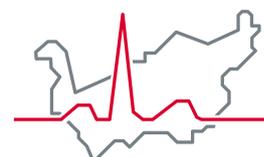
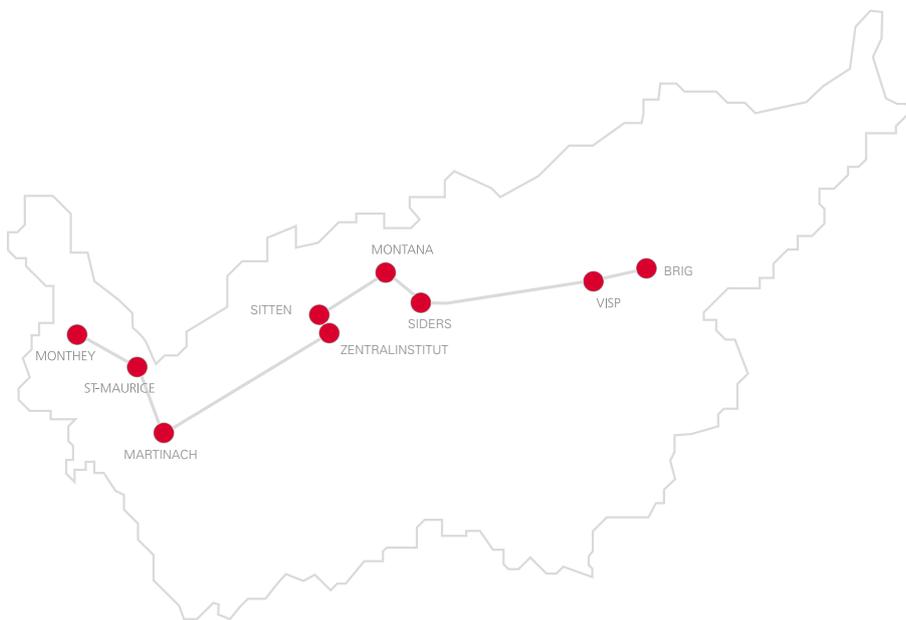


Qualitätsbericht

Spital Wallis (GNW)

2013





Impressum

Spital Wallis (GNW), Generaldirektion, Unternehmenskommunikation, 1950 Sitten.

Gestaltung: Eddy Pelfini Graphic Design, Sitten.

Fotos: Arnaud Pellissier, Richard Kuonen, Joakim Faiss.

Druck: Valmedia AG, Visp.

Sitten, Dezember 2014.

An der Erstellung des vorliegenden Berichts waren beteiligt:

Pierre Turini, Els De Waele, Mario Desmedt, Nicolas Troillet, Mette Berger,
Johnny Beney, Joakim Faiss.

1 | Zentralinstitut



9 | Spitalstandorte

- Spital Brig
- Spital Visp
- Spital Siders
- Klinik Sainte-Claire Siders
- Walliser Zentrum
für Pneumologie Montana
- Spital Sitten
- Spital Martinach
- Klinik Saint-Amé
Saint-Maurice
- Spital Malévoz
Monthey

08	1. Einleitung
09	2. Den Pflegenden die Pflege ermöglichen
12	3. Eine partizipative und bereichsübergreifende Vorgehensweise fördern
17	4. Die Qualität und die Sicherheit der Pflege verstärken
22	5. Die Beziehungen zu den Patienten, ihren Angehörigen und ihren Hausärzten strukturieren und verstärken
24	6. Besser evaluieren, um sich zu verbessern
62	7. Die Sichtbarkeit der Projekte und Ergebnisse im Zusammenhang mit der Qualität verbessern
64	8. Ausbildung und Vereinbarungen
69	9. Akkreditierungen, Zertifizierungen, Labels
70	10. Wissenschaftliche Publikationen der Mitarbeitenden des Spital Wallis im Jahr 2013

DAS SPITAL WALLIS IN KÜRZE

2004
Fusion von 10 Spitälern und Kliniken – Entstehung des
Gesundheitsnetzes Wallis (GNW) - Spital Wallis



5'000
Grösster Arbeitgeber im Kanton:
5'000 Mitarbeitende



40'000
hospitalisierte Patienten



440'000
ambulante Konsultationen





800

Rund 800 Personen lassen sich jedes Jahr in der Pflege und im medizinisch-technischen Bereich im Spital Wallis aus- und weiterbilden



30

Anerkannte FMH-Weiterbildungsstätte für über 30 medizinische Disziplinen



350

Rund 350 Assistenz- und Oberärzte lassen sich jedes Jahr im Spital Wallis weiterbilden



50

Über 50 Kooperationsvereinbarungen mit

- Universitätsspital Lausanne (CHUV)
- Universitätsspital Genf (HUG)
- Inselspital Bern

Gegenwärtig ist häufig die Tendenz zu beobachten, dass die Qualität auf eine Zertifizierung oder eine Akkreditierung reduziert wird: «Man ist nur gut, wenn man zertifiziert ist». Auch wenn diese Zertifizierungen und Akkreditierungen in gewissen Bereichen wie Laboratorien, Apotheken oder Sterilisation obligatorisch sind und ohne Zweifel ein Qualitätsmerkmal darstellen, bilden sie doch nicht den einzigen Weg zur Qualität.

Zahlreiche Krankeninstitutionen orientieren sich heute an anderen Qualitätsmerkmalen als denjenigen einer Zertifizierung (ISO oder ähnliche) für ihre gesamte Organisation. Eine Zertifizierung erweist sich als kostspielig und erzeugt nicht notwendigerweise einen Mehrwert am «Patientenbett». Sie erschwert oft eine Integration der Spezifitäten der verschiedenen klinischen Tätigkeiten und benutzt eine Sprache, die der pflegerisch-medizinischen Umgebung fremd ist. Das Ergebnis ist manchmal eine Abspaltung der Arbeit «vor Ort», die zu einer ablehnenden Haltung führen kann. Dies umso mehr, als die Kliniker bereits systematische Planungen, Handlungen, Überprüfungen und Anpassungen in ihre Arbeit integriert haben. Aus diesen Gründen empfinden viele Mitarbeitende ein Zertifizierungsverfahren als eine Anfechtung der bestehenden Praxis und Reflexion.

Das Spital Wallis hat seine Strategie «Qualität und Sicherheit» weiterentwickelt, um die bestehende Praxis zu stärken und sichtbar zu machen. So ist ein Programm zur Weiterentwicklung der pflegerisch-medizinischen Praxis

geschaffen worden, das sich mit der Pflegequalität und der Patientensicherheit befasst. Sein Aktionsplan umfasst sechs grosse Achsen:

1. Den Pflegenden die Pflege ermöglichen
2. Eine partizipative und bereichsübergreifende Vorgehensweise fördern
3. Die Patientensicherheit verstärken
4. Die Beziehungen zu den Patienten, ihren Angehörigen und ihren Hausärzten strukturieren und verstärken
5. Besser evaluieren, um sich zu verbessern
6. Die Sichtbarkeit der Projekte und Ergebnisse in Zusammenhang mit der Qualität verbessern

Dieses partizipative und bereichsübergreifende Programm bezieht sämtliche Mitarbeitenden mit ein. Es bezweckt die Optimierung der Bedingungen für die Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen und fördert den Einbezug der Mitarbeitenden in den ständigen Verbesserungsprozess der Pflegequalität und der Patientensicherheit.

Der Qualitätsbericht 2013 folgt den sechs Achsen des Programms zur Weiterentwicklung der pflegerisch-medizinischen Praxis des Spital Wallis.

2.1 Eine Umgebung schaffen, welche die Pflegepraxis fördert

Eine partizipative und innerhalb der Pflegeberufe (Pflegefachpersonen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie medizinisch-technisches Personal) breit abgesprochene Vorgehensweise hat zum Konzept des Berufspraxismodells (BPM) des Spital Wallis geführt. Dieses Modell ist ein Pflegprojekt, das eine Antwort auf zwei grundsätzliche Anforderungen gibt: den Pflegenden die Pflege ermöglichen und die menschliche Dimension der Pflege zum Vorschein bringen. Eine vollständige Vorstellung dieses Modells übersteigt den Rahmen dieses Qualitätsberichts. Dennoch sollen einige Themen in diesem Kapitel erläutert werden.

Im Rahmen des BPM ist ein Modell einer Betreuungsstruktur gewählt worden: das «4 Beine Modell», das für jede Pflegeeinheit eine Struktur definiert, die 3 Pflegefunktionen und 1 Arztfunktion kombiniert:

- eine Leitung der Einheit Pflege (ICUS)
- eine/n Kliniker/in
- eine Praktikumslehrperson (PLP)
- eine ärztliche Bezugsperson

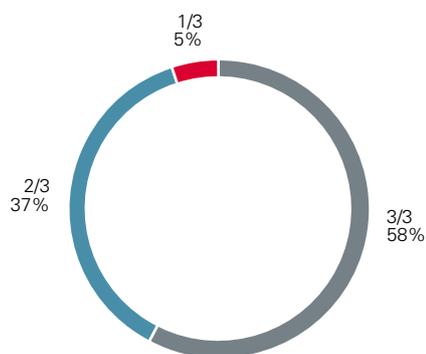
Dieses Modell ermöglicht:

- Die Grundsätze der «Magnetspitäler» («magnet hospitals»): Spitäler, die ihre Attraktivität hohen Pflegestandards und einem guten Arbeitsumfeld für die Pflegenden verdanken) anzuwenden. Diese Grundsätze bestehen aus dem Einbezug der Mitarbeitenden, der Schaffung eines für die Pflegepraxis günstigen Umfelds, einer Unternehmungsführung vom Typ «leadership transformationnel» (Umbildung der Organisation auf der Grundlage der Vorbildfunktion des Leaders und nicht aufgrund der Autorität), der Auswertung der Indikatoren und der daraus resultierenden Anpassungen.
- Die Mittel für Aktionen und rasche Antworten im Bereich der fortlaufenden Verbesserungen zu garantieren: das Risiko-Management ist ein Beispiel dafür.
- Die Rollen und Verantwortlichkeiten zu klären, den Status und den Tätigkeitsgrad für spezifische Aufgaben zu formalisieren.
- Konkret zu reflektieren, wie sich die Organisation an die spezifischen Bedürfnisse der zu pflegenden Bevölkerung anpasst.
- Zur Evaluation und Harmonisierung der Pflegepraxis beizutragen.
- Perspektiven für attraktive Berufslaufbahnen anzubieten.

Umsetzung des «4 Beine Modell»

Die Ende 2013 erstellte Bilanz hat aufgezeigt, dass in 58% der Einheiten die drei Pflegefunktionen implementiert sind. In 37% der Einheiten sind zwei der Pflegefunktionen vorhanden und in 5% besteht nur eine dieser Funktionen.

Umsetzung des «4 Beine Modell» im Spital Wallis (2012-2013)



Für jede einzelne der drei Funktionen müssen drei Elemente geklärt werden: die Lohnklasse, der Tätigkeitsgrad und die verlangte Ausbildung.

Im Zusammenhang mit dem Tätigkeitsgrad legt die Direktion für jede Funktion zwei Hauptaufgaben fest und weist ihnen eine prozentuale Tätigkeit zu:

AUFGABE FUNKTION	Management	Entwicklung der Praxis	Pädagogik	Klinik
ICUS	Max. 40%			Min. 40%
Kliniker/in		Max. 30%		Min. 30%
PLP			Max. 20%	Min. 60%

2.2 Aussagekräftige Daten ins Organisationskonzept integrieren

Wenn Pflegende keine Pflegearbeit leisten können oder wenn sie Aufgaben ausführen müssen, die sie von den Patienten und deren Umfeld entfernen, kann das zu einer grossen Frustration führen. Eine Umfrage hat aufgezeigt, dass gewisse Pflegepersonen in unseren Institutionen weniger als 50% ihrer Präsenzzeit für die Arbeit mit dem Patienten oder dessen Familie verwenden. Diese Situation ist nicht annehmbar.

Ziel 80/20

Die Pflegedirektion hat sich 80/20 zum Ziel gesetzt. Das bedeutet, dass die Mehrheit unserer Pflegenden 80% ihrer Präsenzzeit für die Arbeit mit den Patienten und deren Umfeld verwenden sollte. Dieses Ziel kann erreicht werden durch:

1. Eine Umstrukturierung der Pfl egetätigkeit (z.B. ermöglicht die Einführung von Pflegevisiten eine Verkürzung der Zeit für die Dienstübergabe, so dass mehr Zeit mit den Patienten verbracht werden kann; ein anderes Beispiel ist die Überarbeitung der Stundenpläne).
2. Eine Neuzuteilung der Ressourcen. Innerhalb der Departemente sind für vergleichbare Leistungen substantielle Unterschiede bei der Dotation und der Organisation der Tätigkeiten festgestellt worden.
3. Zusätzliche Stellen. Die genaue Anzahl der benötigten Vollzeitäquivalente (VZÄ) wird durch eine Harmonisierung der Berechnungsregeln für die Personaldotierung festgelegt. Das Ziel besteht in einer Übereinstimmung zwischen Personaldotierung und Tätigkeit.

Auf der Grundlage eines mit einem Leistungserfassungssystem für die Pflege erstellten Tätigkeitsprofils (dem LEP, für «Leistungserfassung in der Pflege») ist die ideale

Zusammensetzung eines Teams bestimmt worden. Für das Spital Wallis handelt es sich insbesondere um die Betreuung der Fachangestellten Gesundheit (FaGe). Folglich hat sich die erste Analyse mit der optimalen Zahl von Pflegefachfrauen FH (Fachhochschule) und von FaGe befasst. Anschliessend ist diese optimale Verteilung allmählich eingeführt und umgesetzt worden. Diese Anpassung hängt von einer natürlichen Fluktuation ab und benötigt Zeit. Andere Faktoren führen zu einer gewissen Verlangsamung des Prozesses. Ausserdem ändern sich die Tätigkeiten sehr rasch. Das verlangt eine regelmässige Evaluation der optimalen Zusammensetzung eines Teams.

3. EINE PARTIZIPATIVE UND BEREICHSÜBERGREIFENDE VORGEHENSWEISE FÖRDERN

3.1 Ein Netz von aktiven und kompetenten Fachpersonen schaffen

Im August 2013 sind Frau Els De Waele und Herr Dr. Pierre Turini zur Pflegekoordinatorin beziehungsweise zum ärztlichen Koordinator der Einheit «Pflegetqualität und Patientensicherheit» des Stabs der Generaldirektion ernannt worden. Dieses «pflegerisch-medizinische» aber auch «deutschsprachig - französischsprachige» Tandem leitet das Programm zur Entwicklung der pflegerisch-medizinischen Praxis des Spital Wallis (Spital Wallis). Diese Ernennungen veranschaulichen den Willen der Generaldirektion, die Projekte in diesem Bereich in eine interprofessionelle Dynamik einzubetten.

Im Dezember 2013 ist von der Generaldirektion die Schaffung einer Abteilung Qualität des Spital Wallis genehmigt worden. Diese Abteilung gehört zum Stab der Generaldirektion. Die Abteilung Qualität des Spital Wallis besteht aus den Koordinatoren und den Qualitätsteams (Manager Qualität, Zuständige Qualität und Agenten Qualität) jedes Spitalzentrums (Spitalzentrum des französischsprachigen Wallis und Spitalzentrum Oberwallis). Diese Teams haben eine funktionelle Verbindung mit den Koordinatoren und eine hierarchische Verbindung mit dem Direktor des Spitalzentrums.

Die Abteilung Qualität hat folgende Hauptaufgaben und Verantwortlichkeiten:

- die Umsetzung des Programms für die Entwicklung der pflegerisch-medizinischen Praxis des Spital Wallis
- die Umsetzung eines Qualitätsmanagements, in enger Zusammenarbeit mit den Zentren
- das Management der klinischen Risiken
- die schrittweise Harmonisierung der Praxis der Pflegequalität und der Patientensicherheit innerhalb des Spital Wallis



3.2 Für einen aktiven Einsatz der Fachpersonen vor Ort sorgen

Im Spitalzentrum des französischsprachigen Wallis (CHVR) sind die Qualitätszirkel Innere Medizin, Geriatrie, Pädiatrie und Intensivpflege aktiv. Jeder Qualitätszirkel besteht aus einem Kaderarzt, einem Pflegekader, aus 1-2 Mitarbeitenden der Pflege und einer Vertretung der Qualität. Sie treffen sich alle 4 bis 6 Wochen. Während den 90-minütigen Sitzungen analysieren und behandeln diese Zirkel die unerwünschten Zwischenfälle, die in ihrer Abteilung gemeldet worden sind. Mit der Behandlung dieser Themen im Qualitätszirkel sollen diese Zwischenfälle antizipiert und das «institutionelle Lernen» sowie das Überdenken des Status und der Erfassung von Fehlern gefördert werden. Die Behandlung der Zwischenfälle schliesst das Definieren von notwendigen Verbesserungsaktionen ein.

Am SZO findet alle drei Monate eine Komplikationensitzung des Departements Medizin/Geriatrie statt und dauert ca. 45'. Es werden seitens der Ärzte und der Pflege konkrete Patientensituationen aufgearbeitet und anlässlich der Sitzung besprochen mit dem Ziel, Massnahmen für den Alltag abzuleiten und umzusetzen. Der Mehrwert dieser Sitzungen besteht darin, dass alle Beteiligten anwesend sind (Leitender Arzt, Chefarzt, Oberarzt, Assistenzärzte, Bereichsleitung Pflege, Stationsleitung Pflege, Qualitätsmanagement und Pflegeentwicklung) und so die Situationen praxisnah besprochen werden können.

Eine Komplikationensitzung ist ein guter Weg, auf eine differenzierte Art und Weise eine sachbezogene Fehlerkultur umzusetzen und es Ärzten und Pflegenden zu ermöglichen, aus Fehlern zu lernen.

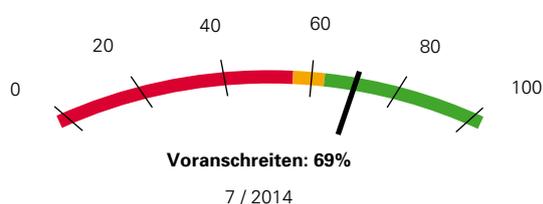
Das Qualitätsmanagementsystem des Zentralinstituts (ZIWS) wird von den Kommissionen des Qualitätsmanagements sämtlicher Labors, der Histopathologie und der Apotheke unterstützt. Die Kommissionen werden von der Abteilung Qualitätsmanagement drei- bis viermal jährlich zu einer Sitzung eingeladen, um die Qualität der betreffenden Bereiche zu evaluieren und zu verbessern. Die Qualitätsbeauftragten, welche Mitglieder der Kommissionen sind, gewährleisten die Umsetzung der Qualitätsverbesserungsaktionen in ihren Tätigkeitsbereichen. Die Hauptthemen dieser Kommissionen sind die Rückmeldungen zu Qualität, Sicherheit und Risiken durch die Abteilung Qualitätsmanagement, die Vorbereitung der Audits für die Zertifizierung und die Akkreditierung sowie die Rückmeldungen zu den Audits (intern und extern) und zu den Zwischenfällen.

3.3 Institutionelle Aktionspläne umsetzen

Die Pflegedirektion begleitet die Umsetzung der Aktionspläne im Rahmen der Sitzungen der Pflegedirektion und des Pflegeverantwortliche. Dieses Kollegium umfasst sämtliche Pflegeverantwortliche und die Pflegedirektoren. Sie begleiten insbesondere die Umsetzung des Berufspraxismodells, die Aktualisierung des Pflegedossiers und die Umsetzung des 4 Beine modèle (siehe supra).

Alle grösseren Projekte der Pflegedirektion sind im Management Information System (MIS) sichtbar. Die verschiedenen Verantwortlichen haben Zugang zu dieser Informatikplattform. Die gegenüberliegende Abbildung zeigt das Voranschreiten der Aktualisierung des Pflegedossiers.

Voranschreiten der Aktualisierung des Pflegedossiers - CHVR



Zur Illustration der praktischen Auswirkungen dieser Projekte:

Die Verstärkung der Aufnahme ist ein Aktionselement des Berufspraxismodells. Diese Etappe des Aufenthalts des Patienten ist besonders wichtig. Von den Pflegenden wird erwartet, dass sie innerhalb von 12 Stunden eine vollständige Datenerfassung vornehmen, die insbesondere die Evaluation der Bedürfnisse, die Risiken, die bestehenden Patientenverfügungen, eine Pflegediagnose, die Interventionen und die Bezugspflege umfasst. Im Durchschnitt erfolgt in der Schweiz (RN4Cast, 2011) bei zwei von drei Patienten keine vollständige Aufnahme. Mit der Einführung des neuen Pflegedossiers ist im Spital Wallis eine erhebliche Verbesserung festgestellt worden. Für das Spital Wallis ist das Ziel erreicht, wenn über 80% der Aufnahmen innert 12 Stunden vollständig erfasst sind. Es ist allerdings zu erwähnen, dass es nicht immer einfach und möglich ist, innert 12 Stunden eine vollständige Erfassung vorzunehmen. In gewissen Situationen kann das nicht so rasch erfolgen.

Unten folgt ein Auszug aus unserer Überwachungstabelle:

Abteilung	Woche seit Einführung des neuen Pflegedossiers	Zahl der Aufnahmen	Zahl < 12 Stunden	Zahl > 12 Stunden	%
Abteilung 1	1	13		1	
	2	13		2	
	3	13	11	2	84.6%
	4	15	15		100.0%
	5	16	16		100.0%
	6	13	11	2	84.6%
		83	53	7	63.9%
Abteilung 2	1	10			
	2	12	6	4	50.0%
	3	11	8	2	72.7%
	4	9	8	1	88.9%
	5	10	8	2	80.0%
	6	13	11	1	84.6%
		65	41	10	63.1%

3.4 Die Benutzer und die externen Partner einbeziehen

Das Spital Wallis hat zwei Austausch- und Diskussionsforen mit den Vereinigungen von Patienten und ihren Angehörigen geschaffen: eines im Mai 2013 und eines im November 2013. An diesen Foren haben mehr als zehn Vereinigungen von Patienten und ihren Angehörigen teilgenommen, darunter die «Stiftung Patientensicherheit Schweiz» und die SPO Patientenschutz, Vertreter der Dienststelle für Gesundheitswesen und der kantonale Mediator sowie die Mitglieder der Direktion des Spital Wallis. An diesen Diskussions- und Austauschvormittagen sind mehrere Themen wie das Patientendossier, die Anlaufstelle für Anliegen, die Einwilligung und die Information für Patienten und Angehörige, die fürsorgliche Unterbringung (FU) oder die Behandlung von Reklamationen besprochen worden. Die Vereinigungen haben bei den Vertretern des Spitals ebenfalls ihre Bedürfnisse, Erwartungen und Verbesserungsvorschläge anbringen können. Diese regelmäßige Plattform ermöglicht den Aufbau einer Partnerschaft zwischen dem Spital und der Bevölkerung, indem sie ein Vertrauensverhältnis und ein gegenseitiges Verständnis für die verschiedenen Wahrnehmungen und Erwartungen schafft. Zudem erleichtert sie den Dialog zwischen den Partnern.

3.5 Eine bereichsübergreifende und gemeinsame Verwaltung der Dokumentation umsetzen

Das Spital Wallis hat sich Ende 2012 für ein elektronisches Dokumentenmanagement (EDM) entschieden. Mit einem EDM ist es möglich, auf einer einzigen Plattform sämtliche Dokumente des Spital Wallis zu verwalten, dieselben Modelle und denselben Lebenszyklus (von der Erstellung bis zur Vernichtung eines Dokuments) zu benutzen, Doppelspurigkeiten zu vermeiden und den Zugang zur Dokumentation für alle Mitarbeitenden des Spital Wallis zu erleichtern.

Das ZIWS leitet dieses Projekt mit dem Ziel, das neue Programm zu parametrieren und die gesamte Dokumentation des ZIWS zu migrieren, damit die Migration der Dokumente der übrigen Zentren (SZO und CHVR) vorbereitet werden kann.

Das Pilotprojekt ist im Juli 2013 mit dem Lieferanten der Software «Intraqual Doc» lanciert worden. «Intraqual Doc» ermöglicht eine Umsetzung, die ans Spital Wallis angepasst ist, und berücksichtigt insbesondere dessen Struktur, die Zweisprachigkeit und die verschiedenen Tätigkeiten zwischen den Spitalzentren und dem ZIWS. Nach der Vorbereitung der Übernahme der Dokumente des ZIWS und der Schulung der Mitarbeitenden ist das neue elektronische Dokumentenmanagement am 1. November 2013 erfolgreich in Betrieb genommen worden.

4.1 Die Sicherheitskultur innerhalb der Teams und den Einbezug der Erfahrungen entwickeln

Die Sicherheitskultur ist insbesondere auf drei Arten gefördert worden: das Erheben der Daten betreffend Qualität/Sicherheit, die Meldung der Zwischenfälle und die Ausbildung.

Das Erheben der Daten Qualität/Sicherheit

Im Rahmen der Anforderungen an die Praxis mehrerer medizinischer Disziplinen werden regelmässig Daten erhoben. Als Beispiel kann die Anerkennung eines medizinischen Spezialgebiets (Anästhesie, Intensivmedizin, Neurologie-Abteilung zur Behandlung der akuten Schlaganfälle, Nephrologie-Dialyse, Kardiologie-Rehabilitation bei Herzkrankheiten und Palliativpflege) oder einer spezialisierten Tätigkeit (Betreuung von Schwerverletzten durch die Anerkennung als « trauma center ») angeführt werden. Diese Daten betreffen insbesondere Massnahmen bei Komplikationen, die durch den Vergleich mit früheren Jahren oder anderen Zentren in der Schweiz analysiert und verbessert werden können.

Die Meldung unerwünschter Zwischenfälle

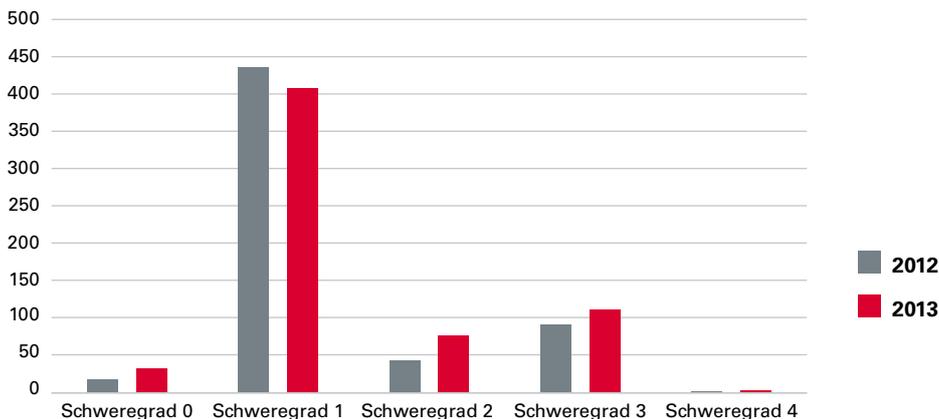
Die Meldung unerwünschter Zwischenfälle oder Ereignisse wird vom kantonalen Gesundheitsgesetz und seiner Verordnung geregelt. Seit einigen Jahren wird das System der Meldung unerwünschter spitalmedizinischer Zwischenfälle im gesamten Spital Wallis angewandt und seit dem 1. Januar 2010 erfolgen die Meldungen nach einem standardisierten Prozess. Dieser Prozess erfüllt die Anforderungen des Gesundheitsgesetzes vom 14. Februar 2008. Dieses Gesetz definiert «die zu meldenden spitalmedizinischen Zwischenfälle, wie jedes Ereignis, jede Tätigkeit, jedes Verhalten und jede Panne, die den Tod einer Person oder eine schwere oder dauerhafte Beeinträchtigung ihrer Gesundheit hätte verursachen können oder verursacht hat, die eine leichte oder vorübergehende Beeinträchtigung der Gesundheit oder andere Unannehmlichkeiten verursacht haben oder die die gute Erteilung der Pflege oder den angemessenen Betrieb einer medizinischen Dienststelle beeinträchtigt haben.»

Gemäss den Richtlinien von Swissmedic werden zudem bei einem Zwischenfall systematisch die nationalen Vigilance-Systeme (Materiovigilance, Haemovigilance und Pharmacovigilance) aktiviert.

Die Behandlung der Zwischenfälle (Analyse und Vorschläge für Verbesserungsmassnahmen) des CHVR erfolgt für die Abteilungen Pädiatrie, Intensivpflege, Medizin und Geriatrie durch Qualitätszirkel. Bei den übrigen Abteilungen liegt die Verantwortung für die Behandlung der Zwischenfälle beim Abteilungsleiter und Chefarzt und/oder bei der Leitung Abteilung Pflege.

Ergebnisse

Anzahl Meldungen spitalmedizinischer Zwischenfälle 2012 – 2013, Spital Wallis



Schweregrad 0 – Zwischenfälle, die einfache Bagatellfälle darstellen

Schweregrad 1 – Zwischenfälle, welche die gute Erteilung der Pflege oder den angemessenen Betrieb einer medizinischen Dienststelle beeinträchtigt haben

Schweregrad 2 – Zwischenfälle, die den Tod einer Person oder eine schwere oder dauerhafte Beeinträchtigung ihrer Gesundheit hätten verursachen können

Schweregrad 3 – Zwischenfälle, die eine leichte oder vorübergehende Beeinträchtigung der Gesundheit oder andere Unannehmlichkeiten verursacht haben

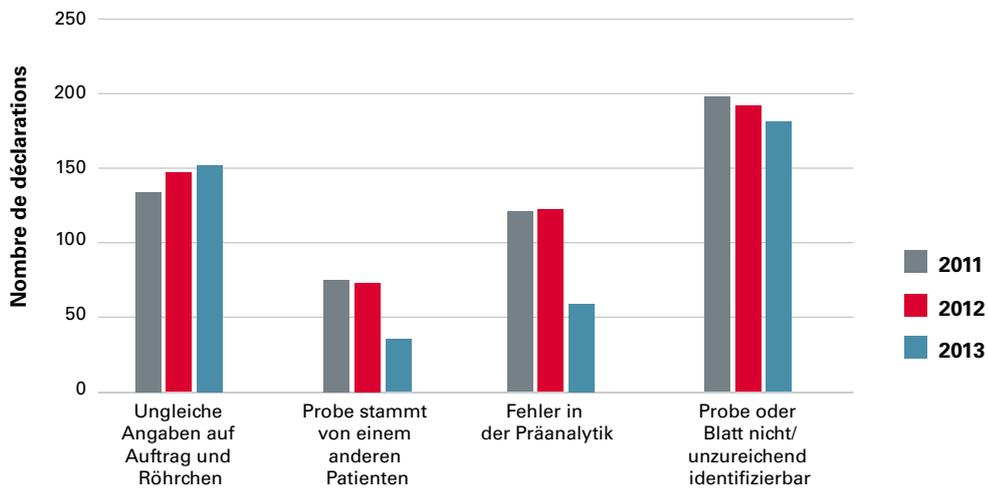
Schweregrad 4 – Zwischenfälle, die den Tod einer Person oder eine schwere oder dauerhafte Beeinträchtigung ihrer Gesundheit verursacht haben

Der grösste Teil der gemeldeten Zwischenfälle hat einen geringen Schweregrad. Diese Zahlen sind auf die Gesamtzahl der hospitalisierten Patienten zu beziehen: auf 40 000 hospitalisierte Patienten im Jahr 2013 sind 2 Zwischenfälle mit Schweregrad 4 (0.005%) und 110 Zwischenfälle mit Schweregrad 3 (0.27%) gemeldet worden. Da diese Daten nicht laufend veröffentlicht werden, kann man sie nicht so einfach mit anderen Spitälern in der Schweiz vergleichen. Hingegen ist ein Vergleich von einem Jahr zum andern in unserer Institution möglich. Im Vergleich zu 91 Zwischenfällen mit Schweregrad 3 im Jahr 2012 ist der kleine Unter-

schied von 0.04% nicht signifikant. Wenn diese Erhöhung jedoch andauern sollte, müsste überprüft werden, ob der Grund in einer Zunahme der Meldungen der Zwischenfälle oder in einer Zunahme der Zwischenfälle selbst liegt. Diese Frage wird sehr schwierig zu beantworten sein, da es in erster Linie um die Frage geht, ob wir systematisch und innert zweckmässiger Fristen Verbesserungsmassnahmen entwickeln und anwenden. Diese Art von Informationen wird mit dem Einsatz des neuen Programms zur Erfassung der Zwischenfälle (siehe unten) verfügbar sein.



**Meldungen des Personals des ZIWS betreffend das Spital Wallis
Verteilung auf die 4 Haupttypen**



Die oben als Beispiel dargestellten Ergebnisse entsprechen den Meldungen des Personals der Labors des ZIWS für das Spital Wallis.

Tätigkeit Materiovigilance

	Zwischenfälle in Zusammenhang mit Medizinprodukten				Medizinprodukten An Swissmedic weitergeleitete Materiovigilance-Fälle				Wichtige Rückrufe von Swissmedic			
	CHC	CHCVs	SZO	ICHV	CHC	CHCVs	SZO	ICHV	CHC	CHCVs	SZO	ICHV
2009		1										
2010		4	1			4	1					
2011		17	1			10	1			2		
2012	1	20	4	3		4	1	1		3		1
	CHVR	SZO	ICHV		CHVR	SZO	ICHV		CHVR	SZO	ICHV	
2013	23	1	0		2	1	0		7	1	2	

2013 hat das System Materiovigilance 24 Meldungen von Zwischenfällen im Zusammenhang mit einem Medizinprodukt behandelt, wovon 3 an Swissmedic gemeldet worden sind, das sein übliches Verfahren durchgeführt hat (Untersuchung beim Lieferanten und Änderung des Produkts oder bei Bedarf Rückruf auf nationaler Ebene). Zahlreiche Meldungen stehen noch in Verbindung mit einer falschen Benutzung der Produkte.

Aufgrund der wöchentlich veröffentlichten Listen von Swissmedic haben sich die Teams mit 10 als wichtig erachteten Rückrufen befasst, die eine multidisziplinäre und standortübergreifende Organisation erfordert haben (Biomedizin, Zentrallager, Pflorgeteam, Labor, Informatik, ...).

Es ist zu erwähnen, dass 2013, wie bereits 2012, eine Verfeinerung des Qualitätssystems Materiovigilance stattgefunden hat, die von Swissmedic, welches für das gesamte Spital Wallis mit einem einzigen Ansprechpartner zusammenarbeitet, geschätzt wird.

Das System zur Meldung der Zwischenfälle ist innerhalb des Spital Wallis noch heterogen. Die praktischen Mod-

litäten der Meldung und Behandlung der Zwischenfälle werden in den verschiedenen Zentren unterschiedlich gehandhabt. Im Dezember 2013 ist ein Projekt lanciert worden, um das Meldesystem auf der Grundlage einer Informatiksoftware für das gesamte Spital Wallis zu vereinheitlichen. Dies ermöglicht eine einfache Übersicht über die Zwischenfälle und die Verfolgung ihrer Behandlungen. Die Umsetzung einer einheitlichen Datenbank erlaubt eine gezielte Auswertung der Daten. Mit diesem Projekt streben wir ebenfalls die Erleichterung der Meldung, eine verstärkte Auswertung der Daten mit dem Einbringen von Erfahrungen und die Stärkung der institutionellen Sicherheitskultur an.

Die Schulung

2013 ist besonders auf den Meldungsprozess der Zwischenfälle geachtet worden. In diesem Rahmen sind in Zusammenarbeit mit der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz Kurse durchgeführt worden. Dabei sind die Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen nach einem Zwischenfall sowie die konstruktive Behandlung der Fehler in den Gesundheitsinstitutionen behandelt worden.

4.2 Die Schutzvorkehrungen im Medikamentenkreislauf weiterverfolgen

Die zentralisierte Herstellung der Zytostatika ist für die Standorte Martinach (April) und Siders (Oktober) umgesetzt worden.

Die im Plan des Audits der FHF 2012 vorgeschlagenen Aktionen betreffend den Kreislauf des Medikaments sind stufenweise durchgeführt worden. Das aktualisierte Dokument betreffend die Verwaltung der Apotheken der Pflegeeinheiten wird von der Abteilung Apotheke für regelmässige Kontrollen verwendet. Die 126 Pflegeeinheiten des Spital Wallis sind zwischen 2012 und 2013 kontrolliert worden. Für die Verwaltung der Apotheken der Pflegeeinheiten ist ein e-Learning-Projekt ausgearbeitet worden, das vor Kurzem bei der Pflegedirektion des Spital Wallis eingereicht worden ist.

Das Projekt einer neuen Etikette für das Beifügen von Medikamenten in die Infusionen ist getestet worden. Es handelt sich um die Überarbeitung der Etikette, welche für

die Infusionen benutzt wird, wenn Medikamente beigefügt werden. Damit kann der Empfänger identifiziert werden und zudem werden die auszufüllenden Felder angegeben.

Die Patienten werden künftig zur Identifikation mit Armbändern ausgestattet. Die Aufhebung der Transkriptionen wird weiterverfolgt und durch die Aktualisierung der Software Phoenix erleichtert.

Auf der Grundlage der Literatur und der Meldungen der Zwischenfälle innerhalb des Spital Wallis zwischen 2010 und 2012 ist eine Liste mit risikoreichen Medikamenten erstellt worden. Sie ist den Koordinatoren Qualität & Patientensicherheit des Spital Wallis zugestellt worden. Als prioritäre Medikamentenklassen gelten die Opiate/Betäubungsmittel, die Anti-Koagulationsmittel und die Insuline. Die letzte dieser Medikamentenklassen ist für eine Analyse im Jahr 2014 vorgesehen.



5. DIE BEZIEHUNGEN ZU DEN PATIENTEN, IHREN ANGEHÖRIGEN UND IHREN HAUSÄRZTEN STRUKTURIEREN UND VERSTÄRKEN

5.1 Den Empfang und die Information für die Patienten und ihre Angehörigen verbessern

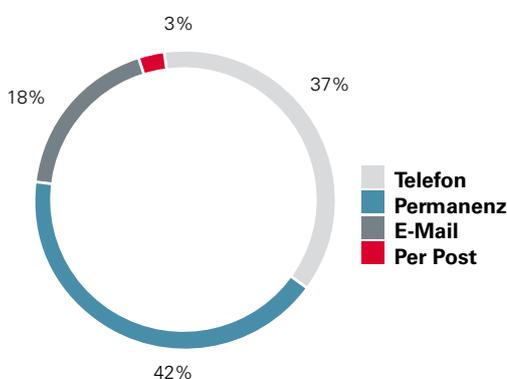
Die Anlaufstelle für Anliegen

Die Anlaufstelle für Anliegen ist auf gemeinsamen Wunsch des Departements für Finanzen, Institutionen und Gesundheit sowie des Verwaltungsrats des Spital Wallis geschaffen worden, um den Dialog mit den Benutzern zu fördern und zur Verbesserung der Leistungsqualität des Spital Wallis beizutragen. So helfen die im Rahmen dieser Struktur gesammelten Testimonials ebenfalls mit, die Bedürfnisse zu identifizieren und eine ständige Reflexion über die Verbesserungsmaßnahmen im Verlauf der Betreuung zu führen. Die Hauptaufgabe der Anlaufstelle für Anliegen besteht allerdings darin, die Anliegen der Benutzer anzuhören und zu berücksichtigen. Zudem sollen ihnen durch Beratung und Weiterverweisung konkrete Lösungen angeboten werden.

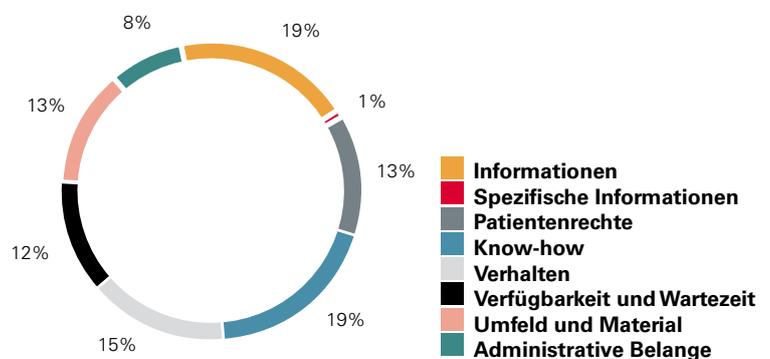
Bis zum 31. Dezember 2013 hat die Anlaufstelle 116 Anliegen behandelt. Die Patienten und ihre Angehörigen nehmen mit der Anlaufstelle für Anliegen telefonisch Kontakt auf (37%) oder suchen während der Öffnungszeiten die Anlaufstelle auf (42%). Mails (18%) und Briefe (3%) stellen einen geringeren Anteil dar.

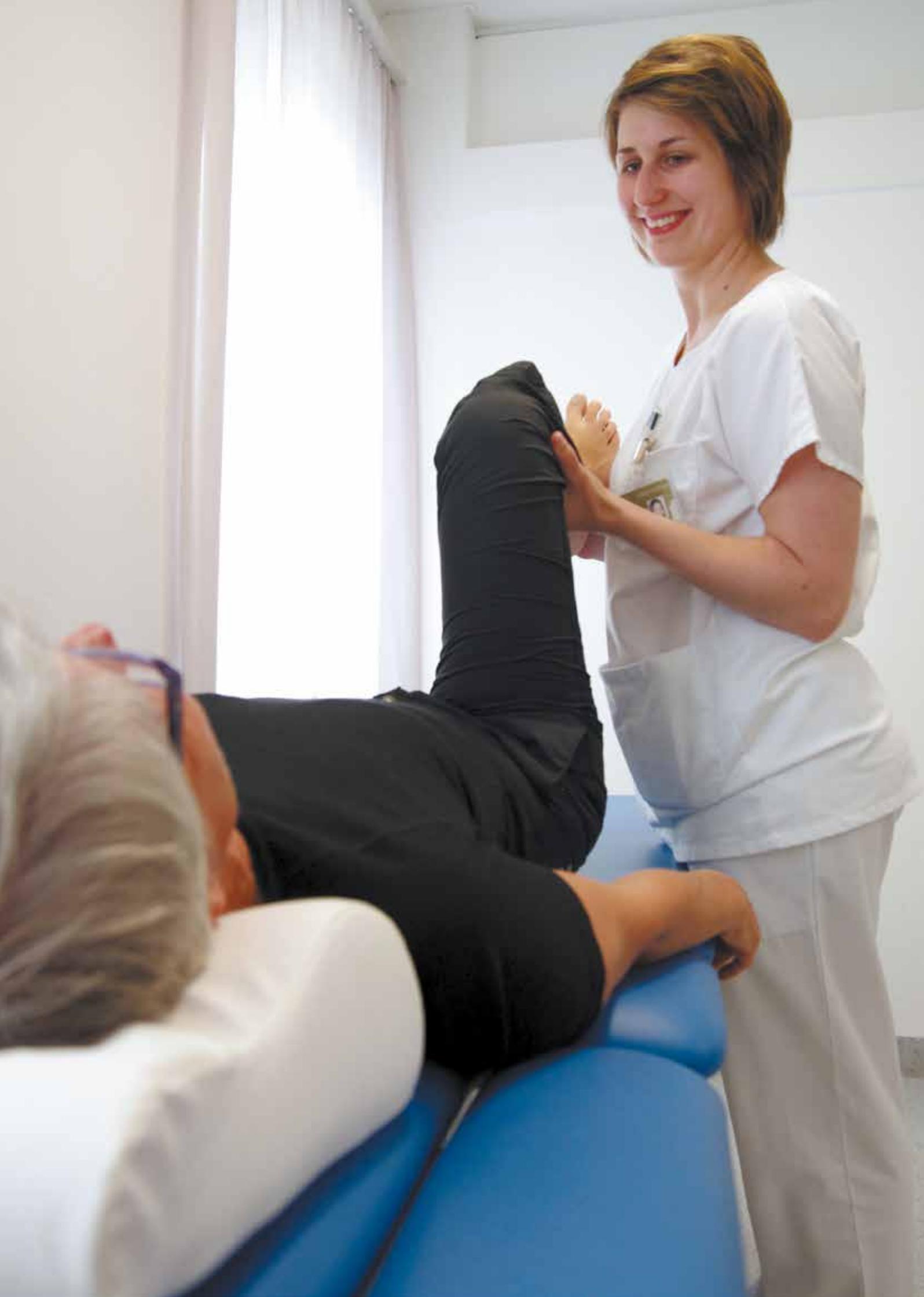
Die Gründe für einen Kontakt mit der Anlaufstelle für Anliegen sind recht homogen. Bei einem grossen Teil der Anliegen handelt es sich um ein Informationsbedürfnis, bei dem es hauptsächlich um die Art der Krankheit oder den Verlauf der Behandlungen geht. Ein zweiter Teil der Situationen betrifft die «Fachkompetenz». Diese Thematik umfasst die Qualität der Betreuung, der Organisation und der Pflegekoordination. Das dritte Motiv für die Konsultation der Anlaufstelle ist das «Verhalten». Das Verhalten umfasst bei den Benutzern die Wahrnehmung von Defiziten in den zwischenmenschlichen Beziehungen bei den Pflegenden. Andere Gründe für einen Kontakt mit der Anlaufstelle für Anliegen betreffen die Rechte der Patienten, die Verfügbarkeit, die Wartezeit und die Interventionsfrist, die Umgebung und das Material sowie administrative Verfahren.

Anlaufstelle für Anliegen: Kontaktaufnahme



Anlaufstelle für Anliegen: Gründe der Konsultation





6.1 Evaluationsprojekte der Berufspraxis entwickeln und leiten

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) ist aus der Zusammenlegung der Nationalen Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung KIQ und des Interkantonalen Vereins für Qualitätssicherung und -förderung IVQ entstanden. Der ANQ bezweckt die Koordination und Durchführung von Massnahmen in der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene, insbesondere die einheitliche Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern (<http://www.anq.ch/anq>).

Das Spital Wallis hat den nationalen Qualitätsvertrag des ANQ 2011 unterzeichnet.

2013 hat das Spital Wallis am Messplan für die Akutpflege (Spital Wallis) und die Psychiatrie (nur CHVR) teilgenommen. Im Messplan ANQ für die Rehabilitation ist 2013 nur eine Messung über die Patientenzufriedenheit durchgeführt worden. Die übrigen Messungen des Messplans ANQ (Rehabilitation; Psychiatrie im SZO) werden 2014 realisiert.

Die Einführung und Verstärkung von Standards sowie eine qualitativ hochstehende Arbeit tragen zur Entwicklung der Berufspraxis bei. Im Jahr 2009 ist im Spital Wallis ein «Schmerzstandard» entwickelt worden. Im Jahr 2013 hat die Pflegedirektion die Notwendigkeit erkannt, den Standard zu überarbeiten und Arbeiten initiiert, um die Standards für Schmerzen, Dekubitus und Stürze zu aktualisieren sowie Elemente der Prävention, der Intervention und der Evaluation der Effizienz der Intervention zu integrieren. Mehrere Arbeitsgruppen sind geschaffen worden, um den Kenntnisstand der Mitarbeitenden zu evaluieren, den Zustand der aussagekräftigen Daten zur Thematik zu überprüfen und schliesslich Standards zu aktualisieren oder zu entwickeln. An der Aktualisierung der Standards ist im Jahr 2014 weitergearbeitet worden.

6.2 Die Patientenzufriedenheit evaluieren

Akutflege

Obwohl die Patientenzufriedenheit nicht unbedingt die objektive Qualität der Pflege widerspiegelt, ist sie doch ein wichtiges Evaluationsinstrument und bildet einen festen Bestandteil des nationalen Messplans des ANQ, der einen Fragebogen, beschränkt auf 5 wesentliche Fragen, ausgearbeitet hat. Seit einigen Jahren beteiligt sich das Spital Wallis an der Zufriedenheitsumfrage der Patienten, die vom ANQ organisiert wird.

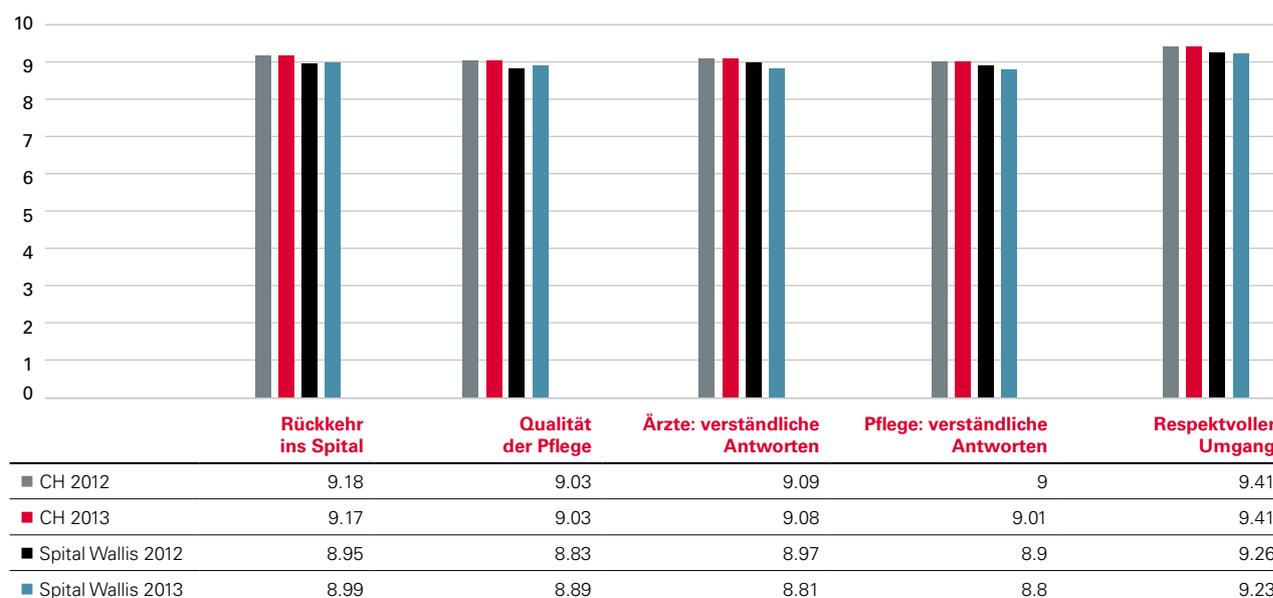
Diese Umfrage ist vom 1. bis 30 September 2013 durchgeführt worden. Dabei ist allen Patienten über 18 Jahre mit Wohnsitz in der Schweiz, die in den Spitälern Brig, Visp, Siders, Sitten, Martinach oder Saint-Maurice behandelt worden sind, ein standardisierter Fragebogen zugestellt worden.

Dem Patienten sind folgende fünf Fragen gestellt worden, die er mit einer Bewertung zwischen 0 (schlecht) und 10 (ausgezeichnet) beantworten sollte:

1. Würden Sie für eine ähnliche Behandlung wieder unser Spital aufsuchen?
2. Wie beurteilen Sie die Qualität der Pflege, die Sie im Spital erhalten haben?
3. Haben Sie verständliche Antworten erhalten, wenn Sie den Ärzten Fragen gestellt haben?
4. Haben Sie verständliche Antworten erhalten, wenn Sie den Pflegefachpersonen Fragen gestellt haben?
5. Finden Sie, dass Sie vom Spitalpersonal respekt- und würdevoll behandelt worden sind?

Ergebnisse

Entwicklung der Patientenzufriedenheit 2012 -2013, ANQ (Höchstwert = 10)



Durchschnittswerte pro Frage und Spitalstandort (Höchstwert = 10)

	Brig		Martinach		Siders		Sitten		Visp		Spital Wallis		CH	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Rückkehr ins Spital	9.19	9.69	8.7	8.92	9.04	8.9	8.74	8.82	9.09	8.66	8.95	8.99	9.18	9.17
Behandlungsqualität	8.98	9.43	8.8	8.8	8.89	8.84	8.64	8.77	8.85	8.61	8.83	8.89	9.03	9.03
Ärzte: verständliche Antworten	9.44	9.55	8.82	8.61	9.04	8.39	8.54	8.66	9	8.85	8.97	8.81	9.09	9.08
Pflege: verständliche Antworten	9.27	9.23	8.8	8.39	8.66	8.83	8.74	8.7	9.03	8.87	8.9	8.8	9	9.01
Respektvoller Umgang	9.27	9.53	9.2	9.28	9.2	9.19	9.1	9.01	9.51	9.15	9.26	9.23	9.41	9.41

Die Ergebnisse für die fünf Fragen liegen zwischen 8.5 und 9, was für das Spital Wallis ein gutes Resultat darstellt, auch wenn es leicht unter dem Durchschnitt der Schweizer Spitäler liegt. Im Vergleich zur Umfrage 2012 kann für die Fragen 1 und 2, die eine Rückkehr ins Spital und die Behandlungsqualität betreffen, eine leichte Verbesserung festgestellt werden. Die Ergebnisse der Fragen 3 und 4 liegen leicht unter denjenigen von 2012: sie betreffen die verständlichen Antworten der Ärzte und der Pflegefachpersonen auf die Fragen der Patienten.

Rehabilitation

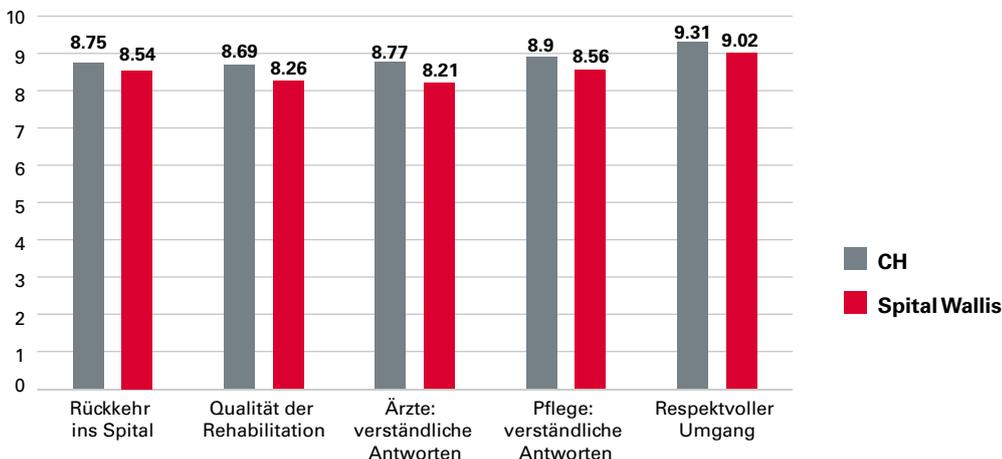
Die Patientenzufriedenheit in der Rehabilitation ist als erste Massnahme des Messplans ANQ für die Rehabilitation evaluiert worden. Der vom ANQ ausgearbeitete nationale Fragebogen hat dieselben 5 Fragen beinhaltet, die auch in

der Akutpflege gestellt worden sind. Der standardisierte Fragebogen ist allen Patienten über 18 Jahre mit Wohnsitz in der Schweiz zugestellt worden, die im Walliser Zentrum für Pneumologie in Montana behandelt worden sind. Für diese Umfrage vom 1. April bis 31. Mai 2013 sind 170 Fragebögen verschickt worden. Die Rücklaufquote hat 56.5% betragen.

Auch wenn die Ergebnisse unter dem schweizerischen Durchschnitt der Rehabilitationskliniken liegen, handelt es sich doch um ein gutes Resultat für das Spital Wallis, da die Einschätzungen für die fünf Fragen zwischen 8.2 und 9 liegen. Bei den Fragen 2 und 3 (Qualität der Rehabilitation und Antworten der Ärzte auf die Fragen der Patienten) ist der Unterschied zum schweizerischen Durchschnitt grösser als in den übrigen Bereichen.

Ergebnisse

Patientenzufriedenheit in der Rehabilitation 2013, ANQ (Höchstwert = 10)



Interne Umfrage zur Patientenzufriedenheit

«Ihre Meinung interessiert uns»

Parallel zu den nationalen Messungen über die Zufriedenheit werden die Patienten des CHVR regelmässig dazu aufgefordert, die Leistungen in internen Zufriedenheitsumfragen zu beurteilen.

Rücklaufquote der internen Zufriedenheitsumfragen, CHVR

	2012	2013	Pädiatrie 2012	Pädiatrie 2013
Versandte Fragebögen (Zahl)	5479	3120	296	209
Zurückgesandte Fragebögen (Zahl)	1888	1584	124	105
Rücklaufquote (%)	34.6	33.3	41.6	26

Die Rücklaufquote ist gegenüber derjenigen des Jahres 2012 etwas zurückgegangen und ist relativ gering. Die Zahl der Bemerkungen auf den zurückgesandten Fragebögen ist jedoch stark angestiegen.

Infrastruktur und Mahlzeiten machen 2013 rund 30% der Bemerkungen aus, während der Prozentsatz 2012 noch bei 60% der Bemerkungen gelegen hat.

Rund 25% der Bemerkungen betreffen Anliegen zur Betreuung und 25% betreffen das Verhalten der Fachpersonen. Die Anliegen betreffend Kommunikation und Information,

Baby Friendly Hospital

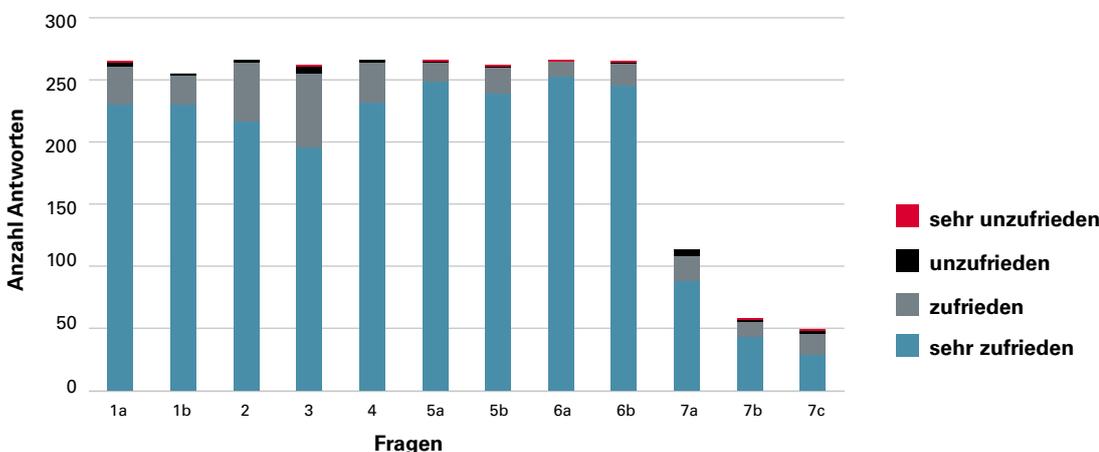
Im Rahmen der Zertifizierung zum «Baby Friendly Hospital» hat die Abteilung Geburtshilfe von Visp den Fragebogen für die Umfrage zur Patientenzufriedenheit in ihrer Abteilung erneuert. Um einen Mehrwert in Bezug auf den bestehenden Fragebogen zu generieren, ist in Zusammenarbeit mit der Abteilung Qualitätsmanagement ein neuer Fragebogen ausgearbeitet worden. Seit Mai 2013 wird der neue Fragebogen sämtlichen Patientinnen der Abteilung Geburtshilfe überreicht.

Folgende Fragen können von der Patientin mit einer Einschätzung zwischen «sehr gut» und «schlecht» beantwortet werden.

1. Wie haben das Pflegepersonal/die Hebammen Ihre Fragen beantwortet?
 - 1a Bei der Geburt
 - 1b Nach der Geburt bis zum Austritt
2. Waren die Anleitungen/Informationen des Pflegepersonals/der Hebammen in Bezug auf die Pflege Ihres Kindes für Sie hilfreich?
 3. Waren die Anleitungen/Informationen des Pflegepersonals/der Hebammen in Bezug auf die Ernährung Ihres Kindes für Sie hilfreich?
 4. Wurden Ihre Anliegen vom Pflegepersonal/von den Hebammen in Ihrer Betreuung berücksichtigt?
 5. Sind das Pflegepersonal/die Hebammen freundlich mit Ihnen umgegangen?
 - 5a Bei der Geburt
 - 5b Nach der Geburt bis zum Austritt
 6. Wurden Sie vom Pflegepersonal/von den Hebammen respektvoll behandelt?
 - 6a Bei der Geburt
 - 6b Nach der Geburt bis zum Austritt
 7. Wie haben Sie folgende Angebote erlebt?
 - 7a Stillberaterin
 - 7b Ernährungsberatung: Ernährung & Stillen
 - 7c Physiotherapie: Information Beckenboden

Ergebnisse

Patientenzufriedenheit Abteilung Geburtshilfe 2013, SZO



Die Rücklaufquote 2013 ist mit 71% sehr hoch. Allerdings sind nicht alle Fragebögen vollständig ausgefüllt worden. Deshalb haben auch nicht alle Fragen eine ähnliche Anzahl von Antworten (siehe 7a, 7c, im Vergleich zum Rest). Die Grafik enthält nur die Fragen mit einer Einschätzung von «sehr gut» bis «schlecht» und schliesst die Fragen mit offenen Antworten aus. Die meisten Fragen haben 85% der Patientinnen mit der Einschätzung «sehr gut» beantwortet. Auch wenn die Einschätzung der Frage drei etwas tiefer liegt als die der übrigen Fragen, kann festgehalten werden, dass eine Evaluation mit 70% der Antworten im Bereich «sehr gut» ein gutes Ergebnis darstellt.

Aufgrund der Bemerkungen im Rahmen dieser Umfrage ist ein Bedürfnis für die Verbesserung der Pflegeanweisungen, der Kommunikation rund um die Pflege des Neugeborenen und der Anästhesieleistungen festzustellen. Gezielte Verbesserungsmaßnahmen sind umgesetzt worden. Die Bemerkungen betreffend die Betreuung, die Freundlichkeit und die Mahlzeiten zeigen einen eher hohen Zufriedenheitsgrad.



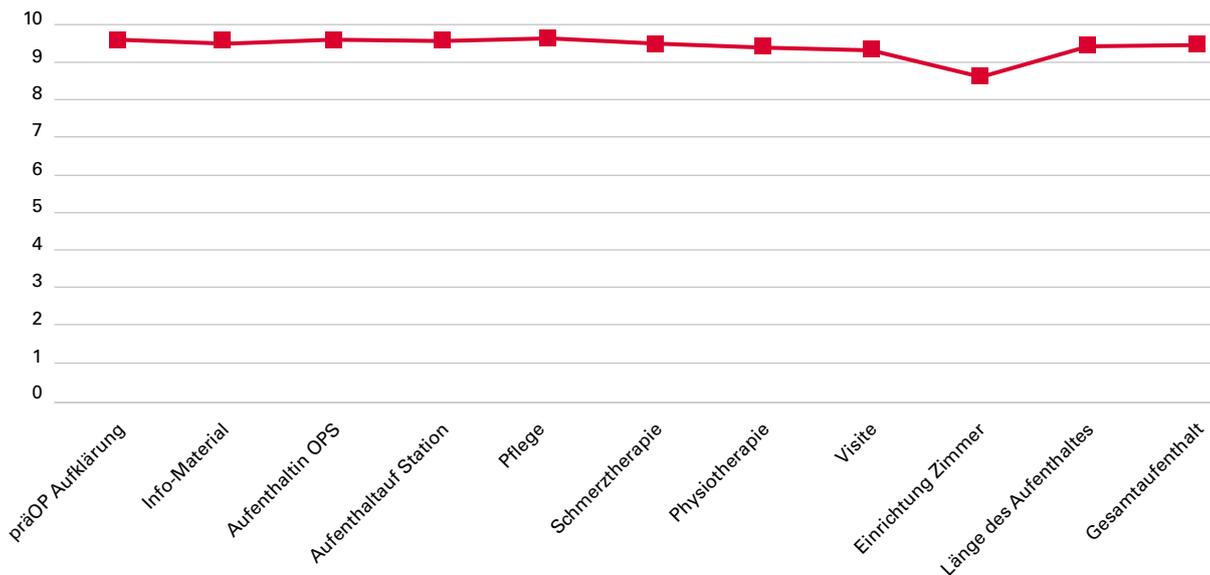
Rapid Recovery

Der Standort Brig des Spital Wallis ist die erste Klinik in der Schweiz, die das Konzept von Rapid recovery eingeführt hat. Dieses sieht vor, Patienten nach Einsetzung einer Knie- oder Hüftprothese schnell wieder in die gewohnte Umgebung zu bringen. So wurden sämtliche traditionelle Arbeitsschritte durchleuchtet und die interdisziplinäre Betreuung gestärkt. Man ist bestrebt, einerseits den Spitalaufenthalt zu verkürzen und gleichzeitig den Heilungsprozess sowie die Patientenzufriedenheit zu verbessern.

Die Patienten haben die im Rahmen dieser Umfrage gestellten Fragen mit einer Note zwischen 0 (nicht zufrieden) und 10 (sehr zufrieden) bewerten können. Im Fragebogen werden verschiedene Aspekte der Pflege (zum Beispiel

Information vor der Operation, Schmerztherapie, Pflege, Physiotherapie, ...) sowie logistische Aspekte (zum Beispiel Zimmer, Informationsmaterial) erfasst. Die folgende Tabelle zeigt die Evaluationen, die für sämtliche Fragen zwischen 9 und 9.5 liegen, mit Ausnahme der Einrichtung der Zimmer (8.5). Dies entspricht einem hohen Zufriedenheitsgrad.

Patientenzufriedenheit nach dem Einsatz einer Knie- oder Hüftprothese (Höchstwert = 10)



6.3 Die Qualitätsindikatoren entwickeln und nutzen

6.3.1 Mortalitätsrate (BAG) (Daten 2011)

Das BAG veröffentlicht jedes Jahr Mortalitätsstatistiken im Zusammenhang mit 41 Krankheiten und Operationen. Diese Statistiken betreffen die Spitäler der Schweiz und ermöglichen einen Vergleich mit einem nationalen Durchschnitt. Die Veröffentlichung dieser Statistiken erfolgt mit einer zweijährigen Verspätung, so dass die im Jahr 2013 veröffentlichten Zahlen aus dem Jahr 2011 stammen. Die Gesamtheit dieser Statistiken kann unter <http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html> eingesehen werden.

Auch wenn die Mortalität klar definiert und einfach zu messen ist, haben lebhafte Diskussionen über ihre Verwendung als Qualitätsindikator stattgefunden. Die Präsentation dieser Daten unter dem Kapitel Qualitätsindikatoren ist deshalb mit Vorsicht zu geniessen.

Zur Interpretation der Mortalitätsstatistiken des BAG sind zwei Definitionen von Bedeutung:

Zahl der erwarteten Todesfälle

Die in einem Spital erwartete Zahl von Todesfällen für eine bestimmte Krankheit oder Operation ist die Mortalitätsrate vermehrt mit den in diesem Spital behandelten Fällen für jede Altersklasse (in Stufen von 5 Jahren) und für jedes Geschlecht. Diese Zahl wird also für das Alter und das Geschlecht, jedoch nicht für die Begleiterkrankungen angepasst. Diese fehlende Berücksichtigung der Begleiterkrankungen kann Spitäler benachteiligen, welche Patienten betreuen, die schwer krank sind.

SMR (Standardized Mortality Rate) = standardisierte Mortalitätsrate

Die SMR ist das Verhältnis zwischen der Zahl der beobachteten und der Zahl der erwarteten Todesfälle. Diese Rate gilt als standardisiert, weil sie auf das Alter und das Geschlecht des Patienten, jedoch nicht für die Begleiterkrankungen angepasst wird (siehe Definition der erwarteten Todesfälle). Die SMR kann bei kleinen Proben oder bei einer Mortalität, die sehr gering erwartet wird, das Ergebnis verfälschen: ein einziger beobachteter Todesfall, der zusätzlich zu den erwarteten Todesfällen eintritt, kann zu einer unverhältnismässigen Erhöhung der SMR führen. Umgekehrt beeinflusst eine grosse Differenz zwischen der Zahl der beobachteten und erwarteten Todesfälle die SMR nur gering, wenn die Zahlen der beobachteten und erwarteten Todesfälle hoch sind.

Die Daten in der folgenden Tabelle sind aus den 41 Krankheiten und Operationen ausgewählt worden, und zwar aufgrund ihrer Bedeutung für die Tätigkeit des Spital Wallis hinsichtlich der Quantität (> 200 Fälle/Jahr) oder bezüglich der spezialisierten/kantonalisierten Leistung sowie auf der Grundlage einer Evaluation der SMR (SMR > 1), die ein Problem in der Behandlung darstellen könnte.

Die Zahl der erwarteten Todesfälle ist in der folgenden Tabelle berechnet worden, da sie vom BAG nicht geliefert wird. Sie ist auf eine Dezimalstelle gerundet worden, denn die Angabe «0.4 Todesfälle» ergibt keinen Sinn. Die Kategorie «Operation Dilatation nicht gerissene Aorta» zeigt sehr gut eine solche Situation auf: die SMR beträgt 1.2, aber die Zahl der beobachteten Todesfälle, die zusätzlich zu den erwarteten Todesfällen eingetreten sind, beträgt 0.4 (2 beobachtete Todesfälle und 1.6 erwartete Todesfälle).

Ergebnisse

Spitalmortalität 2008 – 2011, CHVR und SZO: beobachtete und erwartete Rate (%) sowie SMR

Kategorie Krankheit / Operation	Zentrum	2008-2010					2011						
		Fälle	beobachtete Todesfälle % Zahl	erwartete Todesfälle % Zahl	SMR	Fälle	beobachtete Todesfälle % Zahl	erwartete Todesfälle % Zahl	SMR				
HERZKRANKHEITEN													
Herzinfarkt (Alter > 19)	CHVR	1123	6.2%	70	6.2%	70	1.0	390	7.4%	29	5.6%	22	1.3
	SZO	302	7.6%	23	7.1%	21	1.1	82	9.8%	8	6.9%	6	1.4
Herzinsuffizienz (Alter > 19)	CHVR	1125	6.5%	73	8.8%	99	0.7	409	8.3%	34	8.8%	36	0.9
	SZO	303	9.6%	29	8.0%	24	1.2	132	14.4%	19	8.6%	11	1.7
Herzkatheterisierung links bei einem Infarkt (Alter > 19)	CHVR	848	2.4%	20	3.2%	27	0.7	300	6.3%	19	3.1%	9	2.0
	SZO			0		0				0		0	
Isolierter Ersatz der Aortenklappe am offenen Herzen ohne andere Herzoperation	CHVR	160	3.8%	6	2.2%	4	1.7	59	1.7%	1	3.0%	2	0.6
	SZO			0		0				0		0	
Op. der Herzkranzgefässe ohne Herzinfarkt (Alter > 19)	CHVR	239	2.5%	6	1.5%	4	1.7	49	2.0%	1	1.5%	1	1.3
	SZO			0		0				0		0	
SCHLAGANFALL (HIRNSCHLAG)													
Schlaganfall, sämtliche Formen (Alter > 19)	CHVR	953	13.1%	125	12.0%	114	1.1	423	9.7%	41	10.4%	44	0.9
	SZO	293	9.2%	27	13.0%	38	0.7	123	4.1%	5	10.1%	12	0.4
LUNGENERKRANKUNGEN													
Lungenentzündung	CHVR	1388	3.8%	53	5.9%	82	0.6	513	4.3%	22	5.9%	30	0.7
	SZO	590	6.1%	36	5.1%	30	1.2	222	1.4%	3	5.2%	12	0.3
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	CHVR	433	1.4%	6	3.2%	14	0.4	226	3.1%	7	3.5%	8	0.9
	SZO	211	9.0%	19	3.9%	8	2.3	64	4.7%	3	4.5%	3	1.0
Op.: grosse Lungen- oder Bronchienresektionen	CHVR	151	0.7%	1	2.8%	4	0.2	67	0.0%	0	2.4%	2	0.0
	SZO			0		0				0		0	
OPERATIONEN DER BAUCHORGANE													
Cholezystektomie wegen Gallensteinen & Gallenblasenentzündung	CHVR	712	0.0%	0	0.3%	2	0.0	207	0.5%	1	0.4%	1	1.3
	SZO	305	0.0%	0	0.2%	1	0.0	107	0.0%	0	0.1%	0	0.0
Bruchoperation ohne Darmop.	CHVR	929	0.3%	3	0.1%	1	2.5	248	1.6%	4	0.1%	0	16.7
	SZO	548	0.0%	0	0.1%	1	0.0	197	0.0%	0	0.1%	0	0.0
Grosse Op. am Dickdarm und am Rektum (kolorektale Op.)	CHVR	477	6.1%	29	5.3%	25	1.2	154	10.4%	16	5.0%	8	2.1
	SZO	224	4.9%	11	5.3%	12	0.9	77	2.6%	2	5.2%	4	0.5
Op. der Bauchspeicheldrüse	CHVR	57	3.5%	2	7.2%	4	0.5	15	20.0%	3	6.6%	1	3.1
	SZO			0		0				0		0	

Kategorie Krankheit / Operation	Zen-trum	2008-2010					2011						
		Fälle	beobachtete Todesfälle % Zahl	erwartete Todesfälle % Zahl	SMR	Fälle	beobachtete Todesfälle % Zahl	erwartete Todesfälle % Zahl	SMR				
GEFÄSSOPERATIONEN													
Op. der extrakraniellen Gefässe (Op. der Karotis)	CHVR	67	1.5%	1	0.5%	0	2.9	37	0.0%	0	0.8%	0	0.0
	SZO			0		0				0		0	
Op. nicht gerissene Aorta (Aorta-Aneurysma) offen über den Bauch	CHVR	72	1.4%	1	4.7%	3	0.3	41	4.9%	2	3.9%	2	1.2
	SZO			0		0				0		0	
Op. Arterien Becken/Beine bei Arterienembolie/Arterienthrombose	CHVR	60	1.7%	1	4.4%	3	0.4	58	5.2%	3	5.4%	3	1.0
	SZO			0		0				0		0	
KRANKHEITEN DER HARNWEGE													
Vollständige Entfernung der Niere (vollständige Nephrektomie)	CHVR	81	2.5%	2	2.0%	2	1.2	21	0.0%	0	1.0%	0	0.0
	SZO			0		0				0		0	
ORTHOPÄDISCHE UND TRAUMATOLOGISCHE ERKRANKUNGEN													
1. Implantation totale Endoprothese der Hüfte (ohne Bruch)	CHVR	470	0.0%	0	0.2%	1	0.0	132	0.8%	1	0.3%	0	3.0
	SZO	441	0.2%	1	0.1%	0	1.6	178	0.0%	0	0.2%	0	0.0
Ersetzen des Kniegelenks (totale Endoprothese)	CHVR	253	0.0%	0	0.1%	0	0.0	67	0.0%	0	0.1%	0	0.0
	SZO	411	0.0%	0	0.1%	0	0.0	144	0.0%	0	0.1%	0	0.0
Schenkelhalsfraktur (Alter > 19)	CHVR	504	3.2%	16	4.0%	20	0.8	195	1.5%	3	2.9%	6	0.5
	SZO	185	2.7%	5	3.5%	6	0.8	97	3.1%	3	2.2%	2	1.4
Trochanterfraktur (Alter > 19)	CHVR	373	2.1%	8	3.5%	13	0.6	192	2.6%	5	3.0%	6	0.9
	SZO	168	3.0%	5	3.2%	5	0.9	87	2.3%	2	2.6%	2	0.9

Die Zahlen **in Grün** geben eine SMR > 1.2 mit einer sehr geringen Zahl von Todesfällen über den erwarteten Todesfällen an (Zahl der beobachteten Todesfälle – Zahl der erwarteten Todesfälle ≤ 1).

Die Zahlen **in Orange** geben eine SMR > 1.2 mit einer geringen Zahl von Todesfällen über den erwarteten Todesfällen an (Zahl der beobachteten Todesfälle – Zahl der erwarteten Todesfälle ≤ 2) und entsprechen nicht einer Tendenz im Vergleich zum Vorjahr oder einer Aggregation der früheren Jahre.

Für beide Situationen sind keine detaillierten Analysen erstellt worden. Allerdings wird der Entwicklung der SMR

im folgenden Jahr eine besondere Beachtung geschenkt, um auszuschliessen, dass es sich um eine tendenzielle Erhöhung der Mortalität handelt. Da es sich um eine kleine Zahl von Patienten handelt, ist bei der Einschätzung des statistischen Werts grösste Vorsicht geboten.

Die Zahlen **in Rot** geben eine SMR > 1 mit einer Zahl von beobachteten Todesfällen an, die bedeutend über den erwarteten Todesfällen liegt (Zahl der beobachteten Todesfälle – Zahl der erwarteten Todesfälle ≥ 5). Sämtliche SMR > 1.2 erfüllen die oben definierten Voraussetzungen nicht. Diese Fälle sind im Folgenden im Detail analysiert worden, da sie eher ein Behandlungsproblem widerspiegeln könnten («nicht-Qualität»).

Herzinfarkt und Herzkatheterisierung links (= Koronararteriografie) bei einem Infarkt im CHVR: SMR = 1.3 und 2.0

Zwei Gründe erklären diese hohen SMR: 2011 ist bei vielen Patienten, die ausserhalb des Spitals einen Herz-Kreislauf-Stillstand erlitten haben, eine Koronararteriografie durchgeführt worden (3x mehr als in den Vorjahren). Diese Patienten weisen jedoch unabhängig von der kardiologischen Behandlung eine sehr hohe Mortalität auf (der Tod trifft oft aufgrund einer neurologischen Ursache ein, wie fehlende Sauerstoffversorgung des Gehirns während des Herz-Kreislauf-Stillstands). Ausserdem ist bei einer viel grösseren Zahl von Patienten in sehr kritischem Zustand (kardialer Kollaps) beim Eintritt ins Spital eine Koronararteriografie durchgeführt worden. Diese Patienten weisen ebenfalls eine viel höhere Mortalität auf als der Durchschnitt. Abschliessend ist zu sagen, dass die sieben beobachteten Todesfälle, die sich auf 390 behandelte Patienten zusätzlich zu den erwarteten Todesfällen ereignet haben, mit dem gravierenden Krankheitszustand dieser Patienten zu erklären sind. Ab Januar 2012 sind Empfehlungen zur klinischen Praxis umgesetzt worden, mit denen die Indikation der Koronararteriografie für Patienten, die einen Herz-Kreislauf-Stillstand erlitten haben, verfeinert wird. Die Auswirkungen dieser Empfehlungen auf die Mortalitätsstatistiken werden sich bei der Analyse der Daten 2012 zeigen.

Herzinsuffizienz im SZO: SMR = 1.7

Die Daten sind schwierig zu interpretieren, da die meisten dieser Patienten sehr betagt sind und der Tod bei ihnen erwartet wird: die palliative Haltung (Palliativpflege) erlaubt es nicht, die Qualität der Behandlung der Herzinsuffizienz zu beurteilen.

Bruchoperation ohne Darmoperation im CHVR: SMR = 16.7

Da die erwartete Mortalität sehr tief ist (0.1%), ist die SMR durch 4 Todesfälle auf 248 Patienten auf 16.7 gestiegen. Dabei muss man sich bewusst sein, dass diese sehr tiefe erwartete Mortalität die planbaren (vorgesehenen) Bruchoperationen betrifft. Die vier verstorbenen Patienten sind jedoch notfallmässig operiert worden. Ausserdem sind sie sehr betagt gewesen (zwei Patienten zwischen 80 und 89 Jahren und zwei über 90 Jahre) und haben unter zahlreichen oder schweren Begleiterkrankungen gelitten. Die in der medizinischen Literatur beschriebene Mortalität aufgrund solcher Notoperationen beträgt 5% für die Patienten zwischen 80 und 89 Jahren und 15.7% für die Patienten über 90 Jahren.

Grosse kolorektale Operation im CHVR: SMR = 2.1

Für die Fälle der verstorbenen Patienten ist die Stellungnahme eines Chirurgen derselben Spezialität, der nicht im Spital Wallis arbeitet (Universitätsprofessor), eingeholt worden. Dieser ist zum Schluss gekommen, dass die hohe Mortalität durch den Schweregrad der operierten Fälle (ihre Begleiterkrankungen und ihren Gesundheitszustand beim Spitaleintritt) und nicht durch eine schlechte Behandlung zu erklären ist. Eine ähnlich hohe Mortalität ist übrigens in der Periode 2008-2010 nicht zu beobachten. Es wird wichtig sein, die Entwicklung der Mortalität in diesem Bereich im Jahr 2012 zu verfolgen, um zu sehen, ob sich diese hohe Mortalität wiederholt und, wenn das der Fall sein sollte, ob sie immer noch mit dem Schweregrad des Zustands der Patienten erklärt werden kann.

Operationen der Bauchspeicheldrüse im CHVR:

SMR = 3.1

Es handelt sich um zwei beobachtete Todesfälle, die zusätzlich zum erwarteten Todesfall eingetreten sind. Diese hohe Todesrate ist in der Periode 2008-2010 (für 2008-2010 SMR = 0.5) nicht zu beobachten. Dieser Bereich ist speziell sensibel, da er zur hochspezialisierten Medizin (HSM) gehört und von einer kritischen Masse abhängt (Anforderung einer Mindestzahl von Operationen). Die Operationen der Bauchspeicheldrüse sind im Rahmen eines externen Gutachtens, das von der Dienststelle für Gesundheitswesen des Wallis in Auftrag gegeben worden ist, untersucht worden. Dieses Gutachten betrifft die gesamte hochspezialisierte Viszeralchirurgie (Speiseröhre, Leber, Rektum und Bauchspeicheldrüse) und ist von Professor Jean-Jacques Houben erstellt worden. Er kommt zum Schluss, dass in Bezug auf die an der Bauchspeicheldrüse vorgenommenen Operationen im CHVR in den Jahren 2011 und 2012 die Zahl der Patienten gross genug sein könnte, wenn die Validierung der operativen Indikationen verstärkt würde. Hingegen stellt er fest, dass die Mortalität über dem Durchschnitt liegt (Schweiz oder international) und er stellt die präoperative medizinisch-chirurgische Bilanz, gewisse operative Indikationen und die Ernährung in Frage.

Mit diesem Gutachten zeigt Professor Jean-Jacques Houben die Stärken und Schwächen des Spital Wallis im Bereich der hochspezialisierten Viszeralchirurgie auf. Er unterstreicht insbesondere die Bedeutung, alle Beteiligten (von der Direktion über die Fachärzte und Chirurgen, bis zu den Pflegefachpersonen) zu berücksichtigen. In diesem Sinn nimmt er eine systemische Analyse vor, die eine Verbesserung der Situation und nicht die Suche nach Schuldigen bezweckt. Der Gutachter kommt zum Schluss, dass es gerechtfertigt, das heisst notwendig und möglich ist, diese Art von Chirurgie im Wallis weiterhin anzubieten (abgesehen von den Operationen der Speiseröhre, die zwar ausgezeichnete Ergebnisse erzielt haben, deren Zahl aber ungenügend ist). Er schlägt Verbesserungsmaßnahmen vor, die vom Spital Wallis im Jahr 2014 mit fünf Massnahmen berücksichtigt worden sind:

1. Mit der Einführung des Systems der Videokonferenz werden künftig sämtliche Fälle von Walliser Patienten, welche die Chirurgie im Bereich der HSM betreffen, in multidisziplinären Kolloquien mit den Fachspezialisten des CHUV diskutiert. Die therapeutischen Pläne und deren Nachkontrolle sind festgelegt worden.
2. Ein multidisziplinärer ärztlicher Lenkungsausschuss ist eingesetzt worden.
3. Zur Verstärkung der HSM sind Stellen ausgeschrieben worden.
4. Die Abteilung Anästhesie und Reanimation hat sich an die Erfordernisse der HSM angepasst und hat sich pro Tätigkeitssektor spezialisiert.
5. Das Spital Wallis führt sein Unternehmungskonzept weiter, indem es ein pflegerisch-medizinisches Projekt entwickelt, das die HSM integriert und sämtliche Mitarbeitenden einbezieht. Dieser Prozess wird Ende 2014 abgeschlossen sein.

6.3.2 Rehospitalisationsrate und Reoperationen, die potenziell vermeidbar sind

Rate potenziell vermeidbarer Rehospitalisationen (Wiederaufnahmen)

Der Indikator Wiederaufnahmerate ist Bestandteil des Messplans ANQ und dementsprechend des nationalen Qualitätsvertrags, den das Spital Wallis unterzeichnet hat. Für die Messung dieses Indikators haben die Daten der medizinischen Statistik der Spitäler als Grundlage gedient. Die Berechnung des Indikators erfolgt mit der Methode SQLape. Jedes Jahr wird SQLape mit den neuen Codes ICD-10 und CHOP ergänzt, damit es an die Änderungen der Codierung des Bundesamts für Statistik (BFS) angepasst ist.

Als potenziell vermeidbare Wiederaufnahme gilt jede nicht vorgesehene Wiederaufnahme, die innert 30 Tagen nach dem Austritt erfolgt und im Zusammenhang mit einer Diagnose steht, die bereits bei der vorherigen Hospitalisierung bestanden hat und damals nicht vorhersehbar gewesen ist.

Die beobachtete Rate in einem bestimmten Spital wird mit der erwarteten Rate für dieses Spital verglichen. Dabei werden die Ergebnisse der übrigen Spitäler zugrunde gelegt, die an das Risikoprofil des betreffenden Spitals angepasst werden. Insbesondere wird die Verteilung der Diagnosen, der Geschlechter und der Altersklassen berücksichtigt.

Wenn die beobachtete Rate unter der erwarteten Rate und unterhalb des Vertrauensintervalls liegt, ist das Ergebnis positiv (Score A). Wenn sie innerhalb des Vertrauensintervalls liegt, gilt sie als vergleichbar mit derjenigen der übrigen Spitäler und wird dem Score B zugeordnet. Wenn sie über der oberen Grenze des Vertrauensintervalls liegt, wird sie dem Score C zugeordnet.

Ergebnisse

Rate der potenziell vermeidbaren Wiederaufnahmen pro Spitalstandort (Daten 2012 und 2013)

Spitalstandort	Wiederaufnahmerate (nb)		Berücksichtigte Austritte (nb)		Beobachtete Rate (%)		Erwartete Rate % (Vertrauensintervall 95%)		Score	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Brig	83	95	1241	1270	6.69%	7.48%	5.21% (4.74-5.67)	5.75% (5.29-6.20)	C	C
Visp	228	246	6028	7225	3.78%	3.40%	4.14% (3.75-4.52)	4.33% (3.98-4.68)	B	A
Siders	140	163	2587	3270	5.41%	4.98%	5.33% (4.83-5.82)	5.5% (5.07-5.92)	B	A
Sitten	395	487	8920	10651	4.43%	4.57%	4.3% (3.90-4.71)	4.57% (4.21-4.94)	B	B
Martinach	141	146	2110	2988	6.68%	4.89%	5.82% (5.29-6.36)	5.96% (5.51-6.41)	C	A

Die beobachtete Rate für die Spitalstandorte liegt, mit Ausnahme des Standorts Brig, innerhalb oder unterhalb des Vertrauensintervalls von 95% der erwarteten Werte. Die Ergebnisse von 2013 zeigen für die Standorte Visp, Siders und Martinach eine leichte Verbesserung gegenüber den-

jenigen von 2012. An den Standorten Brig und Sitten ist eine leichte Erhöhung der beobachteten Rate festzustellen.

Rate potenziell vermeidbarer Reoperationen

Dieser Indikator erfasst die Reoperationen, die als potenziell vermeidbar gelten und folgende drei Kriterien erfüllen:

- Zusammenhang mit der Körperstelle, die beim vorangehenden Eingriff operiert wurde;
- zum Zeitpunkt des vorangehenden Eingriffs nicht vorhersehbar;
- erfolgt im Rahmen derselben Hospitalisation wie der vorangehende Eingriff oder ist mit einer chirurgischen Komplikation verbunden.

Eingriffe «ohne Verletzung der Haut oder der Schleimhaut» (z.B. Entfernung eines Fremdkörpers), «Eingriffe mit diagnostischem Ziel» (z.B. Biopsie oder Arthroskopie ohne Intervention) sowie «ambulant vorgenommene Eingriffe» werden nicht berücksichtigt.

Externe (d.h. in einem anderen Spital durchgeführte) Reoperationen werden für die Berechnung der Rate poten-

ziell vermeidbarer Reoperationen ebenfalls nicht berücksichtigt, da nur Reoperationen betrachtet werden, die im Rahmen derselben Hospitalisation erfolgen. Wenn ein Patient für eine Reoperation in ein anderes Spital aufgenommen wird, erkennt der Algorithmus diesen Fall trotzdem als potenziell vermeidbare Rehospitalisation in Bezug auf das erste Spital.

SQLape berechnet für jedes Spital die erwartete Rate unter Berücksichtigung des Vertrauensintervalls. Grundlage dafür bilden die beobachteten Raten von Spitälern, deren Patientenpopulationen bezüglich Diagnosen, Operationen, Einlieferungsart (notfallmässig oder geplant), vorangehende Hospitalisationen sowie Alters- und Geschlechterstruktur vergleichbar sind. Die beobachtete Rate kann so mit einer erwarteten Rate verglichen werden, die auf der Grundlage von über 3 Millionen Hospitalisationen in über 200 Schweizer Spitälern zwischen 2007 und 2011 berechnet worden ist.

Ergebnisse

Rate der potenziell vermeidbaren Reoperationen pro Spitalstandort (Daten 2012 und 2013)

Spitalstandort	Zahl der Reoperationen		Berücksichtigte Operationen (nb)		Beobachtete Rate (%)		Erwartete Rate % (Vertrauensintervall 95%)		Score	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Brig	19	22	1165	922	1.63%	2.39%	2.22% (1.95-2.50)	2.06 (1.85-2.28)	A	C
Visp	51	59	3487	3628	1.46%	1.60%	2.37% (2.07-2.66)	2.46 (2.22-2.71)	A	A
Siders	19	29	1589	1739	1.20%	1.67%	2.29% (1.93-2.65)	2.58 (2.25-2.90)	A	A
Sitten	240	251	6727	6706	3.57%	3.74%	3.28% (2.92-3.65)	3.7 (3.36-4.04)	B	B
Martinach	19	26	1273	1351	1.49%	1.92%	2.32% (2.05-2.59)	2.5 (2.24-2.76)	A	A

Die Ergebnisse 2013 zeigen für alle Standorte eine leichte Erhöhung der beobachteten Rate. Mit Ausnahme des Standorts Brig bleiben sie jedoch innerhalb oder unterhalb des Vertrauensintervalls von 95% der erwarteten Werte. Für die Gesamtheit des Spital Wallis können die Ergebnisse als gut betrachtet werden.

Bei der Interpretation einer Veränderung der beobachteten Rate von einem Jahr zum andern muss die Grösse des Kollektivs berücksichtigt werden. Eine geringe Erhöhung der Zahl der Reoperationen (zum Beispiel 3 zusätzliche Operationen im Spital Brig) kann zu einer starken Erhöhung der beobachteten Rate führen (zum Beispiel von 1.63 auf 2.39 im Spital Brig).

6.3.3 Nosokomiale Infektionen

Nosokomiale Infektionen (im Rahmen der medizinischen Behandlung übertragene Infektionen) sind eine klassische Komplikation bei Spitalaufenthalt. Sie stellen ein bedeutendes Problem des öffentlichen Gesundheitswesens in Bezug auf Mortalität, Morbidität und Kosten dar. Auch wenn sich nosokomiale Infektionen aufgrund der Risiken im Zusammenhang mit den Patienten und den medizinischen Interventionen nicht gänzlich verhindern lassen, können sie durch Präventions- und Überwachungsmaßnahmen teilweise vermieden werden.

Die Abteilung Infektionskrankheiten des Zentralinstituts (ZIWS) beobachtet die Indikatoren der nosokomialen Infektionen am Spital Wallis seit 1998. Die Indikatoren beziehen sich einerseits auf die Ergebnisse (Prävalenzmessungen, Inzidenz von postoperativen Wundinfektionen und Bakteriämien), andererseits auf die Abläufe (Handhygiene der Mitarbeitenden und Einsatz von Antibiotika).

6.3.3.1 Inzidenz von postoperativen Wundinfektionen

Die postoperativen Wundinfektionen (Infektionen der Operationswunden) gehören zu den häufigsten nosokomialen Infektionen. Es handelt sich um Infektionen, die innerhalb eines Monats nach einem chirurgischen Eingriff (oder innerhalb eines Jahres bei Implantaten oder Fremdkörpern) an der Inzisionsstelle, an dem vom Eingriff betroffenen Organ oder in der vom chirurgischen Eingriff betroffenen Körperhöhle auftreten.

Die Methode, die für diese Überwachung von der Abteilung Infektionskrankheiten des ZIWS benutzt wird, basiert auf der Methode des amerikanischen Programms «National Nosocomial Infection Surveillance» (NNIS) und wird auf der Homepage von Swisssnoso (www.swisssnoso.ch) beschrieben. Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) wird diese Ergebnisse in nächster Zeit veröffentlichen.

Ergebnisse

Entwicklung der Infektionsrate und der standardisierten Infektionsrate (SIR)

Behandlung	Spitalzentrum	2011-2012					2013				
		Operationen	Anzahl Infektionen %	IC 95%	SIR	IC 95%	Operationen	Anzahl Infektionen %	IC 95%	SIR	IC 95%
Blinddarmentfernungen > = 16 Jahre	CHVR	170	7.6%	4.1-12.7	1.98	1.1-3.4%	111	11.7%	6.4-19.2	3.13	1.7-5.4
	SZO	70	1.4%	0-7.7	0.3	0-1.7%	54	0.0%	0-6.6	-	-
Blinddarmentfernungen < = 16 Jahre	CHVR	51	2.0%	0-10.4	0.33	0-1.8%	20	5.0%	0.1-24.9	0.83	0-4.6
	SZO	23	0.0%	0-14.8	-	-	11	0.0%	0-28.5	-	-
Gallenblasentfernungen	CHVR	212	3.3%	1.3-6.7	1.13	0.5-2.3%	192	4.7%	2.2-8.7	1.91	0.9-3.6
	SZO	97	1.0%	0-5.6	0.45	0-2.5%	102	1.0%	0-5.3	0.4	0-2.2%
Hernienoperationen > = 16 Jahre	CHVR	140	4.3%	1.6-9.1	3.21	1.2-7%	156	3.2%	1.0-7.3	3.87	1.2-9.0
	SZO	168	3.0%	1.0-6.8	2.5	0.8-5.8%	126	0.8%	0-4.3	0.83	0-4.6
Hernienoperationen < = 16 Jahre	CHVR	28	0.0%	0-12.3	-	-	16	0.0%	0-20.6	-	-
	SZO	7	0.0%	0-4.1	-	-	5	0.0%	0-52.2	-	-
Operationen am Dickarm	CHVR	113	17.7%	11.2-26.0	1.4	0.9-2.2%	71	23.9%	14.6-35.5	1.56	0.9-2.5
	SZO	101	21.8%	14.2-31.1	1.89	1.2-2.9%	63	22.2%	12.7-34.5	1.72	0.9-2.9
Herzchirurgie	CHVR	-	-	-	-	-	46	17.4%	7.8-31.4	4.01	1.7-7.9
	SZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koronararterien Bypassoperation	CHVR	-	-	-	-	-	18	11.1%	1.4-34.7	2.14	0.2-7.7
	SZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hüft-Prothese	CHVR	92	4.3%	1.2-10.8	2.64	0.7-6.8%	82	2.4%	0.3-8.5	1.97	0.2-7.1
	SZO	16	0.0%	0-20.6	-	-	116	0.0%	0-3.1	-	-
Knie-Prothese	CHVR	41	0.0%	0-8.6	-	-	57	1.8%	0-9.4	1.64	0-9.1%
	SZO	14	7.1%	0.2-33.9	5.08	0.1-28.3%	98	3.1%	0.6-8.7	3.3	0.7-9.6%

§1 – SIR:

Rate der beobachteten Infektionen in Bezug zur Rate der erwarteten Infektionen. Die SIR ist ein Beispiel einer indirekten Standardisierung, bei der die Zahl der beobachteten Infektionen durch die Zahl der erwarteten Infektionen geteilt wird.

In den im Folgenden vorgestellten **beobachteten Infektionsraten** werden die verschiedenen Faktoren, die auf unterschiedliche Weise das Auftreten einer postoperativen Wundinfektion im Spital beeinflussen könnten, nicht berücksichtigt. Auch wenn die Vertrauensintervalle zu 95% (IC 95%) ziemlich weit gespannt sind und darauf hinweisen, dass die Variationen zwischen den Jahren 2011-12 und 2013 oft potenziell dem Zufall zu verdanken sind, ist doch eine Erhöhung der Rate für die Dickdarmoperation im SZO und für die Blinddarmoperation, die Gallenblasenentfernung, die Dickdarmoperation und die Knieprothesen im CHVR zu beobachten. Die Raten sinken für die Blinddarmoperation, die Hernienoperation und die Knieprothesen im SZO und für die Hernienoperation und die Hüftprothesen im CHVR.

Wie die SMR für die Mortalität (siehe 6.3.1), stellt die **SIR (standardisierte Infektionsrate)** den Bezug zwischen den Beobachtungen im betreffenden Spital und den Erwartun-

gen her. Dabei werden dessen Risikokategorien, aber auch die Beobachtungen in anderen Spitälern für dieselben Risikokategorien, berücksichtigt. Eine SIR mit 1 bedeutet, dass das Spital sich nicht von den Spitälern unterscheidet, mit denen es verglichen wird. Eine SIR über oder unter 1 bedeutet, dass sich das Spital nach oben (mehr Infektionen als erwartet) oder nach unten (weniger Infektionen als erwartet) von den anderen Spitälern unterscheidet. Wenn die untere Grenze des Vertrauensintervalls der SIR (95%) höher ist als 1, gilt die Abweichung nach oben gegenüber den anderen Spitälern als statistisch signifikant. 2013 ist dies der Fall für die Blinddarmoperation, die Hernienoperation und die Herzchirurgie im CHVR.

Diese Ergebnisse werden jedes Jahr den Direktionen der Spitalzentren, deren Kommissionen für Krankenhaushygiene und den Chirurgen mitgeteilt, damit sie gegebenenfalls Präventionsmassnahmen ergreifen und allfällige Korrekturen vornehmen können.



6.3.3.2 Inzidenz von nosokomialen Bakteriämien

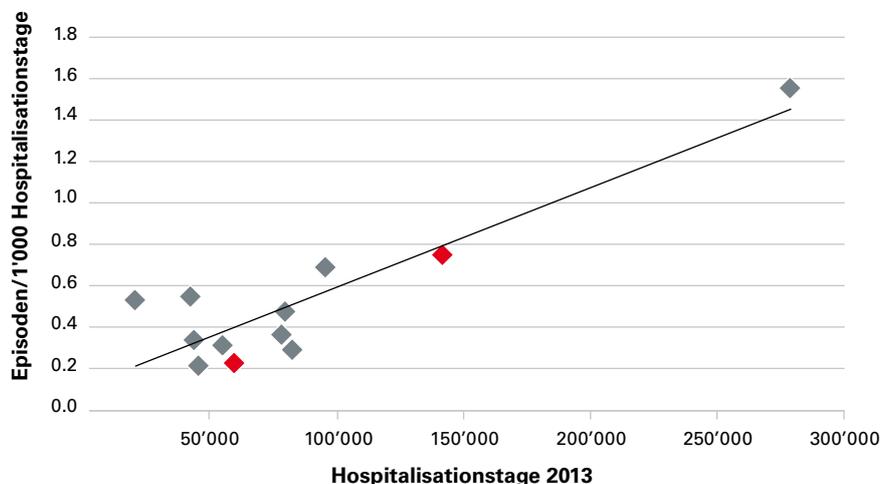
Unter einer Bakteriämie versteht man das Vorhandensein von Bakterien im Blut. Sie kann eine Folge spitalexterner, aber auch spitalinterner (also nosokomialer) Infektionen sein.

Die Abteilung Infektionskrankheiten des ZIWS führt die Überwachung der Bakteriämien auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse des mikrobiologischen Labors durch. Diese Untersuchung wird in den Walliser Spitälern seit Februar 2002 durchgeführt. Die folgenden Ergebnisse

für das CHVR und das SZO beziehen sich auf den Zeitraum vom 1. Januar 2007 bis zum 31. Dezember 2013. Sie werden mit den Ergebnissen anderer Westschweizer Spitäler verglichen, die mit einem ähnlichen Überwachungssystem arbeiten. Es werden nur die Patienten der somatischen Akutpflege berücksichtigt. Patienten der Geriatrie, Rehabilitation und Psychiatrie erscheinen in dieser Statistik nicht. Die Episoden der nosokomialen Bakteriämien werden pro 1'000 Hospitalisationstage berechnet.

Ergebnisse

Korrelation zwischen der Tätigkeit im Jahr 2013 (anhand der Anzahl Hospitalisationstage von 12 Westschweizer Spitälern) und der Inzidenz der nosokomialen Bakteriämien (CHVR und SZO in Rot)



Grössere Spitäler (ihre Grösse spiegelt sich in obiger Grafik in der Zahl der Hospitalisationstage pro Jahr wider) haben meistens eine höhere Inzidenz von nosokomialen Bakteriämien als kleinere Spitäler. Dies lässt sich mit der Art der Tätigkeiten und dem Schweregrad der Fälle in grösseren Spitälern erklären.

Das SZO und das CHVR befinden sich in der obigen Grafik an der Stelle, die der Grösse der Zentren entspricht.

6.3.3.3 Überwachung von multiresistenten Bakterien (MRB)

Multiresistente Bakterien (MRB) stellen in der ganzen Welt ein Gesundheitsproblem dar. Sie sind immer häufiger für Infektionen verantwortlich und es stehen immer weniger wirksame Antibiotika zur Verfügung, um sie zu bekämpfen. Traten sie früher besonders bei hospitalisierten Patienten auf, haben in letzter Zeit einige dieser MRB auch bei Personen ohne Spitalkontakt zu Infektionen geführt.

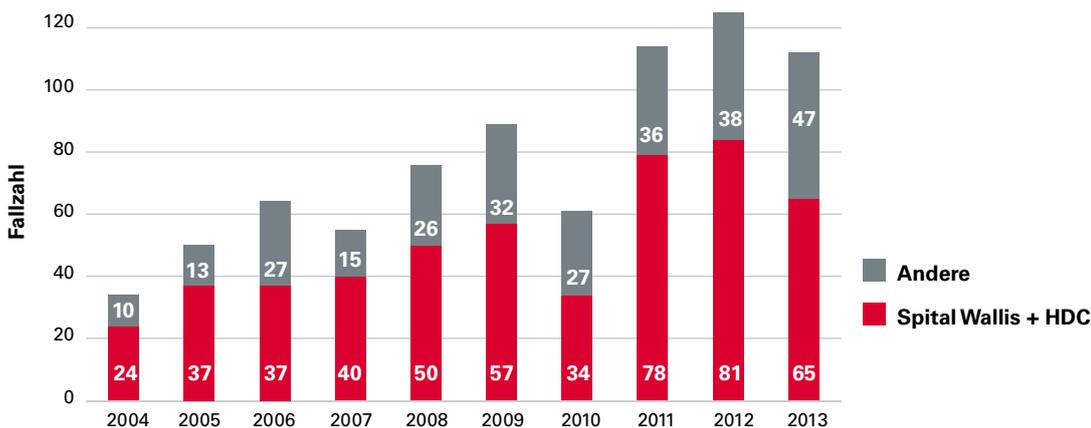
Mehrere dieser MRB stehen unter der prospektiven Überwachung der Abteilung Infektionskrankheiten des ZIWS. Es handelt sich insbesondere um die multiresistenten Staphylococcus-aureus-Bakterien (MRSA) und die Clostridium difficile-Bakterien, die bei antibiotikabehandelten Patienten zu einer schweren Durchfallerkrankung führen

können. Wenn bei einem Patienten solche Bakterien nachgewiesen werden, wird ein Alarm ausgelöst. Der Patient wird isoliert, eine epidemiologische Untersuchung wird angeordnet und eine spezifische Behandlung in Gang gesetzt.

Die folgenden Grafiken zeigen auf, wie viele Patienten pro Jahr neu von MRSA und Clostridium difficile befallen werden. Sie basieren auf den Analysen des Labors für Infektionskrankheiten des ZIWS. Dieses Labor kümmert sich um sämtliche mikrobiologischen Analysen des Spital Wallis und teilweise auch um spitalexterne mikrobiologische Analysen, z.B. für sozialmedizinische Einrichtungen oder private Arztpraxen.

Ergebnisse

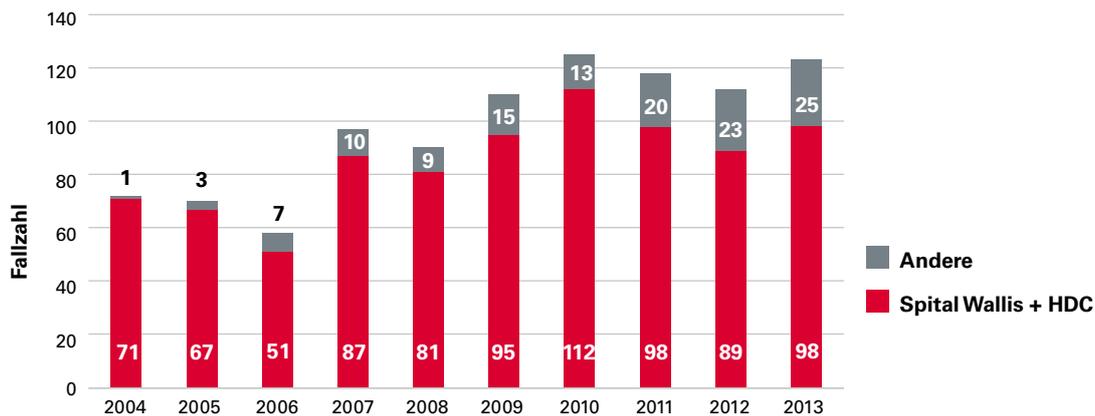
Entwicklung der Anzahl Patienten, die im Wallis jährlich neu von multiresistenten Staphylococcus-aureus-Bakterien (MRSA) befallen werden



HVS + HDC: Spital Wallis + Hôpital du Chablais
Andere: Reha-Zentrum SUVA, APH, SMZ, Arztpraxen (Meldepflicht für Walliser Labors)

Ergebnisse

Entwicklung der Anzahl Patienten, die im Wallis jährlich neu von Clostridium difficile befallen werden:



HVS + HDC: Spital Wallis + Hôpital du Chablais

Andere: Reha-Zentrum SUVA, APH, SMZ, Arztpraxen (nicht vollständige Erhebung)

Grossmehrerheitlich stehen die einzelnen Fälle nicht miteinander in Verbindung, was für die Effizienz der ergriffenen Massnahmen spricht, insbesondere im Bereich der Patien-

tenisolierung, die für das Pflegepersonal immer einen sehr grossen Arbeitsaufwand darstellt.



6.3.3.4 Einsatz von Antibiotika

Es besteht die Tendenz, Antibiotika häufiger als nötig einzusetzen, was zu resistenten Bakterien führen kann. Der Vergleich mit anderen Spitälern in diesem Bereich ist deshalb sinnvoll, um gegebenenfalls nötige Verbesserungsmaßnahmen vorzusehen.

Aufgrund von Massnahmen, die ab Ende der 1990er-Jahre von der Apotheke und der Abteilung Infektionskrankheiten des ZIWS ergriffen wurden, wird der Verbrauch von Antibiotika im Spital Wallis (somatische Akutpflege) im Rahmen eines Programms des Schweizerischen Zentrums für Antibiotikaresistenzen (ANRESIS) erfasst. Der Verbrauch wird mit der Anzahl Tagesdosen auf 100 Hospitalisationstage angegeben. Für jedes Antibiotikum gibt es eine international festgelegte standardisierte Tagesdosis (Defined Daily Dose – DDD).

Globaler Einsatz in Spitälern mit vergleichbarer Grösse (2012)

Tabelle 1: Jeder vertikale Balken stellt ein kleines Spital dar (weniger als 200 Betten in der somatischen Akutpflege), das sich an der Überwachung beteiligt hat. Der Durchschnitt für diese Grösse von Spitälern ist durch den roten vertikalen Balken dargestellt und das Spitalzentrum Oberwallis durch den blauen vertikalen Balken.

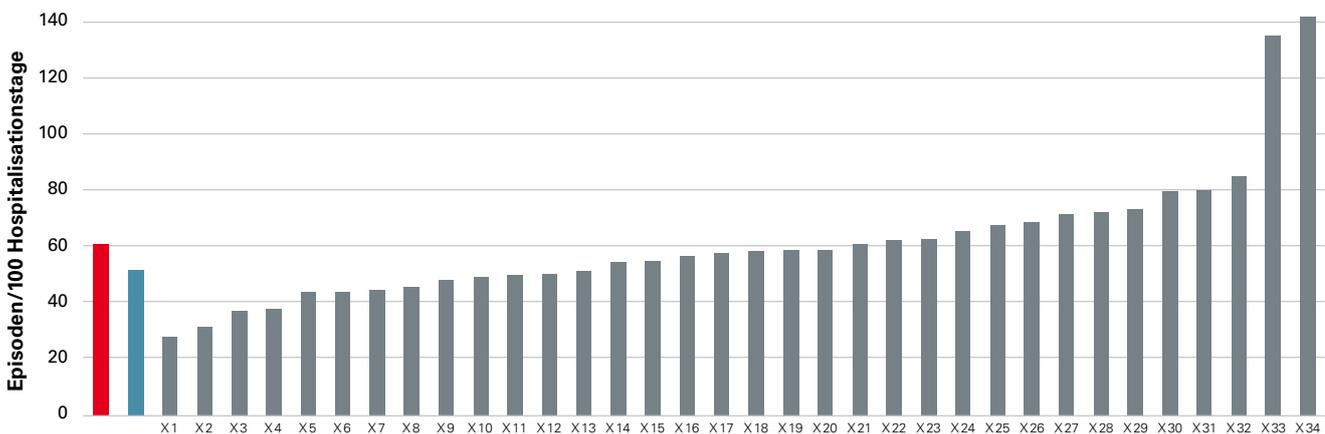
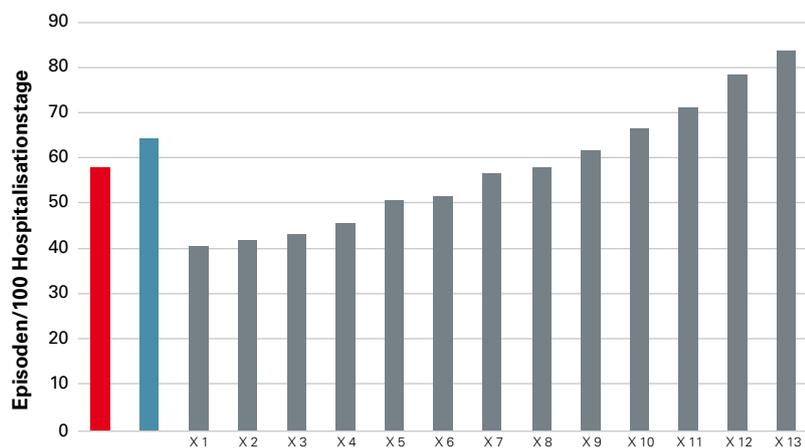


Tabelle 2: Jeder vertikale Balken stellt ein mittelgrosses Spital dar (200 bis 500 Betten in der somatischen Akutpflege), das sich an der Überwachung beteiligt hat. Der **Durchschnitt** für diese Grösse von Spitälern ist durch den **roten vertikalen Balken** dargestellt und das **Spitalzentrum des französischsprachigen Wallis** durch den **blauen vertikalen Balken**.



Diese Grafiken zeigen, dass der globale Einsatz von Antibiotika im SZO und im CHVR im Jahr 2012 ziemlich nahe beim Durchschnitt liegt.

Einsatz von Breitspektrum-Antibiotika (2012)

Die Grafiken zeigen den Einsatz der Breitspektrum-Antibiotika im Verhältnis zum gesamten Einsatz der Antibiotika. Als Breitspektrum-Antibiotika gelten diejenigen Antibiotika, die im Allgemeinen gegen gewisse gramnegative Bazillen wie *Pseudomonas aeruginosa* wirken (zum Beispiel: Aztreonam, Cefepim, Ceftazidim, Imipenem und Cilastatin, Meropenem, Piperacillin mit/ohne Enzyminhibitor).

Tabelle 1: Jeder vertikale Balken stellt ein kleines Spital dar (weniger als 200 Betten in der somatischen Akutpflege), das sich an der Überwachung beteiligt hat. Der Durchschnitt für diese Grösse von Spitälern ist durch den roten vertikalen Balken dargestellt und das Spitalzentrum Oberwallis durch den blauen vertikalen Balken.

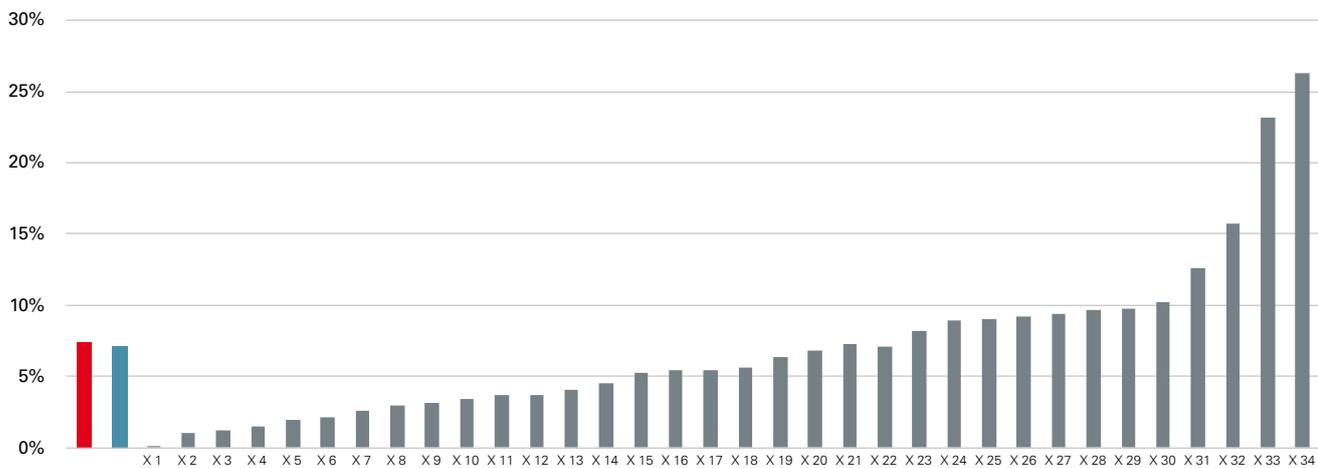
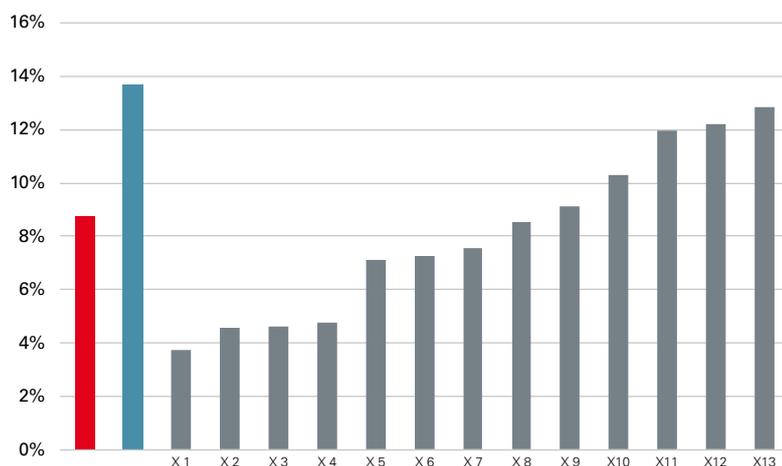


Tabelle 2: Jeder vertikale Balken stellt ein mittelgrosses Spital dar (200 bis 500 Betten in der somatischen Akutpflege), das sich an der Überwachung beteiligt hat. Der **Durchschnitt** für diese Grösse von Spitälern ist durch den **roten vertikalen Balken** dargestellt und das **Spitalzentrum des französischsprachigen Wallis** durch den **blauen vertikalen Balken**.



Während der Einsatz von Breitspektrum-Antibiotika im SZO nahe beim Durchschnitt liegt, übersteigt der Einsatz im CHVR den Durchschnitt.

Diese Ergebnisse werden jedes Jahr den medizinischen Direktionen und der Kommission für Krankenhaushygiene zur Weiterleitung an die Ärzte zugestellt. Dies ermöglicht auch, gegebenenfalls Korrekturmassnahmen zu ergreifen.

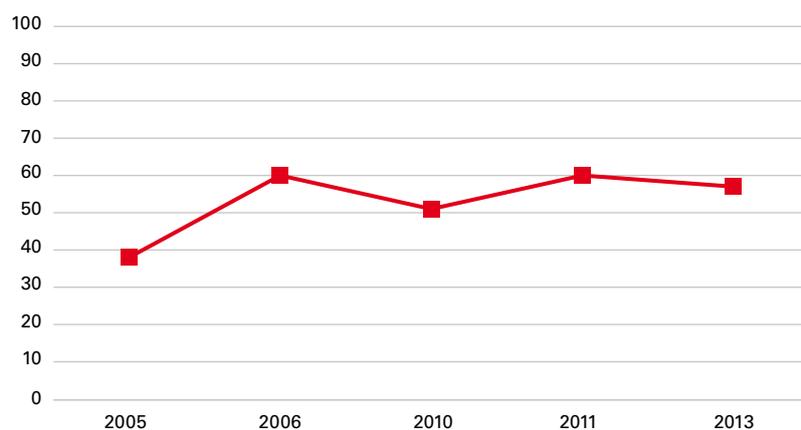


6.3.3.5 Handhygiene der Mitarbeitenden

Im Rahmen des Präventionsprogramms der Infektionen im Zusammenhang mit der Pflege im Spital Wallis hat die Abteilung Infektionskrankheiten des ZIWS im Mai 2013 in den verschiedenen Spitalstandorten eine Beobachtungskampagne (die 5. seit 2005) über die Handhygiene der Mitarbeitenden mit direktem Kontakt zu den Patienten durchgeführt. .

Ergebnisse

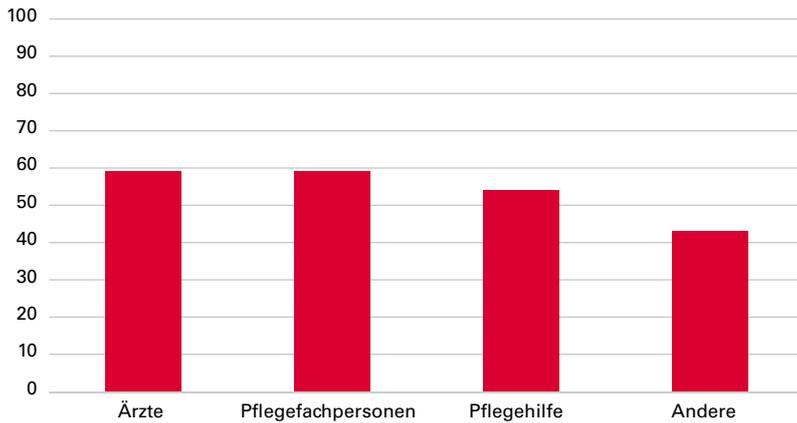
Entwicklung der Handhygiene zwischen 2005 und 2013**



** Das Hôpital du Chablais (Standorte Monthey und Aigle) ist bei den Beobachtungen 2013 nicht berücksichtigt.

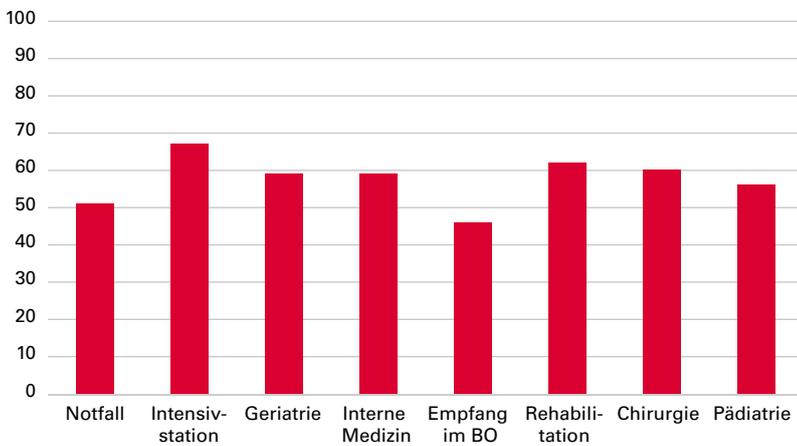
Ergebnisse 2013

Pro Berufskategorie (%)



Ergebnisse 2013

Pro Disziplin (%)



Die globale Rate der Handhygiene im Spital Wallis ist 2013 gegenüber 2011 etwas zurückgegangen (57% im Jahr 2013 gegen 60% im Jahr 2011). Die Details pro Disziplin zeigen, dass nur die Bereiche Notfallstation und Rehabilitation eine positive Entwicklung der Compliancerate der Handhygiene aufweisen (von 50 auf 51% für die Notfallstationen und von 52 auf 62% für die Rehabilitation). Die

Ergebnisse für das gesamte Spital Wallis variieren auch bei den Berufskategorien: 59% (Pflegehilfen und Pflegefachpersonen), 54% (Ärzte) und 43% (andere).

Im Frühling 2014 hat eine Informations- und Förderkampagne stattgefunden, gefolgt von neuen Massnahmen im Verlauf des Sommers.

6.3.4 Prävalenz von Dekubitus, Stürzen und Fixierungsmassnahmen

Dieser Indikator misst die Häufigkeit von Dekubitus, Stürzen und Fixierungsmassnahmen bei den zu einem bestimmten Zeitpunkt hospitalisierten Patienten (Prävalenzmessung). Er ist Teil des landesweiten ANQ-Messplans und basiert auf der Methode «International Prevalence measurement of Care problems, LPZ International».

Im Rahmen der Prävalenzmessung erfassen zwei Pflegefachpersonen bei sämtlichen Patienten neben allgemeinen Informationen auch demografische Daten, Diagnoseinformationen sowie Angaben zum Auftreten von Dekubitus, Stürzen und Fixierungsmassnahmen während der Hospitalisierung.

Prävalenz von Dekubitus

Unter einem Dekubitus versteht man ein «Druckgeschwür». Es entsteht, wenn bestimmte Körperstellen infolge übermässigen und längeren Drucks ungenügend mit Sauerstoff versorgt werden.

Ergebnisse

Prävalenz von Dekubitus 2011 – 2013, ANQ

	CH						SZO						CHVR						Spital Wallis						
	2011		2012		2013		2011		2012		2013		2011		2012		2013		2011		2012		2013		
	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%													
Anzahl Teilnehmer							170	176	159	381	363	549	551	539	708										
Prävalenz Dekubitus	-	9.3	-	7.6	-	8	13	9.9	10	7	11	9.6	54	14.7	40	11.02	64	11.66	67	12.16	50	9.28	75	10.59	
Prävalenz Dekubitus ohne Stufe 1	-	4	-	3.2	-	3.9	2	1.5	3	2.1	4	3.5	26	6.82	16	4.41	25	4.55	28	5.08	19	3.53	29	4.10	
Innerhalb des Spitals erworben (Stufe 1 einbegriffen)	-	5.7	-	4.3	-	4.8	5	4.4	8	5.6	9	6.8	32	8.40	20	5.51	39	7.10	37	6.72	28	5.19	48	6.78	

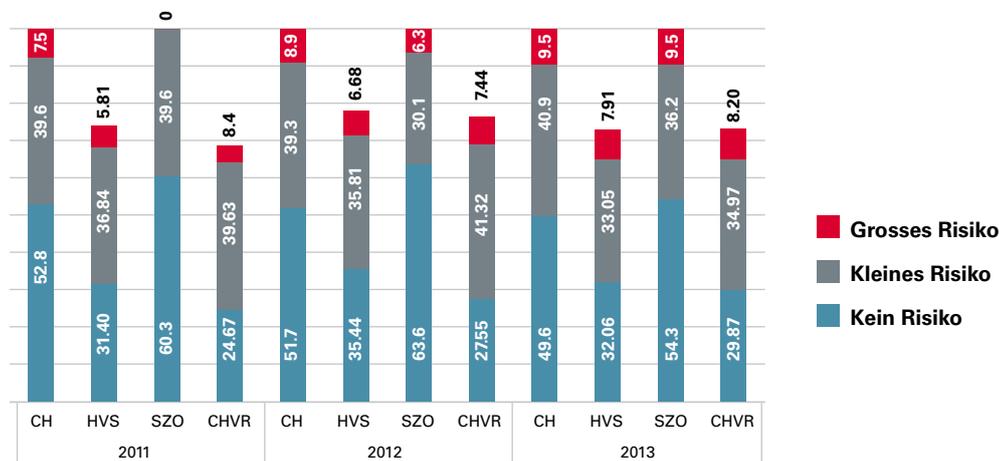
Die Prävalenzrate von Dekubitus beträgt für das Spital Wallis (2013), bei 708 betrachteten Patienten, 10.59%. Das bedeutet, dass von 100 hospitalisierten Patienten ungefähr 10 Patienten Anzeichen von Dekubitus aufweisen. Diese Rate sagt nichts über den Ursprung des Dekubitus aus (zu Hause, im APH, im Spital, usw.). Dekubitusgeschwüre können in vier Stufen eingeteilt werden:

- Stufe 1: nicht wegdrückbare Hautrötung.
- Stufe 2: Teilverlust der Haut: Epidermis bis hin zu Anteilen der Dermis sind geschädigt. Eine Variante dieser Hautschädigung sind Blut- oder Eiterblasen an den Füßen.
- Stufe 3: Nekrose: tiefe Wunde mit Absterben aller Hautschichten, oft einschliesslich des subkutanen Gewebes.

Stufe 4: Geschwür: grosses offenes Geschwür, oft als Folge eines Geschwürs der Stufe 3 nach Entfernung des abgestorbenen Gewebes.

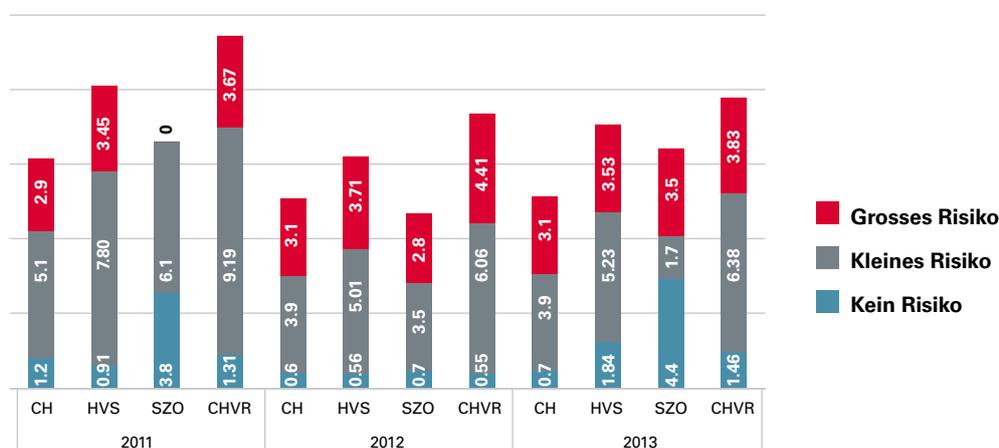
Klammert man die Dekubitusgeschwüre der Stufe 1 aus, beträgt die Prävalenzrate 4.1%. Die Prävalenzrate der nosokomialen Dekubitusfälle (d.h. im Spital erworben) liegt bei 6.78%. Damit situiert sich das Spital Wallis leicht oberhalb des gesamtschweizerischen Durchschnitts. Ab 2014 wird eine Arbeitsgruppe den Präventionsstandard von Dekubitus aktualisieren und vereinheitlichen.

Patientinnen und Patienten mit Dekubitusrisiko 2011– 2013, ANQ nationaler Durchschnitt - Spital Wallis (HVS) - SZO - CHVR, in %



Zur Evaluation des Dekubitusrisikos wird die Braden-Skala benutzt. Die folgende Grafik zeigt den Anteil an Patienten, bei denen ein hohes, ein geringes oder kein Dekubitusrisiko festgestellt worden ist. Die Prävalenz von Dekubitus bei den Risikopatienten wird im Folgenden vorgestellt.

**Prävalenz von Dekubitus bei Risikopatienten 2011– 2013,
ANQ nationaler Durchschnitt - Spital Wallis (HVS) - SZO - CHVR, in %**



Diese Prävalenzmessung ist von der Idee her interessant, jedoch sehr personalintensiv. Sie hat zudem mehrere Schwachpunkte:

- Die Übergabe der Ergebnisse durch den ANQ erfolgt relativ spät, was die praktische Nutzung erschwert.
- Die Methode und die Module entwickeln sich von Jahr zu Jahr weiter.
- Es kann im Hinblick auf Vergleiche zwischen Spitälern problematisch sein, wenn die Messungen des Dekubitus und der Stürze nicht in allen Spitälern gleich gründlich durchgeführt werden.

Prävalenz der Stürze

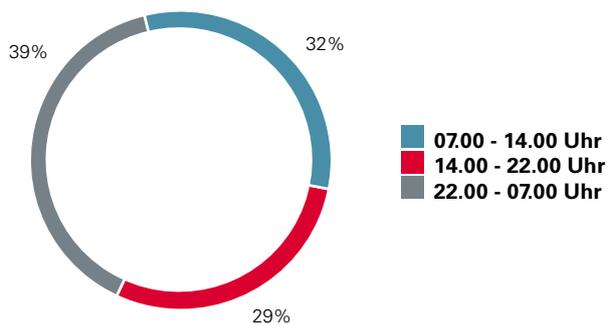
Stürze – insbesondere von älteren Patienten – stellen eine der häufigsten Komplikationen im Spital dar und können schwere Folgen nach sich ziehen.

	CH			SZO						CHVR						Spital Wallis															
	2011			2012			2013			2011			2012			2013			2011			2012			2013						
	%	%	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%	nb	%						
Anzahl Teilnehmer				170			176			159			381			363			549			551			539			708			
Anzahl Stürze	1066	1433	1547	37			27			23			68			58			91			105	1066	85	1433	114	1547				
Sturzindex der letzten 30 Tage vor der Messung	Keiner	80.7	81.6	78.9	93	54.71	114	64.77	93	58.49	207	54.33	214	58.95	309	56.28	300	54.45	328	60.85	402	56.78									
	1x	14.9	14.6	15.5	28	16.47	19	10.80	20	12.58	53	13.91	47	12.95	73	13.30	81	14.70	66	12.24	93	13.14									
	2x	2.2	2.4	2.1	6	3.53	5	2.84	1	0.63	8	2.10	8	2.20	8	1.46	14	2.54	13	2.41	9	1.27									
	3x	0.8	0.6	0.7	0	0.00	1	0.57	0	0.00	2	0.52	2	0.55	5	0.91	2	0.36	3	0.56	5	0.71									
	>3x	1.1	1	1	3	1.76	2	1.14	2	1.26	5	1.31	1	0.28	5	0.91	8	1.45	3	0.56	7	0.99									
	Unbekannt	1.8	1.8	1.8	1	0.59	2	1.14	0	0.00	2	0.52	5	1.38	1	0.18	3	0.54	7	1.30	1	0.14									
Letzter Sturz während des aktuellen Spitalaufenthalts	4.3	4.2	4.2	5	2.94	9	5.11	3	1.89	36	9.45	35	9.64	34	6.19	41	7.44	44	8.16	37	5.23										

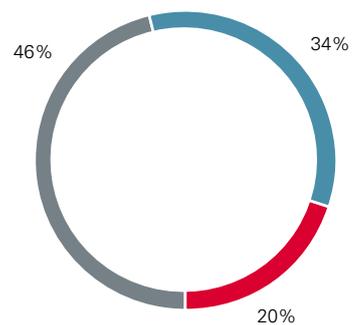
Von den 708 erfassten Patienten ist es bei 37 zu einem Sturz im Spital gekommen. In den meisten Fällen (92%) hat er nur geringfügige Verletzungen verursacht. Bei zwei Personen hat der Sturz zu mittelschweren, bei einer Person zu eher schweren Verletzungen geführt. Keiner der Stürze während der Hospitalisierung hat zu einem Knochenbruch geführt. Die meisten Stürze ereignen sich zu den Zeiten, an denen am wenigsten Personal anwesend ist, nämlich am Abend und in der Nacht (siehe folgende Grafiken).

Verteilung der Stürze auf die Tages- und Nachtzeiten innerhalb des Spital Wallis und im nationalen Durchschnitt

Nationalen Durchschnitt

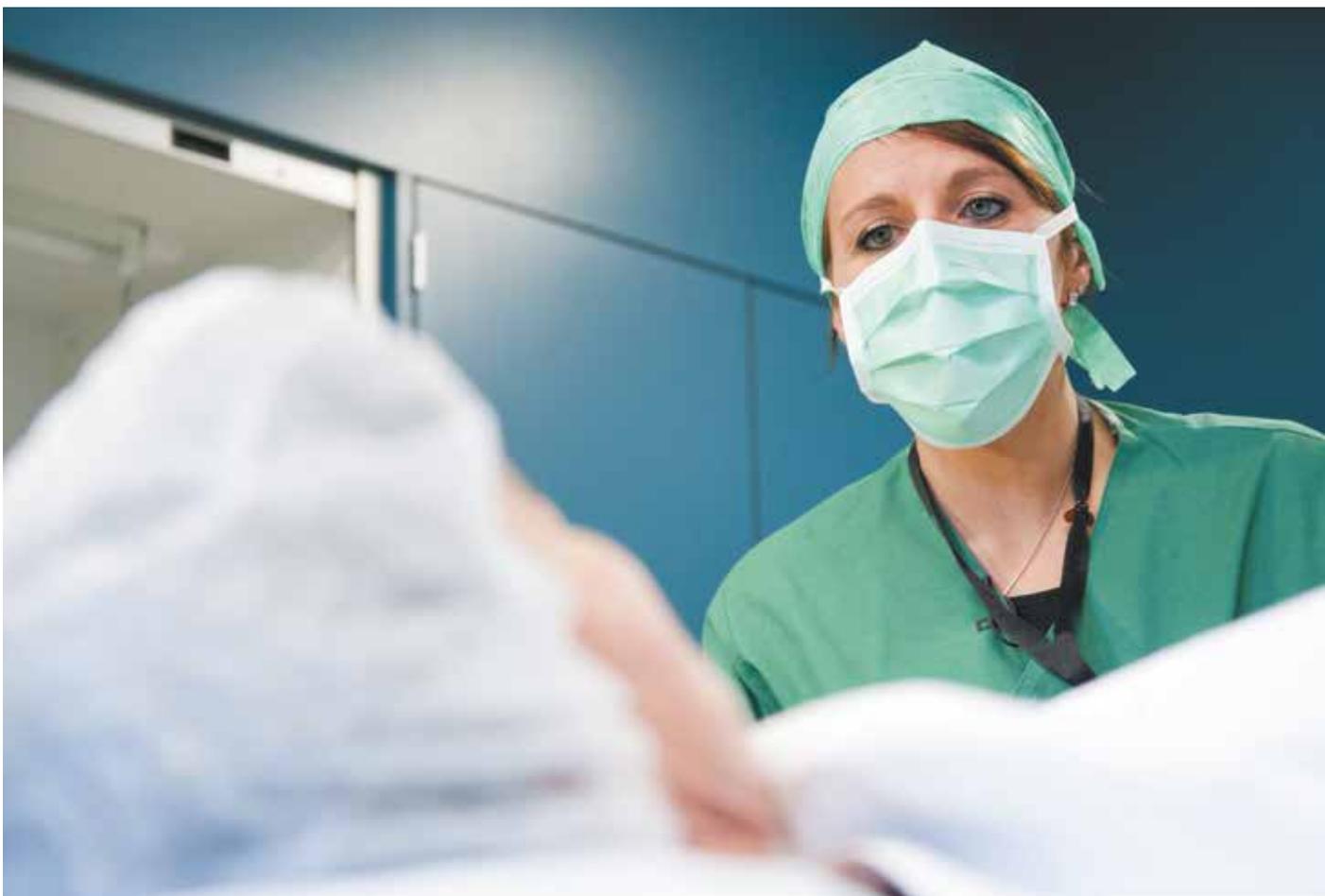


Spital Wallis



Um Stürze von Risikopatienten zu vermeiden oder die Sicherheit von Patienten, die bereits einmal gestürzt sind, zu gewährleisten, sind mehrere Präventionsmassnahmen umgesetzt worden, wie zum Beispiel Übungen und Trai-

ning, Begleitung des Patienten bei Verschiebungen, Evaluation der benutzten Hilfsmittel und Schuhe, Überwachung, Information des Patienten und Anpassung der Umgebung.



6.3.5 Das Eintritts- und Austrittsverfahren des Patienten verbessern

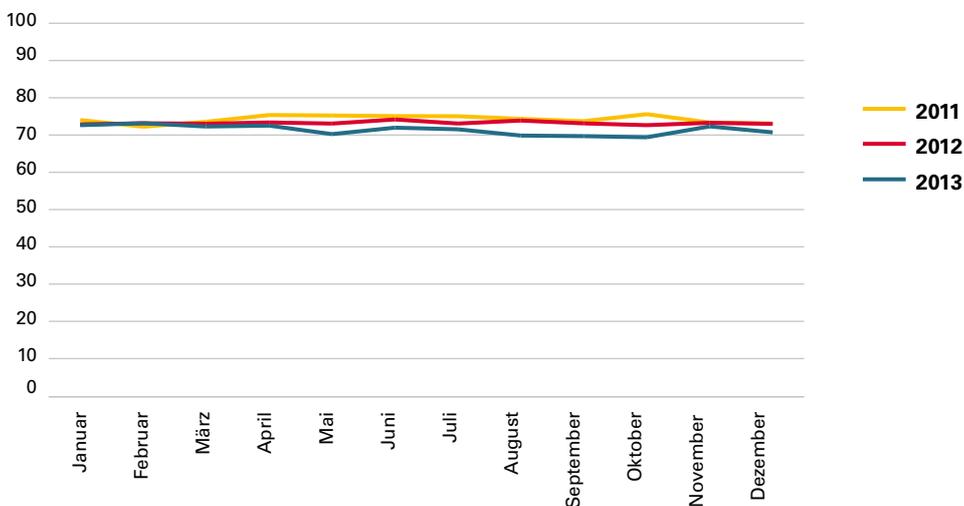
Den Eintritt des Patienten optimieren

Ein im Spital aufgenommener Patient muss rasch einer ärztlichen und pflegerischen Beurteilung zugeführt werden. Diese Evaluation muss schriftlich festgehalten werden, damit die Ärzte und Pflegenden, die sich im Anschluss um den Patienten kümmern (zum Beispiel Nacht- oder Wochenendschicht), über die nötigen Informationen verfügen. Aufgrund der Bedeutung dieser schriftlichen Beur-

teilung ist ein Indikator geschaffen worden: der Anteil der vollständigen Patientendossiers innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme des Patienten. Mit der Einführung von SwissDRG hat dieser Indikator weiter an Bedeutung gewonnen (Planung des Aufenthalts und der weiteren Betreuung).

Ergebnisse

Anteil (%) der vollständigen Patientendossiers innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme des Patienten 2011- 2013, Spital Wallis



Im Jahre 2013 hat für 70 bis 75% der ins Spital Wallis eingelieferten Patienten innerhalb von 24 Stunden ein vollständiges Patientendossier vorgelegen.

Dieser Indikator wird in allen Departementen des Spital Wallis regelmässig überprüft. Er kann zu anderen wichti-

gen Daten in Beziehung gesetzt werden, z.B. zur Zeit, die vergeht, bis der behandelnde Hausarzt die Austrittsmeldung oder die Codierungsabteilung das Patientendossier erhält. Diese Indikatoren werden auch im MIS (Management Information System) überwacht.

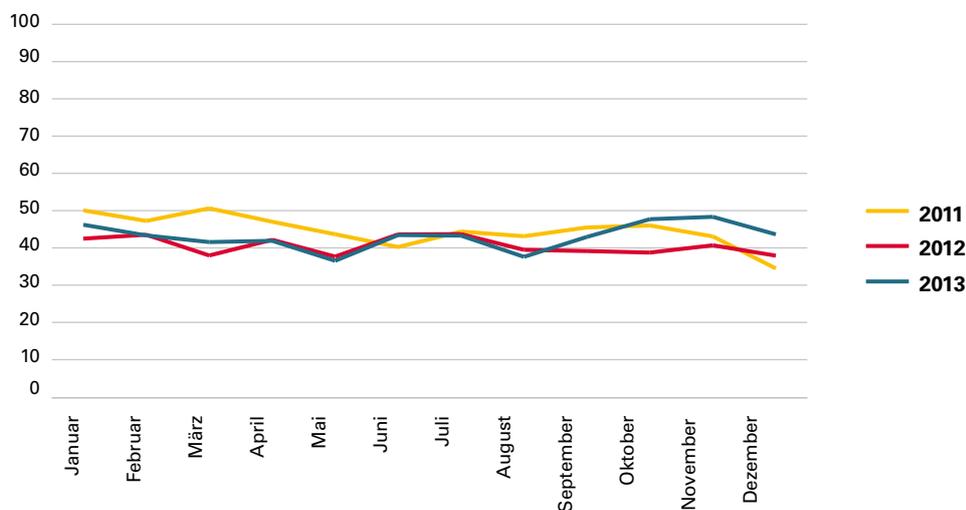
Den Austritt des Patienten optimieren

Der Spitalaufenthalt stellt eine Etappe des Pflegeverlaufs des Patienten dar. Der Austritt des Patienten muss deshalb sehr gut organisiert sein, damit die weitere Betreuung optimiert werden kann. So wird auch das Risiko einer nicht geplanten Wiederaufnahme und damit gleichzeitig die Zahl der unzweckmässigen Hospitalisationstage und ambulan-

ten Sprechstunden verringert. Das bedingt eine Echtzeit-Information des Hausarztes und der externen Partner über die ausgeführten Tätigkeiten und die verordnete Behandlung. In diesem Rahmen ist der Indikator «Anteil der Dossiers mit Einhaltung der Übermittlungsfrist des Austrittsberichts < 15 Tage» entwickelt worden.

Ergebnisse

Anteil (%) der Dossiers mit Übermittlungsfrist des Austrittsberichts < 15 Tage 2011- 2013, Spital Wallis



Im Jahr 2013 ist der Austrittsbericht in 35 bis 50% der Fälle innerhalb von 15 Tagen nach dem Austritt des Patienten aus dem Spital Wallis übermittelt worden.

Dieser Indikator wird in allen Departementen des Spital Wallis regelmässig überprüft. Er kann zu anderen wich-

tigen Daten in Beziehung gesetzt werden, zum Beispiel zur Übermittlungsfrist des Patientendossiers an die Codierungsabteilung. Diese Indikatoren werden auch im MIS (Management Information System) überwacht.

6.3.6 Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie

Seit dem 1. Juli 2012 beteiligen sich die psychiatrischen Institutionen an der Qualitätserhebung vorgegebener Daten. Diese Erhebung erfolgt mit Hilfe von Instrumenten, Fristen und Messmethoden, die vom ANQ festgelegt werden.

Das Hauptziel besteht in der Bildung einer Datenbank zuhanden der Patienten, der Investoren und der breiten Öffentlichkeit. Sie ermöglicht die Evaluation der Ergebnisse der Erhebung in Bezug auf die Bedeutung der Symptome (HoNOS und BSCL), verschiedener soziodemografischer Daten über die Patienten (Grunddaten BFS und zusätzliche psychiatrische Daten BFS) sowie der freiheitseinschränkenden Massnahmen im Rahmen eines nationalen Vergleichs der Psychiatriespitäler. Die in diesem Bericht vorgestellten

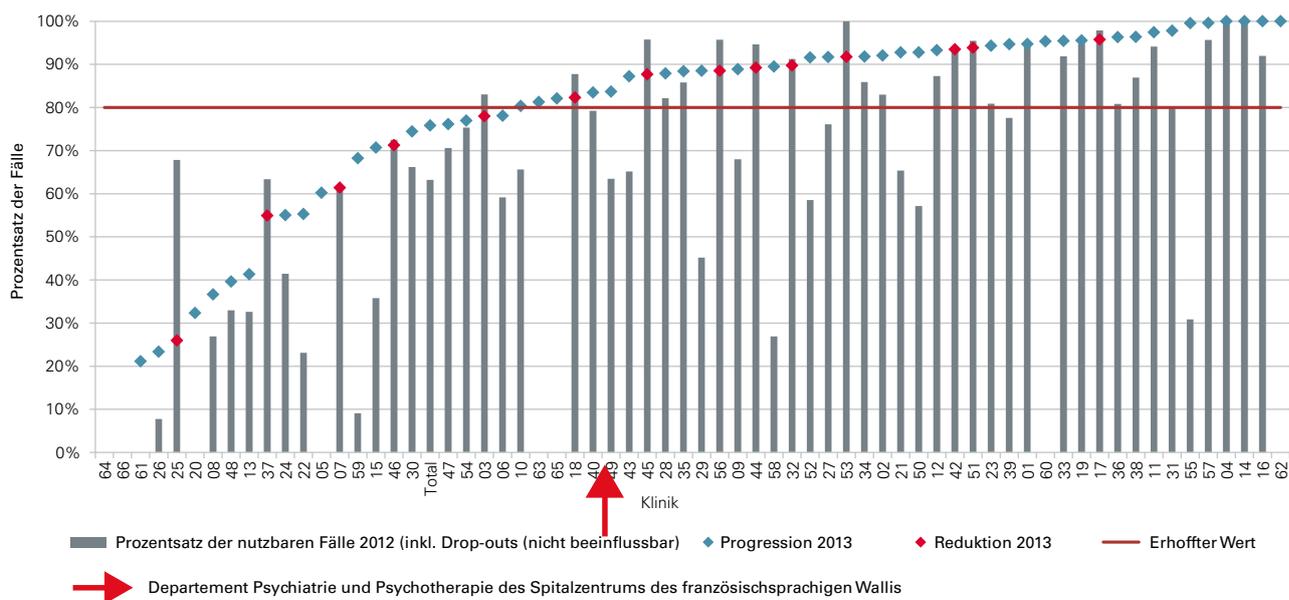
Ergebnisse betreffen den stationären Bereich der Erwachsenen und Betagten.

Die Messungen erfolgen mit Hilfe der Instrumente HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale) und BSCL (Brief Symptom Checklist). Es handelt sich um Daten über die Bedeutung der Symptome, die einerseits von den zuständigen Pflegepersonen mit Hilfe des Dokumentationsformulars HoNOS und andererseits von den Patienten mit Hilfe des Fragebogens BSCL zur Selbstevaluation erhoben werden. Die Entwicklung zwischen dem Eintritt und dem Austritt gilt als Ergebnis der Behandlung. Das Ergebnis umfasst den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2013.

Indikator	Selbstevaluation durch die Patientin/den Patienten	Evaluation durch Dritte (Pflegepersonal)
Medizinische Statistik		
Erhebung anlässlich des Spitalaufenthalts, Erfassung spätestens 2 Monate nach dem Spitalaustritt		- Grunddaten BFS - zusätzliche psychiatrische Daten BFS
Bedeutung der Symptome		
Messung der Differenz zwischen dem Eintritt und dem Austritt für jede Patientin/jeden Patienten	- BSCL (Kurzform des Fragebogens SCL-90)	- HoNOS

Die folgende Grafik zeigt, dass sich die Qualität der Daten der Messung ANQ in der stationären Psychiatrie für Erwachsene im Vergleich zur Erhebung 2012 insgesamt deutlich verbessert hat. Das Departement Psychiatrie des französischsprachigen Wallis hat einen Grad von 83% nutzbarer Daten erreicht, während der vom ANQ festgelegte Wert 80% beträgt.

Prozentsatz der nutzbaren Fälle für die Berechnungen HoNOS (Jahresvergleich 2012 – 2013)

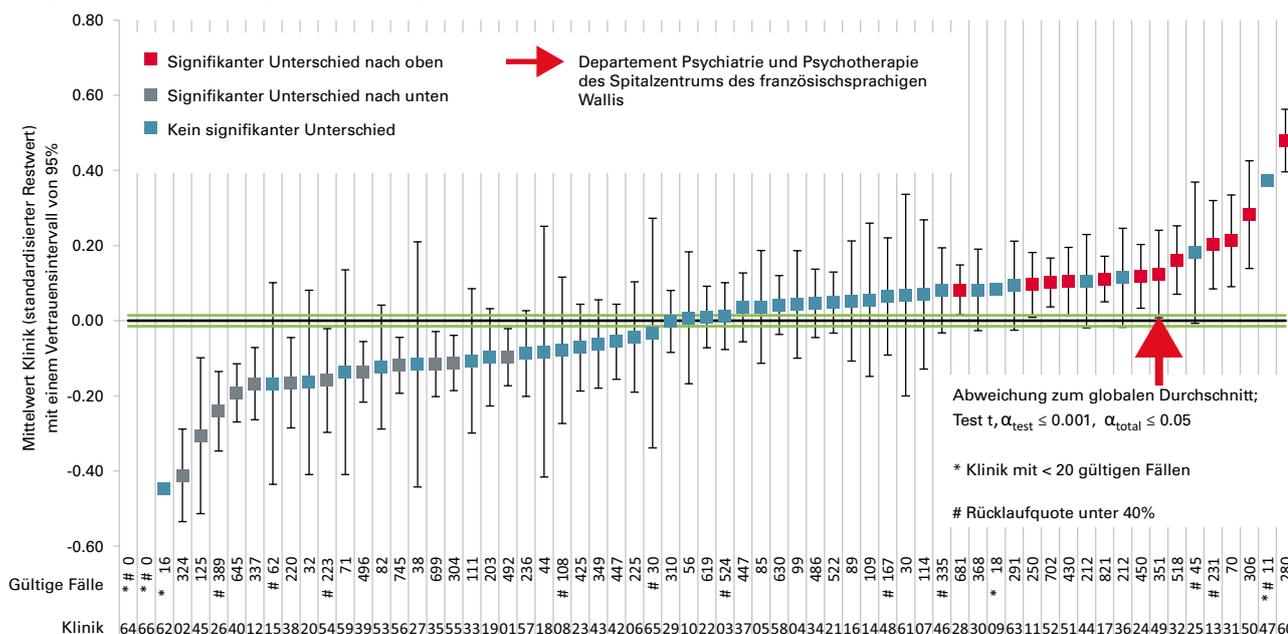


Die folgende Grafik zeigt das Messergebnis der Bedeutung der Symptome aus Sicht der Patienten. Die Ergebnisse zeigen den Unterschied zwischen dem globalen Score BSCL beim Eintritt und beim Austritt. Für das Departement Psychiatrie ist die Integration dieser Skala in die klinische Praxis äusserst wichtig, da sich die Berücksichtigung der Einschätzung des Patienten in Bezug auf seinen eigenen

Gesundheitszustand positiv auf das therapeutische Vertrauensverhältnis auswirkt, das rasch aufgebaut werden muss.

Das Messergebnis zeigt eine signifikante Steigerung, die eine Verbesserung der vom Patienten wahrgenommenen Symptome zwischen dem Eintritt und dem Austritt bedeutet.

Ergebnis der Messung – Bedeutung der Symptome: Differenzwert BSCL



Freiheitseinschränkende Massnahmen (EFM)

Freiheitseinschränkende Massnahmen werden in der Psychiatrie selten angewendet. Allerdings gibt es begründete Ausnahmen, wenn aufgrund der psychischen Krankheit eines Patienten ein erhöhtes Risiko für eine Gefährdung der eigenen Person oder anderer Personen besteht.

Die gesetzlichen Grundlagen für die Erhebung der freiheitseinschränkenden Massnahmen stammen von eidgenössischen und kantonalen Instanzen; insbesondere gelangt das neue Gesetz über den Kindes- und Erwachsenenschutz

zur Anwendung. Diese Erhebung basiert im Wesentlichen auf den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

Die Qualität der Ergebnisse der Psychiatrie umfasst die Isolation, die Immobilisation, die Zwangsmedikation sowie die spezifischen Sicherheitsmassnahmen für die Betagten. Das Departement Psychiatrie führt abgesehen von der Zwangsmedikation keine freiheitseinschränkenden Massnahmen durch.

6.3.7 Andere Sammlungen spezifischer Indikatoren

Wie unter Punkt 4.1 (Die Sicherheitskultur innerhalb der Teams und den Einbezug der Erfahrungen entwickeln) erwähnt worden ist, werden innerhalb des Spital Wallis im Rahmen der Anforderungen für die Praxis mehrerer medizinischer Disziplinen regelmässig Daten erhoben. Diese Daten betreffen Aspekte der Struktur und der Tätigkeit, aber auch Qualitäts- und Sicherheitsaspekte. Sie stellen insofern Indikatoren dar, als sie adäquat die betreffende Tätigkeit widerspiegeln und aufgrund der Vergleiche mit anderen Jahren oder anderen Zentren in der Schweiz zur Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen motivieren.

Als Beispiel kann die Erhebung von Daten für die Anerkennung eines medizinischen Spezialgebiets (Anästhesie, Intensivmedizin, Neurologie-Abteilung zur Behandlung der akuten Schlaganfälle, Nephrologie-Dialyse, Kardiologie-Rehabilitation bei Herzkrankheiten und Palliativpflege) oder einer spezialisierten Tätigkeit (Betreuung von Schwerverletzten durch die Anerkennung als trauma center) angeführt werden.

Erwähnenswert ist für das Jahr 2013 eine Initiative des Departements Chirurgie. Es handelt sich um das im März lancierte Programm Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®), das eine raschere Genesung der Patienten nach einem chirurgischen Eingriff bezweckt. Dieses Programm stützt sich auf die Ergebnisse von wissenschaftlichen Stu-

dien innerhalb der letzten 15 Jahre ab und will die auf der Tradition begründete Praxis durch eine Praxis ersetzen, die wissenschaftlich als eine der besten anerkannt ist. Es besteht aus einem multidisziplinären klinischen Behandlungspfad und stellt eine Qualitätsmassnahme dar, die eine Messung von Indikatoren enthält. Vorerst ist die Umsetzung dieses Programms im Spital Sitten auf gewisse Darmoperationen beschränkt. Schrittweise soll das Programm jedoch auf andere Operationsarten ausgeweitet werden. Die Implementierung dieses Programms ist von der Gesellschaft ERAS® über eine Zertifizierung anerkannt. Im Verlauf des Jahres 2014 wird ein Gesuch für diese Zertifizierung eingereicht.

7.1 Intern

Im September 2013 ist das erste Pflegesymposium durchgeführt worden. Die ursprüngliche Idee bestand darin, eine Austauschplattform zu schaffen und den Mitarbeitenden des Spital Wallis die Möglichkeit zu geben, ihre neusten Verbesserungsprojekte und -aktionen vorzustellen. Zehn Projekte und sieben Plakate sind im Verlauf eines Tages präsentiert worden. Für die beste Präsentation am Symposium ist Mireille Carrupt für «Le patient, partenaire de nos transmissions» ausgezeichnet worden. Das beste Poster des Symposiums stammt von Suzi Sobaral: «Inventaire des facteurs de prise en charge de patients gériatrique». Mit 275 Teilnehmenden und sehr positiven Rückmeldungen der anwesenden Personen in Bezug auf die Qualität der Themen kann das erste Pflegesymposium als Erfolg gewertet werden. Ein zweites Symposium ist im Jahr 2014 durchgeführt worden.

Die Pflegedirektion und die Generaldirektion wollen die Wertschätzung und die Anerkennung des individuellen und kollektiven Einsatzes fördern, da dieser Einsatz einen grossen Beitrag zur Entwicklung der Pflegepraxis leistet. Deshalb haben sie den Preis des Spital Wallis für die Mitarbeitenden und die Teams geschaffen. Zusätzlich zu den beiden Preisen, die an die Bachelor-Studierenden der Ausbildungsgänge Pflege und Physiotherapie vergeben werden, hat die Direktion 2013 zwei Preise für die Fachpersonen der Pflege und des medizinisch-technischen Bereichs eingeführt. Die Preisträger 2013 sind:

- Christophe Baur, Sarah Fournier und Simone Delamortaz - Preis Spital Wallis Mitarbeitende Pflege & medizinisch-technischer Bereich «Analysis of muscular properties after ACL reconstruction BPTB versus pedunculated hamstring-grafts - an analysis of 111 patients»
- Frau Jost & Frau Bayard und das Onkologie-Team - Preis Spital Wallis Mitarbeitende Pflege & medizinisch-technischer Bereich «Adhärenz und Sicherheit bei oraler Tumorthherapie»
- Fabian Furger & Monika Hari - Preis Studierende Physiotherapie «Die Wirksamkeit des Schultertapes als präventive Massnahme für Schulterschmerzen nach Schlaganfall»
- Cynthia Gex-Collet - Preis Studierende Pflege «Lorsque l'entrée en EMS est synonyme de pertes pour la personne âgée»

7.2 Auf die Patienten, ihre Angehörigen und die externen Partner zugehen

Der Qualitätsbericht 2013 steht den Patienten, ihren Angehörigen und den externen Partnern zur Verfügung. Für die Ausgabe 2014 wird für das im Bereich des Gesundheitswesens nicht spezialisierte Publikum eine kürzere und zusammenfassende Version verfasst.



8.1 Anerkennung als Institution für postgraduale Weiterbildung durch die FMH

Disziplin	Zentrum	Dauer der anerkannten Ausbildung	Art der Anerkennung
Anästhesiologie	CHVR	3 Jahre	A 2
	SZO	2 Jahre	B
Kardiologie	CHVR	2 Jahre	B1
Chirurgie	CHVR	4 Jahre	A
	SZO	3 Jahre	B3
Handchirurgie	CHVR	2 Jahre	B
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats	CHVR	1 Jahr und 1 Jahr für die Traumatologie	C2
	SZO	2 Jahre und 1 Jahr für die Traumatologie	B2
Pädiatrische Chirurgie	CHVR	2 Jahre	B
Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	CHVR	1 Jahr	B
Gynäkologie / Geburtshilfe	SZO	3 Jahre	B
Histozytopathologie	ICHV	3 Jahre	B
Hämatologie	ICHV	2 Jahre	B
Infektionskrankheiten	ICHV	1 Jahr	B
Intensivmedizin	CHVR	3 Jahre	A
Allgemeine Innere Medizin	CHVR	3 Jahre	A
	SZO	2 Jahre	B
	CHC	1 Jahr	C
Rechtsmedizin	ICHV	1 Jahr	C
Physikalische Medizin und Rehabilitation	CHVR	1 Jahr	
Nephrologie	CHVR	1 Jahr	B
	SZO	6 Monate	C
Neurochirurgie	CHVR	1 Jahr	C
Medizinische Onkologie	CHVR	2 Jahre	B
	SZO	2 Jahre	B
HNO	CHVR	1 Jahr	C
Pädiatrie	CHVR	3 Jahre	Davon B: 2 Jahre; H: 1 Jahr; C: 2 Jahre
	SZO	1 Jahr	B
Stationäre Psychiatrie/Psychotherapie	CHC	3 Jahre	A
	SZO	3 Jahre	A
Ambulante Psychiatrie/Psychotherapie	CHC	3 Jahre	A
	SZO	3 Jahre	A
Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie	CHC	3 Jahre	B
	SZO	2 Jahre	C
Stationäre Psychiatrie/Psychotherapie für Betagte	CHC	2 Jahre	A
Ambulante Psychiatrie/Psychotherapie für Betagte	CHC	2 Jahre	C
Pneumologie	CHVR	2 Jahre	B
Radiologie	CHVR	5 Jahre	A
Radio-Onkologie	CHVR	2 Jahre	B
Urologie	SZO	1 Jahr	C
Operative Urologie	SZO	1 1/2 Jahre	C
Fortbildungen			
Allgemeine Chirurgie und Traumatologie	CHVR	4 Jahre	ACU 1
	SZO	4 Jahre	ACU 1
Gefässchirurgie	CHVR	2 Jahre	B
Viszeralchirurgie	CHVR	2 Jahre	V 2
Geriatric	CHVR	1 Jahr	B
	SZO	1 Jahr	B
Neonatalogie	CHVR	6 Monate	C
Diagnostische Neuroradiologie	CHVR	1 Jahr	B
Psychiatrie/Psychotherapie für Betagte	CHC	2 Jahre	D-2A
Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie	CHC	2 Jahre	D-2CL

8.2 Grundbildung Pflege

Das Spital Wallis leistet einen wichtigen Beitrag zur Ausbildung des Nachwuchses in den Gesundheitsberufen, sowohl für die Grundausbildung auf der Sekundarstufe, wie z.B. Fachangestellte Gesundheit (FaGe), als auch auf der Tertiärstufe (Bachelorstudiengänge für Pflegefachleute, Hebammen, Physiotherapeuten, Ernährungsberater, ...).

Das Ausbildungsmodell im Spital Wallis beruht auf dem Binom Fachhochschule (FH) und FaGe. Die aktuelle Praxis erfordert Fachleute, die über eine solide Grundbildung verfügen. Sie müssen nicht nur fähig sein, die Arbeit adäquat auszuführen, sondern auch und vor allem über die Fähigkeiten verfügen, ihre Kenntnisse zu aktualisieren und die Organisation der Pflege weiterzuentwickeln.

Zahlreiche Studien bestätigen die Bedeutung des Bildungsniveaus und die Auswirkung des Kenntnisstands auf die Pflegequalität. Das Potenzial der Forschung und der Kompetenzen, welche die Weiterentwicklung unserer Praxis garantieren – eine der Charakteristiken der Ausbildung FH – muss genutzt werden, wenn wir einen Rückschritt des aktuellen Pflegeniveaus verhindern wollen.

Die angemessene Betreuung der Personen in Ausbildung innerhalb des Spital Wallis erfordert, aufgrund der immer komplexeren Gesundheits- und Pflegesituationen, eine besondere Aufmerksamkeit in Bezug auf die Entwicklung der zwischenmenschlichen Beziehungen und der technischen Kompetenzen der künftigen Fachleute. So spielt das Spital Wallis eine äusserst wichtige Rolle in der Ausbildung der Studierenden und Lernenden, indem es eine praktische Umsetzung der theoretischen Kenntnisse durch eine aktuelle klinische Praxis gewährleistet und die Betreuung durch ausgebildete Fachleute sicherstellt, die dieser Umsetzung volle Aufmerksamkeit schenken.

8.3 Vereinbarungen mit Universitätszentren

Sämtliche Vereinbarungen mit Universitätszentren werden im Jahr 2014 überarbeitet.

Vereinbarungen VD-GE-VS	Status/Unterzeichnung	Referenzperson
Biomedizinisches Engineering und Materialeinkauf	18. Mai 2009	Pascal Tritz
Pädiatrische Nephrologie	9. Juli 2008	Prof. René Tabin
Transplantation (Universitäre Transplantationszentren CUTR)	4. Oktober 2005	Multidisziplinär

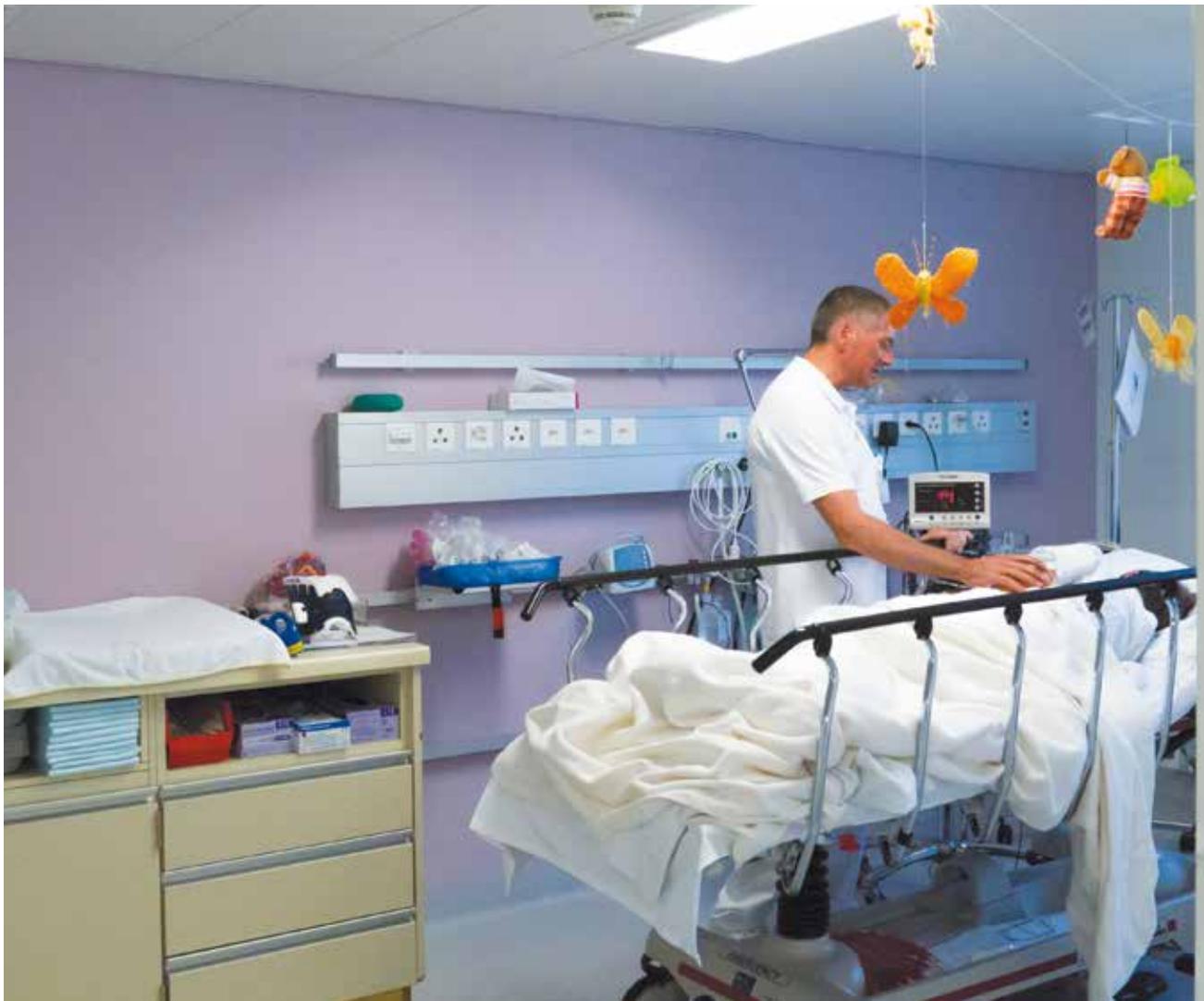
Vereinbarungen BE-VS	Status/Unterzeichnung	Referenzperson
Rahmenvereinbarung	2008	Prof. Eric Bonvin
Onkologie	1999	Dr. Reinhard Zenhäusern
Kooperations-Rahmenvertrag	03.10.2008	Dr. Marcel Schmid
Zusatz Fachbereich Anästhesiologie	in Bearbeitung	
Zusatz Fachbereich Gynäkoonkologie	1.11.2008	Dr. Marcel Schmid
Zusatz Fachbereich Allgemeine Innere Medizin	03.10.2008	Dr. Marcel Schmid
Zusatz Fachbereich Medizinische Onkologie	02.12.1999	Dr. Reinhard Zenhäusern
Zusatz Organisation und Koordination der mit Organspenden von hirntoten Patienten verbundenen Tätigkeiten	in Bearbeitung	
Zusatz Fachbereich Pädiatrie	22.12.2008	Dr. Simon Fluri
Zusatz Fachbereich pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie	31.05.2005	Dr. Simon Fluri
Zusatz Fachbereich pädiatrische Kardiologie	in Bearbeitung	
Zusatz Fachbereich pädiatrische Pneumologie und Dermatologie	in Bearbeitung	
Zusatz Fachbereich Teleradiologie	30.09.2011	Dr. Drazen Sramek
Blockpraktika Pädiatrie und Gynäkologie	29.08.2011	Dr. Franziska Zen Ruffinen / Dr. Simon Fluri
Blockpraktika Pädiatrie	16.11.2009	Dr. Simon Fluri

Vereinbarungen BS-BE-VS	Status/Unterzeichnung	Referenzperson
Pädiatrische Rheumatologie	in Bearbeitung	

Vereinbarungen BS-VS	Status/Unterzeichnung	Referenzperson
Konsiliartätigkeit Kinder-Orthopädie	20.04.2012	Dr. Simon Fluri

Vereinbarungen GE-VS	Status/Unterzeichnung	Referenzperson
Rahmenvereinbarung	26. März 2009	Prof. Eric Bonvin
Pädiatrische Allergologie	22. März 2004	Prof. René Tabin
Ernährung und Bewegung	8. März 2011	Prof. René Tabin
Pädiatrische Kardiologie	12. Oktober 2006	Prof. René Tabin
Chirurgie	04. Oktober 2005	Prof. Vincent Bettchart
Plastische und rekonstruktive Chirurgie	04. Oktober 2005	Dr. Pierre Schertenleib
Thoraxchirurgie	22. Dezember 2009	Prof. John Robert / Dr. Michel Christodoulou
Spezialsprechstunden pädiatrische Pneumologie	8. März 2011	Prof. René Tabin
Medizinische Genetik	04. Oktober 2005	Dr. Pierre Hutter
Prädiktive Genetik in der Onkologie	22. Januar 2007	Dr. Sandro Anchisi / Dr. Véronique Membrez
Erkrankungen der Atemwege	21. Februar 1997	Prof. Jean-Marie Tschopp
Innere Medizin	13. Januar 2010	Dr. Pierre-Auguste Petignat
HNO sowie Gesichts- und Halschirurgie	4. August 2008	Dr. Kishore Sandu
Orthopädie	04. Oktober 2005	Dr. Yvan Arlettaz
Radiologie	4. August 2008	Dr. Christophe Constantin
Radio-Onkologie	25. November 2004	Dr. Kaouthar Khanfir
Schlafstörungen	28. Mai 2002	Prof. Jean-Marie Tschopp

Vereinbarungen VD-VS	Status/Unterzeichnung	Referenzperson
Rahmenvereinbarung	2. September 2008	Dr. Benoît Delaloye
Anästhesiologie	13. Juni 1996	Prof. Patrick Ravussin
Kardiologie	13. Juni 1996	Dr. Grégoire Girod
Herzchirurgie	17. Mai 2011	PD Dr. Enrico Ferrari
Nachdiplomstudium Intensivpflege für Pflegepersonal	27. Oktober 2010	Mario Desmedt
Chirurgische Intensivmedizin	13. Juni 1996	Dr. Raymond Friolet
Intensivmedizin	9. Februar 1999	Dr. Raymond Friolet
Neonatologie	27. Oktober 2010	Prof. René Tabin
Nephrologie und Nierentransplantation	11. November 2011	Prof. Pascal Meier
Neurochirurgie	25. Oktober 2004	Dr. Marc Morard
Klinische Neurowissenschaften	Unterzeichnung in Kürze	Prof. Joseph Ghika
Pädiatrie	27. Oktober 2010	Prof. René Tabin
Vaterschaftstest	27. Januar 2009	Dr. Bettina Schrag
Psychische Gesundheit und Psychiatrie	27. Oktober 2010	Prof. Eric Bonvin
Ambulante Notfälle	14. Oktober 1997	Dr. Daniel Fishman



8.4 Universitäre Titel

Name	Titel	Departement / Abteilung
Dr. Johnny Beney	Privatdozent, Universität Genf	Apotheke, ZIWS
Dr. Mette M Berger	Assoziierte Professorin, Universität Lausanne	Direktionsstab, Generaldirektion
Dr. Vincent Bettschart	Titularprofessor, Universität Lausanne	Chirurgie, CHVR
Dr. Eric Bonvin	Titularprofessor, Universität Lausanne	Generaldirektor
Dr. Pierre-François Cuénoud	Lehrbeauftragter, Universität Lausanne	Chirurgie, CHVR
Dr Eric Dayer	Privatdozent, Universität Genf	Immunologie-Allergologie, ZIWS
Dr. Enrico Ferrari	Privatdozent & Bildungs- und Forschungsbeauftragter, Universität Lausanne	Chirurgie, CHVR
Dr. Daniel Fishman	Lehrbeauftragter, Universität Lausanne	Notfall, CHVR
Dr. Joseph-André Ghika	Assoziierter Professor, Universität Lausanne	Innere Medizin, CHVR
Dr. Grégoire Girod	Bildungs- und Forschungsbeauftragter, Universität Lausanne	Innere Medizin, CHVR
Dr. Claude Haller	Bildungs- und Forschungsbeauftragter, Universität Lausanne	Chirurgie, CHVR
Dr. Kaouthar Khanfir	Lehrbeauftragte, Universität Lausanne	Onkologie, CHVR
Dr. Patrick Ravussin	Titularprofessor, Universität Lausanne	Anästhesie und Reanimation, CHVR
Dr. Philippe Rey-Bellet	Lehrbeauftragter, Universität Genf	Psychiatrie, CHVR
Dr. Michel Rossier	Privatdozent & Bildungs- und Forschungsbeauftragter, Universität Genf	Klinische Chemie & Toxikologie, ZIWS
Dr. Patrick Ruedin	Privatdozent, Universität Genf	Innere Medizin, CHVR
Dr. Christophe Sierro	Lehrbeauftragter, Universität Lausanne	Innere Medizin, CHVR
Dr. Nicolas Troillet	Titularprofessor, Universität Lausanne	Infektionskrankheiten, ZIWS
Dr. Jean-Marie Tschopp	Assoziierter Professor, Universität Genf (bis zum 31.07.2013)	Innere Medizin, CHVR
Dr. René Tabin	Titularprofessor, Universität Genf	Pädiatrie, CHVR

ZIWS: Zertifizierung ISO 9001

Bereich	Jahr der Zertifizierung	Aktuelle Norm	Erneuerung
Das System deckt folgende Tätigkeiten ab: Labors für medizinische Analysen; Histozytopathologie; Abteilung Infektionskrankheiten und Epidemiologie; immuno-allergologische Sprechstunden; Arbeitsmedizin; Einkaufszentrale; Apotheke; Administration	2000	ISO 9001:2008	4. Erneuerung der Zertifizierung des ZIWS 2012 Nächstes Folgeaudit: 2014 Nächste Erneuerung: Dezember 2015 Zertifizierung gültig bis: 29. Januar 2016
Einzelstufen			
Einkaufszentrale, Laboratorien für Immuno- und Molekularpathologie	2011	ISO 9001:2008	
Apotheke (Sitten)	2011	RQPH	
Arbeitsmedizin Immuno-allergologische Sprechstunden	2012	ISO 9001:2008	
Apotheke der einzelnen Spitalstandorte	2012	RQPH	

ZIWS: Akkreditierung der Labors

Bereich	Jahr der Akkreditierung	Aktuelle Norm	Erneuerung
Die Versuchslabors des ZIWS sind für folgende Bereiche akkreditiert: klinische Chemie, klinische und forensische Toxikologie, Hämatologie, Hämostase, Immuno-Hämatologie. Bakteriologie, Serologie, Infektionskrankheiten, Allergologie, klinische Immunologie, Zytopathologie, Histozytopathologie und Genetik.	2001	ISO/CEI 17025: version 2005 ISO 15189: version 2007	3. Erneuerung im Nov. 2010 und Januar 2011 Nächstes Folgeaudit: 2014 (mit der Norm ISO 15189 Version 2012) Nächste Erneuerung: 2016 Akkreditierung gültig bis: 25. Februar 2016

ZIWS: Labels, Anerkennungen

- Jährliche Qualab-Anerkennung für die Laboratorien (externe Qualitätskontrollen)
- Anerkennung des Bundesamtes für Gesundheit als HIV-Test- und Behandlungszentrum
- Anerkennung des Bundesamtes für Gesundheit als Gelbfieber-Impfzentrum
- Anerkennung des ASTRA (Bundesamt für Strassen) als Analyselabor für Blut-Alkoholgehalt (rechtsmedizinische Abklärungen)
- Bewilligung von Swissmedic für den Grosshandel mit Blut oder verwendungsfertigen labilen Blutprodukten in der Schweiz ohne Marktfreigabe
Ausgestellt von Swissmedic Gilt für: Abteilung Hämatologie Gilt bis: 26. März 2014

Spital Wallis: Labels, Anerkennungen

- Beitritt zur Branchenlösung von H+ für die Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz (CHVR, Standort Martinach)
- Baby Friendly Hospital (SZO, Standort Visp)
- Rauchfreies Spital (Cipret Wallis)
- Fourchette verte
- Gesundheitsförderndes Spital
- Spital als Ausbildungsstätte
- Anerkennung für die Behandlung von Schwerverletzten (CHVR, Standort Sitten)

10. WISSENSCHAFTLICHE PUBLIKATIONEN DER MITARBEITENDEN DES SPITAL WALLIS IM JAHR 2013

Anästhesiologie

1. Walder B, Haller G, Rebetez MML, Delhumeau C, Bottequin E, Schoettker P, Ravussin P et al. Severe traumatic brain injury in a high-income country: An epidemiological study. *J. Neurotrauma* 32:1934-1942, 2013
2. Spahn DR, Borgeat A, Ravussin P, Kern Ch, Korte W. Traitement par le Rivaroxaban. Recommandations du groupe d'experts «Rivaroxaban and anesthesiology». *Sang Thromboses Vaisseaux* 12:233-244, 2013
3. Ben Hammoud L, Dessimoz C, Rudaz D, Ravussin P, Oggier S, Tschopp JM. Protéïnose alvéolaire: une maladie fascinante et un facteur d'immuno-suppression peu connu. *Rev Méd Suisse* 9:2078-2081, 2013
4. Spahn DR, Borgeat A, Kern Ch, Korte W, Mach F, Niedeltchev K, Ravussin P. Apixaban: Recommandations pour l'anesthésiologie en 2013 Website SSAR 5:1-2, 2013
7. Cochet H, Komatsu Y, Sacher F, Jadidi AS, Scherr D, Riffaud M, Derval N, Shah A, Roten L, Pascale P, Relan J, Sermesant M, Ayache N, Montaudon M, Laurent F, Hocini M, Haïssaguerre M, Jaïs P. Integration of merged delayed-enhanced magnetic resonance imaging and multidetector computed tomography for the guidance of ventricular tachycardia ablation: a pilot study. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2013;24:419-26
8. Sacher F, Wright M, Derval N, Denis A, Ramoul K, Roten L, Pascale P, Bordachar P, Ritter P, Hocini M, Dos Santos P, Haïssaguerre M, Jaïs P. Endocardial versus epicardial ventricular radiofrequency ablation: utility of in vivo contact force assessment. *Circ Arrhythm Electrophysiol* 2013;6:144-50
9. Komatsu Y, Cochet H, Jadidi A, Sacher F, Shah A, Derval N, Scherr D, Pascale P, Roten L, Denis A, Ramoul K, Miyazaki S, Daly M, Riffaud M, Sermesant M, Relan J, Ayache N, Kim S, Montaudon M, Laurent F, Hocini M, Haïssaguerre M, Jaïs P. Regional myocardial wall thinning at multidetector computed tomography correlates to arrhythmogenic substrate in postinfarction ventricular tachycardia: assessment of structural and electrical substrate. *Circ Arrhythm Electrophysiol* 2013;6:342-50

Kardiologie

1. Défibrillateur automatique implantable (DAI): principes de base et indications cliniques actuelles. Carroz P, Graf D, Fromer M. *Rev Med Suisse* 2013 May 29;9(388):1154-9
2. Girod G, A. Delabays, M. Fromer, E. Eeckhout, P. Monney, P. Vogt, Pruvot E. Fermeture de l'auricule gauche: un nouvel espoir pour les patients en fibrillation auriculaire? *Rev Med Suisse* 2013;9:332-6
3. Girod G, Sierro C. Une drôle de crise d'épilepsie. *Cardiovascular Medicine* 2013;16(5):157-159.
4. Roux Y, Qanadli SD, Girod G, Boulos Ksontini T, C. Sierro. Do not forget Kawasaki disease. *Cardiovascular Medicine* 2013;16(7-8):211-15
5. Crisinel V, Sierro C, Girod G. Approche pratique des valvulopathies. *Rev Med Suisse* 2013;9(406):2088,2090-4
6. Eeckhout E, Martin S, Delabays A, Michel P, Girod G. Very long-term follow-up after percutaneous closure of patent foramen ovale. *EuroIntervention* 2014;Jan17;Pii:20140117a-05
10. Whinnett ZI, Francis DP, Denis A, Willson K, Pascale P, van Geldorp I, De Guillebon M et al. Comparison of different invasive hemodynamic methods for AV delay optimization in patients with cardiac resynchronization therapy: Implications for clinical trial design and clinical practice. *Int J Cardiol* 2013 Mar 4 [Epub ahead of print]
11. Pascale P, Shah AJ, Roten L, Scherr D, Komatsu Y, Jadidi AS, Ramoul K et al. Pattern and Timing of the Coronary Sinus Activation to Guide Rapid Diagnosis of Atrial Tachycardia after Atrial Fibrillation Ablation. *Circ Arrhythm Electrophysiol* 2013;6:481-90

12. Komatsu Y, Daly M, Sacher F, Derval N, Pascale P, Roten L, Scherr D, Jadidi A et al. Electrophysiologic characterization of local abnormal ventricular activities in postinfarction ventricular tachycardia with respect to their anatomic location. *Heart Rhythm* 2013;10:1630-7
 13. Shah AJ, Hocini M, Xhaet O, Pascale P, Roten L, Wilton SB, Linton N, Scherr D et al. Validation of novel 3-dimensional electrocardiographic mapping of atrial tachycardias by invasive mapping and ablation: a multicenter study. *J Am Coll Cardiol* 2013;62:889-97
 14. Jadidi AS, Cochet H, Shah AJ, Kim SJ, Duncan E, Miyazaki S, Sermesant M, Lehrmann H, Lederlin M, Linton N, Forclaz A, Nault I, Rivard L, Wright M, Liu X, Scherr D, Wilton SB, Roten L, Pascale P, Derval N, Sacher F, Knecht S, Keyl C, Hocini M, Montaudon M, Laurent F, Haïssaguerre M, Jais P. Inverse relationship between fractionated electrograms and atrial fibrosis in persistent atrial fibrillation: combined magnetic resonance imaging and high-density mapping. *J Am Coll Cardiol* 2013;62:802-12
 15. Pascale P, Shah AJ, Knecht S. Adenosine reveals dormant conduction of an arrhythmogenic thoracic vein despite absence of previous ablation. *Europace* 2013 Oct 24 [Epub ahead of print]
 16. Pascale P, Shah AJ, Roten L. Differentiating Right from Left Atrial Tachycardias. *Card Electrophysiol Clin* 2013;5:169-77
 17. Roten L, Pascale P. Diagnosis of Macroreentrant Atrial Tachycardia. *Card Electrophysiol Clin* 2013;5:189-94
 18. Roten L, Pascale P. Typical Examples of Macroreentrant Atrial Tachycardia. *Card Electrophysiol Clin* 2013;5:195-206
 19. Pedersen M, Shah AJ, Pascale P, Hocini M. Diagnosis of Focal-Source Atrial Tachycardia: Localized Reentry and Focal Atrial Tachycardia. *Card Electrophysiol Clin* 2013;5:207-14
 20. Shah AJ, Miyazaki S, Liu XP, Komatsu Y, Pascale P, Jais P. Misleading Features of Activation and Entrainment Mapping. *Card Electrophysiol Clin* 2013;5:225-35
 21. Shah AJ, Miyazaki S, Knecht S, Matsuo S, Daly M, Komatsu Y, Pascale P, Roten L, Hocini M. Exotic Atrial Tachycardias. *Card Electrophysiol Clin* 2013;5:237-51
 22. Buttu A, Pruvot E, Van Zaen J, Viso A, Forclaz A, Pascale P, Narayan SM, Vesin JM. Adaptive frequency tracking of the baseline ECG identifies the site of atrial fibrillation termination by catheter ablation. *Biomedical Signal Processing and Control* 2013;8:969-80
- Klinische Chemie – Toxikologie**
1. Mannic T, Mouffok M, Python M, Yoshida T, Maturana AD, Vuilleumier N, Rossier MF. DHEA prevents mineralo- and glucocorticoid receptor-induced chronotropic and hypertrophic actions in isolated rat cardiomyocytes. *Endocrinology* 2013 Mar;154(3):1271-81. doi: 10.1210/en.2012-1784. [Epub 2013 Feb 8]
 2. Ehret GB, Daali Y, Chabert J, Rebsamen M, Wolff A, Forster A, Moursli F, Fritschy D, Rossier MF, Piguet V, Dayer P, Gex-Fabry M, Desmeules JA. Influence of CYP2D6 activity on pre-emptive analgesia by the N-methyl-D-aspartate antagonist dextromethorphan in a randomized controlled trial of acute pain. *Pain Physician* 2013 Jan;16(1):45-56
- Herzchirurgie**
1. Ferrari E, Locca D, Marcucci C, Jeanrenaud X. Urgent reoperative transapical valve-in-valve shortly after a transapical aortic valve implantation. *Eur J Cardiothorac Surg* 2013 Nov28 [Epub ahead of print]
 2. Jolly SS, Cairns J, Yusuf S, Niemela K, Steg PG, Worthley M, Ferrari E and the RIVAL Investigators

3. Jolly S S, Cairns J, Yusuf S, Niemela K, Steg P G, Worthley M, Ferrari E, Cantor W J, Fung A, Valettas N, Rikoss M, Olivecrona G, Widimsky P, Cheema A N, Gao P, Mehta S R. Procedural volume and outcomes with radial or femoral access for coronary angiography and intervention. *J Am Coll Cardiol* 2014 Mar 18;63(10):954-63. doi: 10.1016/j.jacc.2013.10.052 [Epub 2013 Nov 21]
4. von Segesser LK, Gerosa G, Borger MA, Ferrari E. Prevention and management of potential adverse events during transapical aortic valve replacement. *J Heart Valve Dis.* 2013 May;22(3):276-86
5. Colombier S, Kessler U, Ferrari E, von Segesser LK, Berdajs DA. Influence of deep sternal wound infection on long-term survival after cardiac surgery. *Med Sci Monit.* 2013 Aug 14;19:668-73. doi: 10.12659/MSM.889191
6. Ferrari E, Niclauss L, Locca D, Marcucci C. On-pump fibrillating heart mitral valve replacement with the SAPIEN™ XT transcatheter heart valve. *Eur J Cardiothorac Surg* 2014 Apr;45(4):749-51. doi: 10.1093/ejcts/ezt364 [Epub 2013 Jul 11]
7. Ferrari E, Berdajs D, Tozzi P, Prêtre R. Transaortic transcatheter aortic valve replacement with the Sapien™ valve and the first generations of Ascendra™. *Eur J Cardiothorac Surg* 2014 Jan;45(1):188-90. doi: 10.1093/ejcts/ezt306 [Epub 2013 Jun 13]
8. Tozzi P, Locca D, Gronchi F, Hayoz D, Ferrari E, von Segesser LK, Hullin R. Active mitral ring for post-surgical remote correction of residual mitral regurgitation on the beating heart. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2013 Aug;44(2):370-4; discussion 374. doi: 10.1093/ejcts/ezs710 [Epub 2013 Feb 5]
9. Ferrari E, Van Steenberghe M, Namasivayam J, Berdajs D, Niclauss L, von Segesser LK. Feasibility of transapical aortic valve replacement through a left ventricular apical diverticulum. *J Cardiothorac Surg* 2013 Jan 7;8:3. doi: 10.1186/1749-8090-8-3
10. Niclauss L, von Segesser LK, Ferrari E. Aortic biological valve prosthesis in patients younger than 65 years of age: transition to a flexible age limit? *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2013 Apr;16(4):501-7
11. Ferrari E, Namasivayam J, Marcucci C, Gronchi F, Berdajs D, Niclauss L, von Segesser LK. Transapical aortic valve replacement in extreme-risk patients: outcome, risk factors and mid-term results. *Eur J Cardiothorac Surg* 2013 May;43(5):978-85

Dermatologie

1. Zangger H, Ronet C, Desponds C, Kuhlmann FM, Robinson J, Hartley MA, Prevel F, Castiglioni P, Pralong F, Bastien P, Müller N, Parmentier L, Saravia NG, Beverley SM, Fasel N. Detection of Leishmania RNA virus in Leishmania parasites. *PLoS Negl Trop Dis.* 2013;7(1):e2006.
2. Tu H, Parmentier L, Stieger M, Spanou Z, Horn M, Beltraminelli H, Borradori L. Acral purpura as leading clinical manifestation of dermatitis herpetiformis: report of two adult cases with a review of the literature. *Dermatology.* 2013;227(1):1-4.
3. Basmanav FB, Oprisoreanu AM, Pasternack SM, Thiele H, Fritz G, Wenzel J, Größler L, Wehner M, Wolf S, Fagerberg C, Bygum A, Altmüller J, Rütten A, Parmentier L, El Shabrawi-Caelen L, Hafner C, Nürnberg P, Kruse R, Schoch S, Hanneken S, Betz RC. Mutations in POGlut1, encoding protein O-glucosyltransferase 1, cause autosomal-dominant Dowling-Degos disease. *Am J Hum Genet.* 2014 Jan 2;94(1):135-43. online dec 2013

Immunologie

1. Arlettaz L, Dayer E. Les réactions médicamenteuses cutanées sévères *Rev Med Suisse.* 2013 Juin.15:vol 6
2. Dayer E. Organizational challenges in setting up a breast cancer screening program in Valais and controlling for quality performance in specific IgE measurements in Switzerland. Thèse de privat-docent: Université de Genève 2013 Octobre

Infektionskrankheiten

1. Kunze U. International Scientific Working Group on Tick-Borne Encephalitis SW-TBE (incl. Péter O). Tick-borne encephalitis—a notifiable disease: report of the 15th Annual Meeting of the International Scientific Working Group on Tick-Borne Encephalitis (ISW-TBE). *Ticks Tick Borne Dis* 2013; 4: 363-365
2. Grygorczuk S, Péter O, Kondrusik M, Moniuszko A, Zajkowska J, Dunaj J, ukiewicz-Sobczak W, Pancewicz S. Assessment of the frequency of different *Borrelia burgdorferi* sensu lato species in patients with Lyme borreliosis from north-east Poland by studying preferential serologic response and DNA isolates. *Ann Agric Environ Med* 2013; 20: 21-9
3. Altpeter E, Zimmermann H, Oberreich J, Péter O, Dvořák C; Swiss Sentinel Surveillance Network. Tick related diseases in Switzerland, 2008 to 2011. *Swiss Med Wkly* 2013;143: w13725
4. Kessler B, Bally F, Hewer E, Sendi P. Delayed diagnosis of cryptococcal meningoencephalitis due to negative cryptococcal antigen test. *BMJ Case Rep* 2013 pii: bcr2012007980
5. Hausteiner T, Sax H, Troillet N, Harbarth S. Rendu public d'indicateurs de qualité en rapport avec les infections nosocomiales: risques et avantages. *Bull Swissnoso* 2013
6. Troillet N, Balmelli C, Eisenring MC, Mühlemann K, Sax H, Widmer A, Zanetti G, Ruef C. Surveillance des infections du site chirurgical en Suisse: faut-il rendre publics les résultats des hôpitaux? Prise de position de SwissNOSO. *Bull Swissnoso* 2013
7. Uçkay I, Sax H, Gayet-Ageron A, Ruef C, Mühlemann K, Troillet N, Petignat C, Bernasconi E, Balmelli C, Widmer A, Boubaker K, Pittet D. High proportion of healthcare-associated urinary tract infection in the absence of prior exposure to urinary catheter: a cross-sectional study. *Antimicrobial Resistance and Infection Control* 2013; 2:5
8. Birgand G, Lepelletier D, Baron G, Barrett S, Breier AC, Buke C, Markovic-Denic L, Gastmeier P, Kluytmans J, Lyytikäinen O, Sheridan E, Szilagyi E, Tacconelli E, Troillet N, Ravaud P, Lucet JC. Agreement among healthcare professionals in ten European countries in diagnosing case-vignettes of surgical-site infections. *PLoS One* 2013;8(7):e68618

Alternativmedizin

1. Bonvin E. Alternative and complementary medicine in our hospitals: forbidden yesterday, tolerated today... implemented tomorrow? (Editorial) *Swiss Medical Weekly* 2013 143: w13886
2. Bertholet O, Davadant M, Cromec I, Berger MM. L'hypnose intégrée aux soins de patients brûlés: Impact sur le niveau de stress de l'équipe soignante. *Rev Med Suisse* 2013;9:1646-1649

Intensivmedizin

1. Jeanneret S, Carron PN. Crise hypertensive. Médecine d'urgence pré-hospitalière. Editions Médecine et Hygiène, 2013, pp 168-175
2. Carron PN, Rutschmann O, Jeanneret S. Sepsis sévère et choc septique. Médecine d'urgence pré-hospitalière. Editions Médecine et Hygiène, 2013, pp 211-215

Innere Medizin – Geriatrie

1. Eyer S, Clerc O, Jabri A, Taran N, Petignat C. Prise en charge diagnostique et thérapeutique: Infections respiratoires aiguës. *Info@gériatrie* 4, pp.10-12,2013
2. Noetzli M, Guidi M, Ebbing K, Eyer S, Zumbach S, Giannakopoulos P, von Gunten A, Csajka C, Eap CB. Relationship of CYP2D6, CYP3A, POR, and ABCB1 genotypes with galantamine plasma concentrations. *Ther Drug Monit*, 2013 Apr;35(2):270-5

3. Noetzli M, Guidi M, Ebbing K, Eyer S, Wilhelm L, Michon A, Thomazic V, Alnawaqil AM, Maurer S, Zumbach S, Giannakopoulos P, von Gunten A, Csajka C, Eap CB. Population pharmacokinetic study of memantine: effects of clinical and genetic factors. *Clin Pharmacokinet* 2013 Mar;52(3):211-23
4. Coutaz M. Too old, too expensive? The impact of health costs on senior citizens in Switzerland. *Eur Geriatr Med* 2013, available online 21 November 2013
5. Morisod J. L'âge du pape. Editorial, *info@geriatrie* 2013;3:1
6. Eyer S, Clerc O, Jabri A, Taran N, Petignat C. Prise en charge diagnostique et thérapeutique. Infections respiratoires aiguës. *Info@gériatrie* 2013;4:10-12
7. Büla C, Joray S, Eyer S, Simeone I, Camus V. Du vieillissement cérébral à la maladie d'Alzheimer: Autour de la notion de plasticité. Chapitre 8: Vieillesse cérébrale pathologique: Les pathologies démentielles. 2^e édition, Neurosciences et Cognition, De Boeck, Bruxelles, 2013, p 415
4. Ederle J, Davagnanam I, van der Worp HB, Venables GS, Lyrer PA, Featherstone RL, Brown MM, Jäger HR; ICSS investigators. Effect of white-matter lesions on the risk of periprocedural stroke after carotid artery stenting versus endarterectomy in the International Carotid Stenting Study (ICSS) y c C Bonvin: a pre-specified analysis of data from a randomised trial. *Lancet Neurol* 2013 Sep;12(9):866-72. doi: 10.1016/S1474-4422(13)70135-2 [Epub 2013 Jul 12]
5. Ghika J. Epilepsie de l'âge avancé, quelles stratégies? *Info@geriatrie* 2013;2: 6-7
6. Ghika J. Maladie de Parkinson. Une entité en pleine discussion. *Info@geriatrie* 2013;2:8-11
7. Ghika J. Dyskinésies de la personne âgée. Fréquentes et mal reconnues. *Info@geriatrie* 2013; 2,12-13

Transfusionsmedizin

1. Barteneva NS, Fasler-Kan E, Bernimoulin M, Stern JN, Ponomarev ED, Duckett L, Vorobjev IA. Circulating microparticles: square the circle. *BMC Cell Biol*. 2013;22:14:23.

Neurologie

1. Ghika J, Dieguez S, Assal F, Demonet JF. Conduites spéculaires dans les démences. *Rev Méd Suisse* 2013 406:9:2095-2099 IF1.537(2013)
2. Knyazeva G, Carmeli C, Khadivi A, Ghika J, Meuli R, Frackowiak RS Evolution of source EEG synchronization in early Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging* 2013; 34: 3: 694-705. IF 6.096
3. Carmeli C, Donati A, Antille V, Viceic D, Ghika J, Clarke S, Meurli R, Frackowiak RS, Knyazeva MG. Demyelination in mild cognitive impairment suggests progression path to Alzheimer's disease. *PLoS One* 2013; 8: 8: e272759. Doi: 10: 10.1371/journal.pone.0072759.eCollection 2013
1. Berger MM. Mechanick JI, Optimizing research in ICU nutrition. *Curr Opin Clin Nutr Metab* 2013 16:174-175
2. Berger MM. Delodder F, Liaudet L, Tozzi P, Tappy L, Schlaepfer J, Chioloro RL, Three short perioperative infusions of n-3 PUFAs reduce systemic inflammation induced by cardiopulmonary bypass surgery: a randomized controlled trial. *Amer J Clin Nutr* 2013 97:246-254
3. Heidegger CP, Berger MM, Graf S, Zingg W, Darmon P, Costanza MC, Thibault R, Pichard C. Optimization of energy provision with supplemental parenteral nutrition (SPN) improves the clinical outcome of critically patients: A randomized controlled trial. *The Lancet*, 2013 381:385-93
4. Heyland D, Muscedere J, Wischmeyer P, Cook D, Jones G, Albert M, Elke G, Berger MM, Day AG. A Randomized Trial of Glutamine and Antioxidants in Critically Patients. *New Engl J Med* 2013 368:1489-1497

5. Rousseau AF, Losser MR, Ichai C, Berger MM. ESPEN Endorsed Recommendations: Nutritional Therapy In Major Burns. *Clinical Nutrition* 2013 32: 497-502
6. Heidegger CP, Berger MM, Thibault R, Zingg W, Pichard C. Reply Letter Optimization of energy provision with supplemental parenteral nutrition (SPN) improves the clinical outcome of critically patients. *TheLancet* 2013 381: 1716-1717

Onkologie

1. Anchisi S. Cancers du poumon dépassés: soutenir et prolonger le souffle. *Rev Med Suisse* 2013;371:269-271
2. Betticher DC, Delmore G, Breitenstein U, Anchisi S, Zimmerli-Schwab B, Müller A, von Moos R, Hügli-Dayer AM, Schefer H, Bodenmann S, Bühler V, Trueb RR. Efficacy and tolerability of two scalp cooling systems for the prevention of alopecia associated with docetaxel treatment. *Support Care Cancer* 2013 21:2565–2573
3. Zenhäusern R [Indolent lymphomas: classification, clinical presentation and treatment]. *Praxis (Bern)* 2013 Mar 27;102(7):399-406

Radio-Onkologie

1. Nisa L, Khanfir K, Giger R. Locoregional recurrence due to neoplastic seeding in head and neck cancer. *Tumori* 2013;99(4):144e-7e
2. Boujelbene N, Elloumi F, Kamel ME, Abeidi. H, Matzinger O, Mirimanoff RO, Khanfir K. Stereotactic body radiation therapy in stage I inoperable lung cancer: from palliative to curative options. *Swiss Med Wkly* 2013;143
3. Nisa. L, La Macchia R, Boujelbene N, Sandu K, Khanfir. K, Giger R. Correlation between subjective evaluation of symptoms and objective findings in early recurrent head and neck cancer. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2013, 139(7): 687-93

Orthopädie – Traumatologie

1. Minimal invasive Spondylodesen beim alten Patienten, Krappel F. *Orthopädische Nachrichten (Köln)* Mai 2013
2. Konservative Möglichkeiten bei De Novo Skoliosen, Krappel F. *Orthopädische Nachrichten (Köln)* Mai 2013

Pädiatrie & Pädiatrische Chirurgie

1. Andrey V, Bettschart V, Ducrey N, Constantin C, Genin B. Traumatic abdominal aortic rupture treated by endovascular stent placement in an 11-year-old boy *Journal of Paediatric Surgery Case Report* 2013 (1) 56–59
2. Simonetti GD, Tabin R. Nouveautés 2012 en pédiatrie. *Forum médical suisse* 2013;13(1–2):25–26
3. Tabin R. Ecrans de fumée ! *Paediatrica* 2013;24(3):49
Chappuy H, Keitel K, Gehri M, Tabin R, Robitaille L, Raymond F et al. Nasopharyngeal carriage of individual *Streptococcus pneumoniae* serotypes during pediatric radiologically confirmed community acquired pneumonia following PCV7 introduction in Switzerland. *BMC Infectious Diseases* 2013, 13:357
Page 2 of 8 <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/13/357>
4. Cheseaux JJ, Marwood AD, Glassey NR. Exposition de l'enfant à des violences domestiques. Un modèle pluridisciplinaire de détection, d'évaluation et de prise en charge. *Rev Med Suisse* 2013 Feb 20;9:398-401
5. LLor J. Faire face à la mort d'un enfant. *Rev Med Suisse*. 2013 Jan 31;9: 259
6. Marcoz J.P. Enfant handicapé: le rôle du praticien, *Rev Med Suisse* 2013;9: 275-276

Apotheke

1. Rahner N, Steinke V, Schlegelberger B, Eisinger F, Hutter P, Olschwang S. Clinical utility gene card for: Lynch syndrome (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM). *Eur J Hum Genet*: 21
2. Sidler-Moix AL, Dolci U, Berger-Gryllaki M, Pannatier A, Cotting J, Di Paolo ER. Albuterol delivery in an in vitro pediatric ventilator lung model: comparison of jet, ultrasonic, and mesh nebulizers. *Pediatr Crit Care Med*. 2013;14(2):e98-102
3. Asseray N, Ballereau F, Trombert-Paviot B, Bouget J, Foucher N, Renaud B, Roulet L, Kierzek G, Armand-Perroux A, Potel G, Schmidt J, Carpentier F, Queneau P. Frequency and severity of adverse drug reactions due to self-medication: a cross-sectional multi-centre survey in emergency departments. *Drug Saf*. 2013;36(12):1159-68
4. Roulet L, Ballereau F, Hardouin JB, Chiffolleau A, Moret L, Potel G, Asseray N. Assessment of adverse drug event recognition by emergency physicians in a French teaching hospital. *Emerg Med J*. 2013;30(1):63-7
5. Roulet L, Asseray N, Foucher N, Potel G, Lapeyre-Mestre M, Ballereau F. A questionnaire to document self-medication history in adult patients visiting emergency departments. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2013;22(2):151-9
6. Reutemann B, Beney J, von Gunten V, Rossier M, Meier P. Insuffisance rénale chronique: médicaments à proscrire, médicaments à prescrire. *Caduceus Express ICHV*, Sept. 2013
7. V. von Gunten, C. Sierro, S. Rosiak, M.-L. Weibel, P.-A. Petignat, G. Girod, J. Beney. Qualité du traitement après infarctus du myocarde : impact de recommandations hospitalières. *Rev Med Suisse* 2013;9:2107-11
8. Humbert-Delaloye V, Berger-Gryllaki M, Voirol P, Gattlen L, Pannatier A. In vitro compatibility of various cardioactive drugs during simulated Y-site administration. *Eur J Hosp Pharm*, 2013;20:2 110–116

Pneumologie

1. Gex G, Pralong JA, Combescore C, Seijo L, Rochat T, Soccac PM. Diagnostic yield and safety of electromagnetic navigation bronchoscopy for lung nodules: a systematic review and meta-analysis. *Respiration* 2014;87:165-76
2. Gex G, Petitpierre N, Charbonnier F, Rochat T. Acquisitions en Pneumologie : 2012. *Rev Med Suisse* 2013 Jan 16;9(369):142-6
3. Ambrosioni J, Bridevaux PO, Wagner G, Mamin A, Kaiser L. Epidemiology of viral respiratory infections in a tertiary care centre in the era of molecular diagnosis, Geneva, Switzerland, 2011-2012. *Clin Microbiol Infect* 2013 Dec 30
4. Adler D, Bridevaux PO, Contal O, Georges M, Dupuis-Lozeron E, Claudel E et al. Pulse wave amplitude reduction: a surrogate marker of microarousals associated with respiratory events occurring under non-invasive ventilation? *Respir Med* 2013 Dec;107(12):2053-60
5. Bridevaux PO, Aubert JD, Soccac PM, Mazza-Stalder J, Berutto C, Rochat T, Kaiser L. Incidence and outcomes of respiratory viral infections in lung transplant recipients: a prospective study. *Thorax* 2013 Jan;69(1):32-8
6. Schikowski T, Schaffner E, Meier F, Phuleria HC, Vierkotter A, Schindler C, Bridevaux PO et al. Improved air quality and attenuated lung function decline: modification by obesity in the SAPALDIA cohort. *Environ Health Perspect* 2013 Sep;121(9):1034-9
7. Boudier A, Curjurić I, Basagana X, Hazgui H, Anto JM, Bousquet J, Bridevaux PO et al. Ten-year follow-up of cluster-based asthma phenotypes in adults. A pooled analysis of three cohorts. *Am J Respir Crit Care Med* 2013 Sep 1;188(5):550-60

8. Hadaya K, Bridevaux PO, Roux-Lombard P, Delort A, Saudan P, Martin PY et al. Contribution of interferon-gamma release assays (IGRAs) to the diagnosis of latent tuberculosis infection after renal transplantation Transplantation 2013 Jun 27;95(12):1485-90
9. Fresard I, Adler D, Bhatia C, Licker M, Triponez F, Robert J, Bridevaux PO. Should cardiopulmonary rehabilitation be provided to patients with lung cancer? Rev Med Suisse 2013 Apr 10;9(381):758, 60-3
10. Gerbase MW, Dupuis-Lozeron E, Schindler C, Keidel D, Bridevaux PO, Kriemler S et al. Agreement between spirometers: a challenge in the follow-up of patients and populations? Respiration 2013;85(6):505-14
11. Lebowitz D, Gex G, Pache JC, Rochat T. La pneumonie organisée cryptogénique. Rev Med Suisse 2013;9:2164-9

Psychiatrie

1. Rey-Bellet P. Entre clinique et recherche. Psychothérapies 3/2013 (Vol. 33) p.129-130
2. Bonvin E. Une place à défendre pour sauver l'âme de la «médecine humaine» Compétence H+ Hospital Forum 10/2013, 6-7
3. Bonvin E. Le DSM, miroir de l'âme ou reflet de notre société? Diagonales – Journal du GRAAP 11/2013

Präsentationen an wissenschaftlichen Kongressen:

Kardiologie

1. Fournier S, Puricel S, Morawiec B, Eeckhout E, Mangiacapra F, Trana C, Taponnier M, Iglesias J, Michiels V, Stauffer JC, Beggah A, Monney P, Gobet S, Vogt P, Cook S, Muller O. Relationship Between Time of Day and Periprocedural Myocardial Infarction After Elective Angioplasty. Congrès AHA, novembre 2013
2. Piccini D, Sierro C, Schwitter J, Monney P, Vincenti G, Koestner S, Locca D, Rutz T, Littmann A, Zenge M, Krueger G, Stuber M. An initial report on the performance of post contrast self-navigated whole-heart coronary MRI in patients with suspected or established coronary artery disease. Proc Intl Soc Mag Reson Med 2013 21:547. Congress of the International Society for Magnetic Resonance in Medicine 2013
3. Piccini C, Schwitter J, De Blois J, Monney P, Vincenti G, Koestner S C, Sierro C, Locca D, Rutz T, Littmann A, Zenge M O, Krueger G, Stuber M. Non-invasive 3D Imaging of Cardiac and Coronary Anatomy Using Self-Navigated Whole-Heart Coronary Magnetic Resonance Imaging: An Initial Report. Cardiovascular Medicine 2013; 15 (Suppl 22):108-9. Congrès de la société Suisse de cardiologie et de la société Suisse de chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique 2013
4. Piccini D, Schwitter J, Monney P, Rutz T, Vincenti G, Sierro C, Stuber M. Respiratory Self-Navigation for Free Breathing Whole-Heart Coronary MR Imaging with High Isotropic Spatial Resolution in Patients. Magnetom Flash 2013; 3:12-17
5. Pascale P, Roten L, Shah A, Scherr D, Komatsu Y, Daly M, Ramoul K, Denis A, Derval N, Sacher F, Hocini M, Jais P, Haissaguerre M. Pulmonary veins to left atrium cycle length gradient predicts procedural and clinical outcomes of persistent atrial fibrillation ablation. Heart Rhythm 2013

6. Hocini M, Shah A, Szumowski L, Maury P, Pascale P, Parkash R, Di Biase L, Mei Y, Kautzner J, Nogami A, Rivard L, Natale A, Khairy P, Peichl P, Haissaguerre M. Lifesaving Purkinje ablation of incessant ventricular fibrillation in ischemic heart disease: a multicenter case-control study. *Heart Rhythm* 2013
7. Jadidi A, Park C, Lehrmann H, Weber R, Keyl C, Schiebling-Romer J, Allgeier J, Herrera Siklody C, Puererfellner H, Martinek M, De Chillou C, Jais P, Haissaguerre M, Hocini M, Pruvot E, Pascale P, Albenque JP, Xhaet O, Shah D, Arentz T. Optimal catheter tissue contact force for ablation success in AF (OCASS-AF)- A multicenter pilot study. *Heart Rhythm* 2013
8. Derval N, Komatsu Y, Denis A, Cochet H, Sacher F, Pascale P, Ramoul K, Roten L, Shah A, Daly M, Jesel L, Ploux S, Amraoui S, Zemmoura A, Bordachar P, Ritter P, Hocini M, Jais P, Haissaguerre M. Effect of cardiac resynchronisation therapy on electrical activation and relationship with acute response. *Heart Rhythm* 2013
9. Derval N, Komatsu Y, Sacher F, Denis A, Ploux S, Cochet H, Pascale P, Roten L, Ramoul K, Scherr D, Daly M, Jesel L, Amraoui S, Zemmoura A, Ritter P, Hocini M, Haissaguerre M, Jais P, Bordachar P. Characterization of different LV activation patterns between heart failure patients with narrow QRS, nonspecific intraventricular conduction disturbance and left bundle branch block. *Heart Rhythm* 2013
10. Komatsu Y, Jadidi A, Cochet H, Sacher F, Denis A, Pascale P, Roten L, Scherr D, Daly M, Ramoul K, Shah A, Lehrmann H, Weber R, Schiebling-Romer J, Pache G, Arentz T, Relan J, Sermesant M, Ayache N, Laurent F, Derval N, Hocini M, Haissaguerre M, Jais P. CT scan segmentation of myocardial hypodensity to guide ventricular tachycardia ablation in arrhythmic right ventricular cardiomyopathy. *Heart Rhythm* 2013
11. Komatsu Y, Sacher F, Cochet H, Daly M, Jesel L, Derval N, Jadidi A, Shah A, Nault I, Pascale P, Roten L, Scherr D, Denis A, Ramoul K, Zellerhoff S, Hocini M, Haissaguerre M. Predictors of difficult elimination of local abnormal ventricular activities in ischemic and non-ischemic ventricular tachycardia. *Heart Rhythm* 2013
12. Komatsu Y, Daly M, Sacher F, Derval N, Cochet H, Jadidi A, Pascale P, Roten L, Scherr D, Denis A, Ramoul K, Jesel L, Zellerhoff S, Shah A, Hocini M, Haissaguerre M, Jais P. Electrophysiologic characteristics of local abnormal ventricular activities in ischemic and non-ischemic ventricular tachycardia depend on scar location. *Heart Rhythm* 2013
13. Maury JP, Sadron M, Sacher F, Duparc A, Mondoly P, Derval N, Rollin A, Cardin C, Jais P, Hocini M, Pascale P, Delay M, Haissaguerre M. Premature ventricular beat-induced cardiomyopathy characteristics and prognosis after radio-frequency ablation. *Heart Rhythm* 2013
14. Roten L, Derval N, Maury P, Rollin A, Ruidavets JB, Ferrieres J, Sacher F, Pascale P, Scherr D, Aurillac V, Komatsu Y, Ramoul K, Daly M, Denis A, Shah AJ, Hocini M, Jais P, Haissaguerre M. Electrocardiogram characteristics of patients with inferolateral early repolarization and idiopathic ventricular fibrillation versus controls. *Heart Rhythm* 2013
15. Scherr D, Miyazaki S, Aurillac V, Pascale P, Wilton SB, Ramoul K, Komatsu Y, Roten L, Shah A, Daly M, Jadidi A, Pedersen M, Knecht S, Denis A, Cochet H, Derval N, Hocini M, Sacher F, Haissaguerre M, Jais P. Five year follow-up of patients with structural heart disease undergoing catheter ablation of persistent atrial fibrillation using the stepwise approach. *Heart Rhythm* 2013

16. Derval N, Pascale P, Sacher F, Denis A, Ploux S, Eliaoutou S, Bokan R, Shah A, Ramoul K, Zemmoura A, Strom M, Amraoui S, Komatsu Y, Daly M, Ram-anathan C, Ritter P, Bordachar P, Hocini M, Jais P, Haissaguerre M. Electrical activation in cardiac resyn-chronization therapy (CRT): validation of noninvasive activation mapping with invasive electroanatomic mapping. *Heart Rhythm* 2013
 17. Maury P, Sadron M, Sacher F, Duparc A, Mondoly P, Derval N, Rollin A, Cardin C, Pascale P, Hocini M. Premature ventricular beat-induced cardiomyopathy characteristics and prognosis after radio-frequency ablation. *Europace* 2013
 18. Scherr D, Miyazaki S, Aurillac V, Pascale P, Wilton SB, Ramoul K, Komatsu Y, Roten L, Shah A, Daly M, Jadidi A, Pedersen M, Knecht S, Denis A, Cochet H, Derval N, Hocini M, Sacher F, Haissaguerre M, Jais P. Five year follow-up of patients with structural heart disease undergoing catheter ablation of persistent atrial fibrillation using the stepwise approach. *Europace* 2013
 19. Buttu A, Van Zaen J, Viso A, Forclaz A, Pascale P, Maury P, Rollin A, Narayan SM, Vesin JM, Pruvot E. High pre-ablation ECG organization in long-standing persistent atrial fibrillation terminated within the left atrium. *Europace* 2013
 20. Scherr D, Miyazaki S, Aurillac V, Pascale P, Komatsu Y, Knecht S, Roten L, Hocini M, Jais P, Haissaguerre M. Incidence and predictors of success in patients with persistent atrial fibrillation undergoing repeat ablation. *Europace* 2013
 21. Gabus V, Rollin A, Roux Y, Graf D, Schlaepfer J, Fromer M, Maury P, Pascale P, Forclaz A, Pruvot E. Efficiency of heparin infusion may take more than 20 minutes during ablation of atrial fibrillation. *Europace* 2013
 22. Buttu A, Pruvot E, Forclaz A, Pascale P, Narayan SM, Maury P, Rollin A, Vesin JM. High bi-atrial organization in patients with long-standing persistent atrial fibrillation terminated within the left atrium. *Europace* 2013
 23. Gabus V, Rollin A, Roux Y, Graf D, Schlaepfer J, Fromer M, Maury P, Pascale P, Forclaz A, Pruvot E. Delayed target anticoagulation following heparin infusion during ablation of atrial fibrillation. *Swiss Society of Cardiology* 2013
 24. Jadidi A, Park C-I, Lehrmann H, Pruvot E, Pascale P, Shah D, Puererfellner H, Jais P, Haissaguerre M, Xhaet O, DeChillou C, Albenque J-P, Arentz T. Contact force guided pulmonary vein isolation reduces the rate of Adenosine-mediated pulmonary vein recon-nection, OCCAS-AF a multicenter pilot study. *Swiss Society of Cardiology* 2013
 25. Roux Y, Pascale P, Forclaz A, Gabus V, Tenkorang J, Carroz P, Schlaepfer J, Fromer M, Pruvot E. Reduction of the ECG P-wave duration as a marker of success after atrial fibrillation ablation. *Swiss Society of Cardiology* 2013
 26. Roten L, Pascale P, Derval N, Maury P, Sacher F, Haissaguerre M. ECG characteristics of patients with inferolateral early repolarization and idiopathic ventricular fibrillation versus controls. *Swiss Society of Cardiology* 2013
- Dermatologie**
1. Parmentier L. "Ces plaies qui ne veulent pas guérir ...". *Quadrimed* 2013. Janv. 2013, Crans-Montana
 2. Parmentier L Workshop of dermatologic surgery (European Academy of Dermatology and Venereology. 18 and 19 April 2013, Bruxelles
 3. Parmentier L. Journées dermatologiques de Paris 2013. FMC chirurgie dermatologique niveau II, 10 décembre 2013, Paris

Immunologie

1. Steiner UC, Schmid-Grendelmeier P, Weber C, Pichler C, Bircher A, Ribi C, Leimgruber A, Dayer E, Wuillemin WA. Hereditary Angioedema in Switzerland, Société Suisse d'Allergologie et d'Immunologie, Lugano 2013
2. Ribi C, Trendelenburg M, Gayet-Ageron A, Cohen CD, Dayer E, Eisenberger U, Hauser T, Hunziker T, Leimgruber A, Lindner G, Koenig KF, Otto P, Spertini F, Stoll T, von Kempis J, Chizzolini C for the Swiss Systemic Lupus Erythematosus Cohort Study Group. Cross-sectional analysis of 255 patients with systemic lupus erythematosus included in a transdisciplinary multi-centric Swiss cohort. Société Suisse d'Allergologie et d'Immunologie, Bern 2013

Infektionskrankheiten

1. Birgand G, Lepelletier D, Baron G, Barrett S, Breier A, Buke C, Markovic-Denic L, Gastmeier P, Kluytmans J, Lyytikäinen O, Sheridan E, Szilagyi E, Tacconelli E, Troillet N, Ravaut P, Lucet JC, VARSSI Study Group. Agreement among healthcare professionals in ten European countries in diagnosing case-vignettes of suspected surgical-site infection (SSI). 23rd European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 2013, Berlin
2. Troillet N. Publication of surveillance data: pro and con. Joint Annual Meeting of the Swiss Societies for Infectious Diseases, Hospital Hygiene, and Tropical and Travel Medicine, 2013, Lugano
3. Eisenring MC, Kuster S, Sax H, Troillet N. Validation tool to improve surgical site infection surveillance in Swiss hospitals. International Congress on Prevention and Control of Infection, 2013, Genève
4. Bellini C, Magouras I, Chappuis-Taillard C, Clerc O, Masserey E, Péter O, Schuepbach G, Greub G. Qfever cluster in the tourist vineyard of Lavaux, Switzerland. 23rd European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Berlin 2013
5. Rieille N, Klaus C, Ambord C, Dupuis G, Péter O, Voordouw M. Use of goats as indirect indicators for detection of tick-borne encephalitis virus (TBEV) in a new risk area in Switzerland. 23rd European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Berlin 2013

Innere Medizin – Geriatrie

1. Coutaz M, Eyer S. Faut-il traiter l'hypertension après 75 ans? 81^e Assemblée Annuelle de la Société Suisse de Médecine Interne Générale. Basel 29.05.2013
2. Guggiari C, Büla C, Eyer S, Iglesias K, Waeber B. «Comparison of a wrist device with position sensor and an arm device to measure blood pressure in elderly persons.» 81^e Assemblée Annuelle de la Société Suisse de Médecine Interne Générale. Basel, 30.05.2013
3. Coutaz M. Oncologie de la personne âgée: un luxe inutile? Congrès médical Quadrimed, Montana 01.02.2013
4. Morisod J. Offre en soins pour personne en situation palliative dans un hôpital gériatrique, Plateforme latine de recherche en soins palliatifs et fin de vie, Haute Ecole de Santé Arc, Neuchâtel 7.2.2013
5. Coutaz M, Eyer S. Should we treat hypertension after 75 years? Workshop. Annual meeting Soc. Suisse de Médecine interne et Soc. Profes. de Gériatrie. Kongress Center Basel 29.05.2013
6. Guggiari C, Büla C, Eyer S, Iglesias K, Waeber B. Comparison of a wrist device with position sensor and an arm device to measure blood pressure in elderly persons. (Communication libre) Annual meeting Soc. Suisse de Médecine interne et Soc. Profes. Gériatrie, Kongress Center Basel 29.05.2013

Neurologie

1. Ghika J. Douleur chronique: une maladie? Congrès romand de l'AMRA (association romande des assistantes médicales) Montreux 7 sept 2013
2. Mueller HFG, Fisch L, Bonvin C, Lovblad K, Ratib O, Lalive P, Willi JP, Sztajzel R. Usefulness of PET-CT in the diagnosis of patients with "vulnerable" carotid plaques: correlation to clinical symptoms, to the presence of micro-embolic signals and to plasmatic markers of inflammation. EUROPEAN Stroke conference. London 2013
3. Chabwine JN. Journées de Neurologie de Langue Française 08-12.04.2013 Montpellier
4. Chabwine JN. Konzo, a tropical spastic paraparesis, 19.12.2013, HUG, Service de Médecine Tropicale et Humanitaire

Ernährung

1. Berger MM. "Pro-Contra: Combining parenteral and enteral feeding"; "Early reduction of energy deficit: PRO"; "Pharmaconutriments: une question toujours ouverte en 2013? » Congrès de la SRLF, 24 Janvier Paris
2. Berger MM. Besoins et apports en Eléments traces et Vitamines en nutrition clinique. DIU Nutrition, Hôpital Necker, février, Paris
3. Berger MM. «Micronutrients in Critically Ill: Strategies for Clinical Practice»; "2013 Gonzalo Austria Memorial Lecture on Emerging Concepts in Nutrition in Health and Disease" 13-15 March, 2013 Philippine Digestive Health Week, Manilla.
4. Berger MM. "Tutorial - Metabolic support in burns"; "Computers are needed to optimise nutritional treatment"; "Does the feeding route really matter?" "The elderly burn victim" 33rd ISICEM Congress, 19-22 March, Brussels
5. Berger MM. "Early & accurate nutrition support in the ICU"; "Role of pharmaconutrition in acute disease"; "Intensivists: Making metabolic and nutritional decisions through the course of illness" 18-19 Avril 2013 Fresenius Kabi Advanced Nutrition course, Bad Homburg, Germany
6. Berger MM. Nutrition Therapy in ICU: Successes, Failures and Perspectives – Key lecture"; "Antioxidants: To Replace or Supplement?"; "Immunonutrients in ICU: Omega 3 Fatty Acids". V Brazilian Congress of Integrated Nutrition (CBNI) and Ganepão 2013: "19-22 juin 2013 Sao Paulo Bresil
7. Berger MM. "Arvid Wredtlin Lecture: Evolving concepts in parenteral nutrition"; "Does one size fit all? Modulation of antioxidant supplementation in the ICU"; 35th ESPEN congress 1-3 sept 2013 Leipzig
8. Berger MM. "Selenium supplementation in cardiac surgery: how it (possibly) works or insights into the basics of the redox system" Congrès Annuel SSMI, 5 sept 2013, Genève
9. Berger MM. "Rational Metabolic Care: Case. RQ < 0.6 after surgery?"; "Rational Metabolic Care: Side effects of metabolic care"; "Nutrition – Individualized approach: How to measure changes in nutrient and micronutrient requirements?"; "Supraphysiological needs?: REDOXS trial". 27th annual congress of ESICM, 5-9 oct 2013 Paris

Onkologie

1. Bischoff T, Anchisi S, Coutaz M, Mazzocato C, David S. «Oncologie de la personne âgée: un luxe inutile?» Congrès Quadrimed 01.02, Montana
2. Anchisi S. «Cancers du poumon dépassés: soutenir et prolonger le souffle». Congrès Quadrimed (séminaire) 02.02, Montana
3. Koeberle D, Betticher D, Von Moos R, Dietrich D, Brauchli P, Baertschi D, Matter-Walstra K, Winterhalder R, Borner M, Anchisi S, Moosmann P et al. Bevacizumab continuation versus no continuation after first-line chemo-bevacizumab therapy in patients with metastatic colorectal cancer: A randomized phase 3 non-inferiority trial (SAKK 41/06). J Clin Oncol 31, 2013 (suppl; abstr 3503). Présentation orale
4. Khanfir K., Anchisi S, Ph. Groux. Do (chemo)-radiotherapy patients need other forms of social support for access to cancer care than other cancer patients? Poster et abstract au 17th Annual SASRO Meeting, 4-6 July 2013 Davos

5. Koeberle D, Betticher D, Von Moos R, Dietrich D, Brauchli P, Baertschi D, Matter-Walstra K, Winterhalder R, Borner M, Anchisi S, Moosmann P et al. Bevacizumab continuation versus no continuation after first-line chemo-bevacizumab therapy in patients with metastatic colorectal cancer: A phase 3 non-inferiority trial. *Ann Oncol* (2013) 24 (suppl 4): iv22. Abstract 0028

Radio-Onkologie

1. Soubeyran V, Sandu K, Khanfir K, Brachet P, Monteiro S, Kamel EM. Compensatory lingual muscles hyperfunction after hemiglossectomy: A potential cause of false positive PET-CT interpretation in oral cancer patients. Annual congress of EANM 13. 19-23 Oct 13, Lyon
2. Khanfir K, Anchisi S, Groux Ph. Do (chemo)-radiotherapy patients need other forms of social support for access to cancer care than other cancer patients? 17th Annual SASRO Meeting (Société Suisse de Radio-Oncologie) 4-6 juillet 13, Davos
3. Santa Cruz O, Herrera F G, Bouzerda K, Bouchaab H, Ahtari Ch, Bourhis J, Ozsahin M. Postoperative radiotherapy (PORT) in endometrial cancer: the Lausanne experience in 201 consecutive patients. 17th Annual SASRO Meeting (Société Suisse de Radio-Oncologie) 4-6 juillet 2013, Davos

Orthopädie – Traumatologie

1. Krappel F. „Wann sind perkutane Spondylodesen bei De Novo Skoliosen des älteren Menschen sinnvoll? Vortrag 01.05.2013 61. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen, 1.-4.5.2013 Baden-Baden
2. Krappel F. „Rückenschmerzen durch degeneratives Drehgleiten – konservativ oder operativ?“ Vortrag 02.05.2013

Pädiatrische Chirurgie

1. Sanchez O, Montarulli E, Lutz N, Produit S, Genin B. Advantages and feasibility of circumcision under local anesthetic in children. Congrès Annuel, Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique-Septembre 19-20 2013
2. Sanchez O, Genin B, Produit S, Lutz N. Accidental partial glans amputation. Never give up Congrès Annuel Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique-Septembre 19-20 2013

3. Lutz N, Sanchez O, Genin B, Produit S, Fluri S, Beck T. Child ski fractures: tibia takes gold. Congrès Annuel, Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique-Septembre 19-20 2013
4. Sanchez O. The postman always rings Three times. Journée de formation de la Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique, avril 18 2013

Pädiatrie & Pädiatrische Chirurgie

- Congrès Annuel Société Suisse de Pédiatrie-Juin 21-22 2013: *Swiss Med Wkly* 2013 Suppl. 197;143
1. Plati C, Hofer M, Llor J, Marcoz JP, Russo M, Tabin R, Cheseaux JJ. Recurrent macrophage activation syndrome in Still's disease
 2. Comtesse Y, Produit S, Cheseaux JJ, Llor J, Russo M, Tabin R. Infected urachal cyst: an uncommon cause of abdominal pain
 3. Sanchez O, Schneider N, Produit S, Llor J, Tabin R, Russo M, Cheseaux JJ. Pelvic cyst in a teenager, a radiological and surgical challenge
 4. Regelin N, Sanchez Lope O, Genin B, Cheseaux JJ, Llor J, Tabin R, Russo M. Familial hypertrophic pyloric stenosis
 5. Regelin N, Cheseaux JJ, Llor J, Russo M, Tabin R, Marcoz JP. Familial periodic hypokalemic paralysis
 6. Poeppel U, Jeannet PY, Russo M., Cheseaux JJ, Llor J, Tabin R., Marcoz JP. Familial hemiplegic migraine type 2 – a case report
 7. Hensen M, Tabin R, Cheseaux J.J, Llor J, Russo M, Marcoz JP. Pseudotumor Cerebri is not always idiopathic
 8. Vonnez JL, San Milàn D, Russo M, Cheseaux J.J, Llor J, Tabin R, Marcoz JP. Asymptomatic dural venous sinus thrombosis after skull fracture
 9. Russo M, Marcoz JP, Roulet E, Cheseaux JJ, Tabin R, Llor J. Limp, seizures and behavioural change in a young girl: autoimmune encephalitis?
 10. Bagetakou S, Produit S, Cheseaux JJ, Marcoz JP, Russo M, Tabin R, Llor J. Thoracic asymmetry and limited mobilisation of right arm
 11. Plati C, Hofer M, Llor J, Marcoz JP, Russo M, Tabin R, Cheseaux JJ. Recurrent macrophage activation syndrome in Still's disease
 12. Melhem M, Jérôme Choudja C, Stalder M, Lovey PY, Cheseaux JJ, Llor J, Tabin R, Russo M. Hereditary spherocytosis, a neonatal diagnostic challenge

13. Reynaud S, Llor J, Cheseaux JJ, Marcoz JP, Russo M, Tabin R. Green leaves are not always healthy
14. Pelc R, Redant S, Llor J, Julliard S, Lorrot M, Oostenbrink R, Angoulvant F. France, Belgium, Switzerland, The Netherlands Pediatric gastroenteritis in the emergency department: practice evaluation in Belgium, France, Netherlands and Switzerland- 31st annual congress of ESPID -May 28-June 1, 2013 Milan
15. Deillon E, Stoppa S, Hauschild M, Theintz GE, Dubuis JM, Tabin R, Pitteloud N, Phan-Hug F. Natural history of congenital growth hormone deficiency (GHD): 9th ESPE Meeting 2013: 19-22.9.2013 Milan

Apotheke

1. Reutemann B, Meier P, Beney J, Von Gunten V, Roulet L. Bilan initial par le pharmacien clinicien sur la prise en charge des patients insuffisants rénaux hospitalisés en soins aigus. 15^e Réunion Commune de la Société de Néphrologie et de la Société Francophone de Dialyse, Nantes, 8-11 octobre 2013
2. Bruggmann C, Von Gunten V, Beney J. Fiche d'intervention pharmaceutique GSASA: concordance entre utilisateurs. 18^{es} JFSPH, Montreux, novembre 2013 (présentation orale et prix du Jury)

Pneumologie

1. Mohamed R, Nagy M, Gex G, Bernimoulin M, Juillet C, Chalandon Y. Lenalidomid-induced pneumonitis. Congrès annuel de la Société Suisse de Médecine interne - 30 mai 13, Bâle

Psychiatrie

1. Bonvin E. La psychiatrie est-elle soluble dans la médecine? Défis et enjeux de la psychiatrie psychothérapie dans le contexte sanitaire actuel. Leçon inaugurale, 28 février 2013, Hôpital de Cery DP-CHUV, Prilly
2. Bonvin E. Du contexte de soin à la médication relationnelle. Symposium en l'honneur du Pr. Charles Chalverat, 27 mars 2013, EESP, Lausanne
3. Bonvin E. Entre détresse existentielle et troubles psychiques. L'institution de la psychiatrie en question. Les conférences du Département de santé mentale et de psychiatrie, 16 mai 2013, Hôpital Belle-Idée, Genève
4. Bonvin E. La psychiatrie, médecine spéciale ou spécialité médicale? Défis et enjeux de la psychiatrie-psychothérapie dans le contexte de la médecine somatique

hospitalière. 1^{er} Colloque international soma-psy «Santé mentale: de la liaison à l'intégration», 5 septembre 2013, Vevey

5. Bonvin E. Workshop «Y a-t-il un pilote dans les transitions?» Le plan de santé mentale: du territoire à la carte. Congrès annuel de la SSPP, 13 septembre 2013, Montreux
6. Bonvin E. Considération du handicap dans l'institution de soin. Forum «Pour une égalité respectueuse des différences», 27 octobre 2013, Institut Universitaire Kurt Bösch, Bramois
7. Cromec I. L'investigation en psychiatrie de consultation et de liaison. Société Suisse de Psychiatrie de Consultation-Liaison (SSCLP): Cours de formation continue 2013-2014 pour l'obtention de la certification en psychiatrie de consultation et de liaison pour les spécialistes en Psychiatrie FMH – 18 avril 2013, CHUV – Lausanne
8. Delessert D. «Le psychiatre face au monde carcéral: quelle collaboration?» Fachtagung Fachgruppe Reform im Strafwesen, Paulus Akademie Zürich, 19-20 septembre 2013

Pflege

1. Fournier S, Baur C. Anterior cruciate ligament reconstruction: Comparison of Hamstring Tendon autograft vs Bone Patellar Tendon Bone autograft: a retrospective cohort of 111 patients. 73th Congrès annuel de la SSOT (congrès suisse d'orthopédie) – 26-28 juin 2013, Lausanne
2. Desmedt M. Benchmarking Pflegeaufwands pro DRG zwischen Spital Wallis und dem Uni-Spital Zürich. CIS – Conference for clinical information management, 31 janvier 2013, Bern
3. Desmedt M. Atelier World Café – Basics about nursing management. ENDA – Annual conference of European Nurse Directors, 30 octobre -02 novembre 2013, Zürich.

Zertifizierungen & Neue Kompetenzen

Perret Morisoli A. Certification européenne en échographie cardiaque transoesophagienne (EACVI adult transoesophageal echocardiography certification)

