



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Eidgenössisches Departement des Innern
(EDI)
Bundesamt für Gesundheit
Direktion

Ort, Datum Bern, 16. September 2015
Ansprechpartner/in Pascal Besson

Direktwahl
E-Mail

031 335 11 57
pascal.besson@hplus.ch

Stellungnahme H+: Nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von therapie-assoziierten Infektionen (Strategie NOSO)

Sehr geehrter Herr Strupler, lieber Pascal
Sehr geehrte Frau Schröder
Sehr geehrte Damen und Herren

In Ihrem Schreiben vom 6. Juli 2015 laden Sie uns ein, uns im Rahmen der Konsultation zur Nationalen Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von therapieassoziierten Infektionen (Strategie NOSO) zu äussern, wofür wir Ihnen bestens danken. Unsere Stellungnahme beruht auf einer Umfrage bei unseren Mitgliedern, die sich sehr rege beteiligt und vertieft mit der Strategie auseinander gesetzt haben.

1. Nationale Strategie NOSO

Nationale Strategie wird grundsätzlich begrüsst

Die Grundidee einer Nationalen Strategie scheint uns sinnvoll. Eine nationale und internationale Koordination des Wissens, die Unterstützung von einheitlichen Massnahmen, die Festlegung von Zielen und entsprechenden Rahmenbedingungen sind wünschenswert.

Es ist wichtig, dass die Spitäler und Heime diesem wichtigen Thema eine noch grössere Bedeutung beimessen, als sie dies heute schon tun. Auch besteht ein Bedarf nach national gültigen Richtlinien zur Prävention von therapieassoziierten Infektionen in Spitälern und Pflegeheimen.

Finanzierung der Strategieumsetzung ist nicht geregelt

Die aktuellen Anstrengungen im Bereich der Wundinfektionsmessungen zeigen, dass Surveillance mit grossem personellem Aufwand in den Spitäler verbunden ist. Es ist unseriös vorauszusetzen, dass alle geplanten Aktivitäten greifen werden, wenn die dafür notwendigen Ressourcen in den Spitälern als übliche OKP-relevante Betriebskosten betrachtet werden. Die Personalkosten werden in den Spitälern insbesondere für qualifizierte Mitarbeitende in den Bereichen Hygiene und Qualitätsmanagement (Messung, Kontrolle, Planung und Umsetzung von Massnahmen) und für die Ausbildung aller medizinischen Mitarbeitenden um ein Vielfaches steigen. Ohne zusätzliche personelle Ressourcen lässt sich die Strategie nicht umsetzen.

Positives Anreizsystem wird von Spitälern und Kliniken bevorzugt

In der Strategie werden positive Anreizsysteme zwar angesprochen, es dominieren aber Sanktionsansätze (via Betriebsbewilligung, Leistungsaufträge, Krankenkassen). Teilweise wird von

Verpflichtung gesprochen, teilweise von freiwilligem Engagement. Insgesamt ist nicht klar, mit welcher Strategie die Umsetzung von Massnahmen erreicht werden soll.

Verschiedene strategische Punkte und Dimensionen sind noch zu konkretisieren

Im jetzigen Strategieentwurf vermissen wir in der Fülle der vorgeschlagenen Massnahmen das Priorisieren der Themen, die im Projekt angegangen werden sollen, ein mittel- bis langfristige Umsetzungszeitachse sowie die klarere Formulierung von bestimmten Zielen.

Im Entwurf werden die häufigsten therapieassoziierten Infektionen zwar erwähnt, aber es fehlt eine Vertiefung der jeweiligen Themen. Das Dokument bleibt somit wenig konkret.

Die organisatorisch und technisch denkbaren Möglichkeiten zur Bekämpfung von Infektionen sind unbegrenzt. Deswegen sollte auf die wirklich relevante Einflussnahme fokussiert werden: die individuelle Handlungsweise in der Betreuung von Patienten.

Auch der Einbezug wichtiger Akteure erfolgt zu wenig konkret und zu wenig praxisorientiert. Die Rollenklärung und bessere Koordination der verschiedenen auf diesem Gebiet aktiven Organisationen ist dringend notwendig. Bestehende Akteure und Organisationen sollten gestärkt und nicht neue etabliert werden. Die hier beschriebene Strategie verweist immer wieder auf Expertengruppen, Überwachung und Kontrolle auf hohem Niveau – vorwiegend unter der Federführung des Bundes. Bitte beachten Sie, dass durch die hohe Flughöhe nicht der Fokus auf die Praxis verloren geht. Die geplanten Massnahmen müssen in einer aus Praxissicht realistischen Frist und ressourcenschonend umgesetzt werden können.

Keine Strukturpolitik durch personelle und funktionale Vorgaben

Kritisch ist aus unserer Sicht der Umfang der notwendigen, noch auszubildenden Fachpersonen, z.B. für die praktische, im klinischen Alltag durchgeführte Arbeit der Infektionsprävention. Hier gibt es keine klaren Vorstellungen. Bei fast allen Schlüsselmassnahmen werden koordinierende, auszubildende und vernetzende Personen genannt, welche heute fehlen. Hier muss klar gesagt werden, dass es nicht möglich sein wird, x neue Stellen zu schaffen, insbesondere angesichts des Personalmangels, der schon für die unmittelbare klinische Arbeit an den Patienten herrscht.

Generell soll auf quantitative Vorgaben zur Beschäftigung von Fachpersonen verzichten werden. Die qualitativen Anforderungen an die Leistungserbringer sind eindeutig zu formulieren. Der Entscheid, mit welchen Mitteln und Ressourcen diese umgesetzt werden soll, obliegt den Spitälern und Kliniken.

Obwohl funktionale und bauliche Gestaltung bestimmter Gesundheitseinrichtungen zur Einhaltung der Hygiene beitragen, sollen auch hier keine quantitativen Vorgaben gemacht werden.

2. Aufbau des Strategiepapiers

Grundsätzlich wird der Aufbau der Strategie begrüsst. Die Struktur des Papiers ist in sich kongruent. Die definierten Handlungsfelder und davon abgeleiteten Schlüsselmassnahmen decken die zentralen Themen im Zusammenhang mit der Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von therapieassoziierten Infektionen ab.

Folgende Punkte sollten fundierter behandelt werden:

- Die Notwendigkeit einer nationalen Strategie wird mit veralteten Zahlen verdeutlicht (elf Jahre alt). Eine Darstellung der Entwicklung der nosokomialen Infektionen in den letzten Jahren fehlt und sollte nachgeholt werden. Ohne eine aktuelle Erfassung der Infektionszahlen ist es nicht möglich, deren Folgen in einer in Aussicht gestellten Evaluation und den Erfolg von all-fälligen Interventionen zu messen. Die Wirksamkeit von getroffenen Massnahmen bezogen auf die Ursachen kann nur so zurückverfolgt werden.
- Mit der dramatisch negativen Darstellung der Ist-Situation werden die Patienten verunsichert. Die Politik soll nicht Verunsicherung als treibende Kraft für die Umsetzung nutzen.

- Die Finanzierung aller angedachten Massnahmen und Prozesse ist als zentrales Thema differenziert nach Handlungsachsen und pro Schlüsselmassnahme anzugehen.
- Die verschiedenen Kapitel und Schlüsselmassnahmen sind teilweise zu vage oder gar unklar formuliert. Andere Kapitel sind etwas kurz beschrieben und/oder unvollständig (Begriffsdefinitionen verbessern, fundiertes praktisches Expertenwissen einfliessen lassen).
- Der französischen Version ist ein besonderes Augenmerk zu widmen, was die Nutzung von Begrifflichkeiten und Satzzusammenstellung angeht. Damit die sich daraus ergebenden Ergänzungen einfach durchführen lassen, haben wir solche Hinweise in der detaillierten Rückmeldung belassen.

3. Zu den einzelnen Handlungsfelder, strategischen Zielen und Schlüsselmassnahmen

Auch diese Kapitel finden insgesamt mehrheitliche Zustimmung. Es ist jedoch festzuhalten, dass viele Fragen offen bleiben. Der Leser erfährt wenig Konkretes in Bezug auf involvierte Personenkreise, in den Spitälern benötigte Ressourcen, Kosten, Umgang mit Daten, etc. Die Ausführungen werden teilweise als zu oberflächlich und zu wenig konkret eingestuft, um eine Beurteilung abgeben zu können. So bleiben die Praktikabilität und die daraus resultierenden Kosten unklar.

Es sticht heraus, dass national einheitliche, verbindliche Standards und Richtlinien erwünscht werden, aber lokal und regional gemäss den epidemiologischen Gegebenheiten adaptiert werden müssen. Sonst werden sie zu Papiertigern.

Grundsätzlich sollten hier Ziele fixiert und nicht Vorgehensweisen vorgeschrieben werden. Vieles wird lokal bereits gemacht und darf nicht einfach über Bord geworfen werden. Etablierte regionale Kooperationen dürfen nicht durch nationalen Zentralismus ersetzt werden. Dies stellt die bisherigen Anstrengungen in Frage und demotiviert.

Folgende Themenbereiche wurden kritisch beurteilt:

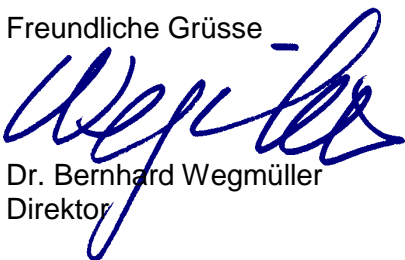
- Aspekte der Umsetzung: Ressourcen und Finanzierung
- G-2-4: Mindestanforderungen bezüglich Ressourcen ermitteln und festlegen
- VB-2-1: Sicherheitskriterien als Bedingung für den Erhalt einer Betriebsbewilligung etablieren und deren Einhaltung beobachten.

Sie finden im Anhang eine detaillierte Rückmeldung zu den einzelnen Handlungsfeldern, strategischen Zielen und Schlüsselmassnahmen. Folgendes ist beim Lesen der einzelnen Rückmeldungen zu beachten:

1. Die **fett hervorgehobenen Aussagen** wurden oft erwähnt.
2. Ein Abschnitt entspricht grundsätzlich einer Aussage, einem Leitgedanke oder einer Feststellung.
3. Die Aussagen wurden nie übersetzt und erscheinen entsprechend in Deutsch oder Französisch.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor

Beilage: Kapitelweise Stellungnahme

Bemerkungen zu den einzelnen Kapiteln in der Strategie NOSO

A) Anmerkungen zu einzelnen Kapiteln

1 Einleitung

1.1 Warum eine nationale Strategie für die Schweiz

Die Notwendigkeit einer Nationalen Strategie wird mit elf Jahre alten Zahlen verdeutlicht. Eine Darstellung der Entwicklung der nosokomialen Infektionen in den letzten Jahren fehlt (z. B. : les études de prévalence nationales 2003/2004 et la surveillance des infections liées aux interventions chirurgicales (en cours), les études destinées à prévenir les infections : campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains 2005/2006 mise en place en Suisse, sans reprise nationale depuis contrairement à la majorité des pays dans le monde / Les données sur l'impact des infections nosocomiales en Suisse sont discutables - les limitations méthodologiques doivent être mentionnées.) Somit bleibt unklar, in welchem Masse sie sich verändert haben und welche Erfolge eine solche umfassende Strategie haben würde.

Das Thema Finanzierung sollte bereits in der Einleitung erwähnt werden.

On parle de la stratégie Noso. Mais pas de l'organisme SwissNoso. A notre avis, une place excessive est donnée à la Fondation pour la sécurité des patients. Il faudrait nuancer cette position.

Welche Personengruppen sind mit "Akteure" gemeint? Was ist mit "Alle sind gleichermassen gefordert, ihren Beitrag zu leisten" gemeint? Welche Personengruppen sind genau involviert? (Seite 8)

Die Einleitung ist klar und verständlich.

Aus unserer Sicht fehlt eine Darstellung der vorhandenen kantonalen Strategien an dieser Stelle.

Les mesures proposées prennent en considération ... les besoins des institutions ...en fonction de leurs conditions de fonctionnement (taille). » Cette formulation n'est pas appropriée. Une exigence qualité doit être la même pour tous, pour une prestation particulière et ne doit en aucun cas être liée à des spécificités organisationnelles ou fonctionnelles. Pour une exigence nationale, chaque institution peut toutefois trouver une solution différente pour la mise en œuvre. Il faudrait mieux faire, dans le texte, le lien avec le portefeuille de prestations que l'hôpital fournit (leur liste change d'un hôpital à l'autre) et non pas avec sa taille.

1.2 Schnittstellen

Die Schnittstelle zu den Spitalhygiene-Abteilungen als wesentliche Träger von Monitoring und Verbesserung ist nicht definiert. Als primärer Ansprechpartner bietet sich die Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene SGSH an, mit Swissnoso als ihrem Exekutivorgan. Swissnoso müsste dafür aber eine repräsentative Zusammensetzung aufweisen (Universitätsspitäler, Kantonsspitäler, Regionalspitäler, Privatkliniken), was aktuell nicht gegeben ist.

Es bleibt unklar, inwieweit der Bund die vorhandenen Programme von den Kantonen abgeholt hat und in ihre strategischen Überlegungen integriert hat.

Pilotprogramme wie z.B. der reduzierte Einsatz von Harnwegskathetern sind zu komplex und aufwändig und somit für viele Spitäler nicht umsetzbar. Dadurch wird die Aussagekraft der Programme deutlich reduziert respektive auf ein kleines Spitalkollektiv reduziert. Somit ist fraglich, ob die Maßnahmen das gewünschte Ziel erreichen.

1.3 Erarbeitungsprozess

In diesem Kapitel bleiben unklar, welche Fachgesellschaften, Verbände und Industrieunternehmen konkret bei der Erarbeitung der Strategie involviert waren. Diese sollten im Anhang namentlich aufgeführt werden.

Es stellt sich die Frage, ob die sehr unterschiedlichen Prozesse im Hygienemanagement der Spitäler miteinbezogen wurden und wie praxistauglicher der beschriebene Prozess nun ist.

1.4 Begriffsbestimmung „therapieassoziierte Infektionen“ und „gefährliche Erreger“

Der Begriff „therapieassoziierte Infektionen“ ist nicht leicht verständlich (insbesondere dem Laienpublikum gegenüber). Es wäre allenfalls besser, hier von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen oder direkt von „Healthcare-assoziierten Infektionen“ zu sprechen. Die Begriffsbestimmungen sollten noch spezifiziert werden: Welche Keime sind mit "gefährliche Keime" gemeint? Sind dies allgemein gefährliche Erreger oder multi-resistente Erreger? Als Ergänzung der Begriffsbestimmung würden „leicht übertragbare Erreger mit hohem Epidemierisiko“ mit dazu zählen. Die Terminologie in der französischen Version (infections liées aux soins) ist viel entsprechender.

Desweiteren ist auch "Während des Aufenthaltes" nicht sauber definiert. Zählt dieser bereits ab der ersten Minute oder ab 24Std.?

Proposition de définition : Reprendre la définition de l'OMS : "Infection acquise à l'hôpital par un patient admis pour une raison autre que cette infection (1). Infection survenant chez un patient à l'hôpital ou dans un autre établissement de santé et chez qui cette infection n'était ni présente ni en incubation au moment de l'admission. Cette définition inclut les infections contractées à l'hôpital mais qui se déclarent après la sortie, et également les infections professionnelles parmi le personnel de l'établissement."

Weiterer Definitionspunkt: Allgemein sollten bei spezifischem Bezug auf die Langzeitpflegeeinrichtungen, Patienten durch Bewohner ersetzt werden.

Wichtig ist, nicht zu vergessen, dass die Aktivitäten im Sinne der Strategie Noso nur einen Teil der Aufgaben einer Spitalhygiene abbilden. Eine Abgrenzungsdefinition /Einschränkende Erklärung ist notwendig. Ausserdem wird dann auch klar, dass nicht die gesamten Spitalhygiene- Ressourcen einzig für die in der Strategie Noso definierten Tätigkeiten eingesetzt werden können.

2 Ausgangslage

2.1 Entstehung und Ursachen von therapieassoziierten Infektionen

Im ersten Abschnitt sollte präzisiert werden, dass es sich um Infektionen handelt, die durch Bakterien, Viren oder Pilze (etc.) ausgelöst werden, welche sich ggfs. auf kontaminierten Oberflächen befinden können (nicht nur durch kontaminierte Geräte). Ausserdem sollte man „von kontaminierter Nahrung, Injektion und Infusion“ sprechen und das „oder“ weglassen.

Auch in diesem Kapitel sollte die Definitionen zur Entstehung und Ursachen von therapieassoziierten Infektionen Infektiologen zur exakten Prüfung vorgelegt werden.

Der Abschnitt „Besondere Gefährdung“ fokussiert auf die Intensivstation. Es entsteht der Eindruck, dass es nahezu nur Risiken für ältere Patienten auf einer Intensivstation gibt. Doch auch auf akutmedizinische und geriatrische Stationen sind oft multimorbide Patienten hospitalisiert.

Paragraphe 1 : s'agissant d'un microorganisme, le terme « absorption » est inapproprié et limitatif. Suggestion : acquisition.

Paragraphe 2 : il est surprenant de lire que les infections endogènes primaires surviennent principalement lorsque le système immunitaire est affaibli. Les infections endogènes sur rupture de la continuité cutanée ou muqueuse sont plus communes et ne requièrent pas d'immunosuppression.

Le dernier paragraphe est d'une logique discutable. Il est surprenant de lire que la réduction des infections doit toucher 3 domaines dont... la réduction des infections !

La Fig. 2 est également peu logique. A titre d'exemple : les pathogènes multi-résistants méritent d'être cités dans les catégories 2 et 3, pas seulement dans la première.

La mention liée aux soins intensifs est trop restrictive ; il y d'autres situations qui représentent des menaces particulières (par ex. les unités d'oncologie, les services de soins intermédiaires) en résumé tous les services qui s'occupent de patients vulnérables ou qui comportent beaucoup d'actes invasifs.

2.2 Risikofaktoren für therapieassoziierte Infektionen

Intrinsische und extrinsische Risiken sind als Ursachen für Infektionen benannt worden. Die Strategie, die sich daraus ableitet, sollte eine Reduktion der extrinsischen Risiken und eine Verbesserung der intrinsischen Risiken beinhalten - welche dann insgesamt eine Reduktion der Infektionen und eine Eindämmung von Ausbrüchen zur Folge haben könnte. Es ist Vorsicht geboten, dass Massnahmen und Strategie nicht

vermisst werden.

Als Faktor sollte auch die Therapie-Compliance der Patienten ergänzt werden. Unter invasive Massnahmen sind auch medikamentöse Therapien aufzuführen, z.B. erhöhen Antibiotikatherapien das Risiko für nachfolgende Infektionen.

Les facteurs de risques pour les infections liées aux soins ne sont pas les mêmes en hôpital que dans les établissements de longs séjours

2.3 Auftreten und Häufigkeit von therapieassoziierten Infektionen

Das Auftreten und die Häufigkeit von therapieassoziierten Infektionen werden in vielen Spitälern regelmässig, aber nicht schweizweit systematisch erfasst. Die Schätzung zur Häufigkeit von therapieassoziierten Infektionen in der Schweiz basiert auf Zahlen aus dem Jahr 2004. Das ist massiv unseriös. Erstens kann ein Vorhaben in dieser Grössenordnung nicht auf einer Schätzung beruhen und zweitens schon gar nicht auf einer aus dem Jahr 2004.

In den letzten 10 Jahren haben die Spitäler Millionen in die Infektionsprävention investiert, nicht nur infrastrukturell, sondern auch personell. **Die Spitäler und Kliniken erfassen seit 2010 die Daten zu Infektionen mit Swissnoso. Die aktuellen Grundlagen werden als Ausgangslage aus nicht nachvollziehbaren Gründen nicht mit einbezogen.** Als Einziges besteht ein Hinweis auf die Verteilung der Infektionsarten. Mit gutem Recht kann davon ausgegangen werden, dass sich die Situation seit 2004 verbessert hat.

Aus diesem Grund braucht es vor der Implementierung eines Projekts zur Bekämpfung von therapieassoziierten Infektionen im Sinne eines Monitoring zwingend aktuellere Zahlen und den Einbezug von aktuellen Swissnoso Zahlen. Ohne eine aktuelle Erfassung der Infektionen scheint es schwierig, den Erfolg von allfälligen Interventionen zu messen.

Das Strategiepapier beginnt auf Seite 3 mit dem Satz „Jahr für Jahr erliegen in Schweizer Spitälern rund 70 000 Personen einer Infektion, etwa 2 000 von ihnen sterben daran“. In Kapitel 2.3 werden diese Zahlen wiederholt und sie wurden bei der Vorstellung des Strategieentwurfs gegenüber der Presse entsprechend dargelegt → **Bitte Quellenangabe sicherstellen, ansonsten ersatzlos streichen.**

Im ersten Abschnitt ist die Formulierung „...beliebigen Tag im Durchschnitt 5.7 % der Patientinnen und Patienten mindestens eine therapieassoziierte Infektion erwerben“ falsch, da es sich um Prävalenz- und nicht Inzidenzdaten handelt. Mindestens 5.7% haben an einem beliebigen Tag eine therapieassoziierte Infektion (Proposition en F: souffrent d'une infection ou présentent une infection).

Die Zahl von 7.2% scheint sehr hoch, wie repräsentativ war diese Studie? Daraus abgeleitet werden die Spitäler immer sehr negativ dargestellt.

Garder la traduction de l'anglais *Surgical site infection* soit en français : infection du site chirurgical et non infection post-opératoire de plaie et ceci tout au long des textes. Revoir également la traduction approximative en allemand.

Paragraphes 1 et 2 : pourquoi parler de journée lambda ? Cela donne une image désobligeante et peu sérieuse. Préférer une "journée type" ou une "journée classique"

Paragraphe 2 : il devrait y être question d'établissements médico-sociaux (et non établissement de soins)

2.4 Erreger von therapieassoziierten Infektionen

Das Kapitel ist etwas gar kurz ausgefallen und der Titel assoziiert, dass nur die genannten Erreger untersucht werden. Die Aufzählung der Erreger ist nicht abschliessend. Unter den therapieassoziierten Erregern werden die multiresistenten gram-negativen Erreger, beispielsweise ESBL produzierende Keime und Carbapenem-resistente Keime nicht erwähnt. Wichtig wäre, nicht-bakterielle Infektionen wie Viren und Pilzen zu erwähnen. In Anbetracht der Grippeproblematik sollte insbesondere auch Influenza genannt werden.

Neben der Prävalenzdatenerhebung ECDC sollten auch andere Quellen herangezogen werden, um auch epidemiologischen Szenarien der Zukunft gerecht zu werden. Es wäre auch sinnvoll, die Daten EU und Schweiz aufzuteilen, wenn Daten vorhanden sind.

Das Thema der Zunahme multiresistenter Erreger ist nicht abgebildet (Schnittstelle zu StaR?).

Auch in diesem Kapitel bleibt unklar, ob wir von therapieassoziierten Infektionen oder nosokomialen Infektionen sprechen. Das Papier sollte sich auf eine Begriffsdefinition einigen.

Auch in diesem Kapitel wurde zur Kostenschätzung eine alte Quelle von 2003 herangezogen, was bedeutet, dass die zugrundeliegenden Daten noch älter sind (230 Mio. de francs ont été estimés en 2003... et de nos jours?). Ausserdem sollten die direkten und indirekten Kosten und der Renommee-Verlust des Gesundheitswesens mit aufgeführt werden. Auch Erwerbsausfälle und reduzierte Quality-of-life werden nicht speziell erwähnt, obwohl vor allem letzteres in der neueren Forschung einen grossen Stellenwert hat.

Die Annahme, dass „bei postoperativen Wundinfektionen, nosokomialen Pneumonien und Bakteriämien mit erhöhter Morbidität und Mortalität zu rechnen ist“, ist zu vage. Besser sollte stehen, dass diese zu erhöhter Morbidität und Mortalität führen.

2.6 Vermeidbarkeit

Ergänzend könnte ein Verweis auf potentielle Gefährdung durch Auslandsreisen, Aufnahme von Asylbewerbern, relativ "neuer" Tourismus aus asiatischen und arabischen Ländern gemacht werden. Es kommt ein anderes Keimspektrum auf die Spitäler und Kliniken zu, andere Impfvoraussetzungen, ein anderer Umgang mit Antibiotika in diesen Ländern, auch die intrinsische Abwehr von Menschen aus Entwicklungsländern ist bisher medizinisch sicher nicht einschätzbar.

2.7 Bestehende Strukturen und Programme

In diesem Kapitel wird dargestellt, auf welcher Ebene welche Arbeiten und Massnahmen zur Vermeidung von therapieassoziierten Infektionen erfolgen. Im Abschnitt Schweiz steht „Nationale Leitlinien zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen werden durch Swisnoso sowie durch die einzelnen Fachgesellschaften publiziert.“ Gleichzeitig wird festgehalten, dass in der Schweiz ein einheitliches, nationales Programm zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung therapieassoziiierter Infektionen fehlt.

Die Strategie gibt jedoch keine Auskunft, wie durch eine nationale Überwachung Infektionen verhindert werden. Als Ergebnis ist jedoch klar absehbar, dass die Administration ohne Nutzen erhöht wird.

Im Abschnitt Ausbildung sollte klargestellt sein, dass ein Schwerpunkt in Infektionsprävention im Gesundheitswesen/Spitalhygiene als Schwerpunkt innerhalb des Facharzttitels in Planung ist, aber eine Analogie zum deutschen Facharzt nicht vorgesehen ist. In Deutschland gibt es keinen Facharzttitel für Infektiologie. Die Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie (SGI) wird den Schwerpunkt Spitalhygiene innerhalb der Gesellschaft verwirklichen.

Mit der SGSH steht auch ein nationales Gremium zur Verfügung, dass diese Spezialisten landesweit vertritt und erreicht. Mit Swisnoso steht zudem ein Exekutiv-Board zur Verfügung, das jedoch breiter abgestützt werden müsste (bisher praktisch ausschliesslich Repräsentanz der Universitätsspitäler).

Die Ausbildung von Medizinerinnen müsste bereits im Studium beginnen und nicht erst in der Facharztausbildung. Insbesondere die Umsetzung von Hygienemassnahmen und Infektionsprävention in der Praxis sollte begleitend durch das ganze Studium stattfinden.

Bei den Pflegefachpersonen sollten auch techn. Operationsfachpersonen und Hebammen, etc. eingeschlossen werden.

Mesures d'hygiène domestique : quelles sont-elles? Que voulez-vous dire dans ces termes?

Dans cette partie, on mentionne l'ANQ, qui s'occupe des plaies chirurgicales, de la Fondation pour la Sécurité des patients qui s'intéresse aux sondes urinaires et de Swisnoso qui s'intéresse à l'hygiène des mains. Ne faudrait-il pas aussi mentionner les autres actions de cet organisme (journal, site, autres actions, intervention à succès par le passé, ...). Ainsi ce document ignore presque totalement les véritables activités passées ou en cours en Suisse, conduites par une milice d'experts depuis 1992.

En résumé, tout le document donne une large place aux structures "administratives" intéressées à la

question de la sécurité des patients, mais les spécialistes (infectiologues, spécialistes en prévention de l'infection, laboratoires, etc...) sont oubliés. De manière générale, les véritables experts du domaine de la prévention de l'infection et de l'hygiène hospitalière ne semblent pas avoir donné leurs avis d'experts ! Dernier paragraphe de la page 17 : VigiGerme est mis à disposition gratuitement par les HUG. Les HUG ne facturent pas les prestations et conseils dans le domaine et mettent la totalité des outils développés à disposition ! "

Éviter de faire allusion aux services hospitaliers spécialisés sous le terme « hygiène et prévention ». Lui préférer « prévention et contrôle ».

Paragraphe 2 : image incomplète des ressources offertes par l'ECDC. Par exemple, EARS-Net (surveillance de la résistance bactérienne) mériterait d'être cité.

Paragraphe 3 : la Fondation pour la sécurité des patients est mal citée (utiliser le vocable complet)

Paragraphe 8 : de quelles institutions de soins d'agit-il ? Y a-t-il de nouveau une confusion avec « établissements médico-sociaux » ?

2.8 Erfahrungen aus dem Ausland

Dieses Kapitel ist nicht kommentierbar, da Text noch aussteht.

Erfahrung aus dem Ausland und insbesondere auch Deutschland sollten miteinbezogen werden.

Die wichtigsten Gesetze:

- das Infektionsschutzgesetz (IfSG)
- das Sozialgesetzbuch
- das Medizinproduktegesetz
- die Unfallverhütungsvorschriften
- Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)

Für eine abschliessende Beurteilung des Potentials (Kosten/Nutzen) dieser Strategie ist die Referenz auf Erfahrungen in ähnlichen Projekten elementar, insbesondere welche Outcome- und Impactrate überhaupt erwartet werden dürfte.

Nous comprenons que cette partie est encore en préparation !!! Ceci est fort regrettable et témoigne du manque d'expertise dans la réalisation de la stratégie NOSO. En effet, la Suisse est très en retard par rapport à ses voisins dans le domaine des réglementations et des structures imposées aux hôpitaux à l'étranger par rapport à la prévention des infections (ex: nombres fixes et normés d'infirmières et techniciens spécialistes formés et nombre de médecins spécialistes par 100 lits d'hospitalisation, fonction du type de patient et des services proposés.... ; formation validante des experts, formation continue des experts, procédures de mesures de structure, procédures, résultats obligatoires,)"

2.9 Schlussfolgerungen

In den Schlussfolgerungen verweist die Strategie auf das Benchmarking. Das Strategiepapier gibt aber keine Erläuterungen zum Benchmarking; vorstehende Aussage wird als gegeben taxiert. Es ist bekannt, dass ein Benchmarking im Bereich von Infektionsraten komplex ist und diverse Parameter zu berücksichtigen sind. Unter anderem braucht es eine Risikoadjustierung, sonst besteht als Folge die Gefahr der Patientenselektion.

Eine Anbindung an andere nationale Programme wäre wünschenswert.

Cette conclusion résonne de la même manière que les couplets ""qualité"" habituels. Certes, la prévention des infections ça fait partie de la qualité, mais elle revêt des aspects plus techniques, impératifs au succès des mesures de prévention.... Que le document semble ignorer ! "

Le renforcement et la mise en réseau des principales structures existantes (services des grands hôpitaux, sociétés spécialisées) mériteraient d'être cités, de même qu'une collaboration accrue avec les Services de santé publique impliqués dans la prévention et le contrôle des maladies transmissibles dans la communauté.

3 Globalziel und Geltungsbereich der Strategie

Es ist widersprüchlich, dass Medizinprodukte nicht Teil der Strategie sind (S.20).

Im Wirkungsmodell werden diese wie auch bauliche Massnahmen ausgeklammert. Die funktionale

und bauliche Gestaltung der Gesundheitseinrichtungen ist ein zentraler Faktor zur Einhaltung der Hygiene.

Auch Patientenrechte müssen integraler Bestandteil der Strategie sein, denn die arbeitstechnischen Möglichkeiten und Vorgaben sind mit den Patientenforderungen und -rechten in Einklang zu bringen (z.B. Besuchsverbote).

Mit der geplanten Umsetzung nach Wirkungsmodell greifen der Bund und allenfalls die Kantone mit Personal- und später Infrastrukturvorgaben direkt in die Führungsverantwortung der Unternehmen ein.

Relatif à l'exclusion des soins ambulatoires et la cohérence du système de qualité des soins et de la sécurité des patients: Pour un hôpital de soins aigus qui possède un hôpital de jour et fait des consultations ambulatoires, il va être très compliqué d'avoir un système de prévention et contrôle des infections à deux vitesses, ceci d'autant plus, si les locaux ambulatoires des consultations sont au milieu de l'hôpital et si les flux de travail se croisent.

Das Wirkungsmodell baut auf dem Vorgehen top down auf, d.h. heisst zentrale Planung, Vorgaben, Eingriffe. Diese Systematik ist nicht Ziel führend, es bremst die Innovation und die Eigeninitiative und damit die Motivation der Direktbetroffenen an der Basis.

Il faut encore mentionner les sujets qui ne sont pas adressés (voir 1.2 "interfaces")

4 Strategiemodell

Grundsätzlich unterstützen wir das Strategiemodell. Dessen Praktikabilität, die daraus resultierenden Kosten und deren konkrete Finanzierung sind jedoch genau im Auge zu behalten.

Formation et recherche : en plus des sociétés de spécialistes et associations, citer explicitement les hôpitaux universitaires, les hautes écoles en santé et les centres de formation en soins.

La gouvernance est essentielle et ne peut pas avoir un caractère auxiliaire (problème de traduction ?). Cela introduit une ambiguïté. Il faut préciser qu'elle est essentielle au dispositif.

Ressources mises à disposition des institutions...Quels impacts en terme de coûts et de ressources pour les institutions?

5 Handlungsfelder mit strategischen Zielen und Schlüsselmassnahmen

5.1 Übersicht

In diesem Kapitel bleiben viele Fragen offen. Der Leser erfährt wenig Konkretes in Bezug auf involvierte Personenkreise, in den Spitälern benötigte Ressourcen, Kosten, Umgang mit Daten, etc. Die Ausführungen sind zu oberflächlich und zu wenig konkretisiert um eine Beurteilung abgeben zu können. So bleiben die Praktikabilität und die daraus resultierenden Kosten unklar.

Die national einheitlichen, verbindlichen Standards und Richtlinien müssen lokal und regional gemäss den epidemiologischen Gegebenheiten adaptiert werden können. Sonst werden sie zu Papiertigern. Diesbezüglich müssen hier Ziele fixiert und nicht Vorgehensweisen vorgeschrieben werden. Vieles wird lokal bereits gemacht und darf nicht einfach über Bord geworfen werden. Etablierte regionale Kooperationen dürfen nicht durch nationalen Zentralismus ersetzt werden, der bisherige Efforts in Frage stellt und demotiviert.

Gut wäre sich auch international auf nur ein Register und nicht nationale Register zu einigen.

Unter VB-3-1 bitte die Ärzte/Belegärzte separat erwähnen.

Préférer la formulation "plateforme d'accès aux connaissances" plutôt que "plateforme d'accès au savoir"

Kapitel 5.2 bis 5.5

➔ Anmerkungen zu den Kapiteln 5.2 bis 5.5 bzw. zu den einzelnen Schlüsselmassnahmen finden Sie unter Punkt B.

6 Aspekte der Umsetzung

6.1 Zeitplan und Einbezug der Akteure

Dieses Kapitel ist vage beschrieben und lässt viele Fragen offen. So bleibt auch hier unklar, wer die „wichtigsten Akteure“ sind. Hier wäre eine ausdrückliche Erwähnung der SGSH und von Swissnoso wünschenswert. Zudem ist die Aussage, dass ab Anfang 2016 die Strategie umgesetzt werden soll, sehr zeitkritisch.

Es könnten erhebliche Zeitressourcen nötig werden, das entsprechende Personal muss erst gefunden, die Stellenprozente geschaffen und die dazu nötige Zusatzfinanzierung gesprochen werden. Der weitere Zeitplan bleibt vage und Aussagen über die Dauer der Planung der Umsetzung fehlen gänzlich. Wann ist mit den ersten Veränderungen und Massnahmen zu rechnen?

Der Massnahmenplan sollte auf einer Bedarfsanalyse basieren, die zusammen mit den Fachexperten der Spitäler erstellt wurde. Es bedarf zudem einer Priorisierung der Massnahmen unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen.

6.2 Gesetzliche Grundlagen

Chaque établissement doit suivre l'ODIM. Enlever la phrase suivante, qui n'amène rien de précis : « *Les hôpitaux ...peuvent être contraints de décontaminer...* ».

6.3 Ressourcen und Finanzierung

L'ensemble du chapitre reste malheureusement trop vague pour l'instant.

Leider bleibt völlig offen, wer und wie alle diese Handlungsachsen finanzieren soll.

Le financement de telles mesures devrait être pris en charge par la confédération.

Le financement n'est pas clair. Les assurances maladies de base devraient financer la prévention.

Die Kosten sind nicht ansatzweise quantifiziert und keinesfalls überschaubar. Die beschriebenen Massnahmen in den vier Handlungsfeldern sind derart weit gefächert, dass es sich um Kosten in sehr hohem Bereich handeln wird. Auch die zeitlichen Vorgaben sind nicht definiert.

Eine klare Definition der benötigten Ressourcen ist zentral, fehlt aber noch weitgehend: Wichtig ist dabei nicht zu vergessen, dass die Aktivitäten im Sinne der Strategie Noso nur einen Teil der Aufgaben einer Spitalhygiene abbilden und somit nicht die gesamten Spitalhygiene-Ressourcen für die in der Strategie Noso definierten Tätigkeiten eingesetzt werden können.

Eine offene Frage bleibt die Rekrutierung von Fachexperten in Spitalhygiene. Zurzeit hat es in der Schweiz nie und nimmer genügend Fachexperten, um das Projekt durchzuführen.

Unter Kapitel 6.3 steht, das finanzielle Engagement von privaten Organisationen soll erhöht werden. Ist damit der Verein ANQ gemeint? Soll deren Finanzierung, die auf den akutstationären Austritten basiert, erhöht werden?

Wie ist die Finanzierung der Projekt-Umsetzung in Pflegeheimen vorgesehen?

La récolte des données dans la stratégie NOSO dépasse largement ce qui est réalisé aujourd'hui par ANQ. De plus ANQ n'a pas les capacités techniques d'analyser les données qui seraient issues d'une telle surveillance. La question à poser (ou plutôt le défi à relever) est de savoir si le système de financement de l'ANQ dans cette stratégie est réaliste et /ou si l'ANQ demeure la bonne structure à être mandatée pour organiser la surveillance (cette remarque est d'autant plus importante que l'interprétation des données devra être faite par des experts). En d'autres termes, ce paragraphe est très insuffisant !

L'affirmation consistant à dire que les coûts sont complètement couverts par les forfaits DRGs est erronée ceci en particulier pour les hôpitaux universitaires. IL est plus juste de dire "qu'une partie des coûts est couverte..." Il y a une probable erreur de traduction pour les contributions annuelles de l'ANQ ne sont pas basées sur les sorties des stations des soins intensifs mais sur le nombre de sortie en soins somatiques aigus.

Dieses Kapitel zeichnet sich durch wenig konkrete, floue Formulierungen aus:

„Dabei wird der Bund den Aufbau und den Betrieb eines nationalen Systems zum Monitoring von therapieassoziierten Infektionen finanziell mittragen müssen. Für den langfristigen Betrieb anderer Interventionsmassnahmen müssen weitere Finanzierungsmechanismen etabliert werden.

„Das finanzielle Engagement von privaten Organisationen soll im Interesse der möglichst zielführenden Umsetzung der Strategie erhöht werden. Der Einsatz von Bundes- und Kantonsmitteln sowie von Ressourcen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) soll die privaten Mittel keinesfalls ersetzen.

Hier wünschen wir uns schon im jetzigen Stadium klarere Aussagen:

- In welchem Ausmass trägt der Bund das System mit
- Wie funktioniert der Geldfluss
- Ist es vertretbar zu sagen, dass die mit der Umsetzung der Noso-Strategie verbundenen notwendigen Zusatzspitalressourcen via DRG finanziert sind?
- Ist es Vertretbar solche OKP-Spitalzusatzkosten) dem OKP Kostenbasierten Benchmark zu unterstellen?
- Nach welchen Kriterien wird Geld gesprochen
- Was stellt man sich unter privaten Organisationen vor, welche ihr finanzielles Engagement erhöhen? Die nicht-Klärung dieser Fragen gefährdet das NOSO Konzept, welches dann nicht umgesetzt werden kann, wenn die privaten „Sponsoren“ fehlen bzw. die Finanzierung generell nicht überdenkt wird.

Wir befürworten eine klare Stellungnahme für die finanzielle Unterstützung der etablierten Institutionen welche die Aus-, Weiter- und Fortbildung im Gebiet der therapieassoziierten Infektionen weiter ausbauen. Denn ein wesentlicher Teil des NOSO Konzepts beruht auf der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Diese Bildungsaufgaben werden vor allem durch Spezialfachpersonen, insbesondere Spezialärzte Infektiologie mit Schwerpunkt Spitalhygiene der Universitätsspitäler wahrgenommen. Diese Leistungen werden typischerweise mit dem DRG System nur unzureichend finanziert.

In der Detailplanung ist finanziellen Aspekten besonderes Augenmerk zu schenken (z.B. Anzahl Stellen pro 1000 Spitalbetten oder medizinischen Konsultationen).

6.4 Kommunikation

Auch dieses Kapitel ist vage beschreiben. Die geplante Kommunikation wird bis anhin wenig konkret formuliert und sollte klar definiert. Wo und wie wird kommuniziert?

6.5 Evaluation

Die Evaluation muss durch erfahrene Fachkräfte erfolgen, mit Fachärzten für Infektiologie, welche im Bereich der therapieassoziierten Infektionen arbeiten.

Es gilt eine sinnlose Datenflut zu verhindern und sich von Anfang an auf klinisch relevante Verbesserungen zu fokussieren.

Damit nach fünf Jahren eine Evaluation durchgeführt werden kann, muss u.E. vor dem Start des Projektes die Ausgangslage erfasst werden. Im Dokument werden Schätzungen, wie bereits erwähnt, auf veralteten Zahlen von 2004 gemacht. Somit ist Schätzung zur Häufigkeit von therapieassoziierten Infektionen in der Schweiz nicht aktuell.

Vor der Implementierung eines Projekts zur Bekämpfung von therapieassoziierten Infektionen braucht es zwingend aktuellere Zahlen. Ohne eine aktuelle Erfassung der Infektionszahlen scheint es schwierig, deren Folgen in einer Evaluation und den Erfolg von allfälligen Interventionen zu messen. Die Wirksamkeit von getroffenen Massnahmen bezogen auf die Ursachen kann nur so zurückverfolgt werden.

Im Zwischenbericht sollte auch die Frage zu den Kosten beantwortet werden.

Le délai de 5 ans pour un rapport intermédiaire nous semble trop long, notamment s'il y a des ajustements à mettre en place. 2 ans seraient opportuns.

Manque dans l'évaluation intermédiaire, les coûts pour les institutions et les raisons d'une éventuelle adhésion limitée de ces mêmes institutions (manque de personnel qualifié, bases de données trop complexe etc...). Informatisation et automatisation de l'extraction de certaines données sont-elles à l'ordre du jour?

B) Anmerkungen zu einzelnen Schlüsselmassnahmen (Kapitel 5.2 bis 5.5)

Kapitel 5.2: Handlungsfeld Governance

G-1-1 Evidenzbasierte Best-Practice-Standards und Richtlinien erarbeiten und Verbindlichkeit festlegen

Es ist nicht klar, wer die Best-Practice-Standards und Richtlinien erstellt resp. wer das Expertengremium bildet. Wichtig erscheint uns, dass die lokal unterschiedlichen Gegebenheiten bei der Erarbeitung mit berücksichtigt werden. Interessant wäre zudem zu wissen, zu welchen Punkten konkret national einheitliche Richtlinien geplant sind.

Die Zusammensetzung dieses Expertengremiums ist für die Akzeptanz der darin erarbeiteten Empfehlungen zentral. Das Expertengremium muss breit abgestützt und somit interdisziplinär und föderalistisch aufgestellt sein: es dürfen nicht nur spitalhygienisch tätige Infektiologen der Universitätsspitäler berücksichtigt werden, sondern auch aus Kantons- und Regionalspitalern unterschiedlicher Grösse. Weiter ist für die Verankerung im Spitalalltag der Einsatz von Fachexpert(inn)en für Infektionsprävention, ggf. technischen Spezialisten und des BAG notwendig. Swissnoso erfüllt diese Ansprüche gegenwärtig nicht, kann aber als Ausgangspunkt dienen.

Den Satz in der Klammer streichen: insb. beim Umgang mit Ausbrüchen in Pflegeheimen. Dieser widerspricht dem Kapitel M-3-1.

"Les compétences ne sont pas définies. Qui propose les normes et directives, dans quel contexte sont-elles discutées (pour vérifier si elles sont applicables). Ces débats doivent être le fait d'un groupe multidisciplinaire qui les valide et qui a la charge des audits externes. Ce groupe doit comporter de véritables experts. Proposition: constituer un organe mandaté pour ce travail avant d'initier la stratégie, de manière à ce qu'on se mette rapidement efficacement au travail.

Les preuves d'efficacité des mesures sont souvent faibles, en particulier en termes de validité externe. De ce fait, il convient de nuancer la notion de « fondé sur les preuves » et d'insister sur la nécessité d'une adaptation locale y-compris pour des raisons de faisabilité.

G-2-1 Ebenen der Zuständigkeit und Verantwortlichkeit klären

Die Vorgaben sind zu allgemein formuliert, um ein klares Feedback zu geben. Folgende Fragen sind zu klären: Wie sieht das Kontrollsystem aus? Welche Personen haben welche Kompetenzen? Wie sehen die Sanktionen aus? Es braucht klare Vorgaben, um die heutigen kantonalen Unterschieden zu eliminieren.

Zur Verfügbarkeit der Ressourcen: Es gilt zu beachten, dass die Anzahl an Experten (meist Fachärzte Infektiologie) sehr beschränkt ist. Meist sind diese nur in sehr grossen Spitälern vorhanden, die die Prävention und Behandlung von therapieassoziierten Infektionen managen, Spitalhygieneteams leiten und junge Ärzte und Fachpersonen ausbilden. Die Zuständigkeit in kleinen Betrieben ohne etablierte Struktur für die Spitalhygiene muss zwingend berücksichtigt werden. Im Expertengremium muss der Lead bei den Fachärzten Infektiologie sein, damit es nicht zu einem theoretischen Debattierclub verkommt.

Die Kontrolle und Sanktionen (Steuerungssystem) sollen nicht rein auf statistischen Auswertungen beruhen, sondern die lokalen Gegebenheiten und spezifischen Situationen berücksichtigen und entsprechend beurteilt werden. Unter Beizug von Fachleuten gilt es dann, quantifizierbare klinische Verbesserungen einzufordern.

Alors que la définition des missions et l'attribution des responsabilités sont incontournables pour assurer le succès de l'implémentation de la stratégie, ne devrait-on pas mieux spécifier les différents éléments de ce point (p. ex. définir le nombre des postes de spécialistes en prévention et contrôle de l'infection par 100 lits d'hospitalisation, comme ceci est le cas dans pratiquement tous les pays développés !) ?

Il serait souhaitable de renforcer les liens entre les services cantonaux de santé publique (en particulier les organes responsables de la planification des soins et ceux en charge des maladies transmissibles dans la communauté) et les responsables de la prévention et de la lutte contre les infections dans les institutions de soins.

Widersprüchliche Logik zwischen "freiwilligem" Commitment der Institutionen und der erwähnten Verknüpfung mit Betriebsbewilligungen / Leistungsaufträgen / Sanktionen. Es ist nicht klar, ob die Strategie NOSO nun mit Sanktionen behaftet wird, ob sie verpflichtend ist und wie diese Sanktionen aussehen werden. Es werden nur verschiedene Optionen gelistet.

In der ersten Phase der Strategieumsetzung raten wir dringend von der Integration in kantonale Steuerungsinstrumente ab. Wir gehen davon aus, dass sich ein Commitment der Institutionen unter dem Druck des zunehmenden Wettbewerbs und des veränderten Qualitätsbewusstseins der Patientinnen und Patienten einstellen wird. Da braucht es keine Verknüpfung der Infektionsprävention mit der Leistungsvergabe der Kantone, resp. nur im Falle eines Systemversagens.

Die Frage der Kostenübernahme ist nicht geklärt und muss von allen getragen werden.

Comment les établissements doivent-ils déclarer leur engagement? Peut-on demander qu'un tel engagement soit ancré dans les objectifs d'une institution ? Comment concrétiser l'engagement avec quels moyens, fournis par qui ? Une déclaration formelle ne suffit pas.

D'accord, dans la limite de leur compétence. Les compétences restent à être définies.

Es bleibt die Frage offen, wer die Verantwortung und das Fachwissen hat, um in den Institutionen, insbesondere in den Pflegeheimen, neue Erkenntnisse verbreiten und etablieren zu können.

Mittels DRG alleine werden solche Verbesserungen kaum möglich sein. s. 6.3. Es bleibt aber zu definieren, wie die optimale Verbindung zwischen Spitalhygiene und Qualitätsmanagement aussehen soll; aktuell gibt es sehr unterschiedliche Konstellationen in den Schweizer Spitälern. Es bleibt die Frage, ob hier genau Vorgaben bezüglich der Struktur Sinn machen und wer von aussen her entscheiden kann, wie eine „korrekte“ Struktur aussieht. Wichtig ist, dass die Schnittstellen in den Institutionen identifiziert werden.

Die praxisbezogene Spitalhygiene als Querschnittsfunktion mit ihrer Vernetzung in die Infektiologie und die Mikrobiologie sollte autonom bleiben und nicht in den Aufgabenbereich des gegenwärtigen Qualitätsmanagements fallen.

La stratégie est nationale - la qualité ANQ pour le moment est une Fondation. Les intérêts ne sont semble-t-il pas les mêmes.

Cette mesure se présente de manière ambiguë: d'une part parce que les auteurs assument que les efforts de la prévention et de lutte contre les infections nosocomiales font partie de la gestion générale de la qualité des soins et d'autre part parce qu'ils assument que le niveau de la gestion de la qualité dans les établissements nécessite toujours une amélioration. Bien entendu qu'on peut toujours faire mieux, mais une stratégie devrait plutôt cibler le niveau minimal à respecter (et donc le nommer ainsi). Par ailleurs, une institution de petite taille devrait être en mesure de mettre en œuvre les recommandations. Tester des nouveaux systèmes, formuler des questions de recherche sont plutôt la tâche de structures de plus grande taille (hôpitaux universitaires, hôpitaux de référence dans les cantons). En d'autres termes d'exigences minimales devraient être fixées en fonction des types d'institutions (cf. G2-4).

Le renforcement de la gestion du risque et de la qualité ne contribue pas à la culture. C'est l'inverse. Il faut un engagement individuel de chaque professionnel de la santé à garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. C'est pourquoi la formation à la gestion de la qualité et de la sécurité doit être renforcée. La conduite et la mise en œuvre de la mesure relève des institutions de la santé et des professionnels de la santé.

Il faut réfléchir au lien entre le management de la qualité et la prévention des infections liées aux soins. Il serait bien de préciser qu'il y a une complémentarité entre les deux et que la prévention des infections demande des compétences tout à fait spécifiques qui diffèrent de celle du management de la qualité et de la gestion des risques.

Tous les établissements de santé ne peuvent pas veiller à ce que les problèmes de la pratique soient

intégrés à la recherche....Cela concerne plutôt les hôpitaux universitaires. Préciser cela dans le texte.

G-2-4 Mindestanforderungen bezüglich Ressourcen ermitteln und festlegen

Wer trägt die Kosten? Es besteht die Gefahr, über Qualitätsvorschriften Strukturpolitik zu betreiben (analog HSM). Auf quantitative Vorgaben zur Beschäftigung von Fachpersonen ist zu verzichten. Die qualitativen Anforderungen an die Leistungserbringer sind zu formulieren, die Erreichung dieser Anforderungen liegt in der Verantwortung der beauftragten Institutionen. Der erhöhte Ressourcenbedarf muss mit der Finanzierung gekoppelt werden.

Cette détermination doit être accompagnée du financement qui va avec (prestation d'intérêt général, financement par le biais d'une revalorisation DRG correspondante ou autre).

Déterminer les exigences minimales en matière de ressources est une condition préalable plutôt qu'un élément de stratégie. Cette dernière devrait se prononcer sur un standard minimal : elle devrait définir les besoins en spécialistes (profil professionnel et nombre) nécessaires à un établissement de soins /institution pour prévenir les infections. Ces données existent.

Zurzeit fehlt es an Fachpersonen, weil entsprechende Ausbildungsplätze (im ärztlichen wie pflegerischen Bereich) fehlen. Diese müssen unbedingt gezielt geschaffen werden, wofür in der jetzigen Spitalfinanzierung kaum Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Die Anforderungen müssen so gestellt sein, dass für den jeweiligen Planungsabschnitt genügend Fachpersonen ausgebildet werden können, welche die Vorgaben umsetzen können.

Es sollte eine klare Trennung von Ressourcenanforderungen an Personal für Infektionsprävention und für Monitoring vorhanden sein – letzteres birgt die Tendenz zur Verselbständigung, was zu Mangel an Ressourcen für die eigentliche Prävention führt, weil das gleiche Personal für beide Tätigkeiten eingesetzt wird.

G-3-1 Finanzierungsinstrumente und -anreize für innovative Projekte in Qualität und Patientensicherheit schaffen

Motiver les établissements à investir dans la prévention des infections en renforçant les incitatifs plutôt que les punitions est une idée bienvenue. Par ailleurs, il faut ajouter que ce renforcement sera la mission des organes politiques.

Es muss klar definiert werden, dass ein Teil der vom Bund im Rahmen der Qualitätsstrategie zur Verfügung gestellten Mittel der Infektionsprävention zukommt.

Instrument de financement pour des projets liés à la prévention des infections et non à la qualité et sécurité qui en découlent.

Nicht klar, wer entscheiden kann. Das entscheidende Gremium sollte frei von Eigeninteresse sein und die heterogene Spitallandschaft berücksichtigen.

Damit sich solche Finanzierungsinstrumente im Alltag durchsetzen können, müssen sie möglichst standardisiert und unbürokratisch ablaufen.

Un financement des ressources humaines dans le domaine de l'hygiène, de la prévention et du contrôle de l'infection sont nécessaires. De même un soutien financier de la formation pour l'ensemble des collaborateurs manque.

Plusieurs des mesures proposées – en particulier dans les domaines de la recherche, de la surveillance et de la formation – requièrent une augmentation des ressources actuelles dont il est illusoire d'imaginer que le programme pourra être mis en œuvre sans ressources additionnelles. La mise en réseau des petites et moyennes structures apparaît comme un bon moyen de mutualiser certaines de ces ressources et d'en accroître l'efficacité.

G-3-2 Verhütungsmaßnahmen belohnen und unterstützen

Nicht klar, wer entscheiden kann. Das entscheidende Gremium sollte frei von Eigeninteressen sein und die heterogene Spitallandschaft berücksichtigen. Die Allokation der finanziellen Res-

sourcen ist klar zu definieren.

Cette notion doit être élargie à tous les efforts de préventions et non pas seulement aux projets innovants. Ces derniers deviendront la règle s'ils fonctionnent.

Cette mesure est utile et importante. On peut se poser la question si la Confédération et/ou les cantons sont prêts à investir dans des programmes de prévention. Il n'est pas clair de comprendre si tous les établissements peuvent postuler pour un financement ou si de tels soutiens sont réservés des programmes nationaux ou cantonaux uniquement. (Note : un programme d'envergure doit mettre des moyens humains, matériels et financiers à disposition. Ces éléments méritent clarification !).

Zur Vergütung der Projekte gingen folgende Voten ein:

- wünschenswert wäre die Integration z.B. in die DRG Vergütung: spezielle CHOPS, welche die Behandlung/Prävention beschreiben und die Vergütung erhöhen
- Diese Leistungen sind im Rahmen der Leistungsaufträge anzuerkennen. Eine separate Anreizstruktur ist keine staatliche Aufgabe.
- Negative Anreize resp. Sanktionen sollten ausgeschlossen werden.

C'est à cela que servent les mesures et non à donner des critères subjectifs à la population pour choisir son hôpital.

Il s'agira d'impliquer les assureurs afin que certaines mesures de prévention soient aussi reconnues et remboursées, ce qui n'est pas précisé dans le texte soumis.

G-4-1 Strukturen für die Umsetzungscoordination optimieren

Es sollte betont werden, dass bisherige Netzwerke erhalten bleiben (Swissnoso, ANQ, SGInf und SGSH, les groupements de soignants spécialisés SIPI et DIBIS) und verbessert werden im Sinne von Konsolidierung. Gegenwärtig gibt es zu viele Akteure! Promouvoir la mise en réseau aux niveaux cantonaux et inter-cantonaux (cf. G-4-3).

Der Umgang mit Daten ist nicht konkretisiert.

Cette notion est capitale et ne doit pas conduire à multiplier les niveaux administratifs. Cela n'apparaît pas dans le texte. En le lisant on a l'impression que l'on crée un monstre supplémentaire.

Il est évident que la stratégie NOSO nécessite pour son implémentation des structures qui ne sont pas disponibles aujourd'hui. Vu l'ampleur envisagée de la stratégie, aucune structure (l'OFSP inclus) ne peut assumer la totalité de ces tâches sans adaptation. Il faudra modifier, voire agrandir une (des) structure(s) existante(s) (p. ex. SwissNoso où les connaissances spécialistes pour la stratégie NOSO sont centralisées). **SwissNoso devrait être transformé d'un système basé sur la milice, à un système fédératif. Similaire à G-2-4 : ceci devrait constituer une condition préalable, plutôt qu'un élément dans la stratégie**

Expertengremium" nicht definiert - es ist absolut entscheidend für weitere Beurteilungen, wer die federführenden Institutionen oder Personengruppen sind. Die notwendige Organisationsform ist im Strategiepapier festzuhalten.

Nicht klar ist, ob die Expertengruppe im Zusammenhang steht mit dem im nächsten Abschnitt erwähnten Wissensplattform. Ist es auch die Expertengruppe die das Netzwerk zur Wissensaustausch bildet oder wird diese Rolle durch andere Akteure übernommen?

La cohésion nationale doit être garantie, avec une présence réelle de la Suisse romande et du Tessin. L'utilisation des langues nationales doit être respectée. (Actuellement, il y a des associations qui ne travaillent qu'en allemand).

Dernier point dans le texte « monitoring » : il faut rajouter : la gestion et l'évaluation des données et leur utilisation à des fins d'amélioration dans l'institution. L'évaluation des données doit servir à l'amélioration continue dans les institutions et non à des fins de comparaison entre institutions.

Grundsätzlich wird die Wissensplattform sehr begrüsst. Unklar sind die Finanzierung und die Verantwortung für des Aufbau und Erhaltung.

Cela n'amène rien de plus ! A éviter, car coûte très cher.

Préférer la formulation : Plateforme d'accès aux connaissances et d'échange et d'informations à propos de la stratégie NOSO. L'intérêt d'une telle plateforme doit d'abord être évalué en prenant en compte les plateformes similaires déjà existantes

Es existieren ausserdem mit den Websites der Gesellschaft für Infektiologie (SGInf), der Gesellschaft für Spitalhygiene (SGSH) sowie des Expertenvereins Swissnoso mehrere ausbaubare IT-Plattformen. Diese sollten bei der Entstehung der vom BAG angedachten „Wissensplattform“ berücksichtigt werden.

Comme Nosobase en France. Garantir la traduction dans les 4 langues nationales.

Envisager travail en réseau...

Regionale Netzwerke mit der Unterstützung einer nationalen Austauschplattform und einer nationalem Kongress werden sehr begrüsst.

Il est évident que les normes et directives doivent être mises à jour de manière périodique et qu'il faut informer les collaborateurs dans les établissements de sons et les patients de ce qui se fait (G-4-2). Cette mesure tombe sous le sens. Tandis que l'initiative est méritoire, elle peut être atteinte par d'autres mesures déjà spécifiées dans le document.

Il faudrait préciser que le comité d'experts (à constituer) doit coordonner ce transfert. Sans cela les utilisateurs risquent de recevoir des messages contradictoires entre les sociétés savantes et le comité d'experts.

Réalisons d'abord la surveillance !

Attention à ne pas multiplier encore une fois les niveaux administratifs. Si une option internationale est prise, elle doit remplacer l'option suisse et ne pas s'y rajouter.

Ici, on pourrait distinguer deux niveaux : une collaboration scientifique entre les établissements et une collaboration politique à travers les différents réseaux établis par la Commission Européenne. Note : l'ECDC est un partenaire important, mais non unique.

Grundsätzlich ja, jedoch wieder den folgenden Punkt (bereits bei G-4-3 erwähnt): Dabei soll die Qualität vor der Quantität berücksichtigt werden (Mitarbeiter fehlen wiederum am Patienten / im Spital, wenn der Austausch zu viel Raum einnimmt).

Ist es vorgesehen, internationale Evidenz ausserhalb des europäischen Rahmens zu berücksichtigen?

Kapitel 5.3: Handlungsfeld Monitoring

Evtl. Erfahrung aus dem Sentinella-System

Minimalstrukturen. Monitoring birgt Gefahr der Verselbständigung zum Selbstzweck und verbraucht Ressourcen, die in der Prävention fehlen.

Kosten der neuen Organisation und deren Finanzierung müssen genau definiert und angemessen sein.

Des structures ... sur des organisations existantes ? Il est impératif de consolider ; il y a trop d'acteurs et ce n'est pas efficace. La cohésion nationale doit être garantie. (Actuellement, il y a des associations qui ne travaillent qu'en allemand).

Es besteht ein gewisses Risiko für die Entstehung/Stärkung von Parallelstrukturen zu den etablierten nationalen Qualitätsstrukturen.

Offen bleibt die zukünftige Rolle von SwissNoso, derzeitiger Key-Player bei zentralen Themen der Strategie NOSO des BAG.

Cette mesure est compréhensible mais pour que la stratégie soit valide plus longtemps ne faudrait-il pas spécifier "assurer la coordination et maintenir les structures"

Dernier point dans le texte « monitoring » : il faut rajouter : la gestion et l'évaluation des données et leur utilisation à des fins d'amélioration dans l'institution. L'évaluation des données doit servir à l'amélioration continue dans les institutions et non à des fins de comparaison entre institutions.

Hier kommt wieder das nicht definierte Expertengremium ins Spiel, vgl G-2-1. Ein ganz wichtiger Punkt ist das Herausarbeiten von Prozessindikatoren, welche in der derzeitigen Surveillance zugunsten des Endpunkts „Infektion“ vernachlässigt werden.

Was heißt "der Fokus liegt auf Infektionen, die mit verhältnismäßigem Aufwand vermeidbar sind?"
Was ist verhältnismäßig? Was sind die Mindestdaten? (S.36)

Rolle der SGSH für die Koordination erscheint essentiell. Bzgl. Strukturen vgl G-4-1

M-1-2 Datenbedarf, Methoden und Standards bestimmen

Datengrundlage muss in allen Institutionen gleich erhoben werden, damit eine Gesamt-CH-Aussage getroffen werden kann. Datengrundlage muss so einfach wie möglich ermittelt werden können, um Fehler und somit den Interpretationsspielraum so klein als möglich zu halten.

Die Zugänglichkeit und Verwendung zeitnaher Daten ist für die Spitäler von elementarer Bedeutung für eine nachhaltige Umsetzung. Dieses Handlungsfeld muss prioritär angegangen werden und braucht übergeordnete Koordination.

Praktische Umsetzung mit entsprechenden Hilfsmitteln sollten zudem zur Verfügung gestellt werden:

- zu verlangen ist eine wissenschaftliche Grundlage zur Definierung der erhobenen Daten und Standards in Bezug auf Relevanz, Konsequenz und Kosten-Nutzen-Verhältnis.
- Für ein realistisches Infektionsmanagement ist ein zeitnahes Reporting der aktuellen Daten zwingend.
- les standards de données devront prévenir la redondance de saisie pour les établissements et la possibilité de livrer des données sous forme d'exports plutôt que d'alimenter depuis les établissements de multiples bases de données.
- Vergleiche bitte mit den von Swissnoso auf nationaler Ebene bereits erhobenen Daten. Die Swissnoso-Surveillance kann mit den geeigneten finanziellen und personellen Ressourcen problemlos erweitert werden.

Pour être plus précis, on devrait écrire : "Déterminer périodiquement les données, les méthodes et les standards adaptés aux besoins". On pourrait envisager de demander : une surveillance nationale afin d'obtenir un indicateur de qualité pour l'ensemble du pays et une (plusieurs) surveillance(s) supplémentaire(s) adaptée(s) aux besoin(s) des institutions.

Daten-Zugriff, Anonymisierungsgrad und Datenschutz sowie ev. Veröffentlichung der Daten / Ergebnisse muss geregelt werden. etc.

M-1-3 Akteure vor Ort stärken und adäquat ausbilden

Sehr wichtiger Aspekt

Unbeantwortet bleibt die Frage, wer für die Kosten für die "Akteure" übernehmen soll. Das Spital selbst?

Il faudrait commencer par la formation des médecins dans ce domaine spécifique.

Hier kommt wieder das nicht definierte Expertengremium ins Spiel, vgl G-2-1.

Dazu gehört, dass der Bund die Spitalleitungen darüber informiert, dass die Akteure vor Ort eine sine qua non für die Strategie NOSO sind. Das Buy-in der Spitalleitungen ist unabdingbar für den Erfolg der Strategie.

M-1-4 Qualität des Monitorings sicherstellen

Logistisch scheint uns eine Qualitätssicherung des Monitorings durch das "Expertengremium" eine grosse Herausforderung. Kosten-Nutzenverhältnis muss stimmig sein.

Sicherstellung der Qualität des Monitorings auch im Überwachungsprogramm selber (Grundlagen und Organisation, Effizienz, Kosten) und nicht nur der Datenerhebung.

Direkte Kosten der neuen Organisation, anfallende Kosten bei den Leistungserbringer und deren Finanzierung müssen genau definiert und angemessen sein.

Dies ist ein heikles Thema. Ein hochqualitatives Monitoring fürs Benchmarking ist sehr anspruchsvoll: Unterschiedliche Grundrisiken präsentieren sich in unterschiedlichen Settings. Bisher war die Berücksichtigung dieser unterschiedlichen Grundrisiken („Case-mix adjustment“) unbefriedigend. Ein gutes Monitoring fürs Benchmarking ist arbeitsintensiv und teuer. Es kann durch verbesserte Tools in den elektronischen Patientendossiers erleichtert werden.

Wer schult die Auditoren, Schwerpunkt auf fachliches Audit legen und nicht nur auf Strukturen. Transparenteres Monitoring sicherstellen.

Ceci est crucial. Il faut travailler non seulement sur les outcomes / résultats, mais également sur les structures et les processus se souciant de l'hygiène hospitalière. Cette vision entre dans une approche d'amélioration continue.

La récolte des données nécessite des compétences qu'il faut avoir à disposition dans l'institution. Le système mis en place via la stratégie nationale ne doit pas être pénalisant, sinon il sera sujet à manipulation.

Les difficultés de standardisation existent en raison de la diversité de la patientèle, la standardisation sur base des structures étant une manière indirecte (acceptable ?) de standardiser la patientèle.

Klare Vorgabe von Vorgehensweisen erleichtert die Umsetzung in die Praxis und erspart die Kontrolle.

M-2-1 Beobachtungen betreffend Adhärenz direkt an die beteiligten Mitarbeitenden zurückmelden

Die Verfasser der Strategie müssen sich bewusst sein, dass „eine Rückmeldung der Adhärenz bis in die obersten Hierarchiestufen“ in den oftmals hierarchisch geprägten Institutionen des Gesundheitswesens einem „Culture Change“ gleichkommt und nicht mittels Knopfdruck per 1.1.2016 erreicht werden kann. Dieser Culture Change muss vom Bund, BAG, den Kantonen etc. mitgetragen werden.

Regularien durch Expertengruppen, Umstellung der Ausbildung, die Zurverfügungstellung von Softwareprogrammen zur Erfassung mit einer zeitnahen Auswertung sind in den letzten Jahren nicht realisiert worden (s. Mortalitätsstatistik BAG, ANQ Messungen).

Federführung muss bei Bund/Kanton sein.

Arbeitsstruktur und Arbeitsbelastung in allen Disziplinen müssen es ermöglichen, korrekte Adhärenz zu leben.

Si on envisage d'établir une surveillance nationale des indicateurs, on devrait offrir une analyse centralisée avec un feedback de type "benchmarking". NB: cette stratégie ("benchmarking") est en vigueur dans de nombreux autres pays développés et a démontré son efficacité.

Für problembezogene Reaktionen sind sehr zeitnahe Rückmeldungen zwingend: die Vergangenheit zeigt uns dass dieser Punkt bis heute auf nationaler Ebene noch nie behoben wurde!

M-2-2 Daten zielgerichtet auswerten und die Analysen zielgruppengerecht zur Verfügung stellen

Les points M-2-1 et M-2-2 pourraient être regroupés en définissant l'analyse centralisée et la mise en place d'un feedback pour tous les établissements contribuant à la constitution des

données. Il est évident qu'une telle analyse doit être faite par des experts et que les résultats doivent être placés dans un contexte national.

Benchmarking Spielregeln sind aufzubauen :

- Benchmarking externe : la seule comparaison pertinente est avec la valeur nationale. Actuellement des mesures avec comparaison par groupe d'hôpitaux de même catégorie existent, mais la référence n'est pas stable (institutions participantes changeant d'une année à l'autre, pour certaines statistiques. Au final, on compare des pommes et des poires.
- Ein Ziel sollte der Vergleich von Äpfeln mit Äpfeln bzw. Birnen mit Birnen sein. Ein Vergleich unter den Universitätsspitalern kann hilfreicher sein als ein breit gefasster Vergleich. Ebenso sollten Subgruppen von Privatspitälern, Regionalspitälern etc. möglich werden.

Interventionen sollen Stufengerecht geplant, umgesetzt und evaluiert werden. Die Interventionen der Universitäten sind nicht zwingend identisch mit denen grösserer Peripheriespitäler oder kleinerer Häuser. Peers müssen unter Ägide der SGSH vernetzt werden.

M-2-3 Vorgaben für Benchmarking und Public Reporting festlegen

Public Reporting ist aufgrund der gemachten Erfahrungen (Reporting des BAG von sog. Qualitätsmerkmalen) bis heute abzulehnen. Grundsätzlich spricht nichts gegen ein Public Reporting, allerdings nur mit wissenschaftlich abgestütztem Hintergrund (validierte Qualitätsparameter).

L'ANQ doit être clairement nommée comme partenaire, sans quoi il y aura une dispersion des activités qui amènera de la confusion pour les établissements de soins.

Vor einem Public Reporting erhobener Daten muss die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten gesichert sein. Aus der Literatur zu Surgical Site Infections ist bekannt, dass eine hohe Erfassungsqualität mit schlechteren Ergebnissen assoziiert ist.

Wenn Daten von Surveillance Projekten veröffentlicht werden, muss sichergestellt werden, dass alle Institutionen die Erhebungen seriös und präzise durchführen.

Beim Benchmarking müssen die unterschiedlichen Voraussetzungen der Spitäler mit berücksichtigt werden.

Dem Public Reporting stehe ich grundsätzlich kritisch gegenüber, da Aussagen und Interpretationen von Messergebnissen Fachwissen erfordern

L'expression "Protection "n'est pas le bon terme. On devrait parler des objectifs qui sont définis sur la base des résultats d'une surveillance (anglais: targets)

en tenant compte de l'aspect hétérogène des institutions) » Aucune mesure nationale ne le fait. Ce n'est pas possible.

Insister sur une prise en compte soigneuse des risques du public reporting (p.ex. baisse de qualité de la surveillance, diminution de la documentation des infections, sélection des patients, abus d'antibiotiques).

Die Veröffentlichung von Daten ist bereits lange Thema und es ist keine befriedigende Lösung gefunden worden. Eine zielgruppengerechte, verständliche und übersichtliche Veröffentlichung wäre schon lange wünschenswert.

Le benchmarking et le public reporting sont de bons incitatifs pour autant qu'ils soient faits de façon objective et constructive. Les institutions concernées devraient ainsi pouvoir participer à l'analyse en vue d'une amélioration continue. Au niveau cantonal une valorisation des meilleurs résultats pour les institutions (hôpitaux et EMS) devrait se faire par exemple via une remise de certificat ou diplôme.

M-3-1 Institutionsinterne Früherkennungssysteme fördern

Cela a un coût. Qui finance? Et comment? A travers un Système DRG reposant sur un benchmarking des coûts, où la valeur de référence équivaut au 1^{er} Quartile ? Ce n'est pas réaliste.

Die Früherkennung erscheint einfacher machbar, sofern geeignete elektronische Tools zur Verfügung stehen. Die elektronische Krankengeschichte kann dafür die Basis sein. Aus der NOSO Strategie sollen Ressourcen in die Optimierung dieser Systeme fliessen. Im Rahmen einer modernen Infektionsepidemiologie ist eine höhergradige Elektronifizierung relevanter Patientendaten wün-

schenswert.

« **Encourager** » nous semble un peu faible comme expression. Alors que certains hôpitaux en Suisse qui se sont dotés d'une surveillance des infections et de capacités d'interventions expertes semblent contrôler les flambées épidémiques, d'autres n'ont ni la capacité de les détecter, ni celle d'intervenir. A terme cette situation pourrait être délétère, y compris pour les hôpitaux disposant de tels systèmes.

Wer finanziert zum Beispiel Screening Programme für MRGN?

Là, il faut clarifier si un tel système vise à détecter toute sorte de flambée (ce qui est souhaitable) ou à détecter quelques organismes de référence.

Wirft wiederum Kosten für die Erstellung auf: wer übernimmt z.B. die Kosten für die Programmierung von schlanken, zusätzlichen Dokumentation und die Auswertung durch diese elektronischen Systeme?

M-3-2 Meldethemen und -fristen festlegen und gesetzlich verankern

Die Meldepflicht ist auf das absolute Minimum zu beschränken.

Der Gegenstand dieses Handlungsfeldes (Einzelfälle, meldepflichtige Infektionen) erscheint fremd in dieser Strategie und ist in der Revision des EpG besser verortet. Zur Entschlackung der doch umfangreichen Strategie wird die Entfernung des Handlungsfelds vorgeschlagen.

Kapitel 5.4: Handlungsfeld Verhütung und Bekämpfung

VB-1-1 Kommunikationskonzept zur Information der Öffentlichkeit erarbeiten und umsetzen

Mit folgender Passage sind wir nicht einverstanden. Sie ist sehr provokativ: „Das Wissen über therapieassoziierte Infektionen fristet momentan auf den meisten Ebenen vom Gesundheitspersonal bis hin zu den Bürgerinnen und Bürgern ein kümmerliches Dasein.“ Das angeblich fehlende Wissen ist eine unqualifizierte Aussenwahrnehmung der Spitäler und ihrer Hygiene-Abteilungen. Vielmehr fehlt im aktuellen finanziellen Umfeld der politische Support, die vorliegenden Erkenntnisse umzusetzen.

Die jeweilige Kommunikation sollte adressatengerecht näher gebracht werden (Gesundheitspersonen müssen über einen anderen Wissensstand verfügen als Bürger und Bürgerinnen). **Die externe Kommunikation ist sehr schwierig und heikel, da dadurch unbegründete Ängste und Unsicherheiten geschürt werden können.**

Le constat de départ que les connaissances relatives aux infections liées aux soins peinent à exister est trop sévère. Nuancer par "les connaissances relatives aux infections liées aux soins sont à développer plus largement"

En utilisant les réseaux sociaux également

VB-1-2 Interne Lern- und Dialogkultur zum Thema therapieassoziiierter Infektionen in Spitälern und Pflegeheimen fördern

Grundsätzlich einverstanden, aber auch diese Forderung bedingt mehr Ressourcen.

Förderung einer Lern- und Dialogkultur ist wünschenswert, darf jedoch nicht zu einer Regulierung führen.

Die Äusserung „Sanktionsfreiheit ist dabei entscheidend“ ist wichtig für das Benennen von Fehlern und Missständen, ist aber auf den ersten Blick nicht mit den für Spitäler in Aussicht gestellten Sanktionen vereinbar, falls Kontrollkriterien nicht erfüllt werden. Bedeutet das „keine Sanktionen ad personam, aber ja zu Sanktionen ad institutionem“? Das Papier ist in sich nicht kongruent.

Il faut recommander que la communication et la formation relative à la prévention des infections se fasse de manière intégrée avec le programme de communication de l'institution. Sinon les deux choses vont être dissociées dans l'esprit des collaborateurs.

Le commentaire sur le "cadre moyen" est inutile ou alors préférer l'expression "cadre intermédiaire" (p. 46). Ne pas créer des concurrences mais des partenariats

- VB-1-3 Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Besuchende in die Infektionsprävention einbeziehen
-

Dieser Punkt ist sehr wünschenswert. Es sollt jedoch auf eine adressaten-gerechte Kommunikation geachtet werden.

Folgende Textpassage ist anzupassen: ...*Ärztenschaft und Pflegefachpersonen verpflichten sich...*
Grund: es fehlen alle anderen Berufsgruppen. Vorschlag: ...*Gesundheitsfachpersonen verpflichten sich...*

- VB-2-1 Sicherheitskriterien als Bedingung für den Erhalt einer Betriebsbewilligung etablieren und deren Einhaltung beobachten
-

Widersprüchliche Logik zwischen "freiwilligem" Commitment der Institutionen und den erwähnten verschiedenen Sanktionsmöglichkeiten (Betriebsbewilligungen / Leistungsaufträgen / Versicherer). Es soll klar sein, wo/wann welche Anforderungen verlangt sind und nur ein Sanktionsmechanismus verwendet werden.

La pénalisation des institutions ne contribuera pas à la qualité des données, et des processus internes, assurant la réduction des infections nosocomiales.

Die Umsetzung von Verhütungsmassnahmen an die Betriebsbewilligung zu knüpfen, wird zu noch mehr Bürokratie führen. Es gilt: Lieber gar keine Sicherheitskriterien als schlecht befolgte.

Die Spitäler arbeiten aus Wettbewerbsüberlegungen an ihrer Qualität. Jede regulatorische Massnahme führt demgegenüber zu Mehrkosten (Selbstdeklarationen, Audits, etc.), die nur bei Systemversagen in Betrachtung zu ziehen ist.

Auch sollten die Verhütungsmassnahmen klar definiert sein, so dass alle bezüglich des Erfüllungsgrad beurteilt werden können. Ankündigende Sanktionen sollten nur in einem Mass sein, wie sie auch durchsetzbar sind.

Nicht klar ist, wie die Rechtslage ist, wie Meinungsverschiedenheiten gelöst werden können und welche Entscheidungsinstanzen vorgesehen sind.

Für die Umsetzung der Verhütungsmassnahmen sollten eine Übergangsfristen definiert werde.

"Tandis que l'explication de cette mesure est claire, la formulation de ""établir des critères de sécurité..." est floue. Ce serait plutôt : ""Afin d'obtenir une autorisation d'exploitation, les établissements sont obligés de démontrer l'instauration des mesures de prévention et leur respect"".

NB : cette condition ne ferait que répliquer ce qui est en vigueur à l'étranger (dans certains pays depuis plus de 40 ans !)

En fonction de la structure et des ressources à disposition de l'institution.

- VB-2-2 Umsetzung mit geeigneten Vollzugshilfen unterstützen und evaluieren
-

Die Umsetzung muss lokal und auf die verschiedenen Gegebenheiten in den Spitälern adaptiert werden. Schulung muss dabei gegenüber Dokumentationsabgabe Priorität haben.

Die Evaluationen hoher Qualität sind aufwändig und benötigen nicht nur theoretisches Wissen. Vollzugshilfen wie Checklisten dürfen nicht einfach „über den Spitälern abgeworfen werden“; das Personal bedarf einer Schulung für den optimalen Einsatz der Vollzugshilfen. Die Umsetzungsstrategie muss auf mehreren Wegen erfolgen, damit sich tatsächlich etwas ändert.

Ce point est primordial.

"La formulation n'est pas très réussie. L'idée est de mettre à disposition des établissements de soins des documents et des outils de gestion et de formation afin d'implémenter des programmes de prévention ?

Idem que pour G-4-3, il faut que le comité d'experts pilote et coordonne.

VB-3-1 Beteiligung der Spitäler und Pflegeheime an Programmen durch die Bereitstellung von finanziellen Ressourcen sicherstellen

Kosten und Finanzierung müssen sachgerecht bleiben!

Il est difficile d'imaginer un attrait autre qu'un soutien financier qui pourrait fonctionner comme incitation à participer à un programme de prévention

Was sind „nationale Organisationen, die im Qualitätsbereich im Gesundheitswesen“, welche die Federführung haben sollen. Solche Organisationen, welche wirklich einen Praxisbezug haben, müssten erst geschaffen werden. Die derzeit agierenden nationalen Organisationen wie z.B. der ANQ, erlangen ihre Bedeutung erst in Kombination mit praxisnahen Vereinen, wie z.B. Swissnoso, und den Fachabteilungen der grossen Spitäler.

On ne peut pas implémenter de la médecine fondée sur des preuves seule car ça ne contribue pas au changement de la culture, il faut promouvoir des programmes de change management relatifs à la culture qualité et sécurité. (texte dans PL-3).

L'expression « La conduite de la mise en œuvre de la mesure relève d'organisations nationales intervenant dans le domaine de la qualité pour le système de santé » est trop vague et ne garantit pas le niveau de compétence requis Il s'agirait de préciser s'il s'agit de l'OFSP, de la Fondation pour la sécurité des patients, de Swissnoso, etc.

Kapitel 5.5: Handlungsfeld Bildung und Forschung

BF-1-1 Fachspezialistinnen und -spezialisten in Infektionsprävention dem Bedarf entsprechend aus-, weiter- und fortbilden

Wird sehr begrüsst.

Neben dem Ausbilden von Wissensvermittler, muss sich auch Bewusstseins für Infektionen und Hygiene sowie Basic-Hygienemassnahmen in allen medizinischen Fachberufen grundlegend ändern, damit ein Paradigmenwechsel erfolgen kann. Die Federführung sollte nicht nur bei der FMH liegen. Aus unserer Sicht sollte auch hier ein Expertengremium den Lead übernehmen.

Aus-, Weiter- und Fortbildung sind dementsprechend auf entsprechende Weiterbildungsplätze gebunden. Diese müssen zeitnah geschaffen werden, was entsprechende Ressourcen braucht.

Les établissements de santé doivent s'engager à assurer la formation et pas seulement la soutenir. La formation ne peut pas être optionnelle. Reformuler la phrase dans ce sens et insister sur le fait que les formations doivent permettre d'intégrer les connaissances dans la pratique.

Insbesondere unterstützt er die spezialisierten Abteilungen der Universitätsspitäler in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Fachpersonen.

Aktuell umfasst selbst an den Universitäten die Ausbildungskapazität nur etwa 1 Stelle/Zentrum. Damit müssen initial die Ressourcen den Universitäten, aber auch an grösseren nicht-universitären Zentren gestärkt werden, um die nötigen Fachpersonen auszubilden. Dabei gilt es alle Ebenen (ärztliche Spitalhygieniker, Fachpersonen Spitalhygiene aus der Pflege, aber auch anderen Berufen sowie angelesene (aktueller Studiengang "link nurses") zu stärken. Erst damit ist eine gute Datenerhebung und Prävention möglich.

Prävention und Management therapieassoziiierter Infektionen kann nicht nur mittels e-learning vermittelt werden, es muss auch Frontalunterricht und Praxisübungen geben.

Nicht-ärztliche Fachpersonen in Infektionsprävention sind rar. Die moderne Infektionsprävention zieht Nutzen aus verschiedenen Disziplinen (wie z.B. der Epidemiologie, Mikrobiologie, Verhaltenspsychologie, Pädagogik, Pharmazie). Es ist daher nicht ersichtlich, warum Personen mit einem entsprechenden Hintergrund nicht eine Ausbildung in Infektionsprävention machen sollten. Im Moment ist die Zulassung von solchen Personen zur Ausbildung nicht möglich und beschränkt sich alleine auf Pflegefachpersonen. Um genügend Fachpersonen auszubilden zu können, dürfen solche Blockaden in Zu-

kunft nicht mehr möglich sein.

Für die Berechnung des Bedarfs müssen die zu betreuenden Fachgebiete berücksichtigt werden. IPS, Dialyse usw. erfordern mehr Stellenprozent als eine chirurgische oder medizinische Abteilung.

Textliche Anpassung: Die Genderschreibweise sollte konsequent durchgezogen werden (z.B. Fachexpertinnen, Beraterinnen).

Le terme multiplicateur n'est pas clair. Pourrait être remplacé par médecin spécialisé, experte, junior ou répondant en Prévention des Infections.

BF-1-2 Bedeutung der Infektionsprävention in der Aus-, Weiter- und Fortbildung des ärztlichen und pflegerischen Personals stärken

Wird sehr begrüsst, da hier noch viel Handlungsbedarf besteht. Zudem sollte in der Facharzt-Ausbildung aller Fachrichtungen, insbesondere auch in den invasiv tätigen Disziplinen, die Infekt-Prävention ein wichtiges Thema sein. Nur eine funktionierende, interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen gewährleistet eine optimale Infektionsprävention.

Ergänzend sollten auch die Physiotherapeuten und alle Berufsgruppen, die in direkten Kontakt mit dem Patienten stehen, erwähnt werden und die Umsetzung von Hygienemassnahmen und Infektionsprävention in der Praxis bereits während der Ausbildung lernen.

Eine Schwerpunkttitle Infektionsprävention im Gesundheitswesen ist in Vorbereitung (durch Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie). Dieser Schwerpunkttitle wird umfassende Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich therapieassoziierter Infektionen garantieren. Zusätzlich sollte eine Zusatzausbildung für angeboten werden, für Personen, welche die Ausbildung heute bereits abgeschlossen haben.

Beim Facharzt Infektiologie sind die spitalhygienische/präventive Strategien bereits integraler Bestandteil der Weiterbildung.

Viser également les écoles de soins qui devraient faire partie intégrale de ce programme avec des audits d'enseignement, et les étudiants en médecine, chez qui des cours de prévention des infections devraient être obligatoires.

BF-1-3 Aufgabenspezifische Kompetenzen und Lernziele definieren

Bei ärztlicher Weiterbildung sind entsprechende Prüfungen bereits vorhanden (erstellt durch Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie).

Insister sur le fait que les formations doivent permettre d'intégrer les connaissances dans la pratique.

BF-1-4 Bildung der Mitarbeitenden im Bereich Infektionsprävention ins Qualitätsmanagement integrieren

Idealerweise nimmt ein Vertreter der Spitalhygiene auch in der Qualitätskommission eines Spitals Einsitz, damit Inhalte adäquat kommuniziert werden können. Die meisten Spitäler sind der Ansicht, dass die Spitalhygiene Bestandteil des Qualitätsmanagement sein soll oder im Qualitätsmanagement-Gremium des Spitals vertreten sein sollte.

On ne peut pas mettre en concurrence des institutions uniquement basé sur l'offre de formation interne sur un sujet aussi spécifique. Ce n'est pas un critère de choix pour un employé dans le choix d'un employeur. Et certainement pas pour le patient qui n'a pas connaissance de la formation interne.

Idéalement, du matériel de formation élaboré au niveau national devrait être mis à disposition des institutions, à des fins de formation interne.

BF-2-1 Thematik der therapieassozierten Infektionen in der Forschungsförderung verankern

Als Federführung werden das BAG, die Unispitäler oder ein SNF-Programm vorgeschlagen. Eine Zusammenarbeit der drei Player sollte auf jeden Fall gefördert werden.

BF-2-2 Kosten, Wirksamkeit und Sicherheit von neuen Technologien eruieren, Qualitätssicherung stärken

Unbedingt nötig. Die SUVA könnte hier auch involviert werden.

C) Vorschläge für Anreizinstrumente und/oder -modelle

Die Verstärkung positiver Anreize zur Reduktion therapieassoziierter Infektionen wurde im vorliegenden Entwurf als strategisches Ziel (G-3) formuliert. Grundsätzlich werden durch das Fallpauschalen-System SwissDRG die Kosten, welche für eine effiziente Leistungserbringung in notwendiger Qualität in den Spitälern erforderlich sind, vollständig abgegolten.

In welchen Bereichen oder unter welchen Umständen braucht es aus Ihrer Sicht zusätzlich zum bestehenden System eine Anschubfinanzierung oder andere Formen der finanziellen Förderung? Welche weiteren (nicht-monetären) Anreizinstrumente oder -modelle wären geeignet, die Gesundheitsinstitutionen zu weiteren Anstrengungen zur Reduktion therapieassoziierter Infektionen anzuspornen? Welche positiven Anreize sind im Bereich der Pflegeheime nötig?

Wenn es keine finanziellen Mittel zusätzlich gibt und kein Gesetz Vorschriften macht, also alles auf freiwilliger Basis bleibt, dann werden keine Ressourcen zur Verfügung gestellt. Es braucht also finanzielle Förderung für Institutionen, die sich an nationalen Programmen beteiligen oder in die Thematik investieren.

L'hypothèse formulée en introduction, relatif au financement d'une prestation efficiente avec la qualité souhaitée suivant laquelle tout est financé à 100% à travers le système des coûts par cas Swiss-DRG est une réduction simpliste et fausse. Il est exact que les coûts de préventions sont compris dans les DRG, uniquement s'ils sont réévalués à l'aune des nouvelles données et cela uniquement pour les hôpitaux qualifiés d'efficient (dont les coûts AOS sont sous la valeur de référence). Pour les autres les charges ne sont pas couvertes à 100%.

Positive Anreize setzen Als mögliche Lösungsvorschläge, z. B.:

- Anstrengungen der Leistungserbringer zur Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen im Bereich Hygiene/Infektiologie (z.B. Förderung der Fachexpertin/-experte zur Infektionsprävention, ermöglichen einer Weiterbildung für alle Facharztgruppen als Zusatzbezeichnung und Integration der pflegerischen Berufsgruppen mit entsprechender Ausbildung und systematische Sicherstellung der Finanzierung dieser Ausbildung) sind mit positiven Anreizen zu unterstützen. Dies im Gegensatz zur heute geübten Praxis: Leistungserbringer, die geforderte Ausbildungsleistungen nicht erbringen werden mit einem Malus bestraft. Unterstützung der Fortbildung;
- Eine andere Form der Finanzierung (als via DRGs) wäre eine direkte Subvention der Institutionen durch die Kantone oder den Bund, die nur dann gewährt wird, wenn die Institution vorgegebene Richtlinien im Bereich der Spitalhygiene einhält.
- **Notwendige Ressourcen zur Umsetzung der Noso Strategie gelten als OKP-Leistungen, unterliegen aber nicht dem OKP-kostenbasierten Benchmarking und werden spitalbezogen mittels einem kostenbasieren Zuschlag finanziert** (vgl. Finanzierung der nicht ärztlichen Ausbildung).
- Un moyen plus transparent de financement doit être mis sur pied en marge des DRG (ou des forfaits journaliers (EMS)) en correspondance avec les efforts et charges réels mis en place.
- Unter G-3-1 werden alternative jeweils projektbezogene Finanzierungen erwähnt. Diese Massnahme scheint sinnvoll. Wichtig ist, dass die Beantragung und Finanzierung von solchen Projekten möglichst unbürokratisch ablaufen. Die Kosten, die bei solchen Projekten entstehen, werden voraussichtlich hauptsächlich Personalkosten betreffen. Wahrscheinlich muss auch in der Ausbildung von Fachpersonen investiert werden. da nicht alle Spitäler gleich betroffen sind, sind solche projektbezogene Ausgaben als spitalspezifische Zuschläge zu verstehen (nicht dem OKP Benchmarking unterliegend).
- Im Bereich Rehabilitation: **Kosten für solche Massnahmen sollten einzeln ausgewiesen und abgegolten werden (zusätzlich zu den Tagesvollpauschalen). Nur dann ist sichergestellt, dass der Mehraufwand nicht an den Leistungserbringern bleibt.**
- Pour les soins stationnaires, il faut lier le financement de la prévention et du contrôle des infections relativement au nombre de lits ou sur base des structures et des processus mis en place pour améliorer la qualité. **Le système incitatif doit avoir comme but premier la mise en place du système de prévention dans l'institution et non les données qui en dépendent.** La vérification des systèmes mis en place doit se faire par des audits au niveau national, qui pourraient être effectuées par les médecins cantonaux.
- L'ambulatoire se développe de plus en plus, il faut anticiper cet état de fait dans le futur. Il n'y a pas de mécanisme économique en médecine ambulatoire qui incite à faire de la prévention (dû au financement à l'acte).

-
- **Les assurances maladies de base devraient financer la prévention. Comme modèle d'incitation: la valorisation des actions entreprises et des résultats.**
 - **Pour les établissements médico-sociaux: augmenter le personnel soignant formé dans le domaine de la prévention des infections liées aux soins.**

Weitere erwähnte Punkte/Prinzipien zur Finanzierung sind folgende::

- alle Spitäler müssen gleich behandelt werden. Keine kantonalen Unterschiede!
- finanzielle Ressourcen pro Spital definieren
- gute Repräsentanz des gesamten Gesundheitswesens (grosse, mittlere und kleine Spitäler, sowie Fachbereichsspezifische Anpassungen)
- Finanzierung des Monitorings sollte durch den Besteller (Bund) in Abhängigkeit von Menge und Qualität der Daten zur Verfügung gestellt werden, damit für das Monitoring in den Institutionen nicht Personalressourcen aufgewendet werden, welche in der Prävention fehlen.

Ausserdem erwarten die Spitäler Folgende Stossrichtungen:

- Fokussierung auf Massnahmen, nicht Monitoring
 - Pflegeheime sind unbedingt einzubeziehen, wir übernehmen immer wieder Fälle, welche dann heikle und ansteckende Keime ins Spital bringen. Das Bewusstsein in den Pflegeheimen ist eher bescheiden
 - Die fehlenden Ressourcen Mensch sind ein Problem: Weiterbildung auf Niveau Arzt, Pflege und andere muss sensibilisiert/gestärkt werden!
 - Unterstützung in der Bereitstellung der Auswertungsinstrumente und Applikationen. Idealerweise erfolgen Analysen gestützt auf vorhandenen Routinedaten.
 - zeitnah aktuelle (!) Studien über die Wirksamkeit von Massnahmen anstellen und publizieren
 - Keine Angstmacherpolitik benutzen, sondern die Umsetzungsmassnahmen ins Zentrum stellen
 - Eine einheitliche standardisierte Hygienedokumentation, die den Anwendern kostenlos zur Verfügung gestellt wird.
 - Experten die den Leistungserbringer zur Beantwortung von hygienerelevanten Themen zu Rate gezogen werden können
 - les patients en EMS sont considérés comme étant "chez eux", nous sommes donc dans un cas de figure hybride puisqu'ils reçoivent tout de même certains soins similaires aux hôpitaux. Le personnel qualifié doit être en suffisance et bien formé en ce qui concerne les soins prodigués. La première mesure est peut-être de voir avec les cantons les dispositions légales visant à définir le personnel travaillant en EMS.
 - offrir une plateforme électronique qui permettra un benchmarking en temps réel.
 - Incitation Non monétaire: système de réseaux: compétences des personnes expertes ou spécialistes à disposition des institutions, plate-forme à disposition (FAC, instructions de travail, études)
-

D) Vorschläge für geeignete Strukturen für die Umsetzung

Im Strategieentwurf wird an mehreren Stellen von Strukturen gesprochen, welche – auf die bestehenden Institutionen und Organisationen aufbauend – die Koordination der Strategieumsetzung gewährleisten und einige spezifischen Aufgaben auf nationaler Ebene übernehmen sollen. Die Anforderungen an diese Strukturen werden unter der Schlüsselmassnahme G-4-1 „Strukturen für die Umsetzungscoordination optimieren“ zusammengefasst.

Wie sollen diese Strukturen aus Ihrer Sicht aussehen? Teilen Sie uns bitte Ihre Gedanken betreffend optimale Grösse, Zusammensetzung, Lead, Organisationsform, Diversifizierung (eine oder mehrere Organisationen), Finanzierung und weitere Aspekte mit.

Auf bestehende Strukturen aufbauen. Erforderlich wäre eine bessere Koordination der verschiedenen auf diesem Gebiet aktiven Organisationen (SGSH, Swissnoso, SGInf, dibis, SIPI, ANQ). Diese nationale Expertengruppe soll im Auftrag des BAG verbindliche nationale Empfehlungen an die Kantone abgeben (Standard of care Empfehlungen, Guidelines, Surveillance Protokolle etc.), wobei den lokalen Unterschieden in der Epidemiologie Rechnung zu tragen ist.

Es sollte eine fachliche Organisation / Expertenkommission geschaffen werden, welche durch Personen mit praktisch-klinischem Background (Infektiologen, Spitalhygieniker, Fachexperten für Spitalhygiene und Infektionsprävention, Apotheker und ev. Chemiker) zusammengesetzt ist und nicht allein durch Beamte ohne klinische praktische Erfahrung.

Die Expertengruppe sollte repräsentativ sein für die heterogenen Spitallandschaft (Pflegeheime, Akutspitäler, Rehabilitation, Psychatrien, Universitätskliniken, jedoch auch die Integration von kleineren Einrichtungen. Viele Begebenheiten in Universitäts- und Kantonsspitalern sind nicht auf kleinere Einrichtungen problemlos übertragbar.). Zusätzlich zu einer nationalen Expertengruppe, sollte es lokale Netzwerke geben, welche in engen Kontakt mit der nationalen Expertengruppe zusammen arbeiten. In den lokalen Netzwerken sollten Infektiologe/ Hygieniker, Fachpersonen für Infektionsprävention in genügender Zahl vertreten sein.

Par région linguistique : réunion de tous les médecins directement concernés et des experts en prévention des infections. Discussion et vote pour arriver à former une délégation composée d'un Dr et d'une experte par canton - ainsi trois groupes de travail pour la Suisse qui travaillent ensemble avec Swissnoso.

Comité de pilotage (centre de compétence et coordination) avec 1 représentant OFSP, deux représentants des cantons, un représentant des hôpitaux universitaires, un représentant des hôpitaux régionaux, un représentant des cliniques privées et un représentant des EMS. / Sous-comité des experts: 1 représentant OFSP, 1 spécialiste SwissNoso, 2 spécialistes en hygiène hospitalière, un spécialiste en gestion des données patients, un représentant des hôpitaux universitaires, un représentant des hôpitaux régionaux, un représentant des cliniques privées et un représentant des EMS. Rôle: Analyse poussée de l'existant, définition des normes. / Sous-comité des finances: 1 représentant OFSP, trois représentants des cantons, un représentant des hôpitaux universitaires, un représentant des hôpitaux régionaux, un représentant des cliniques privées et un représentant des EMS: Rôle établir le coût réel et le financement proposé en relation avec les propositions du sous-comité des experts.

La création d'un groupe de personnes basées dans l'hôpital de référence cantonal rattaché directement aux services de santé publique. Ce groupe pourrait être constitué par: un médecin épidémiologue "coordinateur" / 1-2 soignants formés en prévention et contrôle de l'infection pour la coordination entre les institutions de soins aigus et chroniques, les cliniques privées comprises.

La stratégie NOSO demande que l'OFSP prenne le rôle principal et dispose d'une unité dédiée qui gère les différentes activités et initiatives de manière exhaustive. Cette unité n'existe pas aujourd'hui et devra comporter des employés et spécialistes avec un haut niveau de connaissances, d'expertise et de vision à long terme. Les cantons devraient être rattachés à cette démarche et devraient fonctionner comme les «bras» de l'OFSP et imposer une unité de doctrine. Le comité d'experts aura un rôle clé. Ce comité pourrait être intégré au sein de l'OFSP ou au sein de Swissnoso. Attention : vu le nombre d'experts nécessaire à la mise en œuvre de la stratégie (production de documents, choix des surveillances et des interventions, conclusions à partir des données disponibles et productions de feedbacks contextuels, réalisation d'analyses coûts-efficacité, etc.) Swissnoso devrait devenir partie intégrale d'un institut (ou une unité de l'OFSP) dédié. Au cas où ce serait l'option choisie, le rôle de l'ANQ devrait être réévalué. Les sociétés professionnelles (médecins et infirmiers) devraient être formellement liées à la stratégie compte tenu que la surveillance et les interventions se feront dans les départements de chirurgie, médecine

cine, pédiatrie, soins intensifs etc. Un tel lien pourrait se faire à travers le comité d'experts parce que les questions à aborder concernent entre autres les décisions à prendre sur la sélection des surveillances et le choix des interventions à suivre. La récolte des données et leur analyse devraient être rattachées soit à un « institut » centralisé, soit directement à l'OFSP. Cependant, les analyses doivent être confiées à des experts compte tenu de la nécessité de pondérer les résultats en fonction de la mixité des cas et des missions (très différentes) des institutions de soins en Suisse.

Il faut rediscuter aussi le rôle de la Fondation suisse pour la Sécurité des patients. Ce document donne l'impression que tout est en place pour que cette fondation prenne le leadership. Ceci pose un véritable problème car, en l'état actuel, cette fondation n'en n'a ni les compétences, ni l'expérience, ni – à juste titre - la reconnaissance des pairs du domaine ! Ceci pose même à certains experts un problème éthique ! Il serait regrettable que la Suisse suive le même chemin que nos collègues nord-américains, qui disposaient il y a 40 ans des meilleurs programmes de prévention des infections, et sont aujourd'hui à la traîne de ce qui se fait dans les pays européens modèles, ou dans les centres d'excellence et de référence du domaine.

On peut créer des nouvelles structures si elles regroupent des structures existantes et rendent le paysage plus lisible. On doit absolument sortir de la logique des lobbys (les professionnels de la santé, les spécialistes de la qualité, les hôpitaux, les patients). Pour être crédible, il faut aussi faire de l'amélioration continue au niveau national : « lead by example ». Les structures faitières sont trop nombreuses et vont se disputer la gestion du programme stratégique, sans intégration avec les mesures existantes, qui par ailleurs ne sont pas intégrées, même si elles sont gérées par l'ANQ. Le financement d'un tel programme (6.3) sera à la charge des institutions, ce qui est déjà le cas avec l'ANQ, qui facture les institutions qui participent. Il faut simplifier le système et réduire les coûts de la mise en œuvre. L'ANQ pourrait s'approprier la saisie des données, ce qui justifie la crainte que la collecte des données se fera au détriment des objectifs d'amélioration décrits dans la stratégie.

Au niveau national, il sera important d'avoir une très bonne coordination des activités du programme et ceci afin d'éviter la dispersion des informations et les multiples sollicitations pour les hôpitaux. Renforcer les groupes d'experts existants de manière à accroître leur force d'action et leur permettre d'adopter une approche interprofessionnelle. Favoriser la mise en réseau cantonale et régionale (plusieurs cantons) des structures de soins afin de mutualiser certaines ressources et de coordonner les actions, en favorisant le lien avec les autorités politiques de tutelle. Soutenir les institutions de recherche et de formation

Swissnoso est un excellent exemple de structure existante.

E) Allgemeine Bemerkungen und Anliegen

Allgemeine Bemerkungen und Anliegen zum Entwurf der „Nationalen Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von therapieassoziierten Infektionen (Strategie NOSO)“

Die Grundidee, das Projekt überhaupt ins Leben zu rufen, scheint uns sehr sinnvoll. Es ist wichtig, dass die Spitäler und Heime diesem wichtigen Thema eine grössere Bedeutung als bis anhin beimessen. Auch besteht ein Bedarf nach national gültigen Richtlinien zur Prävention von therapieassoziierten Infektionen in Spitälern und wahrscheinlich auch Pflegeheimen. Im jetzigen Entwurf vermissen wir das Priorisieren der Themen, die im Projekt angegangen werden sollten und die klare Formulierung von Zielen. Da die Prävention von Infektionen ein sehr umfassendes Gebiet ist, muss wahrscheinlich schrittweise vorgegangen werden. Im Entwurf werden die häufigsten therapieassoziierten Infektionen zwar erwähnt, aber es fehlt eine Vertiefung der jeweiligen Themen. Das Dokument bleibt somit wenig konkret. Die organisatorisch und technisch denkbaren Möglichkeiten mit potentieller Auswirkung auf die Infektionen sind unbegrenzt. Deswegen sollte auf die wirklich relevante Einflussnahme fokussiert werden: Die individuellen Handlungsweise in der Betreuung von Patienten. Ein weiterer Punkt, der für uns offen bleibt, ist die Finanzierung des Projektes und das Rekrutieren von Ärzten und Fachexperten, die am Projekt mitarbeiten sollen. Das aktuelle Projekt von SwissNoso, das die Wundinfektionen nach Operationen erfasst, zeigt deutlich, dass Surveillance-Projekte mit grossem personellem Aufwand verbunden sind. Es ist schwer vorstellbar, wie Zeit und Ressourcen neben dem üblichen Spitalalltag für dieses grosse Projekt aufgebracht werden sollen. Des Weiteren sollte unbedingt die bestehende Vernetzung mit Hygienenetzenwerken aufrecht erhalten bleiben, da viel Know-how bezüglich nosokomialen Infektionen und der lokalen Verhältnisse bereits vorhanden ist; sowie eine gute Vernetzung mit Land und Leuten. Heute ist es so, dass jedes Spital das „Rad neu erfindet“. Sobald ein neues Problem auftaucht, versucht jedes Spital eine eigene Lösung zu finden. Der Support durch den Bund ist ungenügend und die Vernetzung der Fachpersonen findet unkoordiniert und nach persönlichen Netzwerken der einzelnen Personen statt. Eine Koordination und Unterstützung bezüglich einheitlicher Massnahmen und Wissen wäre daher sehr wünschenswert. Es gilt zu beachten, dass aus der Vergangenheit ist bekannt, dass es nicht schneller geht, wenn sich viele Personengruppen auf hohen Ebenen an der Erarbeitung von Grundlagen beteiligen sollen. Die hier beschriebene Strategie verweist immer wieder auf Expertengruppen, Überwachung und Kontrolle auf hohem Niveau - unter der Federführung (meistens) des Bundes. Es ist fragwürdig, ob auf dieser Flughöhe innert einer nützlichen Frist eine Umsetzung der geplanten Strategie stattfinden wird. Auch ist es zu verhindern, dass über Qualitätskriterien Strukturpolitik betrieben wird. Zusätzlich sollte das Ziel der Minimierung der antibiotischen Resistenzentwicklung (resp. „antibiotic stewardship“) bei Mensch und Tier mitumfassen (d.h. im Gesamtkontext Miteinbezug ambulanter humaner Behandlung sowie Tiermastindustrie) berücksichtigt werden, dass die Strategie NOSO dies beeinflussen kann. Hierin liegt eine zunehmende und, sofern nicht (national) gegengesteuert, unüberwindbare Bedrohung, vgl. Resistenzentwicklung in Europa / weltweit insgesamt.

Ergänzend folgende spezifische Anpassungen werden gewünscht:

- Zusammenfassung: in ...Jahr für Jahr erliegen.... "erliegen" in "erkranken" ändern.
- Das Zielpublikum der Strategie sollte wie folgt präzisiert und erweitert werden:
 - Ärzte (öffentliche Spitäler) und Belegärzte (Privatspitäler) sollten explizit und eigenständig erwähnt werden.
- Die ganze Bevölkerung der Schweiz ist als Zielpublikum zu definieren. Begründung: jeder Einwohner ist ein potenzieller regelmässiger Besucher in einer Gesundheitsinstitution. Ausserdem ist verantwortungsvolles Verhalten in Bezug auf Ansteckungsrisiken im Alltag und überall erwünscht.
- Schliesslich bitten wir, die Autorschaft des Strategiepapiers NOSO anzugeben (fehlt leider bisher).

Die zentrale Rolle der Spezialärzte für Infektiologie und Spitalhygiene wird im Entwurf „Strategie Noso“ kaum berücksichtigt. Akademisch und praktisch ausgebildete Infektiologen mit dem künftigen Schwerpunkt Spitalhygiene sind die Basis jeder wirksamen NOSO Strategie. Ebenso zu wenig eingegangen wird auf die zentrale Rolle der Universitätskliniken für Infektiologie und Spitalhygiene. Hierbei ist anzumerken, dass mit Swissnoso bereits ein Expertenverein existiert, der sich aus den Spitalhygienikern der Universitätsspitäler und einiger weiterer grosser Spitäler zusammensetzt. Swissnoso organisiert derzeit bereits eine nationale Infektionsüberwachung (149 beteiligte Spitäler), koordiniert Intervention zur Qualitätsverbesserung und publiziert Richtlinien. Zu warnen ist vor der Verwendung von „Evidenzbasierte Best-Practice-Standards“ als Schlagwort. Aufgrund der grossen Aufgabe und der kleinen Zahl kompetenter und Auslastung der wirklich kompetenten Fachleute, nämlich der Kaderärzte Spitalhygiene in den grossen Spitälern besteht die Gefahr der Bildung von Gremien von theoretischen Pseudoexperten und damit von unbrauchbaren Papiertigern.

Il est grand temps de centraliser (par opposition au système fédéral cantonal actuel) certaines compétences. Cette stratégie NOSO en est le parfait exemple. L'action entreprise est très bonne si deux conditions sont respectées: 1) une attitude unique est définie pour toutes les institutions et les cantons, sans doublons, ni système concurrent en la matière. 2) Le financement raisonnable est garanti.

Il est effectivement urgent que la Confédération s'aligne sur les autres pays d'Europe. une stratégie nationale permettra d'avoir une homogénéisation des pratiques.

La stratégie NOSO est une excellente initiative, nécessaire et bienvenue. Cette stratégie est à la fois exhaustive et très générale dans la manière dont les objectifs et les mesures-clés sont formulés. Le véritable impact de cette stratégie et les défis pour les parties intéressées ne seront pas connus avant que les mesures-clés soient spécifiées et que la structure / l'organisation de la stratégie soient claires. Les questions liées au financement ne permettent pas de juger de l'impact de la stratégie au niveau cantonal et dans les établissements de soins. La stratégie NOSO prévoit d'établir la surveillance basée sur les structures existantes. Une chose est certaine : le rôle de l'OFSP prendra de l'importance. De plus, il est évident que la stratégie NOSO nécessitera une restructuration de l'organisation SwissNoso tant au niveau du cahier des charges que de la structure elle-même (voir ci-dessus le commentaire sur SwissNoso). SwissNoso est aujourd'hui un organe de milice ; mais c'est le seul qui dispose des compétences techniques du domaine. Tandis que le programme de surveillance des infections liées à la chirurgie se déroule globalement bien en Suisse au sein des hôpitaux qui y adhèrent volontairement, il est clair que l'ampleur de la surveillance obligatoire prévue en Suisse dépasse totalement les capacités des réseaux actuels et l'échelle des augmentations de capacités nécessaire à une telle réalisation devrait être évaluée avant toute chose. L'ensemble des mesures proposées dans le chapitre « Formation et recherche » semble relativement cohérent tandis que les mesures détaillées sont formulées d'une manière très imprécise. Quel est le but ? 1) Offrir la possibilité d'une formation approfondie avec un titre de sous-spécialité en «Prévention des infections nosocomiales » pour les médecins ayant un titre FMH en infectiologie (ou autre ?) / 2) Assurer les ressources nécessaires à la formation des infirmier(e)s spécialistes dans le domaine de la prévention et du contrôle de l'infection (bachelor) NB : cette formation existe (Espace-Compétence pour la Suisse romande). La question n'est pas la capacité de donner les cours, mais de disposer d'un nombre suffisant d'enseignants (?) 7 Faire en sorte que le sujet de la « Prévention et contrôle de l'infection » fasse partie des curricula de tous les professionnels travaillant dans le domaine de la santé (médecins, infirmiers, et d'autres professionnels de la santé, gestionnaires des hôpitaux, directeurs des hôpitaux, etc.) (?) / Offrir une formation continue pour les médecins, les infirmiers et de tous les autres professionnels de santé qu'ils soient spécialistes ou non dans en « Prévention et contrôle de l'infection » (?). Dans ce même contexte, la Confédération doit se prononcer sur le nombre de spécialistes (ou les taux par nombre de lits) à engager dans les différents types d'établissements. Ces chiffres existent, ils sont adoptés de manière quasi universelle en Europe, aux USA, et en Asie dans la plupart des pays développés. En bref, la stratégie NOSO élaborée est une proposition de base qui mérite d'être travaillée par des experts après que les questions clefs que pose le document soient réglées, en particulier en matière de responsabilité de la Confédération, des cantons, des hôpitaux, et autres entités et experts.... Le travail doit donc commencer !"

La mise en œuvre de cette stratégie doit mieux se passer que pour le rapport OFSP sur la mortalité. En ce qui concerne ce dernier, la réalité des données est perdue dans ce rapport, la standardisation sur l'âge et le sexe étant insuffisante. Il faudrait analyser les données en intégrant les variables significativement différentes selon la mission de l'hôpital. Il y a peu d'experts en prévention et contrôle des infections en Suisse. Il est urgent d'intégrer dans les cursus universitaires des formations à la gestion de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Cependant, malgré l'intérêt de ce type de formation, la perspective de devoir exercer une profession dans un système pénalisant, trop contraignant, risque de décourager de s'engager dans cette voie. La stratégie nationale NOSO devrait focaliser sur la mise en place d'un système d'amélioration continue dans le domaine visé. Des simples mesures d'indicateurs, même harmonisées au niveau national, ne sont pas suffisantes. Ceux-ci sont perçus comme des activités chronophages inutiles. Une orientation vers l'amélioration continue serait mieux accueillie par les professionnels de la santé et contribuerait ainsi à un renforcement d'une culture qualité dans le domaine des soins. (PL-3).

Ce projet est excellent mais il faudra assurer un nombre de personnel suffisant et formé dans le domaine pour chaque établissement.