

## Assessmenttool der „Aktion Saubere Hände“

(1) Systemische Verankerung der Kampagne im Haus			
Einrichtungsebene-Lenkungsgruppe			
		Punkte	Punkte
Haben Sie an einem <b>Einführungskurs</b> teilgenommen?		10	
Haben Sie an einem <b>Erfahrungsaustausch</b> der "AKTION Saubere Hände" in den letzten 2 Jahren teilgenommen?		10	
Wurde eine <b>Lenkungsgruppe</b> gebildet?		10	
Teilnehmer der Lenkungsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist ein/e Mitarbeiterin des <b>Ärztlichen Direktors</b> Mitglied?</li> </ul>	7	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist ein/e MitarbeiterIn der <b>Pflegedirektion</b> Mitglied?</li> </ul>	7	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist ein/e MitarbeiterIn des <b>Qualitäts-/Risikomanagements</b> Mitglied?</li> </ul>	6	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sind <b>ärztliche</b> klinische Kollegen Mitglied?</li> </ul>	5	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sind Kollegen aus der <b>Pflege</b> Mitglied?</li> </ul>	5	
Wie oft trifft sich die Lenkungsgruppe?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3x im Jahr in dem letzten Jahr</li> </ul>	15	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2x im Jahr in dem letzten Jahr</li> </ul>	10	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x im Jahr in dem letzten Jahr</li> </ul>	5	
Gibt es einen konkreten, <b>schriftlichen Plan</b> mit definierten Zielen in Bezug auf: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complianceergebnisse,</li> <li>• Händedesinfektionsmittelverbrauch</li> <li>• Spenderausstattung</li> <li>• Fortbildungen, Aktionstage u.a. Aktivitäten im Rahmen der ASH</li> </ul>		10	
<b>Max. Punktzahl</b>		<b>85</b>	
Unterstützung durch die Leitung der Einrichtung			
Kennt die Krankenhausleitung -(Ärztliche(r) Direktor(In), Pflegedirektor(in), Kaufmännische(r) Direktor(in)- die <b>schriftlichen Ergebnisse</b> der Kampagne im eigenen Haus?		20	
Werden die Ergebnisse bei <b>jährlichen Treffen</b> <b>präsentiert</b> ?  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compliance</li> <li>• HDMV</li> <li>• Spenderausstattung</li> <li>• Fortbildungen, Aktionstage u.a.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinikleitung</li> </ul>	10	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chefärzte</li> </ul>	10	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pflegerische Abteilungsleitung</li> </ul>	10	
Werden Mittel für die Ausrichtung von <b>Aktionstagen</b> bereitgestellt?		20	
Gibt es <b>Aufklärungsmaterial</b> zur Händedesinfektion für <b>Patienten</b> ?		10	
Werden <b>Patienten</b> aktiv in das Thema Händehygiene einbezogen?		10	
<b>Max. Punktzahl</b>		<b>90</b>	

<b>(2) Aus- und Fortbildungen zur Händedesinfektion</b>			
Werden jährlich <b>Fortbildungen</b> zur Händedesinfektion durchgeführt, bzw. ist die Händedesinfektion Bestandteil der jährlichen Hygiene-Pflichtfortbildung für pflegerisches und ärztliches Personal?		15	
Ist die Teilnahme an den <b>Hygienefortbildungen</b> für das medizinische Personal <b>verpflichtend</b> ?		10	
Werden <b>Hygienefortbildungen</b> mehr als <b>einmal jährlich</b> durchgeführt?		10	
Werden Fortbildungen für <b>alle medizinischen Berufsgruppen</b> angeboten (z.B. Physiotherapeuten, MTA, Hebammen etc.)		10	
Wurde das <b>Modell</b> „Die 5 Indikationen der Händedesinfektion“ <b>implementiert</b> , indem Sie folgende Aktivitäten umgesetzt haben?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wurde das Modell in den <b>Hygieneleitfaden</b> aufgenommen?</li> </ul>	5	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist das Modell <b>Bestandteil</b> der jährlichen Fortbildung?</li> </ul>	5	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutzen Sie <b>Informationsmaterial</b> zum Modell (Poster, Flyer etc.)?</li> </ul>	5	
<b>Max. Punktzahl</b>		<b>60</b>	
<b>(3) Bewerben der Händedesinfektion im Haus</b>			
Führen Sie <b>Aktionstage</b> durch?	Alle 2 Jahre	10	
	jährlich	20	
Schicken Sie der "AKTION Saubere Hände" über jeden <b>Aktionstag</b> einen <b>Bericht</b> ?		10	
Nutzen Sie die <b>Poster</b> der ASH?		10	
Haben Sie <b>selbst Poster</b> entworfen?		15	
<b>Max. Punktzahl</b>		<b>55</b>	
<b>(4) Nachhaltigkeit</b>			
Wenn zutreffend: Lehren Sie das <b>Modell</b> „Die 5 Indikationen der Händedesinfektion“ im <b>Medizinstudium</b> ?		10	
Wenn zutreffend: Lehren Sie das <b>Modell</b> „Die 5 Indikationen der Händedesinfektion“ in der <b>Ausbildung</b> medizinischer Berufe (Pflege, Physiotherapie, etc.)		10	
Wenn zutreffend: Lehren Sie das <b>Modell</b> „Die 5 Indikationen der Händedesinfektion“ in der <b>Schulung neuer MitarbeiterInnen</b> ?		10	
Werden <b>Schüler / Studenten</b> bei der Gestaltung der <b>Aktionstage</b> einbezogen?		10	
<b>Max. Punktzahl</b>		<b>40</b>	

(5) Messung und Feedback			
Wurde die <b>Spenderausstattung</b> auf allen Stationen bestimmt?		10	
Haben Sie den <b>Sollwert</b> der <b>Spenderausstattung</b> auf allen Stationen erreicht?	Sollwert der Spenderausstattung liegt bei <b>90%</b>	10	
	Sollwert der Spenderausstattung liegt bei <b>100%</b>	20	
Werden den Mitarbeitern <b>Kitteltaschenflaschen</b> zur Verfügung gestellt?		5	
Eingabe von <b>Daten</b> bei <b>HAND-KISS_S</b> <i>(letzte Eingabe nicht älter als 2 Jahre)</i>	Ja, Dateneingabe für <b>einige</b> Stationen	10	
	Ja, Dateneingabe für <b>alle</b> Stationen	20	
<u>Basierend auf den Referenzdaten HAND-KISS-S:</u> Welchen <b>Händedesinfektionsmittelverbrauch</b> erreicht Ihre Einrichtung auf Intensivstation & Normalstation?	<b>HDMV über P50 (Median)</b> sowohl für Intensiv- wie Normalstationen	10	
	<b>HDMV über P75</b> sowohl für Intensiv- wie Normalstationen	20	
Werden die in <b>HAND-KISS_S</b> erfassten <b>Werte</b> jährlich auf allen Stationen <b>vorgelegt</b> und diskutiert?		10	
Werden <b>Compliancebeobachtungen auf Normalstation</b> im <b>Umfang</b> der folgenden Staffelung durchgeführt?  <ul style="list-style-type: none"> <li>• ≤ 300 Betten -&gt; mind. 2 Stationen</li> <li>• 300-600 Betten -&gt; mind. 4 Stationen</li> <li>• ≥ 600 Betten -&gt; mind. 6 Stationen</li> </ul> <i>(Letzter Beobachtungszeitraum ist nicht älter als 2 Jahre)</i>	<b>1x pro Kalenderjahr</b>	20	
	<b>Über mind. 2 Jahre / 1x pro Kalenderjahr</b>	30	
<b>Compliancebeobachtung</b> auf allen <b>Intensivstationen</b>  <i>(Letzter Beobachtungszeitraum ist nicht älter als 2 Jahre)</i>	<b>1x pro Kalenderjahr</b>	10	
	<b>Über mind. 2 Jahre / 1x pro Kalenderjahr</b>	20	
Ist die <b>Compliancebeobachtung</b> als Standardinstrument in <b>Ausbruchssituationen</b> etabliert?		20	
<b>Schulungen</b> der <b>Compliancebeobachter</b> in der Methodik auf der Grundlage der „AKTION Saubere Hände“ Materialien?		10	
Werden die <b>Ergebnisse</b> der <b>Compliancebeobachtung</b> auf den beobachteten Stationen jährlich <b>vorgelegt</b> und diskutiert?		20	
Hat jede/r <b>MitarbeiterIn</b> jederzeit <b>Zugang</b> zu den <b>Daten</b> (HAND-KISS_S, Spenderausstattung, Compliancebeobachtungen) seines/ihrer individuellen Bereiches?		10	
<b>Punktzahl</b>		<b>195</b>	
<b>Punktzahl gesamt</b>		<b>525</b>	