

Hygiene *for the* World

Cutting-edge expertise in hygiene and infection control

Ausgabe 2/Juni 2014

EDITORIAL

Kann man Spaß ernst nehmen? Unbedingt! Auf der Webseite thefuntheory.com wurden vor geraumer Zeit 2.500 Euro für die beste



Idee ausgelobt, bei der dank Spaß menschliches Verhalten zum Besseren verändert wird. Dahinter steckte kein Nerd, sondern die Volkswagen AG. Ihr Motiv? Die Blue Motion Technologie sollte in Schweden eingeführt werden. Nun gibt es viele gute Gründe, ein ökologisch sauberes Auto zu fahren. Lediglich „Spaß“ gehört nicht unbedingt dazu. Bis Volkswagen mit der Werbeagentur DDB zusammenarbeitete. Und die weigerte sich, einen Slogan zu entwickeln à la „Eine vernünftige Idee kann Spaß machen“. Die Theorie indes gefiel den Werbepersonen: Nicht Vernunft verändert die Welt, sondern Spaß an neuen Ideen! Der Chef schlug den VW-Leuten vor: „Let's not make advertising, let's test it“. Die Fun Theory war geboren. Die Leute sollten sich selbst beweisen, dass sie stimmt. Die Initiative stammt zwar aus dem Jahr 2010 – und ob Volkswagen deshalb mehr Autos verkaufen konnte, ist nicht bestätigt. Wellen geschlagen hat die Fun Theory dennoch. Sie galt als eine der besten viralen Kampagnen und hat Volkswagen eine Menge PR eingebracht.

Spaß ist auch ein wichtiger Faktor, wenn es darum geht, dass Menschen sich an ihrem Arbeitsplatz wohlfühlen. Tun sie dies, sind sie

leistungsfähig, können meist mehr abrufen, als sich Vorgesetzte vielleicht erwarten. Dem Spaß geht hier jedoch voraus, dass man Menschen ernst nimmt. Genau das tut Dr. Michael Gardam mit seinem Team. Er wendet dabei nicht die Fun Theory an. Vielmehr hat er eine Methode entwickelt, die mindestens genauso gut funktioniert: Front Line Ownership (FLO). Kurz zusammengefasst: Arbeitsanweisungen und Richtlinien gibt es in Bezug auf Hygienesicherheit in den Kliniken wahrscheinlich mehr als genug. Meist werden sie jedoch nicht umgesetzt. Der Grund hierfür? Michael Gardam hat herausgefunden, dass Handhygiene zum Beispiel besser funktioniert, wenn man sie den Mitarbeitern nicht aufoktroiert, sondern wenn man dem Personal in Kliniken die Freiheit lässt, das allgemeine Ziel zu ihrem eigenen zu machen. Der Chef ordnet an, die Mitarbeiter funktionieren – genau das funktioniert eben nicht. Und ist dank Michael Gardam und seinen Kollegen an fünf kanadischen Kliniken auch bewiesen. Die Alternative: Diejenigen, auf die man einzuwirken versucht, lässt man das gewünschte Konzept ganz einfach selbst entwickeln. Wie gut dies funktioniert, hat auch eine amerikanische Versicherungsgesellschaft erkannt. Sie arbeitet mit Michael Gardams Consulting Firma „IGNITE Consulting“, die zur Universität in Toronto (Kanada) gehört, zusammen. Wie gewinnbringend diese Kooperation ist, lesen Sie im Interview mit Michael Gardam auf dieser Seite. Wetten, sie hat auch noch Spaß gemacht?!

Herzlichst,
Ihr Markus Braun

An der „Front“ fällt die Entscheidung

In der Infektionsprävention gilt die häufig schlecht entwickelte Compliance (Regeltreue) der Mitarbeiter als eines der größten Hindernisse überhaupt bei der Durchsetzung von Richtlinien. Der kanadische Hygieniker Dr. Michael Gardam ist sich dabei ziemlich sicher, dass dies keine Frage des Verständnisses oder mangelnden Trainings ist, sondern viel eher einer schlechten Motivation geschuldet. Ferner ist er der Ansicht, dass das Pflegepersonal viel zu häufig überfrachtet wird mit Anweisungen, die ihm in seinem Arbeitsumfeld nicht sinnvoll scheinen. Eine von Dr. Gardam vielfach praktizierte Form der Annäherung an eine verbesserte Akzeptanz und Motivation bei den Mitarbeitern der Pflege ist das Front Line Ownership (FLO). Wir sprachen mit dem kanadischen Experten über FLO, Ansätze aus der Alternativpädagogik im Krankenhaus und über die für Kliniken so typischen Hierarchien.



Dr. Michael Gardam hat mit seinem Team herausgefunden, wie man Mitarbeiter in der Pflege nicht länger demotiviert, sondern wie man sie fordert und somit für mehr Hygiene sorgt. Foto: privat

Frage: Sie haben mit Ihren Kollegen an fünf kanadischen Kliniken untersucht, ob es nicht sinnvoller ist, der „Front Line“, dem Pflege- und Reinigungspersonal, den Raum zu gewähren, ihre eigenen Strategie

hinsichtlich Patientensicherheit zu entwickeln. Sie haben dabei erfahren, dass die Menschen das allgemeine Ziel zu ihrem eigenen machen – mit dem Ergebnis, dass sie offensichtlich sehr genau die Schwachstellen identifizieren und eigene Lösungsansätze entwickeln. Ist der Druck der HAI groß genug, um Top-Down-Methoden zu eliminieren?

Michael Gardam: Das ist eine gute Frage. Wir haben diesen Ansatz deshalb gewählt, weil die Top-Down-Methode schlichtweg nicht funktioniert hat. Krankenhausinfektionen spielen eine große Rolle, aber unsere diesbezügliche Herangehensweise hat in den meisten Bereichen keine wesentlichen Verbesserungen gebracht.

Mitarbeitern ständig Vorgaben zu machen, was zu tun ist, anstatt sie zu fragen, wie vorgegangen werden sollte, führte letztendlich zu Demotivation bei diesen Mitarbeitern, die ihre Rolle bei der Sicherheit nicht erkennen konnten. In Kanada jedenfalls sieht der vorherrschende Ansatz in Sachen Infektionskontrolle so aus, dass man den Menschen vorschreibt,

was zu tun ist. Wenn sie sich aber nicht daran halten, unterstellt man eine mangelhafte Ausbildung. Unserer Erfahrung nach wissen die Menschen zwar, was zu tun ist, setzen es dann aber nicht um.

Dennoch ist die Begleitung durch ein Führungsteam nach wie vor sehr wichtig. Doch anstatt vorzuschreiben, was zu tun ist, sollte ein solches Team einerseits den Menschen klarmachen, dass sie sich verbessern müssen – zum Beispiel dadurch, dass sie sich Ziele setzen und das Thema im Auge behalten. Andererseits sollten sie die Erlaubnis erhalten, diese Ziele auf Wegen zu erreichen, die in ihrem jeweiligen Umfeld sinnvoll sind.

Hinsichtlich der zu erreichenden Verbesserungen hat sich also nicht das Was geändert, sondern nur das Wie.

Frage: In Europa nähert man sich dem Thema Verhaltensänderung von einer ganz anderen Seite. Andreas Voss, Universitätsklinik Nijmegen, sagte in einem Interview mit unserer Zeitung, dass er die Installation

Fortsetzung auf Seite 2

INHALT

- [1] **Front Line Ownership: Denn sie wissen eigentlich genau, was sie tun (sollten):** Michael Gardam erklärt im Interview, weshalb Anweisungen von oben nach unten in der strengen Krankenhaushierarchie gerade in Bezug auf Hygiene und Patientensicherheit nicht so gut funktionieren.
- [3] **Die „Bedpan Queen“ Gertie van Knippenberg-Gordebeke** stellt im Rahmen einer IFIC-Posterpräsentation ihre Untersuchungsergebnisse bezüglich Umgang mit Patientengeschirren vor. Wir sprachen mit der Expertin aus den Niederlanden über die Ergebnisse.
- [4] **Wenn er drei Wünsche frei hätte ...** ... dann würde Jim Gauthier sich von seiner kanadischen Provinzregierung mehr Standardisierung wünschen – jedenfalls für das Gesundheitssystem. Was den Hygienefachmann, der auch doziert und Vorträge hält, sonst noch bewegt, lesen Sie auf Seite 4.
- [4] **Impressum**

Fragen & Antworten

Frage: Was bedeutet „postantibiotische Ära“?

Antwort: Zum ersten Mal hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen Bericht zur Lage der Antibiotikaresistenzen herausgegeben. Bei der Vorstellung des Berichts in Genf warnte Keiji Fukuda, Generaldirektor für Gesundheitssicherheit bei der WHO, vor den Folgen der zunehmenden Resistenzen pathogener Bakterien gegen Antibiotika: „Wenn wir jetzt nicht rasch und zielgerichtet handeln, bewegt sich die Welt in eine postantibiotische Ära, in der gewöhnliche Infektionen und kleine Verletzungen, die für Jahrzehnte behandelbar waren, wieder tödlich sein können.“

Da die Entwicklung neuer Antibiotika nur sehr langsam vorangeht, schlägt die WHO Sofortmaßnahmen vor:

- Genaue Prüfung vor Verordnung eines Antibiotikums, ob dieses unbedingt nötig ist. Gezielte Wirkstoffe sind Breitbandantibiotika vorzuziehen.
- Infektionen sollten besser verhindert als behandelt werden.
- Dringende Entwicklung neuer Wirkstoffklassen.
- Kritische Überprüfung des Einsatzes von Antibiotika in der Tiermast.

Fortsetzung von Seite 1

An der „Front“ fällt die Entscheidung

*Personal, das direkt mit den Patienten arbeitet, hat oft mehr Wissen und Ideen für mehr Patientensicherheit als erwartet. Das Geheimrezept, sie zu nutzen: Menschen müssen das Gefühl haben, ein Konzept stammt von ihnen – die Umsetzung erfolgt dann automatisch.
Foto: drubig-photo – fotolia.com*

von Kameras zur Überwachung im OP und als Möglichkeit zum „Review“ als gar keine so schlechte Idee empfindet. Treffen hier Welten aufeinander oder haben beide Denkansätze etwas für sich – Sanktion versus integrative Motivation?

Michael Gardam:

All diese Ansätze haben ihre Gültigkeit, sofern sie im jeweiligen Umfeld funktionieren. Entscheidend ist hier, einen bestimmten Ansatz nicht einfach nur deswegen zu übernehmen, weil er anderswo funktioniert hat. Wenn die Überwachung per Kamera in einer einzelnen niederländischen Einrichtung funktioniert, bedeutet das nicht zwangsläufig, dass es auch anderswo funktioniert. Umgekehrt gilt natürlich das Gleiche. Die Gesellschaft in den Niederlanden unterscheidet sich sehr von der in anderen Ländern. Jedes Land hat spezifische Merkmale und muss dementsprechend eigene Methoden etablieren.

Soweit ich weiß, ist Andreas kein Chirurg. Unser Ansatz würde so aussehen, dass wir das chirurgische Team beteiligen und so klären würden, ob sie die Überwachung per Kamera für eine gute Idee halten. Im Idealfall würde ihnen diese Idee selber einfallen. Ich kann Ihnen unzählige Geschichten über eigene Konzepte erzählen, von denen ich andere überzeugen



Ich sehe meine Rolle darin, dass ich notwendige Verbesserungen aufzeige und mit dem Führungsteam sowie anderen zusammenarbeite, um die Priorität dieses Themas sicherzustellen. Danach

nicht dazu, hinsichtlich des Umgangs mit komplexen Problemen wie Krankenhausinfektionen das zu tun, was man vorgeschrieben bekommt. Das ist in etwa so, als wenn man einem Teenager sagt, was er zu tun hat. Man kann dann fast sicher sein, dass er genau das nicht tut.

Wenn wir Menschen an Verbesserungsstrategien beteiligen, entwickeln sie alle möglichen Konzepte und probieren diese aus. Wenn ein Konzept nicht funktioniert, verwerfen sie es und versuchen etwas anderes. Das entspricht in etwa dem Prinzip, Kinder eigenständig nach Problemlösungen suchen zu lassen, anstatt ihnen diese vorzuschreiben.

Frage: Augenblicklich versucht man eher von der Luftfahrt zu lernen: Checklisten sollen mehr Sicherheit erzeugen. Aber besteht der große Unterschied nicht darin, dass der Pilot mit im Flugzeug sitzt – der Arzt aber nicht selbst im Krankentbett liegt? Für wie sinnvoll halten Sie es, sich solcher Vorbilder zu bedienen?

Michael Gardam: Zu diesem Thema gibt es ein großartiges Buch namens „Beyond the Checklist: What Else Health Care Can Learn from Aviation Teamwork and Safety“ (deutsch: Jenseits der Checkliste: Was der Gesundheitsbereich sonst noch von Teamarbeit und Sicherheit in der Luftfahrt lernen kann). Die Autoren zeigen darin auf, dass das Gesund-

heitswesen den wichtigsten Teil der in der Luftfahrtindustrie stattgefundenen Revolution verpasst hat. Dort wurden nämlich Flugzeugbesatzungen dazu gezwungen, unter Anwendung des sogenannten Crew Resource Managements als Team zusammenzuarbeiten. Dafür waren zwar 30 Jahre des Trainings erforderlich, aber jetzt handeln Flugzeugbesatzungen wirklich als Team.

Übrigens habe ich einem der Autoren, Suzanne Gordon, dieselbe Frage gestellt. Sie sagte mir, dass die Piloten durch die größere

niert und wird deswegen auch bei uns funktionieren.“ Im Falle der Checklisten bedienen wir uns der einfachsten Maßnahme und ließen die Veränderungen bei den Gepflogenheiten erst einmal aus. Es liegt in der Natur des Menschen, eher nach technischen Lösungen zu suchen (Checklisten oder Kameras im OP) als nach Lösungen durch geänderte Verhaltensweisen oder Gepflogenheiten. Letztere sind nämlich viel schwerer zu erreichen.

Frage: Wenn Sie die Front Line stärker fordern wollen, bedeutet dies auch, dass sich die Qualifizierung dieser Mitarbeiter ändern muss? Welche Konsequenzen hätte dies?

Michael Gardam: Wir haben keine solchen Erfahrungen gemacht: Die Menschen übernehmen die Verantwortung für Dinge, die direkt in ihrem Einflussbereich liegen. Das Fachwissen in Sachen Infektionskontrolle – also was genau zu tun ist – kommt nach wie vor von den entsprechenden Einrichtungen. Aber wie die Maßgaben umzusetzen sind – das kommt von den Mitarbeitern vor Ort.

Frage: FLO nutzt die Vorteile der „positiven Abweichung“ (positive deviance) und der „befreienden Strukturen“ (liberating structures), weil Sie erkannt haben, dass Wissen nicht unbedingt Verhaltensänderung mit sich bringt. Wie lässt sich das in der strengen Hierarchie der Medizin realisieren?

Es liegt in der Natur des Menschen, eher nach technischen Lösungen zu suchen



Ob Überwachungsmaßnahmen im Operationssaal die Hygiene weiter voranbringen oder ganz andere Maßnahmen notwendig sind, um die Patientensicherheit zu erhöhen: Michael Gardam ist der Meinung, dass jede Organisation ihre eigene Lösung suchen muss. Hauptsache, sie funktioniert! Foto: Wikimedia

wollte. Es funktionierte aber nicht. Aber wenn diejenigen, auf die ich einzuwirken versuche, dasselbe Konzept von sich aus entwickeln, klappt es plötzlich – weil es dann ihr eigenes Konzept ist.

Das heißt schlussendlich, dass der Ansatz mit der Kamera bei Andreas womöglich gut funktioniert – etwa wegen der Gepflogenheiten in seiner Einrichtung oder den Chirurgen, mit denen er zusammenarbeitet. Und die Möglichkeit, solche Überprüfungen durchführen zu können, finde ich ausgesprochen gut. Wir sollten aber nicht davon ausgehen, dass sie anderswo ebenso gut funktionieren.

beteilige ich diejenigen, die ihre Vorgehensweisen ändern müssen, und lasse sie selber auf die Antworten kommen.

Frage: Könnte man sich hier nicht auch Dinge abschauen aus der Alternativ-Pädagogik? FLO als Abwandlung von Maria Montessoris „Hilf mir, es selbst zu tun“?

Michael Gardam: Ja. Es spricht viel dafür, wenn Menschen selbständig Verbesserungsstrategien entwickeln, anstatt bestimmte Vorgehensweisen auferlegt zu bekommen. Meiner Erfahrung nach tendiert man nämlich

Michael Gardam:

Hierarchien sind insofern eine Herausforderung, als Führungsteams idealerweise die Arbeit an vorderster Front nachvollziehen können und zugleich erkennen müssen, dass ihre Rolle eher darin liegt, Teams beim Erreichen ihrer Ziele zu unterstützen, als diesen Teams Vorschriften zu machen. Führungskräfte müssen sich daher ohne innere Schwierigkeiten zurücknehmen können, um anderen das Ruder zu überlassen. Das gilt auch für mittlere Führungskräfte. Gerade diese können am stärksten dazu beitragen, diese Arbeit entweder zu unterstützen oder zu behindern.

Letztlich können wir sagen, dass wir selbst im eher ablehnenden

Frage:

Sie haben mit IGNITE Consulting mittlerweile ein zur Universität gehörendes Unternehmen gegründet, das nicht nur die universitären Krankenhäuser, an denen Sie arbeiten, berät, sondern auch Kliniken in den USA. Die Verwaltungen wissen, wie teuer HAI (krankenhausbedingte Infektionen) kommen können. Können Sie bereits bilanzieren, was Sie einzusparen helfen?

Michael Gardam:

Ja, das können wir. Allerdings liegen mir diese Daten gerade nicht vor. Bei unserer Arbeit in den Staaten arbeiten wir mit einer amerikanischen Versicherungsgesellschaft zusammen, die über hervorragende Daten über die Kosten diverser unerwünschter Ereignisse



Wenn Mitarbeiter von ihrem Tun überzeugt sind, tut dies einerseits der Arbeitsatmosphäre gut, andererseits unterstützen sie sich gegenseitig auf ganz natürliche Weise, meint Dr. Michael Gardam. Foto: Gerald Zörner

Managementbereich Erfolge erzielen konnten. Bei unserer Arbeit im Norden von New York haben wir von Seiten der Führungsteams keine allzu große Unterstützung erfahren. Dennoch konnten wir in allen Bereichen, in denen wir tätig sind, Verbesserungen erzielen, wie z. B. bei Stürzen von Patienten, beim Wundliegen, der Patientenübergabe oder der Handhygiene.

Frage:

Resilienz (seelische Widerstandsfähigkeit) gilt im Rahmen Ihres Projekts als wichtige Voraussetzung. Kann man sich diese antrainieren? Was macht die Resilienz von Organisationen aus – und wie lässt sich diese beeinflussen?

Michael Gardam:

Resilienz ist ein Nebeneffekt, der sich bei Mitarbeitern ergibt, wenn man diesen zugesteht, selbst Änderungen vorzunehmen. Es ist ein großer Unterschied, ob jemandem vorgeschrieben wird, dass ein bestimmtes Protokoll umgesetzt werden muss, um eine Problemstellung bei der Patientensicherheit zu lösen, oder ob man einen engagierten Mitarbeiter dahingehend beteiligt, dass er durch eine ihm sinnvoll erscheinende Lösung des Problems eine Führungsrolle übernimmt. Bei der zuletzt genannten Vorgehensweise sind solche Mitarbeiter von ihrem Tun überzeugt und unterstützen sich gegenseitig auf ganz natürliche Weise.

verfügt. Im ersten Jahr des Gemeinschaftsprojekts hat sich die Zahl der Patientenstürze um rund 15 % verringert, was nach Aussagen der Versicherung Einsparungen von 0,5 Millionen Dollar eingebracht hat. Bei Katheter-assoziierten Harnwegsinfektionen, Blutbahninfektionen, postoperativen Wundinfektionen oder beim Wundliegen haben sich sogar noch größere Rückgänge ergeben. Im Prinzip haben sich die Kosten für unsere Beratungen dadurch vielfach amortisiert.

Was Kanada betrifft, sind solche Aussagen ungleich schwerer zu treffen, da unerwünschte Ereignisse dort keinen Einfluss darauf haben, wie viel Geld eine Klinik erstattet bekommt. Wenn eine Klinik hier einen Schaden anrichtet, erhält sie dennoch den gleichen Betrag erstattet. Der finanzielle Anreiz ist hier also nicht so offenkundig wie in den Staaten.

Dr. Michael Gardam

Michael Gardam (MSc, MD, CM, MSc, FRCPC) leitet die Infektionsprävention am Ontario Agency for Health Protection and Promotion. Er ist außerdem medizinischer Direktor der Infektionskontrolle und der Tuberkulose-Klinik am University Health Network und er ist Assistenz-Professor an der Dalla Lana School of Public Health Sciences an der Universität in Toronto/Kanada.

Risiko Steckbecken – und keiner denkt daran

Für sie hat sich auf internationaler Ebene der Krankenhaushygiene und der Infektionsprävention längst der Zweitname „Queen of Bedpans“ etabliert: Gertie van Knippenberg-Gordebeke! Die ehemalige Hygienefachkraft aus dem niederländischen Venlo ist mit ihrem Beratungsunternehmen „KNIP Consult“ gern gehörter Gast auf internationalen Konferenzen und Tagungen. Sie erstellt aber auch Hygienepläne für Krankenhäuser in Südamerika oder stellt ihre eigenen Untersuchungen an, um ihr Anliegen – ein sicherer Umgang mit Patientenausscheidungen und damit auch mit Patientengeschirren – voranzutreiben.



Bei der jüngsten Konferenz der International Federation of Infection Control (IFIC) in Malta stellte Gertie van Knippenberg im Rahmen der Posterpräsentation wieder Untersuchungsergebnisse vor. Sie führte eine ihrer Studien fort, die ermitteln sollte, wie weltweit mit Patientengeschirren umgegangen wird. Das Ergebnis lässt erkennen, dass nach wie vor Aufklärung nottut. Immer noch ist die alltägliche Praxis bestimmt von Gewohnheiten und Ritualen statt von der Einhaltung von Trainings und Richtlinien. Und was Gertie van Knippenberg vielen ihrer Kollegen in der Pflege attestieren muss: Sie wissen nicht, dass der Umgang mit Steckbecken und Urinflaschen ein Vorgang voller Risiken darstellt.

Sie finden das Poster von Gertie van Knippenberg als Beilage in dieser Ausgabe der „Hygiene for the World“. Außerdem sprechen wir mit der Expertin über ihre Forschungsergebnisse und Erfahrungen:

Frage:

Sie plädieren schon lange dafür, Patientengeschirre nicht länger wie in der Spaulding-Liste vorgelesen als „unkritisch“ zu bewerten. Warum ist dies so wichtig?

Gertie van Knippenberg-Gordebeke:

Steckbecken kommen in Kontakt mit der Haut des Patienten. Und gerade bei jenen, die älter sind und vielleicht unter einem Decubitus leiden, oder auch bei Patienten, die eine Operationswunde haben, ist die Haut auch nicht intakt – und zwar gerade in der Körperregion, die in Berührung kommt mit dem Steckbecken. Aber es gibt noch mehr Unterschiede zwischen den Steckbecken und anderen nicht-kritischen Medizinprodukten wie zum Beispiel dem Blutdruckmessgerät: Das Steckbecken wird in der Perinealregion angewandt, wo sich eine außergewöhnlich hohe Anzahl von Bakterien und damit unter Umständen auch an multiresistenten Erregern findet. All dies spricht dafür, das Steckbecken als semi-kritisches Medizinprodukt zu klassifizieren. Und die Spaulding-Liste ignoriert völlig die Tatsache,

dass Steckbecken entleert werden müssen – einen ähnlichen Vorgang gibt es bei den anderen unkritischen Materialien nicht.

Frage:

Was wäre die Konsequenz, wenn sich dies nicht durchsetzt?

Gertie van Knippenberg-Gordebeke:

Dass alles so bleibt, wie es ist – ausgesprochen risikoreich für die Patienten. Auch deshalb, weil dann eine manuelle Reinigung als unproblematisch angesehen werden könnte. Immerhin ist die ISO-Norm 15883 schon etwas weiter: Sie gibt vor, dass Steckbecken – wenn möglich – maschinell aufzubereiten sind.

Frage:

Warum gibt es weltweit keine Regeln für das Management von Patientengeschirren?



Gertie van Knippenberg-Gordebeke plädiert dafür, Patientengeschirre als semi-kritische Medizinprodukte zu klassifizieren. Dann wäre ihre maschinelle Reinigung wie hier auf dem Bild unumgänglich. Foto: Meiko

Gertie van Knippenberg-Gordebeke:

Solange es sich weltweit nicht „herumgesprochen“ hat, dass man bei einer Infektion mit Clostridium difficile oder mit anderen Erregern ein Steckbecken in einem Reinigungs- und Desinfektionsgerät aufbereiten sollte, so lange können wir diese Frage wahrscheinlich nicht beantworten. Vermutlich hängt es einfach damit zusammen, dass keiner daran denkt. Es hat auch sehr lange gedauert, bis die Krankenhaushygiene und die Handhygiene die Bedeutung erhalten haben, wie wir sie heute kennen. Aber es tut sich etwas. Canada und Chile haben beispielsweise gesetzlich festgelegt,

dass Reinigungs- und Desinfektionsgeräte oder Mazeratoren verwendet werden. In Holland haben wir eine strikte Leitlinie für Steckbeckenspüler – gerade auch im Umgang mit Ausbrüchen von multiresistenten Erregern. Eine ganz profane Schwierigkeit ist die, dass es so viele Arten von Steckbecken gibt ...

Frage:

Welche Schwierigkeiten bringt dies mit sich?

Gertie van Knippenberg-Gordebeke:

Es gibt Patientengeschirre ohne Griff und mit nach innen gewölbtem Rand. Da kommen Sie als Pflegekraft gar nicht darum herum, einen Finger in das volle Becken hineinzustecken. Das wirft dann sofort die Frage auf: Wann müssen Handschuhe gewechselt werden? Nach dem Patientenkon-

takt und vor dem Hinaustragen des Steckbeckens? Vor dem Öffnen der Maschine? Danach ...

Frage:

Sie arbeiten auf Ihrem Poster mit der Zahl, dass vier bis 21 Prozent der Krankenhausinfektionen zurückzuführen sind auf einen nicht sachgerechten Umgang mit Patientengeschirren. Woher stammt diese Zahl?

Gertie van Knippenberg-Gordebeke:

Aus meiner eigenen Umfrage in 2010. Ich habe weltweit Kollegen in Krankenhäusern angeschrieben und habe aus den Antworten diese alarmierende Zahl ermittelt.

„Die manuelle Aufbereitung von Patientengeschirren wird wohl nach und nach unterbunden werden“

Jim Gauthier hat ein Curriculum Vitae als Hygienefachkraft, das sich sehen lassen kann! Der „Infection Control Practitioner“ am Providence Care in Kingston, Ontario (Kanada), ist dort auch verantwortlich für Weiterbildung, Surveillance, Ausbruchs-Management und er ist seit 2007 Dozent an der Present Queen's University. Jim Gauthier ist auf dem internationalen Parkett der Krankenhaushygiene aber auch kein Unbekannter. Zuletzt hielt er einen Vortrag bei der jüngsten Konferenz der International Federation of Infection Control (IFIC) auf Malta. Sein Thema: das noch zu geringe Augenmerk, das auf die Beseitigung von menschlichen Ausscheidungen gelegt wird. Wir sprachen mit dem Experten über den Stellenwert der Hygienefachkräfte in Kanada, über Richtlinien und über seine Wünsche in Bezug auf eine sichere Krankenhaushygiene.

Frage:

Wie ist die Situation in Kanada? Wie schwierig ist es, qualifiziertes Personal für die Pflege zu finden?

Jim Gauthier:

Im Allgemeinen ist das hier nicht sehr schwierig. In Kanada sehen wir uns eher mit dem Problem des Ärztemangels konfrontiert. Allerdings gibt es eine Ausnahme: Hygienefachkräfte sind ausgesprochen rar. Im Grunde können sich hier alle Krankenpfleger, Krankenschwestern und MTAs als Hygienefachkraft bezeichnen, wenn sie in einer entsprechenden Position arbeiten. Sofern sie die Grundlagen beherrschen und sich weiterbilden, gelten sie als Hygienefachkraft. In Nordamerika gibt es eine allgemein anerkannte Zertifizierung mit der Bezeichnung CIC („Certified in Infection Control“). Diese bescheinigt Mindestkenntnisse im Bereich der Infektionskontrolle.

Frage:

Hängt dies damit zusammen, dass man als Hygienefachkraft keine echten Vorteile im Arbeitsalltag hat?

Jim Gauthier:

Richtig. Krankenschwestern verdienen nicht mehr, wenn sie die Aufgaben von Hygienefachschwestern erledigen. Lediglich die Arbeitszeiten sind etwas angenehmer, da die Tätigkeit üblicherweise zu normalen Tageszeiten und nicht am Wochenende ausgeübt wird. Allerdings halten sich manche Hygienefachkräfte auch nach Dienstschluss in Bereitschaft.

Frage:

In Ihrem Vortrag im Rahmen der IFIC-Konferenz auf Malta („VRE and CDI... soiling of the environment... time to stop“) haben Sie sich vor allem dem Thema Beseitigung von Patientenausscheidungen gewidmet, welche im Gesundheitswesen regelmäßig zu Verunreinigungen führen. In Kanada werden diesbezüglich ja verschiedene Verfahren eingesetzt: Mazeratoren zur Beseitigung von Einweg-Pflegegeschirren oder thermische Desinfektionsgeräte für Mehrweg-Pflegegeschirre. Mancherorts werden Patientengeschirre auch manuell gereinigt. Warum wird dies nicht standardisiert?

Jim Gauthier:

Eine Standardisierung wäre sicherlich sinnvoll – ich kann Ihnen leider nicht sagen, weshalb es so etwas nicht schon längst gibt. Sieht man aber näher hin, wie sich die Canadian Standards Association (CSA) hinsichtlich ihrer Entscheidungen entwickelt, ist daraus abzulesen, dass die manuelle Aufbereitung von Patientengeschirren wohl nach und nach unterbunden wird. So heißt es bezüglich der Pflegearbeitsräume:

„(o) Zum Abspülen von Teilen sind keine Sprührohre zu verwenden. Die zur Beseitigung von groben Verschmutzungen eingesetzten Gerätschaften sollen die Aerosolisierung von Schwebstoffen auf ein Minimum reduzieren.“

(r) Für den Abfall von Patienten sind entsprechende Entsorgungsgeräte bereitzustellen (z. B. Mazeratoren oder Spülbecken mit Randspülung).



Für Jim Gauthier gehören Reinigungsarbeiten nicht zu den Aufgaben des Pflegepersonals. Sie sollten besser den Kollegen vom Reinigungspersonal übertragen werden. Foto: iStockphoto.com

Sofern Trichterbecken verwendet werden, müssen diese dergestalt ausgeführt sein, dass alle Spritzer aufgefangen werden. Bedienelemente müssen so angeordnet sein, dass das Personal nicht mit Verunreinigungen in Berührung kommt.



(s) Entsprechend dem funktionalen Ablauf ist ein Desinfektionsautomat bereitzustellen.“

Ich bin im Übrigen der Meinung, dass Reinigungsaufgaben nicht zu den Kernkompetenzen der Pflege gehören.

Frage:

Wer entscheidet, wie aufbereitet wird, solange es keine Richtlinien der CSA gibt?

Jim Gauthier:

Das wird in den einzelnen Provinzen Kanadas sehr unterschiedlich gehandhabt – und das ist das eigentliche Problem.

Frage:

In Ihrer Aufgabe als Hygienefachkraft werden Sie regelmäßig gebeten, bei lokalen, regionalen oder landesweiten Veranstaltungen über das Thema Infektionsbekämpfung und -kontrolle zu referieren. Zudem haben Sie auch mit Provinz- und Landesbehörden in Sachen Ausbildung und beruflicher Zulassung kooperiert. Bedeutet dies, dass das Thema Infektionskontrolle einen höheren Stellenwert erhält? Wie haben Sie sich denn für diese Aufgabe empfohlen?

Jim Gauthier:

Als vor Ort tätige Hygienefachkraft ist es schwierig, das Gesundheitswesen auf Landesebene zu beeinflussen. Ich glaube daher nicht, dass sich am Stellenwert der Infektionskontrolle irgendetwas ge-

ändert hat. Außerdem wurden die Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung und -kontrolle nach dem Auftreten von SARS in allen Verwaltungsebenen überprüft. Ich arbeite seit 25 Jahren in meinem Beruf und bin zudem in der Aus- und Weiterbildung tätig. Offensichtlich hat es sich herumgesprochen, dass ich mein Metier kenne. Und mein Humor trägt wohl dazu bei, dass sich die Leute an meine Vorträge erinnern...

Frage:

Wenn Sie im Gesundheitswesen drei Wünsche frei hätten – was würden Sie sich wünschen?

Jim Gauthier:

Von unserer Provinzregierung würde ich mir mehr Standardisierung wünschen. Den Empfehlungen der Unterausschüsse einzelner Ministerien sollte mehr Gewicht gegeben werden. Angesichts der immer älter werdenden Bevölkerung ist es wichtig, sehr viel mehr Geld für Vollzeitkräfte bereitzustellen. Mein größter Wunsch wäre es, ausreichend Mittel zur Erneuerung unserer zum Teil veralteten Infrastruktur zur Verfügung zu haben.

Frage:

Mit zunehmenden Antibiotika-Resistenzen werden unsere Waffen im Kampf gegen Infektionskrankheiten immer schwächer. Was bedeutet das für Sie als Hygienefachkraft?

Jim Gauthier:

Wir brauchen bessere Strategien für einen sinnvollen Einsatz von Antibiotika (engl. „antibiotic stewardship“, verantwortlicher Umgang mit Antibiotika). Immer mehr kanadische Einrichtungen haben hierfür spezielle Programme und

Mitarbeiter – aber solche Maßnahmen sind weltweit erforderlich. Momentan klafft hier jedenfalls noch eine riesige Lücke! Zudem müssen wir die Menge an Patientenausscheidungen reduzieren, die in die Umwelt gelangt. Denn genau hier finden sich bei einem Großteil der Patienten die resistenten Erreger. Zu guter Letzt ist auch die Händehygiene ein nicht zu unterschätzender Baustein, wenn es um die Sicherheit jedes Einzelnen geht.

TERMINE

07.-09.06.2014

APIC, USA-Anaheim

13.6.2014

Vorarlberger Hygienetag, A-Österreich

09.-13.7.2014

Design & Health World Congress, CDN-Toronto

10.-11.07.2014

40 Jahre FKT, D-Würzburg

23.-25.07.2014

ExpoHospital, CL-Santiago

23.-25.07.14

Panamericana Infection Control, EC-Guayaquil

30.07.-02.08.14

International Infection Control Conference, CHN-Hong Kong

11.-13.08.14

Kongress AMEIN, MEX-Mexiko-Stadt

12.-15.08.14

Meditech, Co-Bogotá

11.-12.09.14

Kongress für praktische Krankenhaushygiene, D-Hamburg

23.-26.09.14

PIR Expo, RU-Moskau

IMPRESSUM

MEIKO Maschinenbau GmbH & Co. KG
Englerstraße 3, 77652 Offenburg
Telefon: +49 781 203 1204
Telefax: +49 781 203 1356
E-Mail: hygieneworld@meiko.de

Vertreten durch:

MEIKO Beteiligungs GmbH
Geschäftsführer:
Dr.-Ing. Stefan Scheringer
Registriergericht: 79098 Freiburg i. Br.
Registernummer: HRB 471532

Registereintrag:

Eingetragen im Handelsregister.
Registriergericht: 79098 Freiburg i. Br.
Registernummer: HRA 470603

Umsatzsteuer-ID:

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer
nach §27a Umsatzsteuergesetz:
USTID: DE 142540206

Verantwortlich für den Inhalt

(gem. § 55 Abs. 2 RStV):
Herausgeber MEIKO Maschinenbau
GmbH & Co. KG,
Englerstraße 3, 77652 Offenburg

Redaktion: Doris Geiger

V.i.S.d.P.: Regine Oehler

Grafik/Layout: Mathias Klass,
Klass-Design

Druckerei: Dinner-Druck GmbH,
Schlehenweg 6, 77963 Schwanau