden

Ja, es erfolgt eine verlässliche und zeitnahe Identifizierung des Erregers

Ja, es erfolgt eine verlässliche und zeitnahe Identifizierung des Erregers und der Antibiotikaresistenzen (Antibiogramm)

* 12. Werden die Surveillance-Daten für die Verbesserung der Hygiene-/IPC-Praxis in Ihrem Spital/Ihrer Klinik bzw. auf einzelnen Stationen verwendet?

Nein

Ja

* 13. Analysieren Sie antimikrobielle Resistenzen regelmässig (z.B. monatliche oder vierteljährliche Zusammenstellung der Verteilung antimikrobieller Resistenzen in ausgewählten Erregern)?

Nein

Ja

* 14.1 Geben Sie regelmässig (z.B. vierteljährlich/halbjährlich/jährlich) Feedback über aktuelle Surveillance-Daten an das klinische Personal (Ärzte/Pflegepersonal)?

Nein

Ja

* 14.2 Geben Sie regelmässig (z.B. vierteljährlich/halbjährlich/jährlich) Feedback über aktuelle Surveillance-Daten an die Klinik-/Abteilungsleitung?

Nein

Ja

* 14.3 Geben Sie regelmässig (z.B. vierteljährlich/halbjährlich/jährlich) Feedback über aktuelle Surveillance-Daten an die Hygiene-/IPC-Kommission?

Nein

Ja

* 14.4 Geben Sie regelmässig (z.B. vierteljährlich/halbjährlich/jährlich) Feedback über aktuelle Surveillance-Daten an nicht-klinisches Management/Verwaltung (CEO/Geschäftsführer/Spitalleitung)?

Nein

Ja

* 15. In welcher Form geben Sie Feedback zu aktuellen Surveillance-Daten? (mindestens jährlich)

Kein Feedback

Nur durch schriftliche/mündliche Information

Durch Präsentation und interaktive problemorientierte Lösungsfindung

Schlüsselkomponente 5: IPC – Interventionen

* 1. Verwenden Sie multimodale Strategien zur Implementierung von Hygiene-/IPC-Interventionen?

- Nein
- Ja

* 2.1 Beinhalten Ihre multimodalen Strategien folgende Elemente: Veränderungen im System / der Infrastruktur?

Wählen Sie eine Antwort (die genaueste) aus

- Dieses Element ist nicht Inhalt der multimodalen Strategie.
- Interventionen zur Sicherstellung der notwendigen Infrastruktur und eine ständige Verfügbarkeit der entsprechenden Versorgungsgüter sind vorhanden
- Es existieren Interventionen, um die notwendige Infrastruktur sowie die ständige Verfügbarkeit von Versorgungsgütern zu gewährleisten. Die Interventionen berücksichtigen Fragen der Ergonomie und Zugänglichkeit (z.B. was ist der beste Platz für die Lagerung eines ZVK- Sets und des zugehörigen Materials)

* 2.2 Beinhalten Ihre multimodalen Strategien folgende Elemente: Schulung und Training?

Wählen Sie eine Antwort (die genaueste) aus

- Dieses Element ist nicht Inhalt der multimodalen Strategie.
- Schulung erfolgt durch schriftliche Informationen und/oder nur durch mündliche Unterweisung und/oder nur durch E-Learning
- Zusätzliche interaktive Trainingseinheiten (z.B. Simulationstraining und/oder Schulung am Spitalbett) sind vorhanden

* 2.3 Beinhalten Ihre multimodalen Strategien folgende Elemente: Monitoring (Überwachung) und Feedback?

Wählen Sie eine Antwort (die genaueste) aus

- Dieses Element ist nicht Inhalt der multimodalen Strategie.
- Monitoring der Compliance von Prozess- oder Ergebnisindikatoren (z.B. Audits zur Händehygiene oder zum Umgang mit Gefäßkathetern)
- Überwachung der Compliance und Erteilung eines zeitnahen Feedbacks der Ergebnisse an das klinische Personal sowie andere wichtige Mitarbeiter

* 2.4 Beinhalten Ihre multimodalen Strategien folgende Elemente: Kommunikation und Erinnerungssysteme?

Wählen Sie eine Antwort (die genaueste) aus

- Dieses Element ist nicht Inhalt der multimodalen Strategie.
- Erinnerungssysteme, Plakate oder andere Sensibilisierungswerkzeuge (Screensaver, Brochüren, Karten) zur Förderung der Intervention
- Zusätzliche Methoden/Initiativen zur besseren Kommunikation innerhalb der Teams (ggf. auch Stations- und Fachdisziplin-übergreifend), z.B. durch die Einrichtung regelmäßiger Fallkonferenzen und Feedback-Runden kommen zur Anwendung

* 2.5 Beinhalten Ihre multimodalen Strategien folgende Elemente: Sicherheitsklima und Kulturwandel?

Wählen Sie eine Antwort (die genaueste) aus

- Dieses Element ist nicht Inhalt der multimodalen Strategie.
- Die Leitung/das Management zeigt eine sichtbare Unterstützung und fördert als Vorbild einen adaptiven Ansatz sowie eine Kultur, die Hygiene/IPC, Patientensicherheit und die Qualitätssicherung unterstützt.
- Zusätzlich zur Unterstützung durch die Leitung/das Management werden Teams und einzelne Mitarbeiter gestärkt, sodass diese sich als Gestalter der Intervention begreifen (z.B. durch partizipative Feedback-Runden)

* 3. Ist ein interdisziplinäres Team beteiligt, um multimodale Hygiene-/IPC-Strategien umzusetzen?

- Nein
- Ja

* 4. Stimmen Sie sich regelmässig mit Kollegen aus dem Qualitätsmanagement und der Patientensicherheit ab, um multimodale Hygiene-/IPC-Strategien zu entwickeln und zu fördern?

- Nein
- Ja

* 5. Beinhalten Ihre Strategien Bundles oder Checklisten?

- Nein
- Ja

Schlüsselkomponente 6: Monitoring/Audits der Hygiene-/IPC-Praxis und Feedback

* 1. Haben Sie geschultes Personal, das für das Monitoring/die Auditierung von Hygiene-/IPC-Praktiken und für Feedback verantwortlich ist?

Nein

Ja

* 2. Haben Sie einen definierten Monitoringplan mit klaren Zielvorstellungen und Aktivitäten (einschliesslich Tools zur systematischen Erfassung von Daten)?

Nein

Ja

* 3. Welche Prozesse und Indikatoren überwachen Sie in Ihrem Spital/Ihrer Klinik?

	Nein	Ja
Händehygiene-Compliance (mit dem WHO Händehygiene-Beobachtungs-Tool, Clean Care Monitor, oder einem Äquivalent)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intravaskuläre Katheter-Anlage und/oder Pflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wundverbandswechsel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Isolationsmassnahmen, um die Ausbreitung von MRE zu verhindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reinigung von Patientenbereichen und Stationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desinfektion und Sterilisation von medizinischen Geräten/Instrumenten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verbrauch/Verwendung von Händedesinfektionsmittel und/oder Seife	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verbrauch/Verwendung von Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abfall und Entsorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 4. Wie häufig führen Sie den WHO-Händehygiene Selbstbewertungs-Fragebogen (WHO-Hand Hygiene Self-Assessment Framework Survey) in Ihrer Arbeitsroutine durch?

- Nie
- Periodisch, aber nicht regelmäßig
- Mindestens einmal jährlich

* 5. Geben Sie Feedback zu Hygiene-/IPC-Audit-Berichten (z.B. Feedback zu Händehygiene-Compliancebeobachtungen oder anderen Prozessen)?

	Nein	Ja
Innerhalb des Hygiene-/IPC-Teams	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den Abteilungsleitenden und Führungskräften in den überprüften Bereichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dem klinisch tätigen Personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Hygiene-/IPC-Kommission oder dem Qualitätsmanagementausschuss oder einem Äquivalent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dem Spitalmanagement (Spitalleitung, Pflegeleitung, ärztliche Leitung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 6. Wird die Berichterstattung von Monitoring-Daten regelmässig (mindestens einmal jährlich) durchgeführt?

- Nein
- Ja

* 7. Werden Monitoring und Feedback zu Hygiene-/IPC-Prozessen in einer „sanktionsfreien“, „unterstützenden“ Organisationskultur durchgeführt, die auf Verbesserung und mögliche Verhaltensänderung ausgerichtet ist?

- Nein
- Ja

* 8. Erheben und bewerten Sie Faktoren der Sicherheitskultur in Ihrem Spital/Ihrer Klinik (z.B. durch die Verwendung anderer Fragebögen wie HSOPSC (Hospital survey on patient safety culture), SAQ (Safety attitudes questionnaire), PSCHO (Patient safety climate in healthcare organizations), HSC (Hospital safety climate scale))?

- Nein
- Ja

Schlüsselkomponente 7: Arbeitsaufwand, Personal und Bettenbelegung

* 1. Legen Sie eine angemessene Personalausstattung fest, im Hinblick auf den Arbeitsaufwand bei der Patientenversorgung entsprechend nationaler Standards oder mit einem Personalbedarfsanalyse-Tool (z.B. die Methode des WHO Workload indicators of staffing need) fest?

- Nein
- Ja

* 2. Halten Sie in Ihrem Spital/Ihrer Klinik einen definierten Personal-zu-Patienten- Schlüssel aufrecht (d.h. auf Basis der WHO oder nationaler Standards)?

- Nein
- Ja, für das Personal in weniger als 50% der Stationen
- Ja, für das Personal in mehr als 50% der Stationen
- Ja, für das gesamte Personal des Spitals/der Klinik

* 3. Haben Sie ein System, um auf die Ergebnisse der Personalbedarfsbewertung zu reagieren, wenn die Personalbestände als unzureichend eingestuft werden?

- Nein
- Ja

* 4. Entspricht das Design Ihrer Stationen internationalen Standards in Bezug auf die Bettenkapazität (betrifft Länder mit niedrigem/mittlerem Einkommen)?

- Nein
- Ja, aber nur in bestimmten Abteilungen
- Ja, in allen Abteilungen (einschliesslich Notaufnahme und Kinderheilkunde)

* 5. Wird in Ihrem Spital/Ihrer Klinik ein Bett mit jeweils nur einem Patienten belegt (betrifft Länder mit niedrigem/mittlerem Einkommen)?

- Nein
- Ja, aber nur in bestimmten Abteilungen
- Ja, in allen Abteilungen (einschliesslich Notaufnahme und Kinderheilkunde)

* 6. Platzieren Sie Betten mit Patienten ausserhalb von den Zimmern auf dem Korridor/ Gang („Korridorbetten“) (Frage schliesst Betten in der Notaufnahme ein)?

- Ja, öfter als zweimal pro Woche
- Ja, seltener als zweimal pro Woche
- Nein

* 7. Besteht in Ihrem Spital/Ihrer Klinik ein ausreichender Abstand von > 1 Meter zwischen den Patientenbetten?

- Nein
- Ja, aber nur in bestimmten Abteilungen
- Ja, in allen Abteilungen (einschliesslich Notaufnahme und Kinderheilkunde)

* 8. Haben Sie ein System, um festzustellen und zu reagieren, wenn die adäquate Bettenkapazität überschritten ist?

- Nein
- Ja, das liegt in der Verantwortung der Abteilungsleitung (z.B. Cheförztn/Chefarzt)
- Ja, das liegt in der Verantwortung der Spitalverwaltung/des Managements

Schlüsselkomponente: Material und Ausrüstung

* 1. Ist für alle Verwendungszwecke jederzeit eine Wasserversorgung in ausreichender Menge verfügbar (z.B. für Händewaschen, Trinken, Körperpflege und -hygiene, medizinische Tätigkeiten, Sterilisation, Dekontamination, Reinigung und Wäsche) (betrifft Länder mit niedrigem/mittleren Einkommen)?

- Nein, im Durchschnitt < 5 Tage pro Woche
- Ja, im Durchschnitt ≥ 5 Tage pro Woche oder jeden Tag, aber nicht in ausreichender Menge
- Ja, jeden Tag und in ausreichender Menge

* 2. Ist eine zuverlässige Trinkwasserquelle vorhanden und auf jeder Station jederzeit für Mitarbeiter, Patienten und Angehörige zugänglich (betrifft Länder mit niedrigem/mittleren Einkommen)?

- Nein, nicht vorhanden
- Manchmal oder nur an einigen Orten oder nicht für alle genannten Gruppen verfügbar
- Ja, zu jeder Zeit und allen genannten Gruppen zugänglich

* 3. Sind funktionierende Händehygienestationen (d.h. alkoholische Desinfektionsmittellösungen oder Seife und Wasser sowie saubere Einweghandtücher) an allen Stellen der Patientenversorgung vorhanden?

- Nein, nicht vorhanden
- Ja, Händehygienestationen sind vorhanden, aber Verbrauchsmaterialien sind nicht zuverlässig verfügbar
- Ja, zuverlässig verfügbar

* 4. Sind in Ihrem Spital/Ihrer Klinik ≥ 4 Toiletten für ambulante Bereiche oder ≥ 1 pro 20 Benutzer für stationäre Bereiche verfügbar?

- Weniger als die benötigte Anzahl von Toiletten verfügbar und funktionierend
- Ausreichende Anzahl von Toiletten vorhanden, aber nicht alle funktionierend
- Ausreichende Anzahl von Toiletten vorhanden und funktionierend

* 5. Sind in Ihrem Spital/Ihrer Klinik Tag und Nacht ausreichend Strom/Energie für alle Anwendungen vorhanden (z.B. Pumpen und Kochen von Wasser, Sterilisation und Dekontamination, Abfallverbrennung oder alternative Abfalltechnologien, elektronische Medizinprodukte, allgemeine Beleuchtung von Bereichen, in denen Behandlungen stattfinden, zur Gewährleistung einer sicheren Patientenversorgung sowie Beleuchtung von Toilettenanlagen und Duschen) (betrifft Länder mit niedrigem/mittleren Einkommen)?

- Nein
- Ja, manchmal oder nur in einigen der genannten Bereiche
- Ja, immer und in allen genannten Bereichen

* 6. Ist eine funktionierende Be- und Entlüftung (natürlich oder mechanisch) in den Bereichen der Patientenversorgung vorhanden (betrifft Länder mit niedrigem/mittleren Einkommen)?

- Nein
- Ja

* 7. Existiert für Fussböden und horizontale Arbeitsflächen ein Reinigungsprotokoll, das von den Reinigungskräften jeden Tag visiert wird?

- Kein Protokoll für zu reinigende Böden und horizontale Arbeitsflächen
- Protokoll existiert, aber wird nicht täglich visiert oder ist veraltet
- Ja, Protokoll wird täglich visiert

* 8. Ist geeignetes und gut funktionierendes Material für die Reinigung (z.B. Reinigungsmittel, Mops, Eimer usw.) vorhanden?

- Keine Materialien vorhanden
- Ja vorhanden, aber in schlechtem Zustand
- Ja, vorhanden und in einem guten Zustand

* 9. Haben Sie Einzelzimmer oder Räume für die Isolation und Kohortierung von Patienten mit spitalhygienisch relevanten Krankheitserregern (z.B. TBC, Masern, Cholera, Ebola, SARS)?

- Nein
- Keine Einzelzimmer, aber geeignete Zimmer für die Patientenkohortierung
- Ja, Einzelzimmer sind verfügbar

* 10. Steht eine persönliche Schutzausrüstung jederzeit und in ausreichender Menge für alle Indikationen und allen Mitarbeitern zur Verfügung?

- Nein
- Ja, aber nicht kontinuierlich in ausreichender Menge verfügbar
- Ja, kontinuierlich in ausreichender Menge verfügbar

* 11. Haben sie funktionierende Abfallsammelbehälter für nicht-infektiöse (allgemeine) Abfälle, infektiöse Abfälle und scharfe (spitze) Abfälle in unmittelbarer Nähe aller Abfallentstehungsorte?

- Keine Behälter bzw. keine separate Entsorgung für scharfe (spitze) Gegenstände
- Getrennte Behälter vorhanden, aber Deckel fehlen oder mehr als $\frac{3}{4}$ voll; nur zwei Behälter (anstelle von drei); oder Behälter an einigen, aber nicht allen, Abfallentstehungsorten
- Ja

* 12. Ist eine Abfallgrube/umzäunte Mülldeponie oder eine städtische Abholung zur Beseitigung nicht infektiöser (nicht gefährlicher/allgemeiner) Abfälle vorhanden bzw. gewährleistet (betrifft Länder mit niedrigem/mittleren Einkommen)?

- Keine Abfallgrube oder andere Entsorgungsmethode vorhanden
- Abfallgrube vorhanden, aber unzureichende Grösse; überfüllt oder nicht eingezäunt und verschlossen; oder unregelmässige städtische Müllabholung
- Ja

* 13. Ist eine Müllverbrennungsanlage oder eine alternative Technologie (entweder direkt vor Ort oder durch ein geeignetes externes lizenziertes Unternehmen durchgeführt) für die Behandlung von infektiösen und scharfen (spitzen) Abfällen (z.B. ein Autoklav) funktionsfähig und mit ausreichender Kapazität vorhanden (betrifft Länder mit niedrigem/mittleren Einkommen)?

- Nein, keine vorhanden
- Vorhanden, aber nicht funktionsfähig
- Ja

* 14. Wird das Abwasser aufbereitet (z.B. Kläranlage oder Klärgrube, gefolgt von Entwässerungsgrube) oder in ein funktionierendes Abwassersystem geleitet (betrifft Länder mit niedrigem/mittleren Einkommen)?

- Nein, nicht vorhanden
- Ja, aber nicht verlässlich funktionierend
- Ja, und verlässlich funktionierend

* 15. Verfügt Ihr Spital/Ihre Klinik über einen eigenen Aufbereitungsbereich und/oder eine sterile Versorgungsabteilung (ZSVA/AEMP) (entweder direkt vor Ort oder durch ein geeignetes externes lizenziertes Unternehmen durchgeführt) für die Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten und anderen Gegenständen/Ausrüstung (betrifft Länder mit niedrigem/mittleren Einkommen)?

- Nein, nicht vorhanden
- Ja, aber nicht verlässlich funktionierend
- Ja, und verlässlich funktionierend

* 16. Stehen sterile und desinfizierte Geräte zum Gebrauch zur Verfügung (betrifft Länder mit niedrigem/mittleren Einkommen)?

- Nein, im Durchschnitt < 5 Tage pro Woche
- Ja, im Durchschnitt ≥ 5 Tage pro Woche oder jeden Tag, aber nicht in ausreichender Menge
- Ja, jeden Tag und in ausreichender Menge vorhanden

* 17. Stehen im Bedarfsfall Einmalprodukte (z.B. Sicherheitskanülen, Untersuchungshandschuhe) zur Verfügung (betrifft Länder mit niedrigem/mittleren Einkommen)?

- Nein, nicht vorhanden
- Ja, aber nur manchmal verfügbar
- Ja, und kontinuierlich verfügbar