

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

ERSTER STAKEHOLDER-WORKSHOP SYNTHESEBERICHT

Zusammenfassung der **Ergebnisse des Stakeholder-Workshops I vom 7. April 2017** im Rahmen der Umsetzung der nationalen Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (Strategie NOSO)

Stand 30. Juni 2017

AUFTRAGGEBER:

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

AUFTRAGNEHMER/BEARBEITENDE:

Projektleitung BAG:

Samuel Erny, Stellvertretender Projektleiter a.i. Umsetzung Strategie NOSO

Karin Keckeis, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Umsetzung Strategie NOSO

Externe Projektbegleitung (IC Infraconsult):

Enrico Bellini

Thomas Röthlisberger

Lektorat und Ergänzungen aus den Gruppenarbeiten:

Virginie Masserey, BAG: Handlungsfeld Bildung und Forschung

Hans C. Matter, BAG: Handlungsfeld Monitoring

Lydia Ciullo, BAG: Handlungsfeld Verhütung und Bekämpfung

Übersetzung auf Französisch:

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

BEZUGSADRESSE:

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Abteilung Übertragbare Krankheiten

3003 Bern

INHALT

1.	WORKSHOP UND REFERATE	5
1.1	Ziele und Ablauf des Workshops	5
1.2	Impulsreferat	7
1.3	Stand Umsetzung der Strategie NOSO	9
1.4	Kurzreferate	10
1.5	Ausblick und Dank an Teilnehmende	11
2.	HANDLUNGSFELD GOVERNANCE (G)	12
2.1	Inputreferat	12
2.2	Erkenntnisse für die Umsetzung	14
2.3	Konkretisierung von priorisierten Teilbereichen	16
2.3.1	G-2-1: Aufgaben klären, Rollenteilung optimieren	16
2.3.2	G-2-2: Strukturen optimieren	17
3.	HANDLUNGSFELD MONITORING (M)	18
3.1	Inputreferat	18
3.2	Erkenntnisse für die Umsetzung	19
3.3	KONKRETISIERUNG VON PRIORISIERTEN TEILBEREICHEN	21
3.3.1	M-1-2: Monitoring mit hoher Qualität	21
3.3.2	M-1-1: Akteure stärken	22
4.	HANDLUNGSFELD VERHÜTUNG UND BEKÄMPFUNG (VB)	23
4.1	Inputreferat	23
4.2	Erkenntnisse für die Umsetzung	24
4.3	KONKRETISIERUNG VON PRIORISIERTEN TEILBEREICHEN	25
4.3.1	VB-1: Verhütung und Bekämpfung optimieren und weiter-entwickeln	26
4.3.2	VB-2-3: Formelles Engagement der Akteure etablieren	27
5.	HANDLUNGSFELD BILDUNG UND FORSCHUNG (BF)	28
5.1	Inputreferat	28
5.2	Erkenntnisse für die Umsetzung	30
5.3	Konkretisierung von priorisierten Teilbereichen	32
5.3.1	BF-1-1: Fachexperten/innen aus- und weiterbilden	32
5.3.2	BF-1-2: Personal in Gesundheits-institutionen weiterbilden	33
6.	FAZIT UND SCHLUSSWORT	34

ANHANG

A1	Teilnehmende, Workshop 7.4.2017	35
A2	Ziele und Programm, Workshop 7.4.2017	37
A3	Synopsis und Stand der Umsetzung, März 2017	39
A4	Grobe Umsetzungsplanung 2017-2020, März 2017	43
A5	Entwurf prioritäre umsetzungskonzepte	44

1. WORKSHOP UND REFERATE

1.1 ZIELE UND ABLAUF DES WORKSHOPS

Stakeholder-Workshop I: Themen und Teilnehmende	Der Stakeholder-Workshop zur Umsetzung der Strategie NOSO fand am 7. April 2017 in den Räumlichkeiten des BAG in Bern statt. Insgesamt nahmen 36 Expertinnen und Experten am Workshop teil (Teilnehmerliste vgl. Anhang A1).
Unterlagen	Den Teilnehmenden wurde nebst Programm (vgl. Anhang A2) und Teilnehmerliste folgende Unterlagen zur Verfügung gestellt: <ul style="list-style-type: none">▪ Strategie NOSO, Synopsis und Stand der Umsetzung, März 2017 (d/f) (vgl. Anhang A3)▪ Strategie NOSO, Grobe Umsetzungsplanung 2017-2020, März 2017 (d/f) (vgl. Anhang A4)▪ Strategie NOSO (Voll- und Kurzversion) (d/f)
Stellenwert Synthese	Das vorliegende Dokument fasst die Resultate des Workshops (insbesondere der Gruppenarbeiten) zusammen und gilt als Protokoll. Als Grundlage dienen Flipchart-Protokolle, Präsentationen, Notizen, Fotos der „Post-it-Wände“ und Tonaufnahmen. Die hier dargelegten Inhalte bilden eine wesentliche Grundlage für die weiteren Arbeiten bzgl. Umsetzung der Strategie NOSO, insbesondere zur etappenweisen Erarbeitung von Umsetzungsplan/-konzept der prioritären Massnahmen.
Begrüssung	Daniel Koch (BAG) begrüsst die Anwesenden und weist auf folgende zentralen Punkte hin: <ul style="list-style-type: none">▪ Wie bei der Erarbeitung der Strategie NOSO wird auch bei deren Umsetzung der partizipative Ansatz genutzt. Er ist auch der Kern des heutigen Zusammentreffens und Zusammenarbeitens.▪ Viele Anwesende waren bereits in der Erarbeitung der Strategie involviert, andere sind noch nicht im gleichen Ausmass mit der Strategie NOSO vertraut. Alle sind aber gleichermassen dazu aufgerufen, sich im Rahmen der Umsetzung der Strategie NOSO einzubringen.▪ Das BAG nimmt bei der Strategieumsetzung eine koordinative Rolle ein und ist auf die Expertise und Praxiserfahrung der Anwesenden angewiesen. Erst auf Basis der Erfahrungen und des Wissens der anwesenden Stakeholder können (von den Projektgremien) Entscheide getroffen und Konkretisierungen von Massnahmen gemacht werden.▪ Mit der Organisation eines jährlich stattfindenden Stakeholder-Workshops zur Umsetzung der Strategie NOSO möchte das BAG den Erfahrungsaustausch zwischen den anwesenden Stakeholdern fördern und zu deren Vernetzung beitragen.▪ Das BAG freut sich über das Interesse der Anwesenden an der Umsetzung der Strategie NOSO und über die zahlreiche Teilnahme am Workshop. Die Motivation der Anwesenden ist der Schlüssel, um gemeinsam vorzugehen und die Massnahmen der Strategie erfolgreich umzusetzen.

Ziele	<p>Die Ziele des Workshops sind insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Alle Beteiligten über den Stand der Umsetzung und die ersten Überlegungen zur Umsetzungsplanung der Strategie informieren.▪ Bestmöglich auf Erfahrungen der Stakeholder aus Projekten und Praxis in den vier Handlungsfeldern der Strategie aufbauen.▪ Mit Hilfe der Stakeholder die Umsetzung der als prioritär erachteten Massnahmen konkretisieren.▪ Die Gemeinschaft der Stakeholder motivieren an der Umsetzung der Strategie NOSO mitzuwirken.
Ablauf	<p>Enrico Bellini (IC Infraconsult) führt in den Workshop ein (vgl. Programm im Anhang A2). Nach einem Impuls- und drei Kurzreferaten und einer kurzen Ausführung zum Stand der Umsetzung Strategie NOSO soll im Rahmen von Gruppenarbeiten die Umsetzung der als prioritär erachteten Massnahmen weiter konkretisiert werden. Für die Gruppenarbeiten gilt:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Jeweils eine Gruppe für die 4 Handlungsfelder Governance (G), Monitoring (M), Verhütung und Bekämpfung (VB) sowie Bildung und Forschung (BF).▪ Die Gruppenarbeiten finden in zwei Teilen mit jeweils unterschiedlichen Teilnehmenden statt.▪ Im ersten Teil werden für die jeweils prioritären Massnahmen Inputs zu Herausforderungen/Stolpersteine, Ansatzpunkte/Lösungsansätze und Erfolgsmessung zusammengetragen und diskutiert. Als Einstieg dient jeweils ein kurzes, praxisbezogenes Inputreferat.▪ Im zweiten Teil werden für die jeweils prioritären Massnahmen Inputs zu geplanten Aktivitäten, Output- und Outcome-Zielen sowie den Stakeholdern zusammengetragen und diskutiert. Als Einstieg dient jeweils ein unverbindlicher Vorentwurf für das Umsetzungskonzept einer prioritären Massnahme.▪ Die wichtigsten Ergebnisse der Gruppenarbeiten werden anschliessend jeweils im Plenum präsentiert.

1.2 IMPULSREFERAT

Herausforderungen und Schlüsselemente bei der Entwicklung einer wirksamen Prävention nosokomialer Infektionen

Walter Zingg
(Universitätsspital Genf)

Unter dem Referatstitel „Herausforderungen und Schlüsselemente bei der Entwicklung einer wirksamen Prävention nosokomialer Infektionen“ führte PD Dr. Walter Zingg vom Universitätsspital Genf in die Problematik healthcare-assoziiierter Infektionen ein.

Anhand zweier Projekte (SENIC und Michigan Keystone Projekt) wurden zuerst die Auswirkungen der Spitalhygiene/Infektionsprävention auf healthcare-assoziierte Infektionen präsentiert. Beim Michigan-Keystone-Projekt trugen folgende 5 Faktoren zu einer erfolgreichen Programmumsetzung bei:

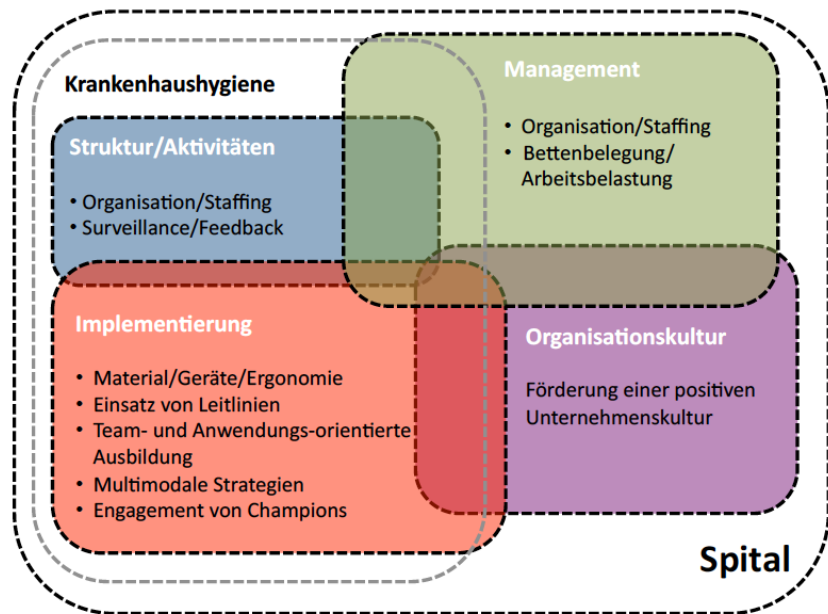
- Aufbau von Druck auf Spitäler, damit diese an Studie teilnehmen
- Entstehung einer vernetzten Gemeinschaft
- Gemeinsame Haltung, dass Katheter-assoziierte Infektionen inakzeptabel sind
- Fülle an verschiedenen, lokal angepassten und auf Engagement ausgelegten Interventionen
- Infektionsraten als disziplinierende Kraft.

Anschliessend wurden die Schlüsselemente für eine effiziente Infektionsprävention betreffend Organisation und Struktur vorgestellt. Die Präsentation stützt sich dabei auf die von Zingg et al. 2015 publizierte Studie.¹

In der Studie wurden 92 wissenschaftliche Publikationen (im Zeitraum von 1996 – 2012 veröffentlicht) bewertet und die zehn wichtigsten Schlüsselstrategien und ihre Indikatoren identifiziert. Zu den Schlüsselementen zählen u. a. die Organisation der Prävention healthcare-assoziiierter Infektionen auf Spitalebene / Bettenbelegung und Arbeitsbelastung / Team- und Aufgabenorientierte Ausbildung / (Prospektive) Surveillance und Feedback / Erarbeitung multimodaler Strategien zur Prävention healthcare-assoziiierter Infektionen und eine positive Unternehmenskultur.

Die Prävention healthcare-assoziiierter Infektionen ist eine Priorität in der Patientensicherheit und umfasst alle Mitarbeiter auf allen Ebenen (vgl. Abbildung). Jede und jeder trägt dazu bei, dass healthcare-assoziierte Infektionen vermieden werden. Die 10 Schlüssel-Elemente auf Ebene von Struktur, Organisation und Management ermöglichen den Spitälern und anderen medizinischen Institutionen, ihre Aktivitäten zu überprüfen und umfassende Präventionsprojekte zu entwickeln.

¹ Zingg W. et al. (2015): Systematic review and evidenced-based guidance on organization of hospital infection control programmes (SIGHT) study group. Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. Lancet Infect Dis 2015; 15: 212-24.



Zusammenspiel der zehn Schlüssel-Elemente im Spital (Quelle: Präsentation von W. Zingg und Executive Summary für das BAG).

Die 10 Schlüsselstrategien mit ihren Indikatoren helfen healthcare-assoziierte Infektionen zu reduzieren und die Patientensicherheit zu erhöhen. Die Strategien fungieren als möglicher „Leitfaden“ für Strategien in der Prävention healthcare-assoziiertes Infektionen.

Fragen aus dem Plenum

- Inwieweit sind Aussagen von Spitälern auch auf Pflegeheime anwendbar?
-> W. Zingg: Strategien sind auch bei Pflegeheimen anwendbar, ev. müssen sie aber teilweise etwas verschoben/angepasst werden.
- Die Schweiz hat kein zentralistisches Gesundheitssystem (im Gegensatz zu anderen Ländern). Wie stehen die Chancen in der Schweiz für die Umsetzung eines Präventionssystems?
-> W. Zingg: Es braucht v.a. das Interesse der Spitäler zur Zusammenarbeit, welches in der Schweiz grundsätzlich vorhanden ist („wo stehe ich im Vergleich zu anderen?“). Grundsätzlich optimistisch, dass es in der Schweiz mit der Umsetzung klappen wird. Die Erwartungen an die Spitäler dürfen aber nicht zu hoch sein.

1.3 STAND UMSETZUNG DER STRATEGIE NOSO

Stand Umsetzung Strategie NOSO

Virginie Masserey (BAG) stellt die Eckpunkte der Strategie NOSO vor und informiert über den Stand der Umsetzung. Die Umsetzung durch das BAG gründet auf dem Auftrag des Bundesrates (23.3.2016). Dieser besagt, dass das BAG die Strategie NOSO gemeinsam mit den Kantonen und Umsetzungspartnern umsetzen soll. Bis Ende 2020 ist eine Zwischenevaluation zu erstellen.

Wichtige Punkte der Strategie NOSO betreffen Schnittstellen zu anderen Strategien, Globalziele, Handlungsfelder, Schlüsselmassnahmen, Stakeholder, Projektorganisation und Termine (vgl. Synopsis in Anhang A3). Bei der Strategie NOSO und deren Umsetzung soll auf Bestehendem aufgebaut, Kräfte gebündelt und Lücken geschlossen werden.

Basierend auf der Diskussion mit dem Projektteam wurde folgende Priorisierung der Massnahmen vom Projektausschuss genehmigt:

- Phase I:
 - Rollen und Aufgaben der beteiligten Organisationen sind geklärt
 - Rolle von Swissnoso (Swissnoso+) ist gestärkt.
 - Auf Kommunikationsebene wird eine Strategie mit den wichtigsten Partnern entwickelt.
- Phase II:
 - Governance-Massnahmen werden in den Institutionen umgesetzt und die Implementierung des Monitorings in Spitälern und Pflegeheimen ist gewährleistet.
 - Ausweitung der Ausbildung von Spezialistinnen und Spezialisten beginnt.
- Phase III:
 - Governance-Strukturen werden gestärkt um Koordinierung und Qualität des Monitoring sicherzustellen.
 - Aber es sind vor allem die Präventions-, Bekämpfungs- und Ausbildungsmassnahmen in den Gesundheitseinrichtungen, die umgesetzt und institutionalisiert werden, um eine Kultur des Lernens und des Dialogs zu verfestigen.

Für folgende laufende Projekte wird Swissnoso aktuell durch das BAG finanziell unterstützt (vgl. Anhang 3):

- Drei Baseline-Studien
 - Punktprävalenzstudie: Healthcare-assoziierte Infektionen und Antibiotikagebrauch in Akutspitälern
 - Literatur-Review: The Preventable Proportion of Nosocomial Infections
 - Literatur-Review: Behavioural Determinants of Compliance with Infection Prevention Best Practice Guidelines
- Swissnoso+: Sicherstellung der Expertise und Entwicklung von geeigneten Strukturen für die Umsetzung der nationalen Strategie NOSO
- Clean Care Monitor: Überwachung von Infekt-präventiven Prozessparametern im OP (Entwicklung der Applikation "Clean Care Monitor" zur elektronischen Datenerfassung, direktem Feedback und Überwachung mit Benchmark)

Resultate und Berichte sind für 2017/18 vorgesehen.

1.4 KURZREFERATE

<p>Einleitung Kurzreferate</p>	<p>Virginie Masserey (BAG) erläutert, dass das Projektteam im Vorfeld des Workshops auf die Signalwirkung von bereits angelaufenen Pilotprojekten hingewiesen hat. Diese Projekte leisten einen wichtigen Beitrag für die erfolgreiche Umsetzung der Strategie NOSO und liefern relativ rasch erste Ergebnisse (z.B. Aufzeigen von konkreten Erfolgsfaktoren und Stolpersteinen, Ausweitung von lokalen Projekten auf die nationale Ebene). Drei solcher Projekte werden in den folgenden Kurzreferaten vorgestellt.</p>
<p>progress! - Sicherheit bei Blasenkathetern</p> <p>Stephanie Züllig (Patientensicherheit Schweiz)</p>	<p>Das nationale Pilotprogramm „progress! - Sicherheit bei Blasenkathetern“ läuft von 2016 bis 2018 in 7 Pilotspitälern. Ziel des Programmes ist es, Blasen-katheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden und somit das Verletzungs- und Infektionsrisiko zu senken. Zur Evaluation dienen (Baseline und Post): Surveillance, Mitarbeiterbefragungen und Prozessevaluation. Momentan befindet sich das Programm in der Phase der Prozessumsetzung. Als Erfolgsfaktoren von „progress!“ werden u.a. genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ wissenschaftliche Evidenz ▪ interprofessioneller Ansatz ▪ an lokale Gegebenheiten angepasste Umsetzung ▪ programmbedingte und zeitliche Vorgaben.
<p>SSI Intervention</p> <p>Alexander Schweiger (Swissnoso)</p>	<p>Die von Swissnoso lancierte Intervention zu postoperativen Wundinfektionen (Surgical Site Infections SSI) wird bereits in 10 Spitälern als Pilotprojekt durchgeführt. Die Haupthindernisse für eine funktionierende Prävention können unterschiedlicher Art sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Strukturell: Ressourcen, Projektkonkurrenz, fehlender externer Druck ▪ Inhaltlich: Eminenz/Gewohnheit vs. Evidenz, unterschiedliche Empfehlungen <p>Surveillance und regelmässiges Feedback zu Strukturqualität, Schulungen und Prozessen ermöglichen eine Reduktion der postoperativen Wundinfektionen. In verschiedenen Pilotspitälern konnte bereits eine Reduktion der Infektionsraten festgestellt werden.</p>
<p>Applikation „Clean Hands“</p> <p>Matthias Schlegel (SGSH/Swissnoso)</p>	<p>Die Bedeutung der Händehygiene zur Verhinderung healthcare-assoziiertes Infektionen ist unbestritten. Mit dem Projekt „Clean Hands“ soll das Gesundheitspersonal für dieses wichtige infektionspräventive Thema sensibilisiert werden. Über die von der Spitalhygiene des Kantonsspitals St. Gallen entwickelte und von Swissnoso übernommene Applikation werden die durchgeführten Händedesinfektionen direkt elektronisch erfasst. Die Applikation bietet mit der Surveillance auch die Möglichkeit für ein Benchmarking. Zudem eignet sie sich als Schulungsinstrument mit direktem Feedback an das betroffene Personal. Seit seiner Einführung haben bisher über 90 Spitäler am Projekt „Clean Hands“ teilgenommen (Stand Oktober 2016). Mit der kostenlosen App „Clean Hands - The Game“ kann die richtige Händehygiene auch spielerisch erlernt werden.</p>

Fragen aus dem Plenum

- Wie lange dauert die Konzipierung und Initialisierung eines Pilotprojekts?
Antwort S. Züllig: ca. 1. Jahr
- Für die Spitäler sind fehlende bzw. nicht zugesicherte Ressourcen ein Problem. Kann die Freigabe von Ressourcen schneller gehen?
Antwort I. Praplan (H+): Es gibt viele zu bearbeitende und sich konkurrierende Projekte im Bereich Qualität und Tarife, die Bereitschaft der Spitalleitungen sei aber da und es sei zu hoffen, dass es künftig schneller gehen wird.

1.5 AUSBLICK UND DANK AN TEILNEHMENDE

Nächste Schritte

Karin Keckeis (BAG) gibt einen Ausblick auf die anstehenden Arbeiten im Rahmen der Umsetzung der Strategie NOSO².

Nächste Schritte für Projektleitung:

- Erstellen Synthesebericht Workshop I (Mai 2017)
- Finalisieren Umsetzungskonzepte der priorisierten Massnahmen, unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Workshops (Mai 2017)
- Konsolidierung im Projektteam (bis Juni 2017) und Vernehmlassung im Projekt-Ausschuss (Juni 2017)

Nächste Schritte bei Umsetzung von Massnahmen:

- Vergabe von Mandaten für Studien
- Finanzielle Unterstützung für Ausarbeitung/Umsetzung der priorisierten Massnahmen.

Output für Teilnehmende:

- Synthesebericht Workshop I
- Folien der wichtigsten Präsentationen (d/f)

Nächster Stakeholder Workshop: Frühjahr 2018

Dank an Teilnehmende

Virginie Masserey (BAG) bedankt sich bei allen Anwesenden herzlich für ihre tatkräftige und wertvolle Mitarbeit am Workshop. Das BAG wird bemüht sein, die - teilweise auch kritischen - Inputs bei den weiteren Arbeiten zur Umsetzung der Strategie NOSO zu berücksichtigen.

² Nachträgliche Anmerkung der Projektleitung Strategie NOSO: Termine wurden zwischenzeitlich aktualisiert.

2. HANDLUNGSFELD GOVERNANCE (G)

Teilnehmende,
Moderation

Teilnehmende Teil I:
Krisztina Beer (GDK-CDS), Christiane Petignat (GDK-CDS), Isabell Praplan (H+),
Beat Wenger (Senesuisse), Stéphanie Züllig (Patientensicherheit Schweiz),
Isaac Zürcher (BAG)

Teilnehmende Teil II:
Rita-Lena Klein (SPO), Jonas Marschall (unimedsuisse), Carlos Quinto (FMH),
Danuta Reinholz (GDK-CDS), Walter Zingg (HUG), Isaac Zürcher (BAG)

Moderation:
Enrico Bellini (IC Infraconsult), Samuel Erny (BAG)

2.1 INPUTREFERAT

Titel, Referentin

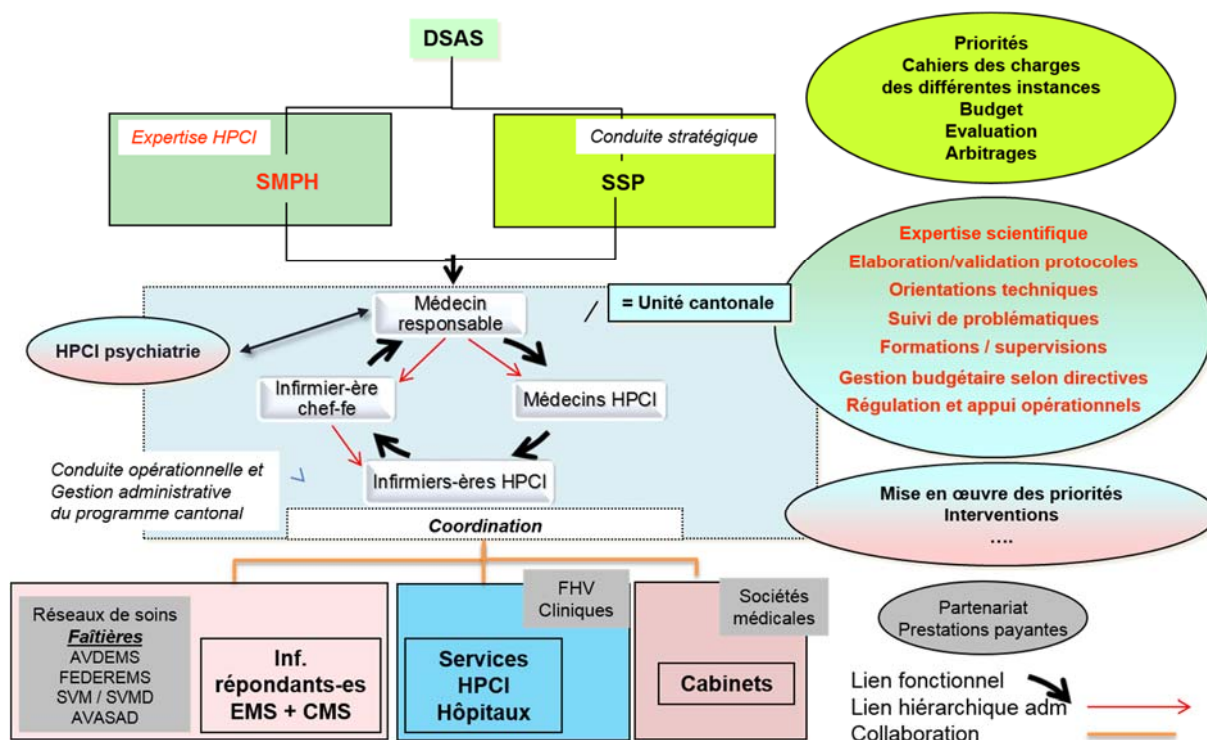
Kantonales Programm für Infektionsprävention (HPCI) Waadt und Engagement der verschiedenen Gesundheitseinrichtungen
C. Petignat (GDK-CDS), Unité HPCI (hygiène, prévention et contrôle de l'infection)

Governancemodell im
Kanton Waadt

C. Petignat präsentierte die Entstehung und die aktuelle Organisation der Infektionsprävention im Kanton Waadt (Pilotprojekt seit 2000, Umsetzung ab 2005) und erläuterte die wesentlichen Ziele und Ergebnisse sowie die Art der angebotenen Dienstleistungen. Die Organisation besteht einerseits aus einem politisch und wissenschaftlich zusammengesetzten Gremium (Conduite stratégique) und einer Einheit (Unité cantonale), die für die Gesamtkoordination und die operative und administrative Leitung zuständig ist (vgl. Abbildung unten). Für die Umsetzung in den Gesundheitsinstitutionen und -organisationen ist das HPCI-Programm (hygiène, prévention et contrôle de l'infection) auf die Infektionspräventions-Beauftragten angewiesen (référénts et répondants HPCI). Diese Struktur ermöglicht eine praxisnahe und dezentrale Umsetzung der Vorschriften und Massnahmen. Dieses Modell ist u.a. einmalig und interessant, weil es nebst den Spitälern auch die Pflegeheime, die Rehabilitationszentren und den ambulatorischen Bereich integriert. Das Budget für das Programm beträgt 1.2 Mio. CHF pro Jahr.

Herausforderung und
Stolpersteine im Kanton
Waadt

Die Hauptherausforderungen in der Umsetzung liegen in der Vielfalt der betroffenen Akteure, Institutionen (Spitäler, Pflegeheime, ambulante und häusliche Pflege), Patientenprofile und Ansprüche. Dazu kommt, dass die Ressourcen (Zeit und Geld) limitiert sind und die Qualifikationen des Gesundheitspersonals im Bereich Infektionsprävention sehr heterogen sind. Im Kanton Waadt dauerte die Entwicklung dieser Strukturen rund zehn Jahre.



Aktuelle Organisation des HPCI-Programmes (hygiène, prévention et contrôle de l'infection) im Kanton Waadt
(Quelle: Présentation C. Petignat)

Erörterung der erfolgsversprechenden Faktoren und Ansatzpunkte

Der Kanton Waadt hat in seinem HPCI-Programm folgende Ansatzpunkte und Lösungen gewählt (Auswahl):

- Programm-Management besteht aus einer Co-Leitung (Conduite stratégique), um sowohl den politischen Willen wie auch wissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen.
- Hygiene-Beauftragte (personnes-relais) in den kleineren Institutionen und Pflegeheimen als Ansprechpersonen an der Front.
- Beratung und Schulung für Mitarbeitende, vom Kanton wird eine 4-tägige Schulung der Hygienebeauftragten (personnes-relais) angeboten (bisher wurden 160 Personen ausgebildet, ca. 50 Personen pro Jahr).
- Die HPCI-Empfehlungen (élaboration de protocoles) wurden adressatengerecht angepasst (z.B. spezifische Protokolle für Pflegepersonal in Akutspitälern und Pflegeheimen) und die Anwendung mit Schulungen und Audits begleitet.
- Ziele und Massnahmen zur Reduktion von healthcare-assoziierten Infektionen werden von der operativen Leitung („Unité cantonale“) des Programms der strategische Leitung („Conduite stratégique“) vorgeschlagen und anschliessend in den Leistungsverträgen mit den Gesundheitsinstitutionen integriert (mit Ausnahme der Pflegeheime).
- Für Pflegeheime gibt es keine Leistungsaufträge. Die Begleitung basiert auf eine Partnerschaft, wobei der Wille zur Umsetzung je nach Institution sehr unterschiedlich sein kann („il y a des bons et moins bons élèves“).

- Empfehlungen des Kantons für Hygiene-Beauftragte (in der Praxis noch nicht umgesetzt).
 - Pflegeheime mit <30 Betten: ein halber Tag pro Monat
 - Pflegeheime mit >70-80 Betten: ein halber Tag pro Woche.
- Die Teilnahme am Programm ist freiwillig (es gibt keine Verpflichtung).

Erfolgsmessung

Auf Ebene der HPCI-Programmleitung werden Ziele und Massnahmen formuliert. Die Resultate werden von der operativen Leitung („Unité cantonale“) zusammengetragen und ausgewertet. Darauf basierend werden Massnahmen in den betroffenen Institutionen vorgeschlagen und umgesetzt. Die Umsetzung der Empfehlungen wird sichergestellt und kontrolliert durch:

- Audits bei der Pflege (Handhygiene, Einhaltung der Protokolle): Teilnahme am Programm „Clean Hands“ (adaptiert für Langzeitpflege-Institutionen). Eine Surveillance mit 30'000 Beobachtungen aus dem Jahr 2016 lieferte folgende Resultate: 80 % Einhaltung der Handhygiene-Vorschriften (Compliance) in den Pflegeheimen des Kantons Waadt, versus 75 % drei Jahre früher („80 % d'observance de l'hygiène des mains dans les EMS vaudois globalement en 2016“). Aber bei der Compliance gibt es eine sehr grosse Spannbreite (30 bis 99 %) zwischen den Einrichtungen. Laut C. Petignat und ihrer Erfahrung, ist man wahrscheinlich in der Realität (im Alltag) bei 60 % Compliance wenn man unter der speziellen Situation eines Audits 80 % Compliance misst, d.h. man muss davon ausgehen, dass die Compliance unter Beobachtung signifikant besser ist als ohne Beobachtung.
- Das Tragen von Atemmasken bei nicht geimpften Mitarbeitenden während der Grippe-Epidemie wurde überwacht (surveillance des syndrômes grippaux, Ergebnisse voraussichtlich im Herbst 2017).
- Das HPCI-Programm offeriert den Gesundheitsinstitutionen einerseits unterschiedliche epidemiologische Überwachungen und führt diese durch. Andererseits werden Infektionskontrollstrategien entwickelt (z.B. für den Umgang mit multiresistenten Keimen in Pflegeheimen).

2.2 ERKENNTNISSE FÜR DIE UMSETZUNG

Die Teilnehmenden haben folgende allgemeine und zusammenfassende Erkenntnisse für die Umsetzung aller Schlüsselmassnahmen des Handlungsfelds Governance formuliert:

Herausforderungen, Stolpersteine

- Eine gute Governance muss praxisnah und pragmatisch sein, die Akteure an der Front müssen praktische Tools und Support bekommen.
- Ressourcenverteilung auf allen Ebenen (Kanton/Institutionen) ist für die Umsetzung entscheidend. Governance-Modelle sollten eine zeitliche Entlastung (durch Support, Tools etc.) und finanzielle Unterstützung bieten. Projekte in der Prävention healthcare-assoziiertes Infektion sind meistens nicht subventioniert, im Gegensatz zu Qualitätsmanagement-Projekten.

- Fehlende aktuelle epidemiologische Zahlen/Evidenz: gewisse Zahlen stammen aus Studien die mehr als 10 Jahren alt sind oder es sind ausländische Daten, die für schweizerische Verhältnisse nicht repräsentativ sind. Diese Situation erschwert die Argumentation und die Umsetzung.
 - Fehlende Daten zu Kosten von healthcare-assoziierten Infektionen: man ist sich bewusst, dass diese Angaben schwierig zu generieren sind, aber solche Kosten-Nutzen-Studien würden auch neue Argumente gegenüber den Leitungsgremien der Institutionen bringen.
 - Die Definition der Qualität bzw. von Qualitätszielen in der Pflege ist vom politischen Willen abhängig. Dieser ist je nach Kanton sehr unterschiedlich. Deswegen ist es sehr wichtig, dass gewisse Kriterien und Ziele vom Bund definiert werden.
 - Strukturen und Governance-Modelle zu entwickeln ist sehr zeitaufwändig (vgl. HPCI-Modell Kanton Waadt).
- Ansatzpunkte,
Lösungsansätze
- Lernen von Pilotprogrammen (Modell vom Kanton Waadt basiert auf einem Gesundheitsnetzwerk aus dem Jahr 2000).
 - „Es braucht nicht immer eine Richtlinie“: Bei gewissen Massnahmen würde es sich z.B. mehr lohnen in Schulungen oder Tools zu investieren.
 - Lernen von anderen Kantonen/Ländern: Andere Modelle und Erfahrungen sind in verschiedenen Kantonen vorhanden. Kantone können voneinander lernen („Laborföderalismus“ im Sinne eines Wissensmanagements).
 - Monitoring als politisches Signal: Monitoring wird als sehr wichtig angeschaut. Die Akteure an der Front brauchen evidenzbasierte aktuelle Zahlen und Argumente.
 - Internationale Dynamik als Katalysator: Auf internationaler Ebene laufen im Moment zahlreiche Diskussionen und Konferenzen (u.a. zum Thema nosokomiale Infektionen, Patientensicherheit, Antibiotikaresistenz). Diese Dynamik ist für eine nationale Implementierung und den Fachaus-tausch sicher positiv. Allerdings ergibt sich daraus eine gewisse Themen-konkurrenz.
 - Die Relevanz von Massnahmen muss geprüft werden, inklusive Evidenz-grundlagen zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Um die Entsch-eidungsträger der Institutionen zu überzeugen ist es nützlich, die Kosten-Nutzen-Verhältnisse von Massnahmen zu kennen.
- Erfolgsmessung
- Audits: Eine Hilfestellung bei der Entwicklung von Audits trägt zur Sicher-stellung der Umsetzung der Empfehlungen bei (z.B. bei der Einhaltung der Handhygiene-Protokolle).
 - Monitoring: Die Bereitstellung von Monitoring-Tools ermöglicht eine Zentralisierung und Wiederherstellung verschiedener Überwachungen. Die Berichterstattung der Ergebnisse wird somit erleichtert.
 - Minimalanforderungen an spezialisiertem Personal (pro Betten): Diese Anforderung ist entscheidend und würde auch eine Erfolgsmessung er-möglichen. Wichtig ist dabei, dass dies nicht nur für Spezialisten der In-fektionsprävention und Spitalhygiene festgelegt sein sollte, sondern auch für die Hygiene-Beauftragten innerhalb des Pflegepersonals (z.B. An-zahl/Stellenprozentage Hygiene-Beauftragte pro Betten in Pflegeheimen).

2.3 KONKRETISIERUNG VON PRIORISIERTEN TEILBEREICHEN

Priorisierte Teilbereiche	<p>Folgende Teilbereiche des Handlungsfelds Governance wurden in der Umsetzungsplanung priorisiert und im zweiten Teil der Gruppenarbeit diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ G-2-1: Aufgaben klären, Rollenteilung optimieren ▪ G-2-2: Strukturen optimieren. <p>Ein Entwurf eines Umsetzungskonzepts für G-2-1 wurde im Vorfeld des Workshops erarbeitet und als Diskussionsgrundlage vorgestellt (vgl. Anhang A5). Diese beiden Teilbereiche sind eng gekoppelt und wurden in dieser Gruppenarbeit gemeinsam diskutiert.</p>
Akteure	<p>Zusätzlich zu den erwähnten Akteuren im Entwurf wurde die Rolle der Patienten und der Universitätsspitäler hervorgehoben und präzisiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientenschutzorganisationen sollten Sprachrohr für Patienten/-innen und Übersetzerin zwischen Gesundheitspersonal und Patienten/-innen sein. Die Patientensicht könnte man z.B. mit Hilfe von round tables einholen. ▪ Einbezug von Arbeitspsychologen/Soziologen für die Implementierung gewisser Massnahmen. ▪ Unispitäler als Motor in Sachen Bildung, Datenerhebung, Interventionen, Forschung etc..

2.3.1 G-2-1: AUFGABEN KLÄREN, ROLLENTEILUNG OPTIMIEREN

Ziele (Output/Outcome)	<p>Für diesen Teilbereich hat man vor allem das Fachgremium „Nationales Kompetenzzentrum Swissnoso+“ als Ziel präzisiert. Die Unabhängigkeit dieses Gremiums wurde nochmals betont.</p> <p>Eine neue gesetzliche Grundlage (auf Ebene Verordnung) wurde als zusätzliches mögliches (Output-)Ziel formuliert. In dieser Verordnung sollten die Rollen und Aufgaben in der Prävention und Bekämpfung der healthcare-assoziierten Infektionen festgelegt werden. Diese „legale Basis“ müsste insbesondere die Rolle und die Finanzierung von Swissnoso definieren. Diese rechtlichen Aspekte konnten aber im Workshop nicht vertieft diskutiert werden, da die zuständige Person (Rechtsdienst BAG) nicht anwesend war.</p>
Geplante Aktivitäten, Zwischenetappen	<p>Die Aktivitäten wurden nicht konkretisiert, aber folgender Punkt erwähnt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ein formales Mandat vom BAG an Swissnoso muss festgelegt werden. <p><i>Nachträgliche Präzisierung der Projektleitung Strategie NOSO: Das BAG co-finanziert ein angelaufenes Projekt zum Aufbau des Gremiums „Swissnoso+“, das die Expertise und Entwicklung von geeigneten Strukturen für die Umsetzung der Strategie NOSO sicherstellen soll. Ein Zwischenbericht soll bis Ende Juni 2017 vorliegen.</i></p>

2.3.2 G-2-2: STRUKTUREN OPTIMIEREN

Ziele (Output/Outcome)	<p>Als Output-Ziel wurde die Erarbeitung eines Umsetzungsorganigramms bestätigt, damit die Rollen und Aufgaben von Bund, Kantonen, GDK und den verschiedenen Organisationen geklärt werden. Von den Teilnehmenden wurde aber auch gesagt, dass man „das Rad nicht neu erfinden sollte“, sondern auf bestehenden Strukturen und Prozessen aufbauen sollte (vgl. Vorschlag weiter unten im Text).</p>
Geplante Aktivitäten, Zwischenetappen	<p>In einem solchen Umsetzungsorganigramm sollten die Strukturen auf zwei Ebenen abgebildet sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine erste Ebene soll die politischen Prozesse und Entscheidungswege abdecken. ▪ Eine zweite Ebene konzentriert sich auf die Implementierung innerhalb der Gesundheitseinrichtungen. <p>Danuta Reinholz (GDK-CDS) macht einen Vorschlag für ein mögliches Organisationsmodell (Top-down-Ansatz) und versucht die Rolle von Swissnoso zu präzisieren. Dabei ist Swissnoso in einem Netzwerk organisiert. Die Erarbeitung von Empfehlungen, Richtlinien und Vorschriften erfolgt durch Swissnoso, in enger Zusammenarbeit mit den Organisationen im Spital- und Pflegebereich (Universitätsspitäler, Patientensicherheit u.a.). Die erarbeiteten Dokumente gehen bei der GDK in die Vernehmlassung und werden von ihr genehmigt (oder nicht). Die neuen Instrumente können anschliessend an die Spitäler weitergeleitet werden, wobei die Kantone die Implementierung begleiten und unterstützen sollten. Für die Pflegeinstitutionen ist ein ähnliches System denkbar, aber mit der Implikation durch die Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK-CDAS).</p> <p>Erfahrungen und Bedürfnisse aus der Front müssen natürlich auch wieder nach oben zurückfliessen und bei der Erarbeitung bzw. Überarbeitung von Empfehlungen berücksichtigt werden.</p> <p>Lernen von Organisationsmodellen aus anderen Ländern (z.B. Deutschland mit Modell von Robert-Koch-Institut RKI).</p> <p>Im Handlungsfeld Governance ist für die Erarbeitung von geeigneten Strukturen und für die Rollenklärung gleichzeitig ein Top-down-Ansatz wie auch ein Bottom-up-Ansatz nötig.</p>

3. HANDLUNGSFELD MONITORING (M)

Teilnehmende, Moderation	<p>Teilnehmende Teil I: Andreas Birrer (BAG), Dominique Blanc (SGM), Regula Heller (ANQ), Jonas Marschall (unimeduisse), Thomas Röthlisberger (IC Infraconsult), Matthias Schlegel (SGSH)</p> <p>Teilnehmende Teil II: Andreas Birrer (BAG), Regula Heller (ANQ), Anna Jörger (curaviva), Christian Kahlert (SGP), Adrien Kay (BAG), Rafael Moreno (Swissmedic), Isabell Praplan (H+), Thomas Röthlisberger (IC Infraconsult), Stephanie Züllig (Patientensicherheit Schweiz)</p> <p>Moderation: Hans C. Matter (BAG), Marianne Jost (BAG)</p>
-----------------------------	--

3.1 INPUTREFERAT

Titel, Referentin	<p>Erfahrungen im Bereich des Monitorings postoperativer Wundinfektionen Regula Heller (ANQ, Leitung Akutsomatik)</p>
ANQ	<p>ANQ = Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2009 gegründet, wird von allen wichtigen Partnern des Gesundheitswesens getragen: H+, santésuisse, Kantone, Sozialversicherer (SUVA, IV), BAG (Beobachterstatus). ▪ Ziele: Planung/Durchführung von Qualitätsmessungen, vergleichbare Auswertungen sowie transparente Veröffentlichung der Ergebnisse. ▪ Nationaler Qualitätsvertrag: Spitäler/Kliniken verpflichten sich zur Durchführung von Qualitätsmessungen, Kantone/Versicherer nehmen Qualitätsmessung in Leistungsvereinbarungen/Tarifverträge auf und leisten Anschubfinanzierung für Messung.
Beispiel SSI	<p>Beispiel: Postoperative Wundinfektionsmessung SSI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eckpunkte: Kooperation mit Spezialisten/Experten (Swissnoso), Messung mit etablierter/validierter Methode, vorgegebenes Messprotokoll, Schulung für Datenerfassung, Audits für Qualitätssicherung, Ergebnisse auf Website ANQ frei zugänglich. ▪ Spitäler/Kliniken erfassen Wundinfektion bei mind. 3 selbst bestimmten Eingriffsarten (von 12 möglichen, wobei Kolonchirurgie verpflichtend ist, grosse Spitäler erfassen 6-7 Eingriffsarten. Messung ist aufwändig (personell, finanziell)). <p>Erkenntnisse für Spitäler/Kliniken durch Messung/Monitoring:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Differenziertere Infos/Erkenntnisse zu SSI, Vergleich zu anderen Institutionen möglich.

- Argumentationshilfe für interne Verbesserungen/Investitionen.
- Positive Auswirkungen auf andere interne Prozesse und Diskurs mit Kostenträger.

Herausforderungen für Messung/Monitoring:

- Methode und Indikatoren für die Messung und Veröffentlichung finden und bestimmen, die sowohl aus Sicht Spitäler/Kliniken und wie auch aus Sicht Kantone/Versicherer geeignet sind.
- Gegenüber anderen Akteuren/Programmen positionieren, bei Spitälern/Kliniken Vertrauen aufbauen, Zweck und Nutzen kommunizieren, mit Widerständen umgehen (Verpflichtung zur Messung, Veröffentlichung Ergebnisse).
- Ausreichende Datenqualität und Transparenz erreichen, geeignete Kommunikationswege finden (Fachkreise, Öffentlichkeit).

Lessons learned für Messung/Monitoring:

- Legitimation von Messung/Organisation durch wichtigste Stakeholder im Gesundheitswesen (paritätisch, Bottom-up) notwendig
- Enge, konsensorientierte Zusammenarbeit mit Experten/Fachgesellschaften (z.B. Swissnoso) notwendig und sinnvoll
- Vertragliche Verpflichtung zur Umsetzung, geregelte Finanzierung, klar definierte Rollen und Zuständigkeiten (Entscheid-Kompetenz) notwendig
- Vernehmlassungsverfahren (Einbezug Stakeholder, dient auch Kommunikation) aufwändig, aber sinnvoll.
- Definition und Dokumentation aller Prozesse (Datenerfassung, Auswertung, Berichterstattung und Veröffentlichung) notwendig.
- Ausreichend Zeit für Implementierungsprozess in Spitälern/Kliniken notwendig.
- Aus Sicht Spitäler/Kliniken: Bei der Vielzahl an Projekten, der knappen Ressourcen und ungenügenden Infrastruktur fällt die Auswahl der Projekte, an welchen sie sich beteiligen können, schwer.

3.2 ERKENNTNISSE FÜR DIE UMSETZUNG

Nachfolgend sind allgemeine und zusammenfassende Erkenntnisse für die Umsetzung aller Schlüsselmassnahmen des Handlungsfelds Monitoring formuliert.

Herausforderungen,
Stolpersteine

Herausforderungen für Aufbau/Einführung eines Monitorings bzw. einer Datenerfassung

- Vielzahl an bestehenden Projekten (nicht nur NOSO): Die Auswahl an ein-zubeziehenden Projekten/Programmen (Messungen) ist für Spitäler/Kliniken schwierig, knappe Ressourcen und ungenügende Infrastruktur sind wichtige Entscheidungsfaktoren.
- Fehlende Ressourcen für Aufbau/Einführung: Es müssen ausreichend finanzielle Mittel für Personal und Infrastruktur bereitgestellt werden, z.T.

fließen Ressourcen auch nicht in die „richtigen“ Bereiche (sondern in Bereiche mit guten Ergebnissen).

- Messung ist stark von Eingriff abhängig: Die Erstellung von allgemein anwendbaren Normprozessen ist nur sehr beschränkt möglich (keine Normprozesse), dies bedingt u.a. Wahlfreiheit bei Projektteilnahme.
- Messung von Outcome- oder Prozessparameter: Für die Messung sind die richtigen Parameter zu bestimmen, können je nach Eingriff und/oder Klinik/Spital unterschiedlich sein.
- Heterogene Struktur der Gesundheitseinrichtungen in der Schweiz: Lösungen können nicht immer von einer auf alle übertragen werden (keine Normlösungen), dies bedingt u.a. Wahlfreiheit bei Projektteilnahme.
- Widerstand gegen Einführung bei Spitäler/Kliniken: Bei Einführung/Umsetzung einer Messung muss Balance zwischen zu viel und zu wenig Druck gefunden werden. Spital/Klinik geht mit Teilnahme an Projekt ein gewisses Risiko ein.
- Informatik: Bestehende Informatiklösungen (z.B. IT-Silos) können Messungen erschweren, aber z.T. kein Bedarf/Interesse an einer gemeinsamen IT-Lösung vorhanden.
- Public Reporting/Transparenz der Daten: Ist für Verbesserung interner Prozesse gut, wenn aber finanzielle Auswirkungen (Tarife) damit verknüpft werden, ist Klinik/Spital nicht an Messung interessiert bzw. sie wählen die Messung derjenigen Eingriffe, bei denen sie gute Ergebnisse aufweisen.
- Verwendung/Nutzen der Daten: Nicht nur messen (Daten erfassen reicht nicht aus), sondern auch interpretieren (wie sind Ergebnisse zustande gekommen? Was kann verbessert werden?). Es besteht die Gefahr von Fehlinterpretationen: z. B. „Wir sind nicht schlechter als der Durchschnitt, also müssen wir nichts machen“.
- Die Definition und das Auftreten von Infektionen basieren auf einer mikrobiologischen Dokumentation. Diese kann je nach Verfahren der Probenahme und nach Laboratorium variieren. Bei Audits müssen deshalb die Anzahl entnommener Proben und die Nachweismethoden der Laboren berücksichtigt werden.

Ansatzpunkte,
Lösungsansätze

- Struktur/Vorgehen bei Aufbau/Einführung eines Monitorings:
 - 1) Thematik/Programme und fachliches Ziel bestimmen
 - 2) Datenbedarf abklären
 - 3) Methode festlegen: neue, wissenschaftlich etablierte Messmethode implementieren vs. Anpassung/Weiterentwicklung von bereits bestehenden Messmethoden.

Fazit: Geeignetes zur Methode/Messung kann erst bestimmt werden, wenn Projekt/Ziel bekannt ist.
- Monitoring/Methode sollte nicht Top-down erfolgen, wobei es je nach Eingriff und Einrichtung einen gewissen Druck von Oben braucht.
- Auswahl von Programmen/Projekten: den Spitäler/Kliniken Hilfestellungen für die Auswahl bieten.
- Ressourcen: Durch Swissnoso in „richtige“ Bereiche lenken, finanzielle Sanktionen nicht von Messergebnissen, sondern von Bereitschaft zur Intervention abhängig machen.
- Informatik: Bestehende IT-Silos vernetzen.

- Erfolgsmessung
- Verminderung von Widerstand: Vertrauensbildung, kommerzieller Mehrwert aufzeigen, Rollen/Zuständigkeiten klären/definieren, Zusammenarbeit mit Experten/-innen fördern, Entscheide/Vorgaben durch Vernehmlassungen abstützen.
- Messungen sind möglich anhand:
- Infektionsraten.
 - Überwachung basierend auf mikrobakteriellen Daten (grobes Überwachungs-Screening, kann als Entscheidungshilfe für Auswahl der Projektteilnahme dienen).
 - Audits zur Qualitätssicherung (Erfassungsqualität, Labordiagnostik).

3.3 KONKRETISIERUNG VON PRIORISIERTEN TEILBEREICHEN

- Priorisierte Teilbereiche
- Für das Handlungsfeld Monitoring wurden in der Umsetzungsplanung für die Schlüsselmassnahme M-1 Nationales Monitoring-System folgende zwei Teilbereiche priorisiert und in der Gruppenarbeit diskutiert:
- M-1-2: Monitoring mit hoher Qualität
 - M-1-1: Akteure stärken.

Diese beiden Teilbereiche sind eng gekoppelt und wurden in der Gruppenarbeit gemeinsam diskutiert. Als Diskussionsgrundlage diente u.a. ein unverbindlicher Vorentwurf eines Umsetzungskonzepts für M-1-2 (vgl. Anhang A5).

Von den Teilnehmenden wurden folgende Punkte genannt, die im Handlungsfeld Monitoring generell beachtet werden sollten:

- Das Monitoring ist der Intervention grundsätzlich untergeordnet (zuerst muss Intervention bekannt sein, erst dann kann Messung bestimmt werden).
- Bei nationalem Monitoring ist Differenzierung nach Institution und Eingriff wichtig.
- Monitoring anhand von Best-Practices auf nationaler Ebene implementieren.
- Kantone sind für Einführung/Umsetzung Monitoring wichtige Akteure (Leistungsvertrag, Aufsicht, Ressourcen).

3.3.1 M-1-2: MONITORING MIT HOHER QUALITÄT

- Geplante Aktivitäten, Zwischenetappen
- Auf nationaler Ebene festlegen, wo der grösste Interventions- und Messbedarf besteht (und es ein Monitoring braucht). Dabei sollten folgende Punkte berücksichtigt werden:
 - Für diese Aufgabe geeignete Experten/-innen bestimmen (mit/ohne Kantone und Versicherer?)
 - Aufgrund internationalem und nationalem Expertenwissen analysieren, wo das grösste Verbesserungspotenzial besteht (anhand von Schweregrad, Häufigkeit einer healthcare-assoziierten Infektion etc.).
 - Kriterien-Raster erarbeiten, wo ein Monitoring prioritär eingeführt werden soll (nach Patientenwohl, nach anfallenden Kosten etc.).

	<ul style="list-style-type: none"> - Bedarf an Monitoring (und Intervention) nach Institutionstyp (Kliniken, Spitäler, Pflegeheime etc.) festlegen. - Festlegen, wo ein Monitoring eingeführt werden soll erfolgt nach dem Motto „lieber weniger als mehr“ ▪ Geeignete Methoden suchen/zusammentragen, dabei nach Eingriff und Institutionstyp sowie Outcome- und Prozessorientiertem Monitoring unterscheiden. ▪ Jeweilige Indikatoren, Ziel-/Akzeptanzwerte, Mindestdatensätze etc. bestimmen. ▪ Best Practices ableiten/formulieren.
Ziele (Output/Outcome)	<p>Output:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Messstandards, Best Practices, einheitliche Erfassungstools, mit Intervention gekoppeltes Monitoring (z.B. “progress!“ Sicherheit bei Blasenkathe-thern). ▪ Bemerkung zur Diskussionsgrundlage (vgl. Anhang A5): Die 2 Ziele „institutionalisierte Audits“ und „Benchmarking-Liste“ werden nicht von allen Anwesenden unterstützt (haben Kontrollcharakter, können Monitoring gefährden). <p>Outcome:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hohe Adhärenz der teilnehmenden Institutionen (Umsetzung Monitoring).
Akteure	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kantone ▪ ANQ, Swissnoso ▪ Spitäler/Kliniken, Pflegeheime ▪ Versicherer ▪ BAG

3.3.2 M-1-1: AKTEURE STÄRKEN

Geplante Aktivitäten, Zwischenetappen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Finanzierung regeln ▪ Schulungen, Infoveranstaltungen etc. bereitstellen ▪ Für Monitoring verantwortliche Personen bezeichnen und mit entsprechenden Kompetenzen und Ressourcen ausstatten
Ziele (Output/Outcome)	<p>Output:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoring (inkl. entsprechende Ressourcen) in Leistungsvereinbarung aufgenommen. <p>Outcome:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Feedback aus Monitoring, hohe Beteiligung bei der Umsetzung von Monitorings.
Akteure	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kantone ▪ Spitäler/Kliniken, Pflegeheime

4. HANDLUNGSFELD VERHÜTUNG UND BEKÄMPFUNG (VB)

Teilnehmende,
Moderation

Teilnehmende Teil I:

Katrin Holenstein (BAG), Christian Kahlert (SGP), Adrien Kay (BAG), Rita-Lena Klein (SPO), Stefan Kuster (Swissnoso), Rafael Moreno (Swissmedic), Dunja Nicca (Institut für Pflegewissenschaft), Danuta Reinholz (GDK-CDS), Walter Zingg (HUG)

Teilnehmende Teil II:

Krisztina Beer (GDK-CDS), Andrea Ermler (VFP), Kathrin Holenstein (BAG), Marie-Theres Meier (fibs), Christiane Petignat (GDK-CDS), Matthias Schlegel (SGSH), Alexander Schweiger (Swissnoso), Beat Wenger (Senesuisse)

Moderation:

Karin Wäfler (BAG), Lydia Ciullo (BAG)

4.1 INPUTREFERAT

Titel, Referentin

Development and Evaluation of Complex Interventions: The Example of Influenza Prevention; Hospital acquired Influenza Prevention (HaIP Study)

Dunja Nicca (Institut für Pflegewissenschaft)

HaIP Study

Herausforderungen:

- Kombinierte Strategien/Komponenten der HaIP sind effektiver (Handhygiene, Isolation, Masken, Impfung pro Health Care Worker), aber auch komplexer umzusetzen (die verschiedenen Komponenten interagieren, betroffene Ziel- bzw. Berufsgruppen/levels innerhalb einer Organisation und unterschiedliche Ansprüche bzgl. Timing und Vorgehensweise bei der Implementierung).
- Classic Randomized controlled Trials (RCT) haben ihre Grenzen (unterschiedlicher Kontext bei Messung, wenig Fälle, etc. machen RCT zur Evaluation von zusammengesetzten präventiven Interventionen schwierig bis unmöglich).
- Verantwortungsbewusstsein für den Selbst- und Patientenschutz stärken und das Verständnis für dessen Bedeutung für die öffentliche Gesundheit verankern.
- Gesamtes Team in Projekt miteinbeziehen und personenbezogene Kompetenzen aufbauen.
- Externe und interne Widerstände gegen Projekt überwinden.

Schlussfolgerungen: Für die Realisierung einer Intervention braucht es:

- Genügend Wissen zu Kontext und Prozess der Intervention (= Schlüssel-Erfolgsfaktor)
- Genügend Zeit

- Überzeugungsarbeit bei Beteiligten (häufig herrscht noch klassisches RCT-Denken)
- Expertisen (in quantitativer und qualitativer Forschung) und Forschungsteams
- Partizipation der Beteiligten
- Koordination der Projektschritte
- Prozess- und Outcome-Evaluation

4.2 ERKENNTNISSE FÜR DIE UMSETZUNG

Herausforderungen,
Stolpersteine

Herausforderungen bei der Umsetzung von Verhütungs-/Bekämpfungsmassnahmen:

- Ressourcen: es braucht Finanzen, Personal, Wissen.
- Übersättigung des Personals mit Themen: es gibt eine Projekt- und Projektteamkonkurrenz.
- Konkurrenz von Strategien (z.B. StAR vs. NOSO): kann Verwirrung auslösen.
- Für gesamte Schweiz allgemein gültige Ziele: sind wegen heterogener Struktur der Gesundheitseinrichtungen schwer zu setzen.
- Umgang mit Daten: Benchmarking, Transparenz.
- Fehlerkultur: fehlende Kausalität bei Schadensfällen, Aufklärung der Patienten vor Eingriff vs. persönliches Erleben bei Schadenfall (Leid, Wut, Enttäuschung, Misstrauen), Patienten erwarten Wiedergutmachung.
- Zusammenarbeit der Akteure auf unterschiedlicher Ebene (BAG, Swissmedic, Kantone, Spitäler/Kliniken, Pflegeheime, Bildungseinrichtungen etc.): Klärung von Kompetenz- und Ressourcenfragen.
- Für Optimierung/Weiterentwicklung (VB-1): Transfer einer Massnahme von einer Institution auf eine andere (unterschiedliche Kultur in den Spitälern etc.).
- Spitalhygiene: Braucht Bereitschaft „unangenehm“ zu sein, Verantwortung übernehmen (Institutionen, Kantone).

Ansatzpunkte,
Lösungsansätze

Mögliche Lösungsansätze für die Verhütungs- und Bekämpfungsmassnahmen generell:

- Bei Umsetzung von Interventionsstudien: Für Aneignung von Wissen zu Kontext/Prozess genügend Ressourcen und Zeit bereitstellen.
- Bei Offenlegung von Daten: Veröffentlichung langsam aufbauen, Engagement für mehr Transparenz fördern (z.B. Offenlegung Infektionswerte).
- Bei Schaden für die Patienten: Entschuldigung, Wiedergutmachung, Entschädigung (Patient soll nicht leer ausgehen). Druck auf Spital erhöhen (z. B. werden in Grossbritannien Spitäler bestraft).
- Bei Konkurrenz von Strategien/Massnahmen in Spitälern/Kliniken: Priorisierung vornehmen („weniger ist mehr“, möglichst konkrete und punktuelle Projekte mit klar definierten Zielen und quantitativen Indikatoren).
- Bei mangelndem Einfluss/Druck von Swissmedic (z.B. Inspektionen bzgl. Wiederaufbereitung von Medizinprodukten): Einfluss mit rechtlichen

Grundlagen, Richtlinien etc. Kompetenzen für Swissmedic erhöhen (Enforcement).

Lösungsansätze für einzelne Teilbereiche:

- Optimierung/Weiterentwicklung (VB-1): Bewusstsein und Integration im Alltag (Safety-Kultur) fördern, Lernerfolg prüfen, Optimierungs- und Entwicklungsmöglichkeiten aufzeigen, Kommunikation zwischen verschiedenen Projekten sicherstellen.
- Sensibilisierung und Einbezug (VB-2): Bekanntheit der Strategie NOSO erhöhen, Bewusstsein/Awareness in Spitälern verstärken, wiederkehrende Kernbotschaften einfach verpacken, Betroffene direkt einbinden (u.a. mit Schulungen).
- Förderung der Impfprävention (VB-4): Klare Priorisierung der sensiblen Patientenbereiche.

Erfolgsmessung

- Für Strategie NOSO übergeordnete quantitative Ziele definieren, welche Institutions- und Projektgerecht herunter zu brechen sind.
- Sinnvolle Auswahl der Messgrössen (Effektgrössen) und Mechanismen der Interventionen).
- Adhärenz-Messung vor/nach Interventionen, Inzidenzen bzw. Prävalenzen der jeweiligen healthcare-assoziierten Infektionen.

4.3 KONKRETISIERUNG VON PRIORISIERTEN TEILBEREICHEN

Priorisierte Teilbereiche

Für das Handlungsfeld Verhütung und Bekämpfung (VB) wurden in der Umsetzungsplanung folgende zwei Teilbereiche priorisiert und in der Gruppenarbeit diskutiert:

- VB- 1: Optimierung und Weiterentwicklung
- VB-2-3: Formelles Engagement der Akteure etablieren.

Diese beiden Teilbereiche sind eng gekoppelt und wurden in der Gruppenarbeit gemeinsam diskutiert. Als Diskussionsgrundlage diente u.a. ein unverbindlicher Vorentwurf eines Umsetzungskonzepts für VB-1 (vgl. Anhang A5).

Gemäss den Teilnehmenden sind im Handlungsfeld Verhütung und Bekämpfung generell folgende Punkte zu beachten:

- Fachliche statt methodische Ziele setzen, für den Entscheid, ob eine Massnahme eingeführt werden sollen, sind die Ergebnisse von Punktprävalenzstudien oftmals ausreichend (es braucht nicht noch mehr Studien mit wissenschaftlicher Evidenz).
- VB-Massnahmen nach Bedarf umsetzen, flächendeckend anbieten, aber nicht für obligatorisch erklären.
- Übergeordnete, schweizweite Ziele auf Institutionen herunterbrechen (Baukastensystem).
- Nicht lineare, pauschale Umsetzung (wie in Planung vorgesehen), es ist eine differenzierte Vorgehensweise nötig.

- Bestehendes im Handlungsfeld VB (Pilotprojekte, Strukturen etc.) umgehend nutzen.
- Bei Umsetzung von VB-Massnahmen auf positive Anreizsysteme setzen (nicht Bestrafung).
- VB auf obererster Ebene der Institutionen verankern/ansiedeln.
- Netzwerkarbeit fördern (nach Westschweizer Vorbild), weniger thematische Ansätze.
- Spitäler/Kliniken und Pflegeheime sind zwei völlig unterschiedliche Systeme: Vernetzung und Zusammenarbeit wäre förderungswürdig
- Für die Aufsicht/Kontrolle sind die Kantone zuständig.

4.3.1 VB-1: VERHÜTUNG UND BEKÄMPFUNG OPTIMIEREN UND WEITER-ENTWICKELN

Geplante Aktivitäten,
Zwischenetappen

- Bestehende Pilotprojekte als Grundlage für flächendeckende Einführung verwenden (z.B. „progress!“, „SSI“). Ergebnisse aus Punktprävalenzstudie sind oft ausreichend um die Wirkung eines Projekts nachzuweisen.
- VB-Massnahmen (bestehende Pilotprojekte) an lokale/regionale Situation anpassen: Basis dafür wäre das Wissen, was wo funktioniert und wer von wem profitieren kann
- Neue Interventionsmodule entwickeln (z.B. central line-associated Infections).
- Standards und Richtlinien umsetzen und aktualisieren, Rahmenbedingungen (als Voraussetzung für Zielsetzungen auf Ebene der Institutionen) definieren, statistische Orientierungshilfen bereitstellen (insbesondere für Pflegeheime) *[Anmerkung der Redaktion: die in der derzeit durchgeführten Punktprävalenz-Studie nicht involviert sind].*

Ziele
(Output/Outcome)

Output:

- Evaluation/Übersicht, welche Präventionsprogramme wo etabliert sind (u.a. „low hanging fruits“, wie Handhygiene).
- Angebot für freiwillige Einführung von Pilotprojekten (inkl. erforderlichem Monitoring).
- Neue Module sind als Pilotprojekte etabliert.
- Bestehende Interventionsmodelle/Pilotprojekte evaluieren.
- Inputs/Audits durch Topshots (von den Besten lernen).
- Institutionalisierte Netzwerke mit kompetenten Gesprächspartnern.
- Norovirus-Infektionen in Griff kriegen (v.a. Pflegeeinrichtungen), als zusätzlichen Hotspot healthcare-assoziierter Infektionen etablieren.
- Beispiel SSI (postoperativen Wundinfektionen):
 - Durch Sensibilisierung der Öffentlichkeit Druck erhöhen
 - Infektionsprävention auf hoher Ebene ansiedeln (Querschnittsfunktion), nicht auf Ebene Qualitätsmanagement
 - Die Spitalhygiene ist bei allen Arbeitsschritten involviert (Patientensicherheit)
 - Education: Wissen, Ausbildung, interne Weiterbildung, Führung, Kultur.

Outcome:

- Adhärenz von 90 % (mit den drei elementaren Präventionsmassnahmen Haarentfernung, präoperative Hautdesinfektion und Antibiotikaprophylaxe) und Reduktion der postoperativen Infektionsrate bis 2018 um 10 %.
- „Clean Hands“ in ganzer Schweiz ein „Muss“.
- Reduktion der Verweildauer des Urinkatheters.
- Erhöhung der Adhärenz zur korrekten Händedesinfektion.
- Etablierung von internen Austauschprogrammen, Lernkultur, Feedbackschlaufen.
- Beispiel SSI (postoperativen Wundinfektionen):
 - Governance: Wissen und Strukturen aufbauen.
 - Verständnis/Anerkennung des Themas: durch die Leitung und das Personal der Institution.

Akteure

- Spitäler/Kliniken, Pflegeheime

4.3.2 VB-2-3: FORMELLES ENGAGEMENT DER AKTEURE ETABLIEREN

Geplante Aktivitäten,
Zwischenetappen

- Sensibilisierung der Öffentlichkeit, Druck auf allen Ebenen ansetzen (Bundesrat, Kantone, Spital-/Heimleitung, Mitarbeitende).
- Bei den Akteuren auf erhöhtes Engagement zur Offenlegung von Daten zu Infektionsraten hinwirken.

Ziele
(Output/Outcome)

Output:

- Bonus-Malus-System etablieren, nach Prinzip „Baukastensystem“ (1. Steuerung, 2. Anreize über Belohnung, 3. im äussersten Fall Bestrafung), Kontrolle des Systems durch Kantone.
- Infektionsprävention wird auf höchster Ebene verordnet (nicht durch Qualitätsfachleute), anhand möglichst gezielter Projekte/Massnahmen („wir wollen genau das erreichen“: Governance auf Ebene der Institution).

Outcome:

- Kantone nehmen Kontrolle wahr, zahlen Bonus aus (Anreizsystem).

Akteure

- Spitäler/Kliniken, Pflegeheime
- Kantone

5. HANDLUNGSFELD BILDUNG UND FORSCHUNG (BF)

Teilnehmende,
Moderation

Teilnehmende Teil I:
Andrea Ermler (VFP), Hansjakob Furrer (SGInf), Anna Jörger (curaviva), Christiane Meier (SGPG), Marie-Theres Meier (fibs), Carlos Quinto (FMH), Alexander Schweiger (Swissnoso)

Teilnehmende Teil II:
Dominique Blanc (SGM), Hansjakob Furrer (SGInf), Stefan Kuster (Swissnoso), Christiane Meier (SGPG), Dunja Nicca (Institut für Pflegewissenschaft)

Moderation:
Virginie Masserey (BAG), Karin Keckeis (BAG)

5.1 INPUTREFERAT

Titel, Referentin

Erfahrungsbericht und Resultate einer Umfrage bei fibs-Mitgliedern zur Situation der Aus- und Weiterbildung in der Prävention von healthcare-assoziierten Infektionen (HAI)

Marie-Theres Meier (fibs), Fachexpertin Infektionsprävention HFP

Umfrage bei fibs-Mitglieder

Dieses Referat gibt nicht nur die Sichtweise und Erfahrungen einer Person wieder, sondern fasst die Resultate einer Umfrage zusammen, die im Verband fibs durchgeführt worden ist. 110 Personen wurden angeschrieben und 36 Personen haben die Fragen beantwortet. Die Aussagen sind demzufolge für die Deutschschweiz limitiert, und kommen vor allem von Pflegefachpersonen im akutmedizinischen Bereich. Wir fassen hier nur die wichtigsten Aussagen des Referats zusammen.

Wie gross ist das Wissen zur Prävention healthcare-assoziiertes Infektionen?

Der Wissensstand ist je nach Berufsgruppe und Arbeitsort unterschiedlich:

- Ärzte haben ein besseres theoretisches Wissen, sind aber schlechter in der Umsetzung
- Pflegepersonal setzt besser um (Händehygiene), hat aber weniger theoretisches Wissen.

Wie steht es heute in den Grundausbildungen?

Aktuell werden zu viele Lektionen von Lehrpersonen vermittelt, denen es insbesondere an praktischem Know-How mangelt. Bei Ärzten, die heute in den Beruf einsteigen, dürfte die Infektionsprävention im Grundstudium noch kein Thema gewesen sein.

Aktuelle Lehr- und Lernmethoden

- Ungenügender Praxistransfer: Prävention healthcare-assoziiertes Infektionen besteht nicht nur aus Wissenskompetenzen, sondern es sind vor allem Verhaltenskompetenzen verlangt.
- Fehlende oder zu wenig Praxis in der Lehre: Praktische Trainings (z.B. Simulationen) sind zu selten oder fehlen.
- Fehlende Auffrischungen und Repetitionen nach der Ausbildung.

Stolpersteine

Die Teilnehmenden haben folgende Stolpersteine in der Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal in Bezug auf healthcare-assoziierte Infektionen zusammengefasst und kommentiert:

- Gesundheitsinstitutionen sind komplexe Systeme: Es sind verschiedene Berufsgruppen in unterschiedlichen Arbeitsprozessen involviert. Das führt zu komplexen Anforderungen und erschwert den Wissenstransfer.
- Kommunikation zwischen Schule/Uni und Praxis ist mangelhaft: Experten/-innen werden in die Erarbeitung der Curricula nicht einbezogen.
- Erstellung von Lehrmitteln: Erfolgt ohne Einbezug von Experten/-innen. Dadurch entstehen gravierende Fehler bei den Lerninhalten.
- Keine einheitlichen CH-Richtlinien und Standards: Die Arbeitsprozesse in den verschiedenen Institutionen unterscheiden sich teilweise massiv. Das macht es den Mitarbeitenden teilweise schwer Gelerntes anzuwenden (z.B. kann sich das Tragen von Handschuhen je nach Indikationen und Institution unterscheiden).
- Mangelndes praktisches Knowhow von Lehrpersonen/Dozenten.
- Fehlende Awareness und Unterschätzung der Infektionsrisiken und der Präventionsmassnahmen (Schwierigkeiten Prioritäten zu setzen).
- Fehlende Feedback-Kultur: Wegen fehlenden Daten zu Infektionsraten (Handlungsbedarf ja/nein?) und Adhärenz (wie gut sind Interventionen gemacht?) erfolgen Feedbacks nicht im erwünschtem Ausmass.
- Zeitressourcen: Aus Zeitmangel werden Schulungen teilweise gekürzt.
- Fehlende Vorbilder, kein Leadership.
- Einbettung der Spitalhygiene ist für kleinere Institutionen besonders schwierig (Knowhow, Ressourcen).
- Fehlende Auffrischungen und Repetitionen nach der Ausbildung.

Pflegeheimen und Rehakliniken

In Pflegeheimen und Rehakliniken mangelt es im Unterschied zu Spitälern/Kliniken an:

- fest angestellten Experten/-innen,
- der Anbindung an andere Institutionen,
- fehlenden Hygienekonzepten
- Ressourcen (Zeit/Geld; gilt auch für Spitäler/Kliniken).

Erfolgsfaktoren

- Praktische Trainings: Theorie und Skills
- Einfache und gut zugängliche Hygienekonzepte: diese fehlen oft, auf nationaler Ebene ist man bisher gescheitert.
- Lernmethodenvielfalt
- Geprüfte Lerninhalte (Theorie und Praxis): es muss eine gewisse Verbindlichkeit geben
- Studenten und Lernende sind offen: Interesse wecken, neugierig machen: Image der Spitalhygiene sollte man verbessern
- Führungspersonen, die gute Vorbilder sind
- Einführungskurse je nach Berufsgruppe und Arbeitsort
- Obligatorische Fortbildungen (analog Reanimations-Kursen)
- Feedbacks (kurzfristig Lernerfolge sind nötig)
- Unterstützung durch oberste Führungsebene (Spitalleitung: dort werden die Ressourcen gesprochen)

Lösungsansätze

- Dozenten mit Wissen über Organisationspsychologie, Implementierungswissenschaft, Pädagogik, usw.
- Mitarbeit der Experten/-innen bei Curricula und Lehrmittel.
- Bildung von berufsübergreifenden Lerngruppen zur Überwindung von Konkurrenzsituationen unterschiedlicher Mitarbeitenden (z.B. gemischte Lerngruppen in OP).
- Integration der Infektionsprävention in bestehende Arbeitsprozesse, ohne umfangreiche, zusätzliche Module und Tools zu kreieren (Lehre vor Ort).
- Einbindung kleiner Institutionen in Netzwerke.
- Mehr Lektionen im Bereich Infektionsprävention (Theorie und Skills).
- Interventionsmodule ermöglichen wirkungsvolles Lernen und Erfahrungsaustausch (z.B. bei Katheter-Interventionen oder chirurgischen Eingriffen).
- Fachexperten-/Fachärzte-Ausbildung: Angebot an Refresh-Kursen und Weiterbildungen schaffen, zur laufenden Vermittlung von Skills und neuen Kompetenzen.

5.2 ERKENNTNISSE FÜR DIE UMSETZUNG

Nachfolgend sind Erkenntnisse für die Umsetzung von Schlüsselmaßnahmen im Handlungsfeld Bildung und Forschung formuliert (mit Fokus auf BF-1 Infektionsprävention in der Bildung) und Erkenntnisse für Maßnahmen aus anderen Handlungsfeldern zusammengefasst.

Herausforderungen, Stolpersteine

Erkenntnisse für die Schlüsselmaßnahme BF-1 (Infektionsprävention in der Bildung):

- Theorie versus Praxis in der Spitalhygiene auf allen Bildungsstufen: Wir brauchen nicht mehr Personen, die Konzepte erarbeiten (z.B. in Qualitätsmanagement), sondern Fachpersonen in der Prävention healthcare-assoziiierter Infektionen, die „am Bett“ die Umsetzung vollziehen können;
- Ressourcen - Nutzen aufzeigen: Gegenüber der Spitalleitung ist es wichtig, dass man den Nutzen aufzeigen kann. Es ist bekannt, dass vor allem in den ersten zwei Jahren Kosten anfallen. Darum ist es wichtig Daten zu erheben und den Nutzen qualitativ und quantitativ zu beschreiben. Diese Nutzenberechnungen bleiben aber eine Herausforderung;
- Pädagogische Fähigkeiten und fehlende Vielfalt von Lehrmethoden der Ausbilder im Bereich Prävention healthcare-assoziiierter Infektionen: Theoretisches Wissen in der Infektiologie ist zwar wichtig, aber nicht ausreichend. Man muss didaktische Fähigkeiten haben um dieses Wissen weitergeben zu können sowie Kenntnisse haben, wie man dieses Wissen in den Organisationen implementieren kann. Verhaltensänderungen in der Hygiene benötigen auch Kenntnisse in der Organisationsentwicklung und im Change Management.
- Es wurde deutlich hervorgehoben, dass es nicht ausreicht, nur genaue Angaben von Stunden in den Lehrplänen der Ärzte zu haben. Das ist zwar mess- und überprüfbar, viel wichtiger ist aber die „Imprägnerung“ aller

(Fach-)Bereiche in den Gesundheitsinstitutionen mit der Spitalhygiene. Die erforderlichen Ressourcen und die Integration der Lehre in die Prozesse der Institutionen müssen sichergestellt werden, was eine grosse Herausforderung ist.

- Erkenntnisse für andere Handlungsfelder (insbesondere Governance): Image und Stellenwert der Prävention healthcare-assoziierter Infektionen muss allgemein verbessert und mehr „sexy“ gemacht werden (in den Ausbildungen wie auch auf allen Stufen der Institutionen). Dieser Aspekt betrifft v.a. die Kommunikation der Strategie (Schlüsselmassnahme VB-2: Sensibilisierung der Öffentlichkeit und Einbezug direkt Betroffener).
- Die unterschiedliche Patientenzusammensetzung in den verschiedenen Spitälern kann die Aussagekraft von Daten zu Infektionsraten verzerren (z.B. unterschiedlich komplexe Behandlungen).
- Sehr praxisorientierte „Tutorials“: Ausgebildete Fachpersonen in der Prävention healthcare-assoziierter Infektionen vor Ort (an der Front) und zielgruppengerechte Vermittlung und Trainings. Das schafft Motivation und positive Lerneffekte.
- Bottom-up: Lösungen in der Prävention healthcare-assoziierter Infektionen können und sollen von der Basis erarbeitet und implementiert werden (wie z.B. bei der Implementierung einer neuen Richtlinie für Sterilisation mit Medizinischen Praxisassistenten/-innen MPA). Ziele, Rahmenbedingungen und Ressourcen sollen hingegen Top-down festgelegt werden.
- Ansatz eines „Motivation-Interviewing“, positive Feedbackkultur auf Ebene Individuen (bed-side learning) und Personalschulungen: Statt zu bestrafen, sollte viel mehr konstruktiv und motivierend in den Schulungen vorgegangen werden (z.B.: Was sind die Probleme, wie könnte man sie lösen?)
- Wettbewerb/Konkurrenzmechanismus auf Ebene Institutionen: Die Publikationen und Kommunikation von Erfolgen in der Prävention healthcare-assoziierter Infektionen schafft positive Anreize und verbessert das Image der Institution.
- Ausbildung der Auditoren: Bei Qualitäts-Audits soll auch die Weiterbildungen berücksichtigt werden. Dazu müssen geeignete Instrumente geschaffen und Indikatoren bestimmt werden.

Ansatzpunkte,
Lösungsansätze für die
Schlüsselmassnahme
BF-1

Erfolgsmessung

Strukturelle Messungen sind auch im Bildungsbereich möglich und wesentlich, z.B.:

- Anzahl ausgebildetes Personal (Ärzte, Pflegepersonal, Repräsentation in Kliniken)
- IT-Erfassungssysteme
- Erfassung von Lehre (z.B. Weiterbildungen, Trainings, bed-side learning) in Prozessen der Institutionen.

Kosten-Nutzen-Studien sind schwieriger und aufwändiger. Für kleinere Institutionen sind diese kaum machbar. Kosten-Nutzen-Studien müssten deshalb z.B. von Swissnoso durchgeführt werden. Die Erfassung und Messung der Arbeitsprozesse ist für die Erfolgsmessung deshalb entscheidend.

5.3 KONKRETISIERUNG VON PRIORISIERTEN TEILBEREICHEN

Priorisierte Teilbereiche	<p>Für das Handlungsfeld Bildung und Forschung wurden in der Umsetzungsplanung für die Schlüsselmassnahme B-1 „Die Bedeutung der Infektionsprävention in der Aus- und Weiterbildung stärken“ folgende zwei Teilbereiche priorisiert und in der Gruppenarbeit diskutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ BF-1-1: Fachexperten/innen aus- und weiterbilden ▪ BF-1-2: Personal in Gesundheits-institutionen weiterbilden. <p>Als Diskussionsgrundlage diente u.a. ein unverbindlicher Vorentwurf eines Umsetzungskonzepts für BF-1-2 (vgl. Anhang A5). Unter den Teilnehmenden der Gruppe BF am Nachmittag waren leider keine Personen anwesend mit umfangreicherem Einblick in die Ausbildung auf Ebene der diplomierten Fachexperten für Infektionsprävention (fibs, SIPI).</p>
Vision	<p>In der Gruppe wurde eine Vision diskutiert und vorgeschlagen. Sie ist als langfristiges Ziel zu verstehen (>10 Jahre) und beinhaltet folgende Dimensionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spitalhygiene sollte nicht als separates Fach unterrichtet werden, sondern flächendeckend in allen Fachgebieten der Medizin integriert sein. ▪ Auszubildende sollten nicht nur Spitalhygieniker/innen sein, sondern auch Fachleute aus den jeweiligen Fachgebieten (z.B. Chirurgen bilden Chirurgen aus). Das erzeugt eine grössere Glaubwürdigkeit und einen stärkeren Impact der Schulungen. ▪ Hygiene-Fachpersonen sollten prioritär in den Gesundheitsinstitutionen on-the-Job aus- und weitergebildet werden (und weniger in den Hochschulen). Die erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcen stehen zur Verfügung.

5.3.1 BF-1-1: FACHEXPERTEN/INNEN AUS- UND WEITERBILDEN

Geplante Aktivitäten, Zwischenetappen	<p>Gemäss den Teilnehmenden sollte in einem ersten Schritt eine quantitative und qualitative Bedarfsanalyse der Ausbildungssituation durchgeführt werden, in welcher folgende Punkte thematisiert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie viele Hygienefachleute braucht es auf welcher Kompetenzstufe? ▪ Wie viele Auszubildende sind nötig um diese Personen auszubilden? ▪ Welche ausländischen Ausbildungsmodelle können allenfalls für die Schweiz weiterentwickelt und angepasst werden? ▪ Was existiert im Bereich der Qualitätsprüfung? ▪ Welche Unterschiede bestehen zwischen Spitälern/Kliniken und Pflegeheimen? <p>Aufgrund der Resultate der Bedarfsanalyse und des bestehenden Bildungsangebots sollten in einem zweiten Schritt Aktivitäten festgelegt werden, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestehende Ausbildungsgänge nutzen und diese bedarfsgerecht ausbauen und stärken. ▪ Interprofessionelle Aus- und Weiterbildungen anbieten. ▪ Qualität der berufsbegleitenden Weiterbildungen gewährleisten. ▪ Obligatorische Kreditsysteme (credits) für kontinuierliche Weiterbildungen einführen.
---------------------------------------	---

Ziele (Output/Outcome)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erforderliches Kompetenzniveau regelmässig überprüfen (Qualifikationsanforderungen) und bei Bedarf neu definieren. <p>Output:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auflage für die Spitäler, im Bereich Infektionsprävention ausreichend Zugang zu qualifiziertem Expertenwissen aufzuweisen (was den Bedarf an Experten/-innen fördert). ▪ Ausreichend Ausbildungsstellen und -angebote für Fachexperten/-innen im Bereich Infektionsprävention. <p>Outcome:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pool von Wissensvermittlern/Ausbildnern: Dieser sollte auf Basis der Bedarfsanalyse entstehen. ▪ Als Outcome in den Gesundheitsinstitutionen sollten „Hygiene-Teams“ entstehen, die für die Implementierung und interne Aus- und Weiterbildungsprogramme verantwortlich sind (z.B. Ärzte, Pflegefachpersonen, Spitalhygieniker, Spitalapotheker, QM-Leute, Vertreter/-innen der Direktion, etc.).
Akteure	<ul style="list-style-type: none"> ▪ H+ und andere Institutionen die auf dieser Stufe Erfahrungen haben; ▪ Expertenteams für Spitalhygiene in Spitälern könnten in Zukunft eine grössere Rolle spielen (vgl. Outcome-Ziele).

5.3.2 BF-1-2: PERSONAL IN GESUNDHEITS-INSTITUTIONEN WEITERBILDEN

Geplante Aktivitäten, Zwischenetappen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pool von Wissensvermittlern/Ausbildnern konstituieren: Dieser Pool sollte auf Basis der Bedarfsanalyse entstehen und auch den Bedarf bei der Ausbildung der Pflegefachpersonen decken. ▪ e-learning Tools für Weiterbildung des Personals schaffen (mit einfachen Inhalten): Diese Tools sollten für alle Institutionen und Ausbildungsstätten zugänglich sein. Dadurch sollte eine gewisse Harmonisierung entstehen und gewährleistet werden. ▪ Erforderliches Kompetenzniveau der Hygienebeauftragten in den kleineren Institutionen definieren.
Ziele (Output/Outcome)	<p>Output:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niederschwelliger Zugang zu e-health-Tools ▪ Hygiene-Netzwerke schaffen, insbesondere für Pflegeheime und Rehabilitationskliniken (vgl. dazu Modell Kanton Waadt). <p>Outcome:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kompetenzniveaus (Know How-Level) bzgl. Hygiene für Pflegefachpersonen definieren (aufgrund der Bedarfsanalyse) ▪ Netzwerk von Hygienebeauftragten (répondants hygiène) in den kleineren Gesundheitsinstitutionen und den Pflegeheimen, mit Austausch auf lokaler und nationaler Ebene.
Akteure	Institutionen, die schon Aus- und Weiterbildungen organisiert haben, sollten eine wesentliche Rolle spielen.

6. FAZIT UND SCHLUSSWORT

Fazit und Schlusswort

Virginie Masserey (BAG) fasst zum Abschluss die wichtigsten Ergebnisse des Workshops zusammen: Im ersten Teil des Workshops wurde der Bedarf an Präventionsmassnahmen und deren Notwendigkeit zur Reduktion healthcare-assoziiierter Infektionen bestätigt. Die 10 Schlüsselstrategien (nach W. Zingg) mit ihren Indikatoren dienen als möglicher „Leitfaden“ für die Realisierung von verschiedenen Präventionsmassnahmen, die allesamt zur Strategieumsetzung beitragen.

Aus bereits laufenden Projekten und Pilotprogrammen konnten folgende Erfolgsfaktoren zusammengetragen werden:

- Für die Projektvorbereitung ausreichend Zeit einsetzen
- Bei Umsetzung partizipativ vorgehen
- Programme durch Institutionsleitung unterstützen
- Für Projektumsetzung zuständige Personen ausbilden
- Programme evaluieren.

In den vier Handlungsfeldern der Strategie NOSO konnten Erkenntnisse und Ansätze für die Umsetzungsplanung gesammelt werden:

- Im Handlungsfeld **Governance** wurde die Wichtigkeit des politischen Willens hervorgehoben. Governance-Modelle sollten möglichst praxisnah sein und eher einen Bottom-up-Charakter aufweisen. Es wurde eine erste Idee für ein Umsetzungsorganigramm skizziert, inkl. Rollen und Zuständigkeiten und unter Beachtung der Linie BAG-Kantone-Spitäler und der unterschiedlichen bestehenden Strukturen.
- Im Handlungsfeld **Monitoring** wurde die Wichtigkeit hervorgehoben, zuerst eine Auswahl zu treffen, welche Programme umgesetzt werden sollen. Erst danach kommt das Monitoring bzw. die Messung, welche sich je nach Projekt und Institution unterscheiden kann. Ein Monitoring muss primär der Impactmessung der Interventionen dienen und es gilt „lieber weniger als mehr“.
- Im Handlungsfeld **Verhütung und Bekämpfung** wurde die Wichtigkeit der Beteiligung und der Feedbackkultur hervorgehoben. Die Bedeutung und der Stellenwert der Prävention von healthcare-assoziierten Infektionen müssen den Direktionen klar sein. Um die Adhärenz zu erhöhen, müssen Feedbackschlaufen zusammen mit Audits bewusst angewendet werden.
- Im Handlungsfeld **Bildung und Forschung** wird ein Bottom-up Vorgehen in der Konzipierung und Realisierung von Schulungen bevorzugt. Pädagogische Fähigkeiten sind genauso wichtig wie fachliche Kompetenzen. Wir sollten uns zuerst über die Bildungsbedürfnisse Gedanken machen, um danach die Ressourcen in den richtigen Orten zu lenken. Priorität haben die existierenden Bildungsstrukturen an der Front und „on the job“.

A1 TEILNEHMENDE, WORKSHOP 7.4.2017

Folgende Expertinnen und Experten nahmen am Workshop teil:

Beer, Krisztina	GDK-CDS - Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Bellini, Enrico	IC Infraconsult (externe Projektbegleitung und Gesamtmoderation)
Birrer, Andreas	BAG - Bundesamt für Gesundheit, Meldesysteme
Blanc, Dominique	SGM - Schweizerische Gesellschaft für Mikrobiologie
Ciullo, Lydia	BAG - Bundesamt für Gesundheit, Projektassistenz
Ermler, Andrea	VFP - Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
Erny, Samuel	BAG - Bundesamt für Gesundheit, Stellvertretender Projektleiter a.i. Umsetzung Strategie NOSO
Furrer, Hansjakob	SGinf - Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie
Heller, Regula	ANQ - Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Holenstein, Katrin	BAG - Bundesamt für Gesundheit, Kommunikation
Jörger, Anna	curaviva - Verband Heime und soziale Institutionen Schweiz
Jost, Marianne	BAG - Bundesamt für Gesundheit, Epidemiologie
Kahlert, Christian	SGP - Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
Kay, Adrien	BAG - Bundesamt für Gesundheit, Kommunikation
Keckeis, Karin	BAG - Bundesamt für Gesundheit, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Umsetzung Strategie NOSO
Klein, Rita-Lena	SPO - Patientenschutz
Kuster, Stefan	Swissnoso
Marschall, Jonas	unimeduisse - Universitäre Medizin Schweiz
Masserey, Virginie	BAG - Bundesamt für Gesundheit, Infektionskontrolle und Impfprogramm
Matter, Hans C.	BAG - Bundesamt für Gesundheit, Strategien, Programmen und Prozesse
Meier, Christiane	SGPG - Schweizerische Gesellschaft für Fachärztinnen und -ärzte für Prävention und Gesundheitswesen
Meier, Marie-Theres	fibs - Fachexperten/-innen Infektionsprävention & Berater/-innen Spitalhygiene
Moreno, Rafael	Swissmedic
Nicca, Dunja	Institut für Pflegewissenschaft
Petignat, Christiane	GDK-CDS - Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Praplan, Isabell	H+ - Die Spitäler der Schweiz
Quinto, Carlos	FMH - Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Reinholz, Danuta	GDK-CDS - Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Röthlisberger, Thomas	IC Infraconsult (externe Projektbegleitung)
Schlegel, Matthias	SGSH - Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene
Schweiger, Alexander	Swissnoso
Wäfler, Karin	BAG - Bundesamt für Gesundheit, StAR

Wenger, Beat	Senesuisse - Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz
Zingg, Walter	HUG - Service de Prévention et Contrôle de l'Infection
Züllig, Stéphanie	Patientensicherheit Schweiz
Zürcher, Isaac	BAG - Bundesamt für Gesundheit

Folgende Expertinnen und Experten konnten am Workshop nicht teilnehmen:

Breitenstein, Stefan	SGC - Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie
Krayer, Sebastian	SGAR - Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation
Locher, Michèle	SIPI - Spécialistes infirmiers prévention de l'infection
Ritschard, Karin	VFP - Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
Schüpbach, Mike	BAG - Bundesamt für Gesundheit, Recht
Vincent-Suter, Sonja	SBK-ASI - Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
Widmer, Andreas	Swissnoso

A2 ZIELE UND PROGRAMM, WORKSHOP 7.4.2017

Ziele des Stakeholder-Workshops

- Alle Beteiligten über den Stand der Umsetzung und die ersten Überlegungen zur Umsetzungsplanung der Strategie **informieren**
- **Bestmöglich** auf Erfahrungen der Stakeholder aus Projekten und Praxis in den vier Handlungsfeldern der Strategie **aufbauen**
- Mit Hilfe der Stakeholder die Umsetzung der als prioritär erachteten Massnahmen **konkretisieren**
- Die Gemeinschaft der Stakeholder **motivieren** an der Umsetzung der Strategie NOSO **mitzuwirken**

Programm

Ab 08.30 Uhr **Empfangskaffee**

09.00 – 09.15 Uhr **Begrüssung:** Daniel Koch, Abteilungsleiter Übertragbare Krankheiten (BAG)
Einführung in den Workshop: Enrico Bellini, externe Projektbegleitung
(IC Infraconsult)

09.15 – 09.45 Uhr **Impulsreferat**
Dr. Walter Zingg, Médecin adjoint agrégé, Service de prévention et contrôle de l'infection
(HUG)
Herausforderungen und Schlüsselemente bei der Entwicklung einer wirksamen Prävention nosokomialer Infektionen

09.45 – 10.30 Uhr **Umsetzung der Strategie NOSO : Stand der Arbeiten**
Virginie Masserey, Leiterin Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramm (BAG)

Kurzreferate zu bestehenden Projekten/Pilot-Programmen:

- „*progress! Sicherheit bei Blasenkathetern*“, Stephanie Züllig (Patientensicherheit Schweiz)
- „*SSI Surgical Site Infections*“ Intervention, A. Schweiger (Swissnoso)
- *Applikation „Clean Hands*“, M. Schlegel (SGSH / Swissnoso)

10.30 – 10.40 Uhr **Einführung zu Gruppenarbeiten und Gruppeneinteilung Teil I**

10.40 – 11.00 Uhr **Pause und Transfer in die Gruppenräume**

11.00 – 12.15 Uhr **Teil I Gruppenarbeiten mit Inputs in der Gruppe zu Erfahrungen aus Projekten oder bereits umgesetzten Massnahmen**

Governance	Monitoring	Verhütung und Bekämpfung	Bildung und Forschung
Inputreferat: Christiane Petignat (GDK-CDS) Eléments-clés de la gouvernance au niveau d'un canton à l'exemple du canton de Vaud	Inputreferat: Regula Heller (ANQ) Erfahrungen im Bereich des Monitorings postoperativer Infektionen.	Inputreferat: Dunja Nicca (Institut für Pflegewissenschaft, Uni Basel) Input zur Entwicklung von komplexen Interventionen zur Grippeprävention in Spitälern	Inputreferat: Marie-Theres Meier (fibs – Fachexperten Infektionsprävention und Berater Spitalhygiene) Erfahrungen im Bereich Bildung, Schulungen von Pflege- und ärztlichem Personal zum Thema Spitalhygiene

12.15 – 13.15 Uhr **Mittagspause (Raum K16)**

13.15 – 13.35 Uhr **Resultate aus Gruppenarbeit Teil I**

13.35 – 13.45 Uhr **Einführung zu Gruppenarbeiten und Gruppeneinteilung Teil II**

13.45 – 15.15 Uhr **Teil II Gruppenarbeiten : Konkretisierung der prioritären Massnahmen**

Governance	Monitoring	Verhütung und Bekämpfung	Bildung und Forschung

15.15 – 15.30 Uhr **Pause und Transfer ins Plenum**

15.30 – 15.50 Uhr **Resultate aus den Gruppenarbeiten Teil II**

15.50 – 16.00 Uhr **Nächste Schritte und Ausblick:** Karin Keckeis, wissenschaftliche Mitarbeiterin Projekt NOSO (BAG)

Schlussworte Virginie Masserey, Leiterin Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramm (BAG)

A3 SYNOPSIS UND STAND DER UMSETZUNG, MÄRZ 2017

Ausgangslage in der Schweiz

Jährlich erkranken in Schweizer Spitälern rund 70 000 Patientinnen und Patienten an einer healthcare-assoziierten Infektion (HAI) und rund 2000 sterben daran. Laut Studien lassen sich je nach Infektionsart zwischen 20 und 50 % dieser Infektionen durch gezielte Überwachungs- und Verhütungsmassnahmen vermeiden.

In der Schweiz bestehen bereits zahlreiche Initiativen und konkrete Massnahmen, um das Auftreten dieser Infektionen zu vermindern. Allerdings unterscheiden sie sich je nach Institution und Region in Bezug auf Umfang und Qualität stark. Es existieren weder eine landesweite Überwachung der epidemiologischen Situation noch allgemein gültige, auf wissenschaftlicher Evidenz basierende Minimalanforderungen und Standards zur Verhütung und Bekämpfung von HAI. Zudem brauchen Gesundheitseinrichtungen gezielte Unterstützung bei der Einführung und adäquaten Umsetzung von Massnahmen, damit das Thema im Arbeitsalltag einen höheren Stellenwert erhält.

Geltungsbereich und Ziele der nationalen Strategie NOSO

Mit der nationalen Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (Strategie NOSO) schaffen Bund, Kantone und die Umsetzungspartner die notwendigen Grundlagen für ein zielgerichtetes und national koordiniertes Vorgehen. Die Strategie NOSO entstand in enger Zusammenarbeit mit den wichtigen Akteuren. Die Strategie NOSO baut auf Bewährtem aus dem In- und Ausland auf und schliesst bestehende Lücken. Die vorgeschlagenen Schlüsselmassnahmen berücksichtigen die unterschiedlichen Bedürfnisse und Möglichkeiten der Gesundheitsinstitutionen und deren betriebliche Voraussetzungen.

Die Strategie NOSO ist abgestimmt mit weiteren Massnahmen des Bundes wie der Nationalen Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR), der Nationalen Strategie zu Impfungen (NSI), der Nationalen Strategie zur Prävention der saisonalen Grippe (GRIPS) und den Pilotprogrammen im Rahmen der Qualitätsstrategie, damit ein gemeinsames Vorgehen ohne Doppelspurigkeiten sichergestellt ist.

Der Geltungsbereich der Strategie NOSO umfasst sowohl das Auftreten als auch die Ausbrüche von HAI in Einrichtungen der stationären Versorgung (Spitäler und Pflegeheime) in der Schweiz. Der Bund beabsichtigt, die Strategie NOSO in einem zweiten Schritt auf den ambulanten Bereich auszuweiten.

Die Strategie NOSO definiert jene Infektionen als HAI, die während des Aufenthaltes in einem Spital oder Pflegeheim im Zusammenhang mit einer diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Massnahme auftreten, oder lediglich durch die Umstände des Aufenthalts bedingt sind, etwa durch Erreger in der Luft oder auf Oberflächen.

Das Globalziel der Strategie ist die Reduktion von HAI und die Verhinderung der Ausbreitung von potenziell gefährlichen Erregern in Spitälern und Pflegeheimen.

Die Sicherheit der Patientinnen und Patienten, der Bewohnerinnen und Bewohner sowie des Personals in Spitälern und Pflegeheimen soll erhöht, die Bevölkerung besser vor HAI geschützt und die Folgekosten für das Gesundheitssystem vermindert werden. Die Strategie soll zudem einen Beitrag zur Verhütung und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen leisten.

Wie dieses Globalziel mit langfristiger Wirkung erreicht werden soll, zeigt das **Wirkungsmodell**:



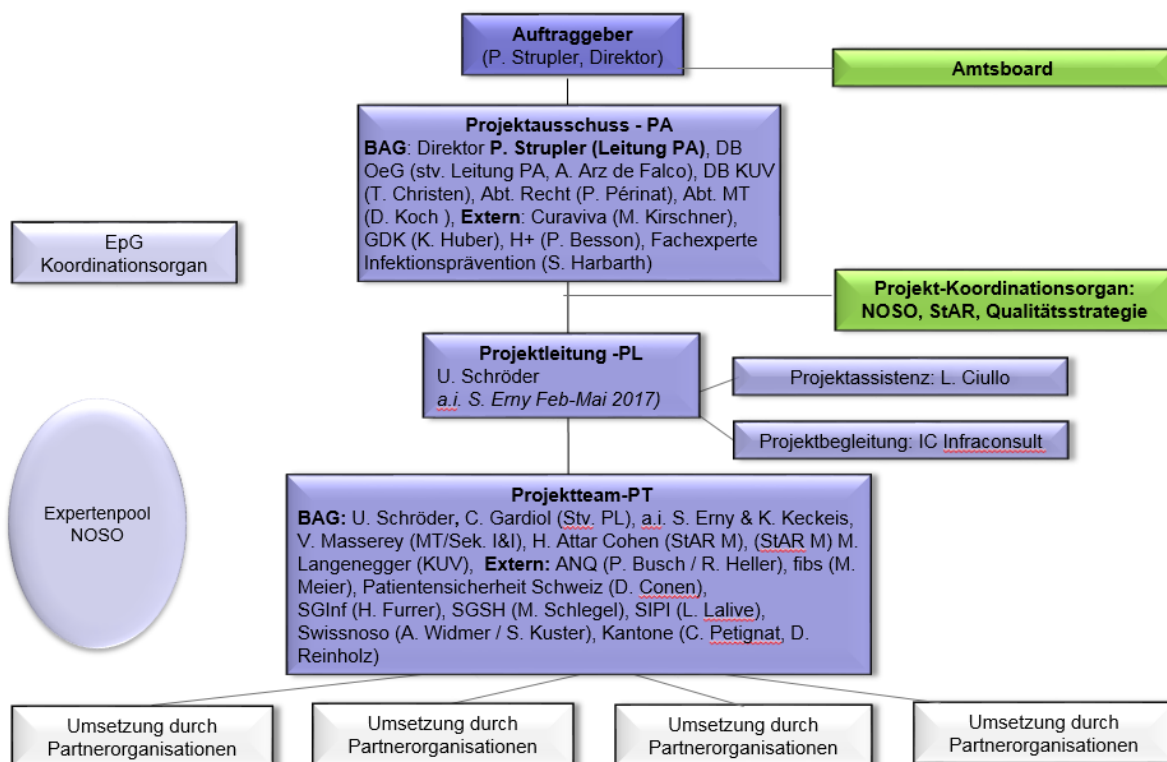
Die nationale Strategie NOSO basiert auf **vier thematischen Schwerpunkten (Handlungsfelder)**:

Governance, Monitoring, Verhütung und Bekämpfung sowie Bildung und Forschung. Für jedes Handlungsfeld ist ein strategisches Ziel definiert. Die strategischen Ziele werden mit einem Bündel von 14 Schlüsselmaßnahmen erreicht:

Governance (G)	G-1 Standards und Richtlinien	G-2 Zuständigkeiten und Strukturen	G-3 Unterstützung der Umsetzung	G-4 Wissensmanagement
Monitoring (M)	M-1 Nationales Monitoring-system	M-2 Zielgerichtete Datenverwertung	M-3 Früherkennung	
Verhütung und Bekämpfung (VB)	VB-1 Optimierung und Weiterentwicklung	VB-2 Sensibilisierung und Einbezug	VB-3 Lern- und Dialogkultur	VB-4 Förderung der Impfprävention
Bildung und Forschung (BF)	BF-1 Infektionsprävention in der Bildung	BF-2 Forschungsförderung	BF-3 Neue Technologien, Qualitätssicherung	

Struktur, Organe und Governance des Projektes NOSO:

Das Organigramm unten beschreibt die Projektstruktur und zeigt gleichzeitig auf, welche Stakeholder in welchen Projektgremien vertreten sind. Der Direktor des BAG, Herr Strupler, ist Auftraggeber und leitet den Projektausschuss (PA), welcher für die strategische Steuerung zuständig ist. Das Projektteam (PT) hat eine beratende Funktion, während die Koordinationsorgane die Abstimmung mit anderen direkt relevanten nationalen Strategien sicherstellen.



Umsetzungsplanung 2017 – 2020:

Zu Beginn der Umsetzung wird die Ausgangslage aktualisiert (Ist-Analyse von bestehenden Strukturen, Massnahmen, Programmen, Punktprävalenz-Studie) und ein Umsetzungsplan durch das BAG in einem partizipativen Prozess mit den Akteuren erarbeitet. Unter Beteiligung von Fachexperten/-innen erfolgt eine regelmässige Evaluation der getroffenen Massnahmen. Ein erster Zwischenbericht ist für 2020 vorgesehen, der es ermöglicht, bei Bedarf Anpassungen an den Umsetzungsarbeiten vorzunehmen.

Stand der Umsetzung (März 2017):

Eine Priorisierung der Massnahmen in 3 Phasen wurde gemeinsam mit dem Projektteam (PT) erarbeitet:

Phase I

Die Rollen und Aufgaben der beteiligten Organisationen sind zu klären und die Rolle von Swissnoso (Swissnoso+) zu stärken. Auf der Kommunikationsebene wird eine Strategie mit den wichtigsten Partnern entwickelt.

Phase II

Während dieser Phase werden die Governance-Maßnahmen in den Institutionen umgesetzt, und die Implementierung des Monitorings in den Spitälern und Pflegeheimen gewährleistet. Die Ausweitung der Ausbildung von Spezialisten/-innen beginnt.

Phase III

In dieser Phase werden die Governance-Strukturen gestärkt um die Koordinierung und Qualität des Monitoring sicherzustellen. Es sind jedoch vor allem die Präventions-, Bekämpfungs- und Ausbildungsmassnahmen in den Gesundheitseinrichtungen, die umgesetzt und institutionalisiert werden, damit eine Kultur des Lernens und des Dialogs verfestigt werden kann.

Laufende finanzielle Unterstützung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt die vom BAG in Auftrag gegebenen und finanziell unterstützen Studien, die Swissnoso im Rahmen der Umsetzung der Strategie NOSO aktuell erarbeitet:

Projekt	Start	Empfänger finanzielle Unterstützung	Meilensteine
Schweizer Punktprävalenzstudie von healthcare-assoziierten Infektionen und vom Antibiotikagebrauch in Akutspitälern	Jul 16	Swissnoso	Zwischenbericht Durchführung Juni 17 Schlussbericht Juni 18
Literatur Review: The Preventable Proportion of Nosocomial Infections. A Systematic Review and Meta-Analysis	Aug 16	Swissnoso	Schlussbericht Juni 17
Literatur Review: Behavioural Determinants of Compliance with Infection Prevention Best Practice Guidelines. A Systematic Review	Aug 16	Swissnoso	Schlussbericht April 17
Überwachung von infektpreventiven Prozessparametern im OP: Entwicklung der Applikation "Clean Care Monitor" zur elektronischen Datenerfassung, direktem Feedback und Überwachung mit Benchmark	Nov 16	Swissnoso	Zwischenbericht erste Testresultate Aug 17 Schlussbericht Jan 19
Swissnoso+ Sicherstellung der Expertise und Entwicklung von geeigneten Strukturen für die Umsetzung der nationalen Strategie NOSO	Dez 16	Swissnoso	Zwischenbericht Juni 17 Schlussbericht Jan 18

Nächste Schritte

Mit dem Stakeholder-Workshop von 7. April 2017 wurden die Phasen der Umsetzung von Schlüsselmassnahmen, sowie die als prioritär eingestuften Teilbereiche von Massnahmen konkretisiert. Am Ende des Workshops verfügt die Projektleitung (PL) über Grundlagen für die Konkretisierung des Umsetzungsplanes (vgl. Anhang A4). Letzterer wird im Projektteam (PT) diskutiert und schliesslich im Projektausschuss (PA) präsentiert und verabschiedet.

A4 GROBE UMSETZUNGSPLANUNG 2017-2020, MÄRZ 2017

	Nr.	Massnahme und Module	2016		2017		2018		2019		2020	
			H2	H1	H2	H1	H2	H1	H2	H1	H2	
Governance	G-1	Standards und Richtlinien										
	G-1-1	Mindestausstattung an Fachpersonal										
	G-1-2	Datenbedarf, Methoden und Standards										
	G-1-3	Empfehlungen für Datenverwertung										
	G-1-4	Kompetenzen und Lernziele										
	G-2	Zuständigkeiten und Strukturen										
	G-2-1	Aufgaben und Rollenteilung										
	G-2-2	Strukturen optimieren										
	G-2-3	Koordinationsstrukturen Monitoring										
	G-2-4	Qualitätsmanagement und Infektionsprävention										
	G-3	Unterstützung der Umsetzung										
	G-3-1	Vollzugshilfen und Evaluationen										
	G-3-2	Wegweisende Projekte unterstützen										
	G-3-3	Anreize verbessern										
	G-3-4	Infektionsprävention als Kriterium bei Planung, Aufsicht und Bewilligung										
	G-4	Wissensmanagement										
G-4-1	Wissensplattform											
G-4-2	Wissenstransfer zwischen Theorie und Praxis											
G-4-3	Internationale Zusammenarbeit											
Monitoring	M-1	Nationales Monitoringsystem¹⁾										
	M-1-1	Akteure stärken										
	M-1-2	Monitorings in hoher Qualität										
		Monitoring Modul 1			Entwicklung		Pilot		Umsetzung			
		Monitoring Modul 2					Entwicklung		Pilot		Umsetzung	
		Monitoring Modul 3							Entwicklung		Pilot	
		Monitoring Modul 4									Entwicklung	
	M-2	Zielgerichtete Datenverwertung										
	M-2-1	Datenauswertung										Start nach Umsetzung 1. Moduls
	M-2-2	Interne Rückmeldung der Adhärenz										
	M-2-3	Public Reporting und Benchmarking einführen						Entw.	Umsetzung			
M-3	Früherkennung											
M-3-1	Früherkennungssysteme verstärken						Entwicklung	Umsetzung				
M-3-2	Verordnungsrecht ergänzen						Entwicklung	Umsetzung				
Verhütung & Bekämpfung	VB-1	Verhütung und Bekämpfung optimieren und entwickeln²⁾										
		Massnahmen - Modul 1			Entwicklung		Pilot		Umsetzung			
		Massnahmen - Modul 2					Entwicklung		Pilot		Umsetzung	
		Massnahmen - Modul 3							Entwicklung		Pilot	
		Massnahmen - Modul 4									Entwicklung	
		Massnahmen - Modul Händehygiene			Daueraufgabe							
	VB-2	Sensibilisierung und Einbezug										
	VB-2-1	Kommunikationskonzept			Konzept				Umsetzung			
	VB-2-2	Betroffene Personen einbeziehen			Konzept				Umsetzung			
	VB-2-3	Formelles Engagement der Akteure etablieren						Konzept	Umsetzung			
	VB-3	Lern- und Dialogkultur										
VB-4	Förderung der Impfprävention											
Bildung & Forschung	BF-1	Infektionsprävention in der Bildung										
	BF-1-1	Fachexperten/Innen aus- und weiterbilden										
	BF-1-2	Personal in Gesundheitsinstitutionen weiterbilden										
	BF-1-3	Bildung in Infektionsprävention institutionalisieren										
	BF-2	Forschungsförderung			Daueraufgabe							
BF-3	Neuen Technologien, Qualitätssicherung											

A5 ENTWURF PRIORITÄRE UMSETZUNGSKONZEPTE

Schlüsselmassnahme G2 Zuständigkeiten und Strukturen

G-2-1: Aufgaben klären, Rollenteilung optimieren |

	Geplante Aktivitäten, Zwischenetappen	Output/Outputziele	Outcome/Outcomeziele	Beteiligte Akteure
	G-2-1: Aufgaben klären, Rollenteilung optimieren			
G 2-1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rollen sowohl auf Ebene Institutionen als auch auf Ebene Bund/Kantone klären ▪ Umsetzungsorganigramms erarbeiten (als Voraussetzung für konkrete Umsetzung von Massnahmen und Schaffung von Strukturen auf bundesnationaler Ebene: wen mit wem zusammenzubringen) ▪ Z.B. Wahl eines „NOSO-Delegierten“ pro Kanton, als Ansprechpartner (analog zur Strategie Masernelimination) ▪ Entscheidungskompetenzen der NOSO-Delegierten klären (Modell ANQ mit Qualitätsverantwortlichen) ▪ ... 	<p>Klares Umsetzungsorganigramm</p> <p>Stakeholder-Mapping</p>	<p>Alle beteiligten Akteure kennen ihre Zuständigkeit und Verantwortung und handeln dementsprechend</p>	<p>Bund</p> <p>ANQ</p> <p>GDK-CDS</p> <p>H+</p> <p>Swissnoso+</p> <p>Patientensicherheit</p>

Schlüsselmassnahme M1 Nationales Monitoringsystem aufbauen und betreiben:

M-1-2 Qualität des Monitorings sicherstellen | Teilbereich Monitoring-Module (z.B. Monitoring von Blasenkatheter-assoziierten Infektionen)

	Geplante Aktivitäten, Zwischenetappen	Output/Outputziele	Outcome/Outcomeziele	Beteiligte Akteure
M-1-2	Monitorings in hoher Qualität sicherstellen			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Festlegung ob Outcome-orientiertes Monitoring und / oder prozessorientiertes Monitoring (wie z.B. Adhärenz zu Händehygiene) und ▪ Definition von Indikatoren: <ul style="list-style-type: none"> ○ Outcome-orientiert: Inzidenz von HAIs pro Leistungserbringer(-kategorie) nach Erregerkategorie/-art ○ Struktur- und Prozessindikatoren: z.B. Compliance bzw. Adhärenz zu Präventionsmassnahmen (z.B. Händedesinfektion) oder Qualitätsnachweis für Erreger-Nachweis im Labor (Labor-Akkreditierung) ▪ Qualitätsprobleme der institutsinternen Überwachung in einer Pilotphase erheben (Validität und Vergleichbarkeit der Daten muss gegeben sein) ▪ Periodizität (Regelmässigkeit) und Themen (Strukturen und/oder Prozesse der Überwachung, oder auch Daten aus der Überwachung) von Audits festlegen ▪ Daten in Benchmarking einbauen und veröffentlichen ▪ ... 	<ul style="list-style-type: none"> - - Systemische und operationelle Voraussetzungen für ein Monitoring von hoher Qualität festgelegt - Voraussetzungen für begleitende Validierung festgelegt - ... - Externe Audits institutionalisiert - Benchmarking-Liste 	<ul style="list-style-type: none"> - - Aussagekräftige/zuverlässige Daten ermöglichen Beurteilung der Situation und der Fortschritte 	<ul style="list-style-type: none"> ANQ Swissnoso+ Spitäler Pflegeheime

Schlüsselmaßnahme VB-1 Verhütung und Bekämpfung optimieren und weiterentwickeln

VB-1 Verhütung und Bekämpfung optimieren und weiterentwickeln | Teilbereich Interventions-Module (z.B. Postoperative Wundinfektionen)

	Geplante Aktivitäten, Zwischenetappen	Output/Outputziele	Outcome/Outcomeziele	Beteiligte Akteure
VB-1	Verhütung und Bekämpfung optimieren und weiterentwickeln			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestehende Pilotprogramme und Projekte als Grundlage verwenden: Händehygiene Programm „Clean Hands“, „progress! Sicherheit bei Blasenkathetern“, Post-chirurgische Infektionen (Swiss-noso Modul SSI Intervention) ▪ Neue Interventions-Module entwickeln und konzipieren, z.B. zentralvenenkatheter-assoziierte Infektionen, Definition von Pilotphasen ▪ Verhütungs- und Bekämpfungsmassnahmen an die lokale/n Situation und Gegebenheiten der Spitäler und Pflegeheime adaptieren ▪ ... ▪ Standards und Richtlinien in die Praxis umsetzen und laufend aktualisieren 	<ul style="list-style-type: none"> - Systemische und operationelle Voraussetzungen für eine Verbesserung von Verhütungs- und Bekämpfungsmassnahmen schaffen - Flächendeckende Einführung von bestehenden Pilotprogrammen - Neue Module als Pilotprogramme etabliert ... 	<p>Gesundheitseinrichtungen können healthcare-assoziierte Infektionen effizienter und gezielter verhüten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhung der Adhärenz zur korrekten Händedesinfektion ▪ Reduktion der postoperativen Infektionsrate (um 10% bis 2018) durch Erhöhung der Compliance (90%) mit elementaren Massnahmen der Prävention (Haarentfernung, präoperative Hautdesinfektion und Antibiotikaprophylaxe) ▪ ... 	<p>Spitäler Pflegeheime ...</p>

Schüsselmasnahe Bildung und Forschung:

BF1-1 Gesundheitsfachpersonen dem Bedarf entsprechend zu Fachexpertinnen und -experten aus- und weiterbilden

	Geplante Aktivitäten, Zwischenetappen	Output/Outputziele	Outcome/Outcomeziele	Beteiligte Akteure
BF-1-1	Gesundheitsfachpersonen dem Bedarf entsprechend zu Fachexpertinnen und –experten aus- und weiterbilden			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bedürfnisse betreffend Inhalte und Ziele von Aus- und Weiterbildungskursen ermitteln ▪ Kursinhalte für die bedarfsgerechte Vermittlung für medizinische und nicht-medizinische Berufsgruppen erstellen → Bildungsangebot (stufengerecht) ▪ Zusätzliche Angebote für die Aus-/Weiterbildung von Fachexpert/innen erörtern (ausser der eidgenössischen Fachprüfung) ▪ Programme definieren und Schwerpunkte z.B. gemeinsam mit dem Schweizerischen Institut für ärztliche Weiterbildung und Fortbildung (SIWF) festlegen ▪ ... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attraktive Aus- und Weiterbildungskurse etabliert, z.B. FMH Infektiologie mit Subspezialität Spitalhygiene. (Infektionsprävention als fachübergreifenden Kompetenz) ▪ Zusätzliche Ausbildungsgänge für Fachexpert/innen z.B. an Fachhochschulen etabliert ▪ ... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pool von Wissensvermittlern aus Bildungsinstitutionen und für bedarfsgerechte Wissensvermittlung an medizinische und nicht-medizinische Berufsgruppen - ... 	<p>Kantone Spitäler Pflegeheime</p>