

Konzept für die Implementierung des Room of Horrors

Dr. Lea Brühwiler, Dr. Andrea Eggli, Dr. Annemarie Fridrich

1 Inhalt

1	Inhalt.....	1
2	Ausgangslage.....	2
3	Vorgehen.....	2
3.1	Arbeitsschritte	2
3.2	Stakeholdergespräche	3
4	Resultate	4
4.1	Konzeptueller Rahmen für mögliche Implementierungsstrategien	4
4.2	Skizzen zu fünf Implementierungsstrategien	5
4.3	Ausgearbeitete Implementierungsstrategien	5
4.4	Grundsätzliche Überlegungen	8
5	Fazit.....	9
6	Anhang	10
A	Liste der involvierten Stakeholder	11
B	Identifizierte Implementierungsstrategien mit dem CFIR-ERIC-Tool	12
C	Skizzen zu fünf Implementierungsstrategien	13
D	Ausgearbeitete Implementierungsstrategien.....	18
	Verankerung als Qualitätsverbesserungsmassnahme.....	18
	Beratungsangebot	21
	Erweiterung Umsetzungsmaterialien.....	24
	Informationskampagne	27
E	Evaluationskonzept.....	31
F	Ausschreibung Beratungsangebot.....	34

2 Ausgangslage

Der Room of Horrors (RoH) ist ein Simulationstraining für Patientensicherheitsthemen. Fiktive Patientenfälle werden inszeniert und mit Fehlern und Gefahren versehen. Das Training ist grundsätzlich so konzipiert, dass es jede interessierte leistungserbringende Organisation selbständig durchführen kann. Alle benötigten Materialien stehen den Organisationen kostenfrei in drei Landessprachen auf der Website der Stiftung Patientensicherheit Schweiz (SPS) zur Verfügung. Dies sind die Manuale für Spitäler, Alters- und Pflegeheime, Hausarzt- und Kinderarztpraxen und ab 2023 für Offizinapotheken.

Es ist nicht bekannt, wie stark RoH in der Schweizer Praxis tatsächlich verbreitet ist und umgesetzt wird. SPS erhält regelmässig Einzelanfragen interessierter Betriebe und in den sozialen und wissenschaftlichen Medien gibt es Einzelberichte von Umsetzungen. Es besteht aber die Vermutung, dass viele Fachpersonen im Schweizer Gesundheitswesen den RoH noch nicht kennen.

Ziel von SPS ist es, das Simulationstraining im RoH in der Schweiz nachhaltig bekannt zu machen und die Umsetzung zu fördern, damit möglichst viele Fachpersonen von einem Training profitieren können. Ziel dieses Konzeptes ist es, verschiedene Implementierungsstrategien zu prüfen.

3 Vorgehen

3.1 Arbeitsschritte

Konzeptueller Rahmen und Skizzierung von Implementierungsstrategien

Im ersten Schritt wurden fünf Implementierungsstrategien identifiziert, in einen konzeptuellen Rahmen gebracht und skizziert. Die Inhalte dazu wurden auf Basis von internen Brainstormings entwickelt und mittels externen Stakeholdergesprächen (siehe Methodenbeschreibung unter 3.2) angereichert und validiert. Der finale konzeptuelle Rahmen ist im Kapitel 4.1, die zusammengefassten Skizzen im Kapitel 4.2 und die detaillierten Skizzen im Kapitel C einsehbar. Die fünf Strategien sind:

- Verankerung als Qualitätsverbesserungsmassnahme
- Integration in Ausbildung
- Integration in Fort-/Weiterbildung
- Beratungs-/Dienstleistungsangebot
- Sensibilisierungs-/Informationsangebot

Bei der Skizzierung der zwei Strategien «Beratungs-/Dienstleistungsangebot» und «Sensibilisierungs-/Informationsangebot» wurde im Laufe der Arbeiten festgestellt, dass eine Einteilung solcher Aktivitäten in nur zwei Strategien deren Vielfalt und Intensitätsabstufungen nicht abbilden kann. Folgende Unterteilung in vier Strategien wurde daher vorgenommen:

- Beratungsangebot: es findet eine aktive respektive interaktive Beratung von Leistungserbringern (LE) einzeln oder in Gruppen statt. Es kommt zu einem bedürfnisorientierten Austausch und Dialog.

- Erweiterung Umsetzungsmaterialien: Um die Umsetzung zu erleichtern, werden die Manuale mit weiteren Materialien ergänzt. Diese stehen passiv zur Verfügung, es ist aber kein Dialog mit den LE geplant.
- Netzwerkaufbau: Es werden Strukturen geschaffen, mit denen ein Austausch unter LE ermöglicht wird. Das Netzwerk kann für Interessierte und Erfahrene dienen.
- Informationskampagne: Die bestehenden Materialien werden intensiv bekannt gemacht und beworben. Dies betrifft auch neu ausgearbeitete Materialien oder Angebote, wie sie in diesem Konzept beschrieben sind.

Ausarbeitung von Implementierungsstrategien

Im Folgenden sollten die vielversprechendsten Strategien weiter ausgearbeitet werden. Wie in der Offerte vom 3. Mai 2022 festgelegt, wurden die Strategien Integration in Aus-/Fort-/Weiterbildung nicht weiterverfolgt, da deren Umsetzung zu aufwändig und zeitintensiv erschien. «Netzwerkaufbau» wurde ebenfalls nicht weiterverfolgt, da eine gewisse Netzwerkfunktion bereits jetzt über die SPS (im Rahmen des nationalen Grundlagenprogramms Wissensgenerierung und -allokation) gewährleistet wird. Wo möglich, werden Bestrebungen hin zu einem Netzwerkaufbau innerhalb der Strategie «Beratungsangebot» mitverfolgt.

Die vier ausgearbeiteten Strategien sind zusammengefasst im Kapitel 4.3 und im Detail in Kapitel D einsehbar. Zusätzlich wurden wichtige grundsätzliche Überlegungen festgehalten, die für sämtliche Strategien zu berücksichtigen sind (siehe Kap. 4.4).

Gegenüberstellen von Barrieren und Strategien für die Implementierung

Parallel zu den Ausarbeitungen wurden aus den Stakeholdergesprächen hinderliche Kontextfaktoren («Barrieren») für eine erfolgreiche Implementierung abgeleitet (siehe Kapitel 4.4). Diese Barrieren wurden in einer pragmatischen Kontext-Analyse nach dem Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)¹ strukturiert. Das CFIR-ERIC-Tool² (ERIC: Expert Recommendations for Implementing Change compilation) wurde verwendet, um die Barrieren den erfolgsversprechenden Implementierungsstrategien gegenüberzustellen. Zusätzlich konnten die für den RoH identifizierten und ausgearbeiteten Strategien den erfolgsversprechenden Strategien im CFIR-ERIC-Tool zugeordnet werden. Diese Zuordnung ist im Kapitel B ersichtlich.

3.2 Stakeholdergespräche

Verschiedene Stakeholder wurden zu virtuellen Gesprächen à 30-75 Minuten eingeladen, um gemeinsam mögliche Strategien zu diskutieren. Für die Auswahl der Stakeholder wurden verschiedene Charakteristika berücksichtigt: Vertretungen aller Sektoren (für die ein Manual zur Verfügung steht), verschiedene Landesteile, verschiedene Ebenen von Stakeholdern (Branchenverbände, einzelne LE wie auch LE-Gruppierungen). Ziel war es, für jeden Sektor jede Massnahme in mindestens einem Gespräch aufzugreifen, wobei die Zuordnung der Stakeholder zu einem Sektor nicht immer eindeutig war (beispielsweise bei der

¹ Damschroder et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implementation Science 2009, 4:50

² Waltz et al. Choosing implementation strategies to address contextual barriers: diversity in recommendations and future directions. Implementation Science 2019, 14:42

berufsgruppenspezifischen Ausbildung). Mit den einzelnen Stakeholdern wurden die skizzierten Strategien diskutiert, wobei mit manchen Stakeholdern mehrere Strategien besprochen werden konnten (z.B. Senesuisse). Da für die Strategien «Integration in Ausbildung» und «Integration in Fort-/Weiterbildung» keine detaillierte Ausarbeitung geplant war, wurden hierfür nur punktuell kurze Gespräche durchgeführt. Barrieren wurden nicht explizit erfragt, sondern im Nachhinein aus den dokumentierten Gesprächen extrahiert.

Die befragten Stakeholder sind in der Tabelle 1 und die jeweiligen Personen im Anhang A aufgeführt. Die Gespräche wurden semistrukturiert anhand eines Gesprächsleitfadens und mithilfe des in Abbildung 1 skizzierten Schemas durchgeführt.

Tabelle 1: Stakeholder, die zu Implementierungsstrategien befragt wurden.

Implementierungsstrategien	Spital	Alters- und Pflegeheime	Haus- und Kinderarztpraxen	Öffentliche Apotheken
Verankerung als Qualitätsverbesserungsmassnahme	H+	Senesuisse	FMH, pädiatrie schweiz	pharmasuisse
Integration in Ausbildung	ZIPAS, SIMPAT, BIHAM	BFH	ZIPAS, SIMPAT	pharmasuisse, BIHAM
Integration in Fort-/Weiterbildung		ARTISET Bildung		medinform
Sensibilisierungs-/Informationsangebot, Beratungs-/Dienstleistungsangebot	H+, Spital	Senesuisse, Alterszentrum	ARAM, pädiatrie schweiz/ Kinderarzt, Hausarzt	Apothekengruppe und Einzelapotheke

4 Resultate

4.1 Konzeptueller Rahmen für mögliche Implementierungsstrategien

Zunächst wurden die möglichen Strategien systematisch anhand zweier Dimensionen eingeordnet: Versorgungssektor sowie Grad der strukturellen Verankerung (siehe Abbildung 1). Fünf Strategien, welche im Folgenden skizziert werden, sind grundsätzlich für alle Versorgungssektoren denkbar:

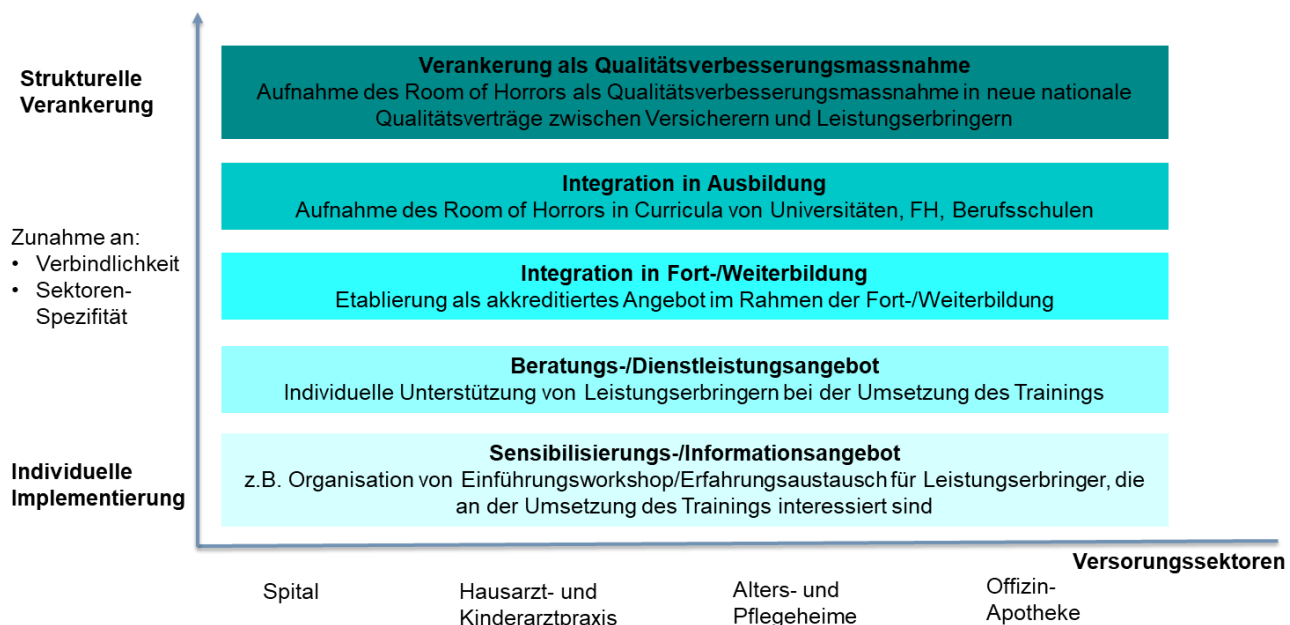


Abbildung 1: Struktureller Rahmen für die fünf skizzierten Implementierungsstrategien

4.2 Skizzen zu fünf Implementierungsstrategien

Die Skizzen zu den fünf Strategien sind im Anhang C ersichtlich. Tabelle 2 gibt einen kurzen Überblick über die Skizzen.

4.3 Ausgearbeitete Implementierungsstrategien

Die vier im Detail ausgearbeiteten Strategien «Verankerung als Qualitätsverbesserungsmassnahme», «Beratungsangebot», «Erweiterung Umsetzungsmaterialien», «Informationskampagne» sind im Anhang D ersichtlich. Tabelle 3 gibt einen kurzen Überblick über die Ausarbeitungen.

Grundsätzlich können folgende Empfehlungen abgegeben werden, um den RoH stärker im Schweizer Gesundheitswesen zu implementieren: Ein Beratungsangebot und die Erweiterung von Umsetzungsmaterialien sollen unbedingt weiterverfolgt werden, begleitet von einer Informationskampagne, um die neuen Angebote bekannt zu machen. Die Verankerung als Qualitätsverbesserungsmassnahme soll weiterverfolgt werden, wobei hier die Abhängigkeit von externen Prozessen für SPS ein Hindernis sein kann.

Tabelle 2: Zusammenfassung der fünf skizzierten Implementierungsstrategien

Massnahme	Verankerung als Qualitätsverbesserungsmassnahme	Integration in Ausbildung	Integration in Fort-/Weiterbildung	Beratungs-/Dienstleistungsangebot	Sensibilisierung- /Informationsangebot
Kurze Beschreibung	Aufnahme des RoH-Trainings als Qualitätsverbesserungsmassnahme (QVM) in die nationalen Qualitätsverträge (QV) zwischen Versicherern und LE.	Der RoH wird in Ausbildungs-Curricula integriert, sodass bereits während der Ausbildung ein Training durchlaufen werden kann.	Entwicklung eines interprofessionellen Weiterbildungsangebots «RoH-Training» für Fachpersonen in den verschiedenen Versorgungssektoren.	Bereitstellen eines Beratungs- oder Dienstleistungsangebots für LE, um bei der Umsetzung des RoH in der eigenen Organisation zu unterstützen.	SPS informiert LE intensiv über das RoH-Konzept, die existierenden Materialien und Angebote.
Attraktivität	Vertragspartner benötigen zukünftig QVM, die sie in die neuen Verträge aufnehmen könnten. Der RoH könnte für LE eine leicht umzusetzende und daher attraktive Massnahme sein.	Das Trainingskonzept stösst grundsätzlich auf Interesse, aber Rahmenbedingungen (z.B. begrenzte Kapazitäten in Curricula) scheinen limitierend zu sein.	Könnte eine interessante Alternative zu bisherigen/klassischen Schulungsformaten sein.	Komplettlösung wird nur für grosse Organisationen wie Spitäler möglich sein; für Praxen, Heime und Apotheken wird dies weniger realistisch sein. Niederschwellige Angebote könnten aber auch für kleine Organisationen attraktiv sein.	Informationskampagne scheint für LE wichtig, da der RoH erst wenig bekannt ist. Attraktivität sehr abhängig von Medium. Wirkung wird tendenziell überschätzt.
Zeithorizont bis zur Umsetzung	Die Vertragsverhandlungen sind je nach Sektor unterschiedlich weit fortgeschritten. Es sind Prozesse angedacht, mit denen die LE oder Vertragspartner regelmässig neue QVM anerkennen können.	Benötigt Zeit, da Ausbildungscurricula vermutlich nur jährlich neu geplant werden können. Innerhalb bestehender Kurse könnte die Umsetzung sehr niederschwellig sein, da möglicherweise wenige Abhängigkeiten bestehen.	Mittel. Das Eingehen von Kooperationen braucht Zeit, ggf. Wartezeiten bis zur Ausschreibung von Kursen in Jahresprogrammen.	Kurz, da für die Erarbeitung kaum Abhängigkeiten von Partnern (ausgenommen für Dienstleistungen kommerzieller Partner) bestehen. Die Zeit bis zur aktiven Nutzung hängt von Kommunikationsaktivitäten ab.	Informationskampagne rasch umsetzbar, auch Veranstaltungen können schnell erarbeitet und ausgeschrieben werden.
Wirkung	hoch	Hoch	Mittel	Punktuell hoch	Alleinstehend gering. Trägt als Multiplikator massgeblich zur Wirksamkeit von jeder anderen Strategie bei.

Tabelle 3: Zusammenfassung der vier ausgearbeiteten Implementierungsstrategien

Massnahme	Verankerung als Qualitätsverbesserungsmassnahme	Beratungsangebot	Erweiterung Umsetzungsmaterialien	Informationskampagne
Beschreibung und Varianten	Es wird angestrebt, dass das RoH-Training in den Qualitätsverträgen (QV) verankert wird, indem es den LE als anerkannte Qualitätsverbesserungsmassnahme (QVM) zur Erfüllung des QV zur Verfügung steht.	Bereitstellen eines Beratungsangebots für LE, um bei Umsetzung des RoH in der eigenen Organisation zu unterstützen. Varianten: A) Komplettlösung, B) Einzel-Beratung, C) Live-Tutorial	Um die Umsetzung für die LE ressourcenschonender und niederschwelliger zu gestalten, werden zusätzlich zu den Manualen weitere Umsetzungsmaterialien erarbeitet. Diese stehen den LE zur Verfügung. Varianten: A) Kompakte Unterlagen wie Flyer, Kurzanleitung, Visualisierungen, B) Erklärvideos oder Podcasts, C) Umsetzungsbox	SPS informiert LE intensiv über das RoH-Konzept, die existierenden Materialien und Angebote. Varianten: A) Nutzung Kommunikationskanäle von Verbänden/Fachgesellschaften, B) Nutzung Kanäle SPS, C) Print-Mailing, D) SPS Website, E) Präsenz an Veranstaltungen (z.B. RoH-Pop-Up, Referate)
Bewertung	Hohe strukturelle Verankerung und Wirkung, grosse Chance und möglicherweise ein kurzes «window of opportunity». Aber Verpflichtung zu RoH-Trainings schmälert möglicherweise Attraktivität. Starke Abhängigkeit von externen Zeitplänen und Prozessen. Kombination mit anderen Strategien äusserst sinnvoll.	Aufwändiges und langfristiges Angebot, mittelmässig wirksam in der Breite, stark wirksam in Einzelfällen (Tiefe), tiefe strukturelle Verankerung, Bedarf für unterschiedliche Varianten sehr variabel. Varianten A und B sehr adaptierbar an die Bedürfnisse der LE. Varianten B und C mit geringem Initialaufwand möglich.	Wird von Stakeholdern als wichtige Massnahme eingeschätzt. Wirksamkeit mittel und strukturelle Verankerung tief. Moderater bis hoher Aufwand, jedoch einfache und stufenweise Umsetzung möglich.	Wird von Stakeholdern als die wichtigste Massnahme eingeschätzt. Niedriger bis moderater Aufwand. Wirksamkeit pro Sektor abhängig von Kanälen, als Einzelmassnahme ist die Wirksamkeit und die strukturelle Verankerung tief, aber essenziell für die Wirksamkeit anderer Strategien. Umsetzung teilweise einfach möglich, kann zu einer Erweiterung der Zielgruppe führen.
Empfehlung	Weiterverfolgen in Kombination mit anderen Strategien	Mindestens ein Basisangebot Beratung anbieten	Unbedingt weiterverfolgen	Unbedingt weiterverfolgen, insbesondere als Begleitmassnahme zu jeder anderen Strategie

4.4 Grundsätzliche Überlegungen

Barrieren für eine erfolgreiche Implementierung: Die Stakeholdergespräche haben gezeigt, dass der RoH als Konzept oft nicht breit bekannt ist. Unbekannt ist des Weiteren die Wirksamkeit des Trainings auf die Patientensicherheit. Es fehlt im Schweizer Gesundheitswesen noch an Know-how, Hilfestellungen, niederschweligen Informationen und Materialien in informativer, unterstützender Qualität sowie Austauschmöglichkeiten zum RoH für die LE. Bei den LE behindern die Personalressourcen und die Verfügbarkeit von Räumen für das Training eine Umsetzung. Andere Programme/Prioritäten und der innovative, zu spielerische Charakter des Trainings können ebenfalls einer Implementierung im Wege stehen.

Interprofessionalität: Die bestehenden Manuale gehen von einem einzelnen Versorgungsbereich (monodisziplinär, nicht interdisziplinär) aus. Innerhalb des Versorgungsbereichs profitiert das Training aber stark von der Durchführung in interprofessionellen Gruppen. Eine Implementierung des Trainings in der Aus-, Fort- und Weiterbildung ist besonders wirksam, wenn sie in interprofessionelle Module eingebunden werden kann. Die Implementierung hängt deshalb stark vom Vorhandensein solcher Module ab. Dies sollte bei der Umsetzung von Strategien berücksichtigt werden. Für die Verwendung in monoprofessionellen, interdisziplinären Gruppen müssten die Patientenfälle gegebenenfalls angepasst werden.

Zielgruppen: Es ist davon auszugehen, dass LE, die noch keinen RoH durchgeführt haben, andere Angebote attraktiv finden als LE, die den RoH schon einmal oder mehrmals durchgeführt haben. Denkbar ist beispielsweise, dass erfahrene LE fachlich und zeitlich intensivere Unterstützungsangebote (z.B. individuelle Beratungen/Workshops zur Anpassung von Szenarien/Netzwerk zum Austausch von weiteren Zusatzfehlern) attraktiv finden. Sämtliche vorgeschlagenen Strategien sind grundsätzlich für alle Sektoren nutzbar. Die sektorspezifische Sprache, die Rahmenbedingungen, der Bedarf für einzelne Strategien sowie die Organisation und Funktionsweise einzelner Sektoren müssen jedoch bei der Umsetzung berücksichtigt werden.

Landessprachen: Grundsätzlich sollten sämtliche Aktivitäten die Landessprachen Italienisch, Französisch und Deutsch berücksichtigen.

Gestaltungsspielraum der LE: Mit Ausnahme der Massnahme «Verankerung als Qualitätsverbesserungsmassnahme» gewährleisten alle Strategien einen hohen Gestaltungsspielraum der LE. Dies betrifft sowohl den Spielraum für die Interpretation des Trainingskonzeptes, die konkrete Trainingsdurchführung und auch Anpassungen der Szenarien. Bei der Verankerung als Qualitätsverbesserungsmassnahme kann ein gewisser Spielraum mit klar definierten Grenzen ermöglicht werden.

Adaptationen: Das vorliegende Konzept geht davon aus, dass die Implementierung des Trainings anhand der bestehenden Manuale (inkl. Szenarien) geschehen soll. Eine Adaptation an weitere Sektoren oder an lokale Gegebenheiten sollte unbedingt einer Guideline für Adaptationen (z.B. Adaptation Guidance Tool³) folgen. Adaptationen werden im Idealfall systematisch dokumentiert (z.B. Framework for Reporting Adaptations and Modifications-Enhanced⁴).

³ Goodrich et al. The QUERI Roadmap for Implementation and Quality Improvement. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US); 2020. General Resources for Implementation and Quality Improvement.

⁴ Wiltsey Stirman et al. The FRAME: an expanded framework for reporting adaptations and modifications to evidence-based interventions. Implementation Sci 2019, 14:58

Zahlungsbereitschaft: Bei verschiedenen, insbesondere freiwilligen Strategien stellt sich die grundsätzliche Frage nach der Zahlungsbereitschaft der LE, etwa für Beratungsangebote. Gespräche mit den Stakeholdern haben ergeben, dass grundsätzlich eine Zahlungsbereitschaft für attraktive und hilfreiche Angebote besteht – jedoch in begrenztem Umfang.

Anreize: Unabhängig von der Art der Strategien können extrinsische Anreize die Motivation für die Implementierung des RoH positiv beeinflussen. Allen voran gilt es, den RoH für Fortbildungspunkte (insbesondere für die Ärzte- und Apothekerschaft) akkreditieren zu lassen.

Relation zum PDCA-Zyklus: Das RoH-Training kann als Teil des PDCA-Zyklus verstanden und dem Schritt «Act» zugeordnet werden. Es muss aber deutlich darauf hingewiesen werden, dass das Training und die dazugehörige Evaluation (Anzahl gefundene Fehler) keine Messmethode (Schritt «Check») ist.

Wirkung der Strategien auf die Implementierung: Die verschiedenen Strategien haben eine unterschiedliche Wirkung auf das Ausmass, in dem der RoH in der Schweiz umgesetzt wird. Eine hohe Wirkung der Implementierungsstrategie resultiert in einer umfassenden Implementierung (Breite und Tiefe). Dies sollte bei der Umsetzung überprüft werden. Als Orientierung dienen die Implementation Outcomes nach Proctor et al.⁵: acceptability, adoption, appropriateness, feasibility, fidelity, implementation cost, penetration, and sustainability.

Wirkung des RoH-Trainings auf die Patientensicherheit: Die Wirksamkeit des Trainings für die Förderung der Patientensicherheit ist ungenügend belegt. Ein Fehlen von Evidenz kann als Barriere für die Implementierung wahrgenommen werden. Da eine solche Evaluation ein wichtiger Bestandteil weiterer Aktivitäten im Bereich RoH ist, wird diesem Konzept ein Vorschlag für ein Evaluationskonzept beigelegt (siehe Anhang E).

5 Fazit

Der RoH ist ein niederschwellig umsetzbares Simulationstraining für Patientensicherheitsthemen und stösst in verschiedenen Sektoren auf grosses Interesse. Allerdings besteht Ausbaupotenzial im Hinblick auf die Verbreitung des RoH in der Schweiz. Das vorliegende Konzept diskutiert verschiedene Strategien, mit denen das RoH-Training in der Schweiz breiter und nachhaltiger implementiert werden kann. Basierend auf Stakeholdergesprächen und einem konzeptuellen Rahmen wurden Implementierungsstrategien skizziert und die vielversprechendsten detailliert ausgearbeitet. Dies sind: Verankerung als Qualitätsverbesserungsmassnahme, Beratungsangebot, Erweiterung Umsetzungsmaterialien und Informationskampagne.

Ein Beratungsangebot und die Erweiterung von Umsetzungsmaterialien sollen unbedingt weiterverfolgt und von einer Informationskampagne begleitet werden. Um die Umsetzbarkeit der Implementierungsstrategien zu gewährleisten und deren Wirkung zu erhöhen, sollten gewisse Grundsatzüberlegungen wie zum Beispiel die Wichtigkeit einer Evaluation oder die Zahlungsbereitschaft der LE vertieft diskutiert werden.

⁵ Proctor et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Adm Policy Ment Health* 2011, 38(2): 65–76.

6 Anhang

- A Liste der involvierten Stakeholder
- B Identifizierte Implementierungsstrategien mit dem CFIR-ERIC-Tool
- C Skizzen zu fünf Implementierungsstrategien
- D Ausgearbeitete Implementierungsstrategien
 - Verankerung als Qualitätsverbesserungsmassnahme
 - Beratungsangebot
 - Erweiterung Umsetzungsmaterialien
 - Informationskampagne
- E Evaluationskonzept
- F Ausschreibung Beratungsangebot

A Liste der involvierten Stakeholder

Tabelle 4: Involvierte Stakeholder und die befragten Personen in den Stakeholdergesprächen.

	Spital	Alters- und Pflegeheime	Haus- und Kinderarztpraxen	Öffentliche Apotheken
Verankerung als Qualitätsverbesserungsmassnahme	H+ (Andreas Schittny, Fachverantwortliche Qualität und Patientensicherheit)	Senesuisse (Christian Streit, Geschäftsführer)	FMH (Christoph Bosshard, Vizepräsident, Esther Kraft, Abteilungsleiterin DDQ)	pharmasuisse (Alexandra Vedana, Fachexpertin Tarife)
Integration in Ausbildung	Zürcher Interprofessionelle Ausbildungsstation (ZIPAS, Gert Ulrich, Projektleiter, Projektleiter bei Strategie und Innovation, Careum), Basler Simulationspatientenprogramm (SimPat) (Ulrich Pleines Dantas Seixas, Medizinische Fakultät, Universität Basel), Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM, Dr. Karen Maes, Leitende Dozentin Pharmazie)	Berner Fachhochschule (BFH, Theresa Scherer RN, MME, Leiterin Fachstelle für interprofessionelle Lehre Gesundheit)	ZIPAS, SimPat	pharmasuisse, BIHAM
Integration in Fort-/Weiterbildung		ARTISET Bildung (Irène Mahnig-Lipp, Leiterin Pflege&Betreuung / stv. Leiterin Weiterbildung)		medinform (Christina Ruob, Geschäftsführung)
Sensibilisierungs/Informationsangebot, Beratungs-/Dienstleistungsangebot	H+, Hirslanden Clinique Cecil und Bois-Cerf (3 verantwortliche Personen für Qualität resp. Pflegedirektion)	Senesuisse, Alterszentrum (Hansjörg Lüthi, Geschäftsführer, Präsident Dialog@age)	Association Romande des Assistantes Médicales (ARAM) (Isabelle Favre, Projektverantwortliche), pädiatrie schweiz (Dominique Gut, Leiter Pädiatrie Gruppenpraxis, Vorstandsmitglied, Qualitätsdelegierter in der SAQM), Hausarzt (Marc Müller, Vorstandsmitglied Swiss IPE)	Apotheke und Apotheken-Gruppierung (Hans Jürg Engel, Apothekeninhaber, Mitglied Verwaltungsrat Toppfarm)

B Identifizierte Implementierungsstrategien mit dem CFIR-ERIC-Tool

Tabelle 5: Vielversprechende Implementierungsstrategien (Kategorien und Einzelstrategien), die mit dem CFIR-ERIC-Tool aus den hinderlichen Kontextfaktoren identifiziert wurden. In der rechten Spalte sind die für den Room of Horrors ausgearbeiteten Implementierungsstrategien aufgelistet.

Vielversprechende Strategien gemäss CFIR-ERIC-Tool in Originalsprache		Ausgearbeitete Strategien für RoH
Kategorien	Einzelstrategien	
Use evaluative and iterative strategies	Assess for readiness and identify barriers and facilitators	
Provide interactive assistance	Facilitation	Beratung Informationskampagne
Adapt and tailor to context	Promote adaptability	Erweiterung Umsetzungsmaterialien
Develop stakeholder relationships	Capture and share local knowledge Identify and prepare champions Identify early adopters Organize clinician implementation team meetings Promote network weaving	Beratung Informationskampagne
Train and educate stakeholders	Conduct educational meetings Create a learning collaborative Develop educational materials Distribute educational materials Provide ongoing consultation Shadow other experts	Beratung Informationskampagne Erweiterung Unterstützungsmaterialien
Utilize financial strategies	Access new funding Alter incentive/allowance structures	Verankerung als Qualitätsverbesserungsmassnahme
Change infrastructure	Change physical structure and equipment	

C Skizzen zu fünf Implementierungsstrategien

Strategie «Verankerung als Qualitätsverbesserungsmassnahme»	
Kurze Beschreibung	Aufnahme des RoH-Trainings als Qualitätsverbesserungsmassnahme (QVM) in die nationalen Qualitätsverträge (QV) zwischen Versicherern und LE.
Gestaltungsvarianten	RoH als einzelne QVM oder Einbindung in ein grösseres Strategienpaket «Patientensicherheit» oder «Schulungen».
Strukt. Verankerung	Hoch
Wirkung	Hoch
Attraktivität für LE	Vertragspartner benötigen zukünftig QVM, die sie in die neuen Verträge aufnehmen könnten. Der RoH könnte für LE eine leicht umzusetzende und daher attraktive Massnahme sein.
Interprofessionalität	Hoch, da die Umsetzung in den einzelnen Organisationen stattfindet, d.h. mit der realen Interprofessionalität bestehender Teams.
Sektor-Spezifität	Hoch: QV unterscheiden sich inhaltlich und auch konzeptionell zwischen den Sektoren. Es ist zu erwarten, dass die verschiedenen QV unterschiedliche Anforderungen an die Erfüllung einer QVM richten werden und die QVM unterschiedlich verpflichtend sein werden.
Voraussetzungen	Es können regelmässig neue QVM aufgenommen werden. Erarbeitung von ergänzenden Instrumenten zur Durchführung des RoH als QVM (z.B. Implementierungsindikatoren, Beschreibung von Anforderungen an die Umsetzung wie z.B. an das Debriefing, die Interprofessionalität, die Frequenz, die Implementierungsbreite, ...)
Zeithorizont bis zur Umsetzung	Die Vertragsverhandlungen stehen je nach Sektor an verschiedenen Punkten ⁶ . Es sind Prozesse angedacht, mit denen die LE oder Vertragspartner regelmässig neue QVM anerkennen können.
Mögliche Rolle SPS	Ausarbeitung von Indikatoren, Erarbeitung von weiteren Instrumenten, um den RoH als QVM zu nutzen.
Kooperationspartner	Verbände: H+, pharmasuisse, FMH, CURAVIVA und senesuisse
Finanzierung	Ausarbeitung von Indikatoren und zusätzlichen Instrumenten: Eidgenössische Qualitätskommission (EQK). Finanzierung durch Vertragspartner scheint nicht realistisch. Durchführung des RoH durch LE via Erfüllungspflicht finanziert.

⁶ Stand Herbst 2022: **Spital**: QV von H+ ist eingereicht; Bundesrat hat im November Rückmeldung gegeben, Überarbeitung durch H+ und Versicherungsverbände ausstehend. H+ hat bereits einzelne QVM, darunter RoH fachlich anerkannt. **Offizin**: Konzeptentwürfe bestehen. Prozesse, Zuständigkeiten sowie der Stellenwert von vorgegebenen/empfohlenen QVM sind noch unklar/respektive möglicherweise beeinflussbar. **Praxen**: Pilotprojekt zu QV hat stattgefunden, Vertragsverhandlungen beginnen. **Heime**: QV sind ausgetestet, die Finanzierung der QVM ist unklar.

Strategie «Integration in Ausbildung»	
Kurze Beschreibung	<p>Der RoH wird in Ausbildungs-Curricula integriert, sodass bereits während der Ausbildung ein Training durchlaufen werden kann.</p> <p>Abgrenzung: Das Trainingsangebot am Arbeitsort der Auszubildenden wird hier nicht berücksichtigt, wobei es Überschneidungen gibt, wie zum Beispiel bei der Zürcher interprofessionellen klinischen Ausbildungsstation (ZIPAS).</p>
Gestaltungsvarianten	Einzeltraining RoH innerhalb bestehender Module/Kurse. Ausführlicheres Modul Patientensicherheit inkl. RoH, beispielsweise in Anlehnung an Mustercurriculum Patientensicherheit der WHO. Die Ausbildungen können auf allen Ausbildungsniveaus angesiedelt sein (Hochschule, Berufsschule, Fachhochschule, höhere Fachschule).
Strukt. Verankerung	Hoch
Wirkung	Hoch
Attraktivität für Ausbildungsstätten	Das Trainingskonzept stösst grundsätzlich auf Interesse, aber Rahmenbedingungen (z.B. begrenzte Kapazitäten in Curricula) scheinen limitierend zu sein.
Interprofessionalität	Tief, da Ausbildung immer noch mehrheitlich monoprofessionell. Erstrebenswert wäre die Integration in interprofessionelle Ausbildungsmodule, die bisher wohl punktuell und freiwillig angeboten werden.
Sektor-Spezifität	Nicht anwendbar, da Ausbildung berufsgruppenspezifisch, nicht sektorspezifisch. Für die verschiedenen Berufsgruppen und in den Sektoren besteht eine Vielzahl an Ausbildungsgängen, in die der RoH integriert werden könnte.
Voraussetzungen	Die Szenarien spielen in jeweils einem Versorgungssektor. Je nach Ausbildungsniveau und -zielgruppe muss eine Adaptation der Szenarien erwogen werden. Die Kapazitäten der Curricula sind sehr begrenzt, der RoH müsste in einem bestehenden Kurs (idealerweise in interprofessionellen Ausbildungsstrukturen) oder als freiwilliger Kurs angeboten werden. Erfolgreiches Durchlaufen von Aufnahmeverfahren für Ausbildungscurricula. Existenz von Skills-Centers/Skills-Labs/Simulationszentren in Ausbildungsstätten erleichtert die Implementierung in der Ausbildung (Pflege: z.B. Haute école de santé Fribourg, Ecole La Source, Berner Bildungszentrum Pflege. Medizin: z.B. Skills Center Universität Basel. Pharmazie: Simulationsapotheke Universität Basel)
Zeithorizont bis zur Umsetzung	Benötigt Zeit, da Ausbildungscurricula vermutlich nur jährlich neu geplant werden können. Innerhalb bestehender Kurse könnte die Umsetzung sehr zeitnah möglich sein, da möglicherweise wenige Abhängigkeiten bestehen.
Mögliche Rolle SPS	Modulentwicklung in Kooperation mit Curricula-Verantwortlichen und Ausbildungsstätten, Modulverantwortung, Referentin, Beraterin, etc.
Kooperationspartner	Curricula-Verantwortliche der Ausbildungsstätten/Simulationszentren, insbesondere die Fachbereiche Interprofessionalität der Ausbildungsstätten. Expert:innen für interprofessionelle Ausbildung, beispielsweise aus dem Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017-2020» und angrenzenden Aktivitäten
Finanzierung	Entwicklung des Moduls durch SPS: EQK. Durchführung: Ausbildungsstätten (inkl. Honorare)

Strategie «Integration in Fort-/Weiterbildung»

Kurze Beschreibung	Entwicklung eines interprofessionellen Weiterbildungsangebots «RoH-Training» für Fachpersonen jeweils in den verschiedenen Versorgungssektoren. Abgrenzung: von internen Weiterbildungsangeboten durch interne Bildungsverantwortliche muss das Angebot abgegrenzt werden.
Gestaltungsvarianten	<ul style="list-style-type: none"> – Durchführung extern durch Weiterbildungsanbieter, beispielsweise auch in Zusammenarbeit mit Skill centers/Simulationszentren – Durchführung interdisziplinär oder/und interprofessionell – Einbindung innerhalb eines grösseren Pakets «Patientensicherheit» (z.B. nach Vorlage des Mustercurriculums der WHO) oder als Einzelkurs – Angebot im Rahmen von Qualitätszirkeln
Strukt. Verankerung	Tief
Wirkung	Mittel
Attraktivität für Weiterbildungsanbieter	Könnte interessante Alternative zu bisherigen/klassischen Schulungsformaten sein.
Interprofessionalität	Hoch, sofern der RoH in ein bestehendes interprofessionelles Angebot eingebunden ist. Tief, wenn es sich um monoprofessionelle Angebote handelt. Für monoprofessionelle Angebote müssten die Szenarien möglicherweise angepasst werden.
Sektor-Spezifität	In den verschiedenen Sektoren bzw. bei den Berufsgruppen besteht eine Vielzahl an unterschiedlichen Weiterbildungsangeboten und Anbietern. Das Training müsste auch bei gleichen Berufsgruppen den jeweiligen Versorgungssektor berücksichtigen (z.B. Ärztin, die im Spital tätig ist vs. Ärztin, die in ambulanter Praxis arbeitet).
Voraussetzungen	<p>Je nach Weiterbildungsangebot (z.B. Zielgruppe Ärzte aus verschiedenen Sektoren) muss eine Adaptation der Szenarien erwogen werden.</p> <p>Akkreditierung für Fortbildungspunkte würde die Attraktivität deutlich steigern. Bei Akkreditierungen muss darauf geachtet werden, dass die Szenarien ohne Neuakkreditierung überarbeitet werden dürfen.</p>
Zeithorizont bis zur Umsetzung	Mittel. Das Eingehen von Kooperationen braucht Zeit, ggf. Wartezeiten bis zur Ausschreibung von Kursen in Jahresprogrammen.
Mögliche Rolle SPS	Stark abhängig von Gestaltungsvarianten. Entwicklung des Angebots, Beantragung Akkreditierung, Durchführung des Angebots, Kursverantwortung, Referentin, Beraterin.
Kooperationspartner	Weiterbildungsanbieter/Skill centers, Akkreditierungsgesellschaften
Finanzierung	Entwicklung und Erstakkreditierungen: EQK. Durchführung und Reakkreditierung: Teilnehmende über Gebühren

Strategie «Beratungs-/Dienstleistungsangebot»	
Kurze Beschreibung	Bereitstellen eines Beratungs- oder Dienstleistungsangebots für LE, um bei Umsetzung des RoH in der eigenen Organisation zu unterstützen.
Gestaltungsvarianten	<p>Verschiedene Varianten denkbar, die in der Ausarbeitung detailliert dargelegt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Komplettlösung: der gesamte Prozess (Vorbereitung, Durchführung, Aufarbeitung) wird von externer Stelle übernommen oder stark begleitet – Einzel-Beratung für die selbständige Durchführung: kostenlose Erstberatung durch SPS, anschliessend kostenpflichtige weitere Beratung bis hin zu einer ausführlichen gemeinsamen Vorbereitung des selbständig durchgeführten Trainings. – Live-Tutorial: regelmässige, kostenpflichtige Online-Tutorials mit einem kurzen Inputvortrag und grosszügiger Gelegenheit für Fragen aus dem Plenum.
Strukt. Verankerung	Gering
Wirkung	<p>Komplettlösung: Punktuell hoch, aber in der Breite tief.</p> <p>Niederschwellige Angebote: in der Breite mittel, punktuell sehr variabel.</p>
Attraktivität für LE	<p>Ausgebaute Dienstleistung wird nur für grosse Organisationen wie Spitäler möglich sein, für Praxen, Heime und Apotheken wird dies nicht realistisch sein.</p> <p>Niederschwellige Angebote könnte aber auch für kleine Organisationen attraktiv sein.</p>
Interprofessionalität	Hoch, da Umsetzung in bestehenden Behandlungsteams.
Sektor-Spezifität	Mittel. Beratungsangebot kann sektorenübergreifend erarbeitet werden. Der konkrete Inhalt des Trainings und die Umsetzung unterscheiden sich.
Voraussetzungen	Attraktive Preis- und Produktgestaltung, rasche Verfügbarkeit.
Zeithorizont bis zur Umsetzung	Kurz, da für die Erarbeitung kaum Abhängigkeiten von Partnern (ausgenommen für Dienstleistungen kommerzieller Partner). Die Zeit bis zur aktiven Nutzung hängt von Kommunikationsaktivitäten ab.
Mögliche Rolle SPS	Entwicklung des Angebots, Durchführung der Dienstleistung (je nach Form/Umfang wäre die Kooperation mit externen Partnern erforderlich, da die Ressourcen von SPS begrenzt sind).
Kooperationspartner	LE für die Produktentwicklung, Verbände für die Kommunikation, ggf. externe Partner für die Durchführung
Finanzierung	Entwicklung: EQK, Durchführung: Teilnehmende über Gebühren

Strategie «Sensibilisierung- /Informationsangebot»

Kurze Beschreibung	SPS informiert die LE intensiv über das RoH-Konzept und die existierenden Materialien und Angebote.
Gestaltungsvarianten	<p>Verschiedene Varianten, die sich vor allem im Kanal/Medium unterscheiden, werden in der Ausarbeitung detailliert dargelegt:</p> <ul style="list-style-type: none">– Kommunikation via Verbände/Fachgesellschaften: gezieltes Erreichen bestimmter spezifischer Zielgruppen, Adressen-Einkauf, Bereitstellung von Modultexten für die verbandsinterne Kommunikation.– Nutzung von Newsletter und sozialen Medien von SPS: regelmässige News-Feeds in verschiedenster Form (z.B. Fotos, Erfahrungsberichte und Testimonials, Bilderrätsel, Veranstaltungsankündigungen), Kollaboration mit Partnern, Nutzung von Werbeschaltungen.– Print-Mailing: Informationsmaterial in Briefform versenden, v.a. in Sektoren wie Alters- und Pflegeheimen, die noch wenig digital agieren.– SPS Website: Neugestaltung mit «landing page». Ergänzung bisheriger Inhalte mit Zahlen und Fakten, Bilderstreifen, Erfahrungsberichte, Untermenüs für einzelne Sektoren.– Präsenz an Veranstaltungen: an Kongressen wird der RoH vorgestellt (z.B. Referat, Poster, Stand) oder sogar als Pop-up Training erlebbar gemacht.
Strukt. Verankerung	Gering
Wirkung	Gering. Wirkung wird von LE wohl überschätzt. Eine Informationskampagne trägt aber massgeblich zur Wirksamkeit von jeder anderen Strategie bei.
Attraktivität für LE	Informationskampagne scheint für LE wichtig, da der RoH erst wenig bekannt ist. Attraktivität sehr abhängig von Medium. Wirksamkeit von Mailings ist begrenzt, Papierversände aus ökologischen Gründen zu evaluieren, social media abhängig von Reichweite, Video als neues Format wird einerseits attraktiv und andererseits als überhöht wahrgenommen.
Interprofessionalität	Hoch, da Umsetzung in bestehenden Behandlungsteams.
Sektor-Spezifität	Gering für die Grundlagenarbeiten. Je nach Ausgestaltung können mit unterschiedlichem Aufwand die verschiedenen Sektoren spezifisch bedient werden.
Voraussetzungen	Hohe Reichweite der Kanäle, zielgruppengerechte Inhalte/Gestaltung.
Zeithorizont bis zur Umsetzung	Rasch umsetzbar.
Mögliche Rolle SPS	Entwicklung, Durchführung, Koordination Informationskampagne
Kooperationspartner	Verbände, Gruppierungen, Fachverbände, Kommunikationsagenturen
Finanzierung	Entwicklung und Durchführung: EQK, Präsenz an Veranstaltungen: ggf. Veranstalter

D Ausgearbeitete Implementierungsstrategien

Verankerung als Qualitätsverbesserungsmassnahme

Zusammenfassung	<p>Beschreibung: Es wird angestrebt, dass das RoH-Training in den QV verankert wird, indem es den LE als anerkannte QVM zur Erfüllung des QV zur Verfügung steht.</p> <p>Bewertung: hohe strukturelle Verankerung und Wirkung, grosse Chance und möglicherweise ein kurzes «window of opportunity». Aber Verpflichtung zu RoH-Trainings schmälert Attraktivität. Starke Abhängigkeit von externem Zeitplan und Prozessen. Kombination mit den Strategien Beratungsangebot, Informationskampagne, Erweiterung Unterstützungsmaterialien äusserst sinnvoll.</p> <p>Empfehlung: weiterverfolgen in Kombination mit anderer Strategie.</p>
Output-Ziel	Das RoH-Training ist in den QV strukturell verankert, steht den LE als QVM in offiziellen Listen zur Verfügung und ist breit bekannt (unabhängig der Regionen, Sprachgrenzen, LE-Charakteristika).
Outcome-Ziel	Das RoH-Training wird von zahlreichen LE als QVM umgesetzt.
Bedarf	Die QV werden gesetzlich verankert, der Bedarf an attraktiven und leicht umsetzbaren QVM wird deshalb sehr hoch sein. Die gesetzliche Verpflichtung hilft, den je nach Sektor und je nach individuellem LE unterschiedlichen «science to implementation gap» zu minimieren. Die gesetzliche Verpflichtung schafft starke Anreize für eine strukturelle und breite Verankerung. Wenn der RoH als QVM gelistet wird und somit als «Pflichtwahl-Option» wirkt, könnte dies die subjektive Attraktivität schmälern.
Konkrete Ausgestaltung	Aufnahme des RoH-Trainings als QVM in die neuen QV zwischen Versicherern und LE. Konkret würde der RoH in Listen von möglichen/empfohlenen QVM der Vertragspartner aufgenommen.
Vorgehensweise	Arbeiten pro Setting erst starten, wenn Vertragsverhandlungen im jeweiligen Sektor weit fortgeschritten sind. Gespräche aufnehmen mit Vertragspartnern, Abklärungen zur Struktur des QV und zu den Prozessen der QVM, Indikatoren entwickeln, die die Erfüllung der QVM messen, und mit Prüfstellen weiteren Bedarf an Unterlagen abklären, Definition des Prüfverfahrens.
Notwendige Ressourcen für die Aufgabe und Finanzierung	<p>Finanzierung der Vorarbeiten «Verankerung als QVM»: EQK. Aufwand: ca. 5 Arbeitstage pro Sektor für die formale Anerkennung als QVM, 15 Arbeitstage zur Erarbeitung von Indikatoren für alle Sektoren und falls nötig, Prüfverfahren mitentwickeln. 5 Arbeitstage Projektmanagement. Es ist abzuklären, inwiefern alle Landessprachen berücksichtigt werden müssen.</p> <p>Es ist in den ersten 1-3 Jahren nach Inkrafttreten der QV mit einem starken Anstieg der Anfragen zu RoH zu rechnen.</p>
Übernahme der Aufgabe durch SPS	Die Aufgaben sind ressourcenmässig leistbar und mit der Stiftungsstrategie vereinbar. Das Beantworten der Anfragen müsste über NGP Wissensgenerierung und -allokation

abgerechnet werden können (Finanzierung nach Ablauf NGP Wissensgenerierung 2025 offen).

Liste relevanter Beteiligter	Primär LE: H+, Senesuisse, Curaviva, pharmasuisse, FMH, FMCH, SFSM, sekundär Versicherer curafutura und santesuisse. Des Weiteren: Prüfstellen und Zertifizierungsgesellschaften
Zeithorizont für die Umsetzung	Kann relativ rasch geschehen, parallel zur Aushandlung der Qualitätsverträge. Ein enger Austausch mit den LE kann garantieren, dass die nötigen Arbeiten seitens SPS rasch erfolgen können. Diese sind wenig aufwändig.
Rahmenbedingungen	<p>Voraussetzung ist, dass die QV in Kraft treten. Jeder QV sieht QVM vor. Es besteht eine starke Abhängigkeit vom Verhandlungsverlauf (Zeitplan, Prozesse). Ein Prozess zur Anerkennung von QVM muss im Ansatz bekannt sein (Anerkennung durch Vertragspartner, oder individuelle Anerkennung von eingereichten QVM seitens LE). Der Stand der Vertragsverhandlungen muss verfolgt werden. Das Gespräch mit den Verhandlungspartnern (LE-seitig) muss regelmässig erfolgen. So kann auch eine Sensibilisierung der Verhandlungspartner für den RoH als mögliche QVM erfolgen.</p> <p>Diese Massnahme muss unbedingt mit einer Informationskampagne und einem Beratungsangebot kombiniert werden, damit der RoH als QVM genügend attraktiv und niederschwellig ist und etabliert werden kann. Eine Kombination mit einer Erweiterung der Umsetzungsmaterialien ist sinnvoll.</p>
Bisherige Erfahrungen mit dieser Massnahme?	Mit H+ wurde der Anerkennungsprozess (mehrstufig, ca. 6 Monate) bereits durchlaufen. Folgende Schritte waren nötig: Ersteinreichung durch SPS, Diskussion in der Fachgruppe und Feedback von H+, Revision durch SPS, Diskussion Fachgruppe mit Anwesenheit SPS, fachliche Anerkennung.
Anwendung eines PDCA-Zyklus	<p>Variante A: LE können für das Training einen PDCA-Zyklus anwenden, um beispielsweise die lokale Anpassungen des Trainings oder eigene Szenarien umzusetzen, zu evaluieren und erneut anzupassen.</p> <p>Variante B: Das RoH-Training kann selbst Bestandteil des PDCA-Zyklus sein, beispielsweise als Schritt «Act», wenn in einem Themengebiet oder in einer Abteilung lokal Handlungsbedarf besteht. Wichtig ist zu bemerken, dass das Training im RoH und die Messung von entdeckten Fehlern keine Messmethode (Schritt «Check») für die Patientensicherheit ist.</p>
Bemerkungen zum Spital	Stand Herbst 2022: Der QV wurde vom Bundesrat begutachtet und ist aktuell in Revision bei den Vertragspartnern. Ein in Kraft treten auf Anfang 2023 ist nicht realistisch. Der RoH ist bereits als QVM fachlich anerkannt und soll im Rahmen der ersten in Kraft tretenden Themenblöcke des QV als QVM offiziell zur Verfügung stehen. Es wird davon ausgegangen, dass ein Spital mehrere Jahre hintereinander einen RoH als QVM durchführen wird.
Bemerkungen zu Alters- und Pflegeheimen	Stand Herbst 2022: Die QV-Verhandlungen laufen aktuell. Zeitplan nicht absehbar, in Kraft treten frühestens 2024. Ein Katalog an QVM ist vorgesehen, orientiert sich an bisherigen Qualitätsindikatoren/Indikatorgebieten (welche noch ergänzt werden sollen).

	<p>Jedes Jahr wird ein Heim voraussichtlich in 3 Indikatorgebieten je eine QVM definieren, im «Themengebiet des Jahres» mindestens 5 QVM. Es ist eher vorgesehen, dass jährlich wechselnde QVM umgesetzt werden. Es ist denkbar, dass Heime auch selbst QVM anerkennen lassen, wobei Prozesse noch nicht definiert sind.</p> <p>Da die QVM an Indikatorgebieten orientiert sind (z.B. Schmerz, Polymedikation), müssten ggf. die RoH-Szenarien spezifisch dafür angepasst werden.</p>
Bemerkungen zu Haus- und Kinderarztpraxen	<p>Stand Herbst 2022: Die FMH ist zuständig für die Verhandlung der QV, die Fachgesellschaften für die Ausarbeitung der QVM. Pädiatrie Schweiz hat im Oktober 2022 einen Workshop zur Themenpriorisierung durchgeführt. Darauf aufbauend werden die QVM ausgearbeitet. Prozesse sind noch offen. Nach in Kraft treten des QV wird es möglicherweise 1-2 Jahre für die Umsetzung brauchen.</p>
Bemerkungen zu Offizin	<p>Stand Herbst 2022: Die Vertragsverhandlungen laufen. Integration von QVM in den QV noch unklar. Da sich die QVM an Indikatorgebieten (idR. KVG-relevante Einzelleistungen) orientieren, müssten ggf. die RoH-Szenarien spezifisch dafür angepasst werden.</p>

Beratungsangebot

Zusammenfassung	<p>Beschreibung: Bereitstellen eines Beratungsangebots für LE, um bei Umsetzung des RoH in der eigenen Organisation zu unterstützen.</p> <p>Bewertung: mittelmässig wirksam in der Breite, stark wirksam in Einzelfällen (Tiefe), da die Beratung auch stark auf die Bedürfnisse angepasst werden kann. Tiefe strukturelle Verankerung, Bedarf sehr variabel. Im Aufbau wenig aufwändig, langfristiger Aufwand in der Bewirtschaftung.</p> <p>Empfehlung: Mindestens ein Basisangebot Beratung anbieten</p>
Output-Ziel	Es steht ein Beratungsangebot zur Verfügung, mit dem LE in der Umsetzung unterstützt werden können.
Outcome-Ziel	Verschiedene Hürden, die LE bisher von der Durchführung eines RoH abhielten, werden überwunden. Dies können sein: knappe personelle Ressourcen, Sicherheitsbedürfnis, fehlende Erfahrung mit oder hohe Ansprüche an die Durchführung eines RoH-Trainings.
Bedarf	<p>Insbesondere günstige, wenig umfassende und unverbindlichere Beratungsangebote stossen auf Interesse. Eine umfassende, individuelle Beratung oder eine Komplettlösung (komplette Umsetzung durch Externe) würde gemäss Stakeholdern nur von einzelnen LE genutzt werden (Begründung: knappe finanzielle Ressourcen, Hemmungen beim «sich über die Schulter blicken lassen»). Dies ist ein Risiko für den Aufbau einer solchen Komplettlösung.</p> <p>Die Attraktivität scheint sich stark am Preis zu orientieren. Das betriebsinterne Budget bestimmt die Buchung eines Angebots, nicht das Angebot das Budget.</p>
Konkrete Ausgestaltung, Vorgehensweise, notwendige Ressourcen	
Die Angebotsvarianten sollten klar definiert sein, z.B. verschiedene Packages.	
<p>A) Komplettlösung: Der gesamte Prozess (Vorbereitung, Durchführung, Aufarbeitung) wird zu einem Gross teil nicht vom LE sondern von externer Stelle übernommen oder stark begleitet. Dieses Angebot soll stark auf die individuellen Bedürfnisse anpassbar sein, da es mit hohen Kosten verbunden ist. Beispielsweise könnte eine individuelle Adaptation der Szenarien auf die Organisation (basierend auf vorherigen RoH oder auf CIRS-Fälle) oder eine strukturierte Evaluation gewünscht sein. Eine gute Definition der Aufgabenteilung vor Auftragsvergabe erleichtert die Zusammenarbeit. Als Erweiterung dieser Variante ist ein virtual reality-Angebot denkbar, wobei der Aufbau des Angebots kaum durch einzelne LE finanzierbar wäre.</p> <p>Vorgehensweise: Projektplan erstellen, um die gemeinsame Projektarbeit zu vereinfachen (z.B. Übersicht der nötigen Arbeiten, Beispiel-Zeitplan und Umsetzungs-Prozess) Tarifierung, Ausschreibung und Bewerbung des Angebots. (Siehe auch Variante B)</p> <p>Notwendige Ressourcen (für die Ausarbeitung des Angebots, nicht für die zu erbringende Beratung): 10d</p>	
<p>B) Einzel-Beratung: Im Gegensatz zur Komplettlösung wird hier nur punktuell und im benötigten Ausmass beraten und begleitet. Eine kurze Erstberatung bis ca. 1h Gesamtaufwand kann aktuell über das NGP Wissensgenerierung- und allokation gewährleistet werden und ist für die LE kostenfrei. Bis zu vier</p>	

kostenpflichtige Beratungsstunden sind ergänzend denkbar. Sobald das NGP ausläuft und/oder die Nachfrage nach Erstberatungen ansteigt, muss den LE bereits eine Erstberatung verrechnet werden. Die Beratung kann telefonisch, virtuell oder vor Ort stattfinden und soll im Inhalt stark individualisierbar sein. Eine Ausschreibung zum Beratungsangebot ist im Anhang F ersichtlich.

Vorgehensweise: Inhalte und Hilfsmittel für die Beratung erstellen, z.B. Factseets, FAQs, Flowcharts, Guideline zu Adaptionen. Ausschreibung und Bewerbung des Angebots (Website und aktive Bewerbung)

Notwendige Ressourcen (für die Ausarbeitung des Angebots, nicht für die zu erbringende Beratung): 10d

C) Live-Tutorial: Regelmässig (z.B. monatlich an wechselnden Wochentagen) finden live Online-Tutorials statt, bei denen während beispielsweise 20 Minuten der RoH inkl. Umsetzung präsentiert wird (Input, Referat). Anschliessend stehen beispielsweise 40 Minuten für Fragen zur Verfügung. Es wird eine kleine Teilnahmegebühr erhoben (ggf. nach einer kurzen kostenlosen Einführungsphase). Möglich wäre die Zusammenarbeit mit Gastreferent:innen, die jeweils auch einen kurzen Input liefern oder aus eigener Erfahrung Tipps geben können. Denkbar ist, dass bei grosser Nachfrage einzelne Tutorials für spezifische Themen/Sektoren angeboten werden. Allenfalls können aufgezeichnete Tutorials den Umsetzungsmaterialien beigelegt werden (siehe Massnahme «Erweiterung Umsetzungsmaterial»).

Vorgehensweise: Themenplanung, Foliensätze und Anmeldeprozess erstellen, technische Voraussetzungen und Preisgestaltung abklären. Ausschreibung und Bewerbung des Angebots (Website und aktive Bewerbung)

Notwendige Ressourcen (für die Ausarbeitung des Angebots, nicht für die zu erbringende Beratung): 10d

Übernahme der Aufgabe durch SPS

Variante A kann momentan mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen bei kurzfristigen Anfragen nicht gewährleistet werden. Es müsste u.U. mit zu langen Wartezeiten gerechnet werden. Varianten B und C können von SPS umgesetzt werden.

Liste relevanter Beteiligter

Gastreferent:innen (z.B. early adopters), ggf. externe Partner zur Übernahme von Aufgaben der Variante A

Zeithorizont für die Umsetzung

Variante A braucht mind. 6 Monate Vorbereitungszeit. Varianten B und C könnten innerhalb von 3 Monaten erstmals ausgeschrieben werden.

Rahmenbedingungen

Es muss eine Sammlung von Empfehlungen und Erfahrungen erstellt werden, die für die Beratung genutzt werden können. Dies kann eine Art FAQ sein, oder Beschreibungen von verschiedenen Umsetzungsvarianten. Daneben braucht es die benötigten Online-Lizenzen. Nicht leistbare Beratungen seitens SPS können für kommerzielle Partner ausgeschrieben werden.

Bisherige Erfahrungen mit dieser Massnahme?

Beratungsbedarf vorhanden; Beratungen am Telefon oder schriftlich werden von SPS regelmässig durchgeführt.

Bemerkungen zum Spital

Komplettlösung könnte auf Interesse stossen, allerdings ist dort mit hohen Kosten (grosse Teams, mehrfache Durchführungen) zu rechnen. Einzel-Beratung könnte ebenfalls auf Interesse stossen, wenn Spitäler im Rahmen der QV wiederholt RoH durchführen und die Szenarien anpassen möchten.

Bemerkungen zu Alters- und Pflegeheimen	Komplettlösung wäre vermutlich zu teuer. Eine Beratung wäre wertvoll, unter Berücksichtigung eines attraktiven Preis-/Leistungsverhältnisses.
Bemerkungen zu Haus- und Kinderarztpraxen	Komplettlösung könnte für kleine Praxen interessant sein. Beratung ggf. für Gruppen-Praxen.
Bemerkungen zu Offizin	Live-Tutorial am ehesten attraktiv, Beratung würde möglicherweise nicht auf viel Resonanz stossen.

Erweiterung Umsetzungsmaterialien

Zusammenfassung	<p>Beschreibung: Um die Umsetzung ressourcenschonender und niederschwelliger zu gestalten, werden zusätzlich zu den Manualen weitere Umsetzungsmaterialien erarbeitet. Diese stehen den LE zur Verfügung.</p> <p>Bewertung: wird von Stakeholdern als wichtige Massnahme eingeschätzt, moderater bis hoher Aufwand, teilweise einfach umzusetzen in stufenweisem Roll-out. Wirksamkeit mittel und strukturelle Verankerung tief.</p> <p>Empfehlung: unbedingt weiterverfolgen unter Berücksichtigung von Kosten- / Nutzenabgleichen</p>
Output-Ziel	Ergänzend zum bereits bestehenden RoH Manual werden den LE neue Umsetzungsmaterialien in verschiedenen Formaten zur Verfügung gestellt.
Outcome-Ziel	Mit Hilfe der bereits bestehenden sowie ergänzenden Umsetzungsmaterialien sind LE niederschwellig befähigt, RoH-Trainings mit vertretbarem Aufwand durchzuführen.
Bedarf	Rückmeldungen aus RoH Pilotierungen in der Offizin zeigen, dass das Lesen und Anwenden der bestehenden Manuale für LE zeitintensiv ist. Das Trainingserlebnis wird vermutlich erst nach sorgfältigem Studium des ganzen Manuals erkennbar. Diese Faktoren stellen eine Hürde für die Umsetzung dar. Nach Ansicht der LE wäre es hilfreich, wenn neben dem ausführlichen RoH Manual auch verschiedene kompakte Hilfsmittel (z. B. Erklärvideos, Unterlagen) zur Verfügung stehen würden. Eine Ergänzung der bisherigen Manuale mit inhaltlich einfacheren, schneller erfassbaren Umsetzungsmaterialien wäre deshalb eine wichtige Massnahme.

Konkrete Ausgestaltung, Vorgehensweise, notwendige Ressourcen

Die ergänzenden Umsetzungsmaterialien variieren in Ihrem Erarbeitungsaufwand. Sie können einzeln oder in Kombination angewandt werden.

A) Kompakte Unterlagen: Die wichtigsten Informationen aus den bestehenden RoH Manuals werden extrahiert, komprimiert und in einem verkürzten Format zusammengefasst. Beispiele möglicher Kurzformate: A1) Flyer (z.B. mit Beschreibung, Vorteilen, hilft bei der Entscheidung, ob ein RoH durchgeführt werden soll). A2) Einseitige Kurzanleitung in Textform (gibt einen Eindruck, wie einfach die Umsetzung ist). A3) Visualisierte Anleitungen und Prozesse (u.a. Flow Chart, Piktogramme, Comic, Guideline für Adaptionen). Die Untervarianten sind kombinierbar.

Vorgehensweise: Zielgruppe (Entscheidungsträger, Umsetzende) und Inhalte (u.a. die wichtigsten Informationen der bestehenden Manuale selektieren und bündeln) definieren. Auswahl der geeigneten Formate treffen (z. B. Fact Sheet, Visualisierungen), mit denen die Informationsübertragung am erfolgversprechendsten ist (inkl. Berücksichtigung der Zielgruppe). Kurzfassungen entwerfen, Feedback intern und mit Praxis/Kommunikationsexperten. Bewerbung.

Notwendige Ressourcen: Kleiner finanzieller Aufwand. z.B. eine Kurzanleitung pro Sektor: Inhalte, Zielgruppe und Formate definieren (5d), Inhalt erstellen inkl. Feedback (10d), Übersetzung, Layout und Lancierung (3d) zzgl. Drittkosten.

B) Erklärvideos: Erklärungsvideos sollen das RoH-Konzept, die Umsetzungsmaterialien und die Prozesse visuell und Schritt für Schritt erklären. In einem Video wird der Zuschauer beispielsweise auf eine Reise durch das RoH-Manual oder die RoH Website mitgenommen, bei der alle wichtigen Elemente aufgezeigt und verbal erläutert werden. Ein weiteres Video könnte einen Schritt-für-Schritt-Durchlauf eines RoH-Trainings illustrieren und ausführen (inkl. Vorbereitung, Durchführung und Abschluss). Ziel solcher Erklärvideos ist es, die Einfachheit des RoH-Konzepts und seiner Anwendung darzustellen. Alternativ wäre auch die Umsetzung derselben Inhalte als Podcasts denkbar.

Vorgehensweise: Zielgruppe (Entscheidungsträger, Umsetzende) und Inhalte (u.a. die wichtigsten Informationen der bestehenden Manuale selektieren und bündeln, Storyboard verfassen) definieren, Umsetzung durch externen Partner inkl. Zusammenstellung oder Erstellung Bild-, Ton, Videomaterial.

Notwendige Ressourcen: Mittlerer zeitlicher und finanzieller Aufwand. Für ein Video beispielsweise à 3 Minuten: Vorbereitung (inkl. Ideenfindung, Inhalt Definierung) ca. 15d; Mediensammlung resp. Videodreh und Bearbeitung: 10d, Übersetzung und Lancierung 3d. zzgl. Drittkosten.

C) Umsetzungsbox: SPS stellt eine RoH-Umsetzungsbox zur Verfügung, die von LE gemietet werden kann. Die Box beinhaltet alle nötigen Informationen (z. B. Anleitung) sowie vorbereitete Materialien und gewisse Utensilien (z. B. abgelaufene Medikamente, Kardex eines Patienten, Patientengeschichte zum Auslegen, Kopiervorlagen für Fehlererfassungsblätter) für das Einrichten und Durchführen eines RoH. Für LE ist es eine niederschwellige Lösung, um ein RoH in kurzer Zeit zu präparieren. Die Umsetzungsbox kann auch SPS dazu dienen, einen Pop-up-RoH einzurichten (siehe Informationskampagne).

Vorgehensweise: Inhalte einer Umsetzungsbox definieren und Kostenberechnung, Preisgestaltung/Business case, Anschaffung der Materialien, Definition des Vermietprozesses, Lancierung und Bewerbung. Eine Auflistung des Materials und eine Schätzung der Kosten (Material, Vermietung).

Notwendige Ressourcen: Kleiner Aufwand. Planung und Anschaffung der Umsetzungsbox (5d). Es muss definiert werden, ob die Vermietung kostendeckend sein soll oder anderweitig subventioniert werden kann.

Übernahme der Aufgabe durch SPS	Varianten A-C können von der Stiftung übernommen werden.
--	--

Liste relevanter Beteiligter	Videograph/Kommunikationsagentur für die Umsetzung von Erklärvideos.
-------------------------------------	--

Zeithorizont für die Umsetzung	Die Erweiterung von Umsetzungsmaterialien darf nicht unterschätzt werden und beansprucht eine mehrmonatige Erarbeitungszeit. Kurze schriftliche Materialien sind verhältnismässig rasch und ressourcensparend umzusetzen. Die Entwicklung von Videos muss im Detail geplant werden.
---------------------------------------	---

Rahmenbedingungen	Keine besonderen Rahmenbedingungen zu beachten.
--------------------------	---

Bisherige Erfahrungen mit dieser Massnahme?	Variante A und B wurden für andere Projekte ebenfalls erfolgreich angewendet (u.a. Video zu «Bestmögliche Medikationsanamnese bei Spitaleintritt»; Pocket Card im Projekt «Sicherheit bei Blasenkathetern»; Checkliste im Projekt «sichere Chirurgie»). Ein Flyer
--	---

	zur Entscheidungshilfe und eine einzelne Umsetzungsbox für die Offizin als Pilot werden aktuell entwickelt.
Bemerkungen zum Spital	Laut Stakeholdergesprächen sind Manuals nützlich für Spitäler, wenn sie klar formuliert sind. Hilfsmittel wie Erklärvideos können von zusätzlichem Vorteil sein.
Bemerkungen zu Alters- und Pflegeheimen	Gemäss Stakeholdergesprächen sollte die RoH Vorbereitung nicht länger als einen halben Tag dauern; dies ist jedoch mit dem bestehenden Manual (77 Seiten) und für grosse Teams nicht realistisch. Kurze Hilfsmittel wären deshalb eine sinnvolle Massnahme. Die geeignetsten Formate sollten mit der Praxis evaluiert werden. Eine Umsetzungsbox könnte auf Interesse stossen.
Bemerkungen zu Haus- und Kinderarztpraxen	Kurze illustrative Videos könnten attraktiv sein. Auch die Idee der Umsetzungsbox stösst auf grosses Interesse. Auch die Idee von Podcasts wird aufgebracht.
Bemerkungen zu Offizin	Kurz- und Langversionen des Manuals wären attraktiv. In diesem Sektor besteht eine Übersättigung an Videos. Da das Zusammenstellen der notwendigen Materialien kein Problem ist, ist ein Umsetzungsbox nicht erste Priorität.

Informationskampagne

Zusammenfassung	<p>Beschreibung: SPS informiert LE intensiv über das RoH-Konzept, die existierenden Materialien und Angebote</p> <p>Bewertung: wird von Stakeholdern als die wichtigste Massnahme eingeschätzt. Niedriger bis moderater Aufwand, Erweiterung der Zielgruppen möglich, mehrere Varianten können kombiniert werden. Wirksamkeit als Einzelmassnahme und strukturelle Verankerung tief, aber essenziell für die Wirksamkeit anderer Strategien.</p> <p>Empfehlung: unbedingt weiterverfolgen, in Kombination mit anderen Strategien.</p>
Output-Ziel	Über verschiedene Kanäle und Medien werden LE über RoH informiert und sensibilisiert (Awareness).
Outcome-Ziel	Viele LE in allen Sektoren mit unterschiedlichen Charakteristika (z. B. Teamgrössen, Regionen) kennen das Konzept als interessante, neuartige und spielerische Methode, wissen um die Existenz der Materialien und Angebote.
Bedarf	Aus den Stakeholdergesprächen wurde klar, dass das RoH Konzept noch zu wenig bekannt ist. Zudem besteht bei SPS momentan kein konkretes, langfristiges Kommunikationskonzept für RoH. Die Bekanntmachung von RoH ist deshalb ein wichtiges Ziel. Eine Informationskampagne ermöglicht, dass die anderen Strategien greifen können. Eine solche ist daher essenziell für die Implementierung des RoH. Limitation: Dies ist eine sehr gängige, niederschwellige, ressourcensparende Massnahme, die deshalb womöglich in den Stakeholdergesprächen überschätzt wird.

Konkrete Ausgestaltung, Vorgehensweise, notwendige Ressourcen

Es gibt verschiedene Varianten respektive Komponenten einer Informationskampagne (siehe unten Variante A bis E). Sie können einzeln oder in Kombination angewandt werden; es ist jedoch zu beachten, dass der Erfolg einer Informationskampagne von einigen Strategien (z.B. Qualität der Website, Variante D) massgeblich abhängig ist.

A) Nutzung Kommunikationskanäle von Verbänden/Fachgesellschaften: A1) Mittels Kommunikationskanälen (Websites, Newsletter, Mails, Soziale Medien) von Verbänden und / oder Fachgesellschaften werden LE über das RoH Angebot informiert. Auf diese Weise wird es möglich sein, bestimmte Zielgruppen (Berufsgruppen/Funktionen, LE-Gruppierungen, Interessensgruppen) zu erreichen, die von SPS üblicherweise nicht direkt erreicht werden. A2) Denkbar ist auch, dass von Verbänden Adressdaten erworben werden und die Kommunikation via SPS erfolgt.

Vorgehensweise: Netzwerklste von Verbänden und Fachgesellschaften erstellen, Kontaktaufnahme, Informationstexte und -Materialien erstellen.

Notwendige Ressourcen: Tief (ausser wenn Adresslisten erworben werden, ca. 1-2 CHF pro Adresse). Netzwerkaufbau für alle Sektoren (10d), Erstellen und zur Verfügung stellen von Informationen und Materialien (10d), zzgl. Drittkosten wie Kommunikationsfachperson.

B) Nutzung des Newsletters und der social media Kanäle von SPS: Auf bestehenden sozialen Medienkanälen (LinkedIn, Twitter) der SPS werden während einer intensiven Phase (z.B. während 2x 4 Wochen im Abstand von mehreren Monaten) 1x pro Woche News-Feeds veröffentlicht. Dies können abwechslungsreiche

Fotos, Werbevideos, virtuelle Szenarien, Erfahrungsberichte, Fotorätsel, Gewinnspiele sowie Ankündigungen von Veranstaltungen sein. Auch Empfehlungen und Testimonials von respektierten Persönlichkeiten können geteilt werden. In Absprache mit Partnern werden Beiträge auch auf Medienkanälen von LE und Verbänden erscheinen. Zusätzlich werden Werbeschaltungen auf LinkedIn und Twitter eingeführt, um die Zielgruppe zu erweitern. Begleitung durch Newsletter-Versand.

Vorgehensweise: Kommunikationsplanung erstellen (z.B. Zielgruppe definieren, zielgruppenangepasste Kanäle definieren, Zeitplanung, Inhaltsplanung, Partner akquirieren und gemeinsame Aktivitäten abstimmen), Inhalte produzieren (z.B. Filmaufnahmen, Testimonials einholen, Texten, Übersetzen, Layout)

Notwendige Ressourcen: Beispiel 1: 2 Newsletter-Beiträge und 8 Social Media Posts (2 Testimonials, 1 Video, 4 Fotostories/Fotos, 1 Fotorätsel) 10d.zzgl Drittkosten: Kommunikationsfachperson, Werbeschaltung auf Social Media: ca. 100.-, kurze Filmaufnahmen ca. 1000.-.

C) Print-Mailing: C1) LE erhalten Informationsmaterial in Papierform (u. a. Informationsflyer, Brief) per Post. Diese Massnahme richtet sich an LE, die wenig digital oder online agieren (z. B. Alters- und Pflegeheime) und ermöglicht, dass die entsprechenden Entscheidungsträger (Leitende, Qualitätsverantwortliche) trotzdem über die RoH-Angebote informiert werden. Als Variante C2) können die LE auch indirekt über Fachverbände/Interessensgruppen/Berufsverbände/Zeitschriftenbeilagen (im Fall von Individuen) oder LE-Verbände/-Gruppierungen (im Falle von LE) mittels Printmaterial erreicht werden.

Vorgehensweise: Zielgruppen definieren (z.B. einzelne Individuen verschiedener Berufsgruppen/Funktionen, oder einzelne LE-Organisationen), ggf. Adressen einholen/zusammenstellen. Inhalte erstellen, Versandmaterial drucken und konfektionieren.

Notwendige Ressourcen: Geringe Personalkosten, hohe Produktionskosten. Vorbereitung der Komponenten (Layout, Übersetzung, Druck, Konfektionierung): 8d zzgl. Drittkosten, Versand: 3d zzgl. Drittkosten. Kosten für Adressstamm: 1 - 2 CHF- pro Adresse

D) SPS Webseite: Die RoH Projektseite wird als inhaltliche «landing page» neugestaltet, damit alle spannenden und praxisnahen Informationen zum RoH auf einen Blick erfassbar sind. Die bestehenden Inhalte werden angereichert. Viele weitere Informationen sind denkbar: Es könnten Fakten und Zahlen zum RoH (z.B. Anzahl teilnehmender LE, Anzahl aufgedeckte Fehler) mittels visuell ansprechender Diagramme, vorgestellt werden. Referenzen/Erfahrungsberichte, Fotostrecken können die bisherigen Inhalte ergänzen. Die Informationen auf der SPS Webseite und der «landing page» sollen in regelmässigen Abständen (alle sechs Monate) aktualisiert werden. Es ist ein grosses Augenmerk auf die Benutzerfreundlichkeit der Seiten zu legen. Es könnten auch neue Unterseiten hinzugefügt werden, wie eine FAQ Seite oder/und eine Netzwerkliste von teilnehmenden LE (inkl. Logos deren Organisation), Untermenüs für alle Sektoren, separater Downloadbereich.

Vorgehensweise: Entwicklung der «landing page», Erarbeiten der Inhalte, z.B. Einholen von Referenzen/Erfahrungsberichte/Zahlen/Fakten. Generieren von Bildmaterial. Inhalte in einer ansprechenden Form aufarbeiten. Übergeordnete Website-Gestaltung anpassen.

Notwendige Ressourcen: Einmaliger Aufwand: Entwicklung der «landing page» und Webseiteninhalte (6d). Entwicklung neuer Komponenten, z.B. Aufklappmenüs (2d), Fortlaufende Betreuung und Aktualisierung der Webseite (10d/Jahr), zzgl. Drittkosten

E) Variante E: Präsenz an Veranstaltungen: Das RoH Angebot wird an Veranstaltungen (u.a. Kongressen, Verbandsversammlungen, national, regional) vorgestellt. Es kommen Veranstaltungen in Frage, an denen Fachführungspersonen/Entscheidungsträger anwesend sind, die einen RoH in der eigenen Institution

initiiieren können (z.B. QM-Management, Pflegedienstleitungen, Teamleitungen, geschäftsführende Apotheker:innen, Pharmabetriebsassistent:innen, Praxiskoordinator:innen). Es gibt mehrere Untervarianten:

E1) Pop-Up RoH: Ein RoH wird an einer Veranstaltung präpariert und kann von Besuchern besichtigt werden oder ein Minitraining kann durchlaufen werden. SPS-Mitarbeitende sprechen LE aktiv an, informieren und begleiten sie durch den Pop-Up.

E2) An einem (kostenpflichtigen) Kongress- / Veranstaltungsstand wird das RoH Angebot mittels Flyers, Werbevideos und Werbegeschenken angepriesen. SPS-Mitarbeitende suchen den Austausch mit LE.

E3) Mitarbeitende der SPS, ggf. unter Mitwirkung von early adoptern präsentieren das RoH Konzept als kurze Frontalpräsentation inkl. Diskussion (bspw. 20 min.).

E4) Der RoH wird an Veranstaltungen in den Pausen auf dem Bildschirm beworben. Kosten hierfür sind unklar

Vorgehensweise und notwendige Ressourcen: Passende Veranstaltungen / Kongresse suchen und Kontakt mit Veranstaltern aufnehmen (Anmeldung, Präsentations-Slots reservieren) (4d)

E1) Aufwand hoch: Pop-Up organisieren (15d, zzgl. Anschaffungs- und Logistikkosten Material- und Baukomponenten), Anreise und Aufbau (2d), Präsenz an Veranstaltung (1-3d zzgl. Spesen); Abbau, Einlagerung und Folgearbeiten (3d, zzgl. Drittkosten Logistik).

E2) Aufwand mittel: Vorbereitung (z.B. Werbegeschenke, Poster, Roll-ups bestellen, 10d, zzgl. Materialkosten), Präsenz an Veranstaltungsstand (1-3d zzgl. Spesen), zzgl. Standkosten bspw. ab 3000.-,

E3) Aufwand gering: Organisation, Vorbereitung und Nachbereitung der Präsentation (4d), Präsenz an Veranstaltung (1-2d, zzgl. Spesen)

E4) Aufwand gering: Inhalt vorbereiten (2d)

Übernahme der Aufgabe durch SPS	Die Aufgaben sind ressourcenmässig leistbar und mit der Stiftungsstrategie vereinbar. Da eine alleinige Informationskampagne eher flexibel und über einen längeren Zeitraum terminiert werden kann, ist sie gut mit anderen Arbeiten vereinbar.
Zeithorizont für die Umsetzung	Die Informationskampagne kann rasch aufgearbeitet und umgesetzt werden, insbesondere über bestehende Kanäle von SPS (Varianten B, C). Varianten A und D benötigen gewisse Vorbereitungszeit, Variante E braucht mehr als ein halbes Jahr Vorbereitungszeit.
Liste relevanter Beteiligter	Veranstaltungsorganisatoren (kommerzielle oder LE-Verbände/Gruppierungen)
Rahmenbedingungen	Existenz und Verfügbarkeit von Kontaktlisten der Zielgruppen muss geklärt sein. Es besteht die Gefahr, dass nicht alle Zielgruppen erreicht werden können (z. B. besteht gemäss Stakeholdergespräch keine Liste aller Pflegedienstleitungen in Pflegeheimen). Gleichzeitige andere Informationskampagnen (u.a. auch von SPS, z.B. Aktionswoche) mit der gleichen Zielgruppe, regionale Präventionskampagnen sind ein Risiko für den Erfolg. Für ein Pop-Up RoH müssten die inszenierten Szenarien an die Gegebenheiten angepasst werden (z.B. wenn kein Patientenbett verfügbar ist). Da Kongresse nur in grossen Abständen stattfinden, ist eine langfristige Planung nötig.
Bisherige Erfahrungen mit dieser Massnahme?	SPS nutzt bereits standardmässig Varianten B und D bei Projektabschlüssen und zur Bewerbung neuer Angebote. Die SPS Webseite informiert auf einer Unterseite über RoH; die Anzahl Webseitbesuche und Manual Downloads sind der SPS bekannt. Varianten A, C wurden ebenfalls schon verwendet. Die langfristige Bewerbung findet kaum

statt, eine erneute punktuelle Bewerbung findet nur situativ statt. Präsentationen (E) wurde für RoH und andere Projekte genutzt, mehrheitlich auf Einladung der Veranstalter. Ein Pop-up-RoH konnte in 2022 in der Simulationsapotheke an der Universität Basel eingerichtet werden. In der minimal ausgestatteten Apotheke war das Einrichten des Pop-ups machbar.

Bemerkungen zum Spital	Es scheint attraktiv, Informationen über verschiedene Kanäle und an verschiedene Zielgruppen innerhalb des Spitals zu kommunizieren (sowohl administrative Kaderpersonen als auch leitende Fachpersonen). Ein prägnantes Wording könnte zielführend sein.
Bemerkungen zu Alters- und Pflegeheimen	Mögliche Zielgruppen könnten auch regionale Erfahrungsgruppen oder Versorgergruppen sein. Testimonials von early adopters und ein prägnantes Wording könnten attraktiv sein. Die Heimlandschaft ist noch deutlich weniger digital unterwegs als andere Sektoren, deshalb haben hier Zeitschriften und Veranstaltungen einen grösseren Stellenwert.
Bemerkungen zu Haus- und Kinderarztpraxen	Es besteht eine Sättigung an Mailings. Das Wording sollte positiv konnotiert sein; Anglizismen sind in der Romandie nicht beliebt. Artikel in Ärztezeitschriften sind wirksam. Soziale Medien sowie Gruppenpraxen haben einen Multiplikatoreneffekt. Testimonials müssen von einem «echten» Peer kommen (Vollzeitpraktiker:innen, keine Repräsentant:innen).
Bemerkungen zu Offizin	Als Veranstaltungsanlässe kommen auch Regionaltreffen von LE-Gruppierungen in Frage.

E Evaluationskonzept

Ausgangslage

Die Wirksamkeit⁷ des RoH-Trainings auf die Patientensicherheit wurde in der Schweiz bisher kaum systematisch untersucht. Es ist also unklar, ob ein solches Training die Anzahl vermeidbarer Schäden durch die Behandlung reduzieren kann (sogenannte Patientenoutcomes nach Procter et al.⁸). Beachtet werden muss hierbei, dass Trainings als Einzelmassnahmen generell nicht als starke Sicherheitsmassnahmen einzuschätzen sind⁹.

Betrachtet man die weiteren Outcomearten nach Procter et al., fällt auf, dass auch solide Daten zur Wirksamkeit vom RoH-Trainings auf sogenannte Serviceoutcomes fehlen. Es wurde bisher kaum untersucht, ob das Training tatsächlich die Beobachtungsfähigkeit oder die Sensibilisierung für Patientensicherheitsgefahren verbessert, ob nach Trainingsteilnahme mehr Fehler aufgedeckt werden und wie langanhaltend die Wirkung ist. Eine Studie aus den USA fand 10 Wochen nach dem Training bei Medizinstudierenden gewisse verbesserte Aspekte der Zusammenarbeit im Vergleich zu vor dem Training¹⁰. In einer weiteren Studie aus den USA gaben 69% der Trainingsteilnehmenden nach einem Monat an, Gefährdungen aufgrund des Trainings besser identifizieren zu können und 52% haben in Nachgang zum Training auf eine reale Patientensicherheitsgefährdung reagiert, die sie in der Simulation erlebt hatten¹¹. In einem Schweizer Universitätsspital gaben 80% der Teilnehmenden eine Woche nach dem Training an, im Alltag mehr auf Fehler zu achten¹².

Breiter ist die Datenlage zu Implementierungsauscomes. Patientensicherheit Schweiz hat während der Pilotierung aller Manuale jeweils die acceptability (Akzeptanz), appropriateness (Eignung) und feasibility (Machbarkeit) erhoben; das RoH-Training erreichte bei diesen drei Implementierungsindikatoren jeweils sehr positive Werte. Nicht erhoben wurden adoption (Übernahme), fidelity (Umsetzungstreue), penetration (Durchdringung), sustainability (Nachhaltigkeit), cost (Kosten) sowie ganz grundlegend, wie bekannt der RoH bei der Zielgruppe ist.

Aus den hier skizzierten Forschungs-Lücken ergeben sich folgende Ziele für ein Evaluationskonzept zum RoH:

⁷ Die Efficacy (engl. für Wirksamkeit unter Laborbedingungen) hat für diese Massnahme aufgrund der Umsetzung im möglichst alltagsnahen Setting weniger Priorität als die Effectiveness (engl. für Wirksamkeit unter realen Bedingungen). Dieses Konzept fokussiert daher auf die Effectiveness.

⁸ Procter et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Adm Policy Ment Health*. 2011; 38(2): 65–76.

⁹ Trbovich et al. Root-cause analysis: swatting at mosquitoes versus draining the swamp. *BMJ Qual Saf*. 2017 May;26(5):350-353.

¹⁰ Turrentine et al. Enhancing Medical Students' Interprofessional Teamwork Through Simulated Room of Errors Experience. *J Surg Res*. 2020 Jul;251:137-145

¹¹ Wiest et al. Use of simulation to assess incoming interns' recognition of opportunities to choose wisely. *J Hosp Med* 2017;12:493-7.

¹² Zbinden. Room of Horrors mit Fokus auf spitalhygienische Themen. Diplomarbeit 2021

Ziel

1. Systematische Evaluation der internationalen Evidenz zur Wirksamkeit des RoH auf Patienten- und Serviceoutcomes.
2. Generierung von Evidenz zur Wirksamkeit des RoH auf Service-/Patientenoutcomes in der Schweiz und Erfassung der Bekanntheit und Durchdringung des RoH in der Schweiz.
3. Publikation und Verbreitung der Erkenntnisse.

Vorgehen

1. Systematische internationale Literaturrecherche zur Evidenz vom RoH auf Patienten- und Serviceoutcomes
2. Studie zur Messung der Wirksamkeit des RoH auf Service-/Patientenoutcomes in der Schweiz: Hybriddesign Typ 1 (Fokus auf Effektivität des Trainings mit begleitender Erfassung des Implementierungserfolgs)
 - a. Studie zur Effektivität des RoH, gemessen an Serviceoutcomes und wenn möglich auch an Patientenoutcomes, ggf. in Anlehnung an internationale Studien auf Basis der Ergebnisse der internationalen Literaturrecherche. Hier sollen auch Methoden berücksichtigt werden, die für ähnliche Formate wie «Escape rooms» oder etablierte Simulationstrainings verwendet wurden. Mögliche Methoden s. Abschnitt «Methodik für Schritt 2.a».
 - b. Begleitende Erhebung der Bekanntheit und des Implementierungserfolgs (Erhebung von Implementierungsergebnissen wie z.B. Durchdringung und Nachhaltigkeit). Hierzu könnten z.B. folgende Daten und Endpunkte ausgewertet werden: Anzahl Anfragen an SPS; Anzahl Berichte zu durchgeführten RoH (z.B. in social media oder sonstige Publikationen zu RoH aus der Schweiz); Befragung der bisherigen Pilotbetriebe; Anzahl Webseite Besuche; Anzahl Downloads der Manuale; likes, shares, sights von Beiträgen in den sozialen Medien.
3. Die Erkenntnisse aus beiden Erhebungen werden öffentlich zugänglich gemacht (z.B. wissenschaftliche open access Publikation, Fachartikel, Posterbeiträge, Veröffentlichung auf der SPS Website). Insbesondere soll auch die Methodik inkl. Erhebungsinstrumenten (z.B. in einem Evaluations-Guide) öffentlich zugänglich gemacht werden, damit andere Institutionen in der Schweiz die Evaluation durchführen und so niederschwellig mit vergleichbaren Daten zur Wissensbasis zum RoH beitragen können.

Methodik für Schritt 2.a.

Rahmenbedingung: Der RoH wird in standardisierter Form auf Basis der Manuale der SPS in einem oder mehreren Settings umgesetzt. Die Implementierung wird systematisch erfasst. Allenfalls können mehrere Umsetzungsvarianten evaluiert werden. Ggf. können auch bereits von Leistungserbringern geplante Umsetzungen des RoH-Trainings evaluiert werden. Dabei können Wartegruppen als Kontrollgruppen genutzt werden.

Mögliche Erhebungsmethoden (Prä-Post-Design ggf. mit Wartekontrollgruppen):

- a) Befragung von Teilnehmenden
 - Serviceoutcomes:
 - Sensibilisierung, Einschätzung der Relevanz von Fehlern, Sicherheitskultur (Beispielfragen «Ich bin mir bewusst, dass mir und anderen ein Fehler unterlaufen kann»)

- Beobachtungsfähigkeit und Situationsbewusstsein (Beispielfrage: «mir fällt im Alltag auf, wenn...»)
 - Patientenoutcomes: subjektive Einschätzung zur Sicherheit der Patient:innen durch die Teilnehmenden (Beispielfrage: «Ich bin überzeugt, dass die Patient:innen bei uns sehr sicher sind»)
- b) Befragung von Stationsleitungen (gleiche Themen wie bei Teilnehmenden, z.B. Wie häufig wird an den Teamsitzungen, Rapporten, Visiten ein Risiko oder ein Fehler angesprochen)
- c) Tagebuchstudie (Beispielfrage: «Haben Sie heute ein Risiko oder einen Fehler entdeckt?»))
- d) Beobachtung auf Station (Wie viele Fehler werden gemacht, wie wird mit Fehlern umgegangen, wie häufig werden Fehler oder Risiken thematisiert?)

Evaluationszeitpunkte: Vor dem Training, direkt nach Training, Messwiederholung einige Zeit nach dem Training (Messzeitpunkt wird auf Basis der Erkenntnisse aus der Literaturrecherche definiert).

Skizzierung der möglichen nächsten Schritte:

- Erstellung eines logischen Wirkungsmodells als Basis für die Evaluation (inkl. Definition der Kernkomponenten des RoH Trainings)
- Ausarbeitung der Methodik inkl. Recherche nach geeigneten (möglichst validierten) Erhebungsinstrumenten; andernfalls Entwicklung und Pilotierung neuer Instrumente
- Suche nach Praxispartner:innen, die einen RoH umsetzen und bereit sind, die nötigen Rahmenbedingungen einzuhalten (idealerweise Einbezug mehrere Sektoren)

F Ausschreibung Beratungsangebot

Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz (SPS) unterstützt LE, einen Room of Horrors (RoH) umzusetzen. Das vorliegende Angebot richtet sich primär an LE in der Schweiz, für die bereits ein Manual zur selbständigen Umsetzung zur Verfügung steht (Akutspital, Haus- und Kinderarztpraxen, Alters- und Pflegeheime, Offizinapotheken). Benötigen Sie ein individuelles Angebot, z.B. für andere Sektoren? Kontaktieren Sie uns. Der Auftrag muss per Mail an die Projektleitung RoH oder an info@patientensicherheit.ch erfolgen. Das Angebot einer Beratung richtet sich nach den verfügbaren Ressourcen von SPS.

Erster Input zur selbständigen Durchführung		Beratung zur selbständigen Durchführung	Gemeinsame Vorbereitung zur selbständigen Durchführung
Format	Telefon oder Videokonferenz	Telefon, Videokonferenz und/oder vor Ort	Telefon, Videokonferenz und/oder vor Ort
Ziel	Die beratene Person fühlt sich in der Lage, selbständig ein erstes ROH-Training durchzuführen. Sie weiss, wo sie Informationen findet, kennt die Eckpunkte der Vorbereitung oder andere dringende Fragen sind geklärt.	Die beratene Person fühlt sich in der Lage, ein Training durchzuführen, welches an die lokalen Gegebenheiten angepasst ist. Sie kennt diverse Umsetzungsvarianten und kann in der Auswahl eine informierte Entscheidung treffen. Die beratene Person hat eine Ansprechperson, um wichtige Fragen zur Umsetzung zu diskutieren/spiegeln.	Die Umsetzung vor Ort wird massgeblich individualisiert und durch die Mitarbeit von SPS erleichtert. Bisherige Erfahrungen mit dem RoH und Varianten werden diskutiert.
Zielgruppe	In der Regel Personen, die den RoH selbst umsetzen möchten und diesbezüglich noch wenig Erfahrung haben.	Personen, die den RoH selbst umsetzen möchten und noch wenig Erfahrung haben, aber sich mit dem Konzept und Manual schon auseinandergesetzt haben. Personen, die sich individuelle Unterstützung bei der Planung und Inszenierung des Trainings wünschen oder die gewährleisten möchten, dass die lokal bestmögliche Umsetzungsvarianten auswählen.	Personen, die eine enge Zusammenarbeit mit SPS wünschen, aus Ressourcengründen die Vorbereitung des RoH teilweise delegieren möchten. Personen, die selbst schon RoH umgesetzt haben, und eine Weiterentwicklung der Trainings wünschen.
Inhalt (aufbauend)	<ul style="list-style-type: none"> - Vorstellen des Trainingskonzeptes und der Materialien von SPS in gewünschtem Detailgrad - Besprechen der wichtigsten Schritte - Beantworten von konkreten Fragen - Weitergabe von einzelnen Erfahrungen, Tipps 	<ul style="list-style-type: none"> - Raum- und Materialgestaltung - Beratung bei der selbständigen Anpassung der Szenarien - Organisation des Events, Zielgruppe, Bewerbung - Besprechung des Debriefings und der Evaluation - Schriftliches Feedback zu individuell entwickelten Materialien 	<ul style="list-style-type: none"> - Gemeinsame Erarbeitung von neuen Szenarien inkl. Einbezug von eigenen CIRS-Meldungen - Bereitstellung von individuellen Materialvorlagen durch SPS (z.B. Fallgeschichten) - Unterstützung bei einer wissenschaftlichen Auswertung und Publikation der Resultate.
Zeitlicher Umfang	Einmalig pro Betrieb (Standort) max. 60 Minuten an vereinbartem Termin, ad hoc (Ohne Vorbereitung durch SPS)	Bis 4h, ergänzend zur Erstberatung. Nutzung in Absprache, beispielsweise: 1. Stunde Vorbereitung (Kontaktaufnahme, Zielsetzung, Fragen aufnehmen), 2. Stunde erste Besprechung, 3. Stunde zweite Besprechung, 4. Stunde schriftliches Feedback zu eigenen entwickelten Materialien	Umfang unlimitiert (je nach verfügbaren Ressourcen SPS)
Ausführung	Projektmitarbeitende RoH	Projektmitarbeitende RoH	Projektmitarbeitende RoH und Leitung CIRNET
Sprache	Deutsch, Französisch	Deutsch, Französisch	Deutsch (Französisch auf Anfrage)
Kosten	Kann zurzeit über das NGP Wissensgenerierung- und allokation finanziert werden. Sobald sich die Nachfrage erhöht und/oder das NGP ausläuft, muss diese Beratung den LE zum Stundensatz berechnet werden.	Abrechnung nach Stundensatz	Abrechnung nach Stundensatz