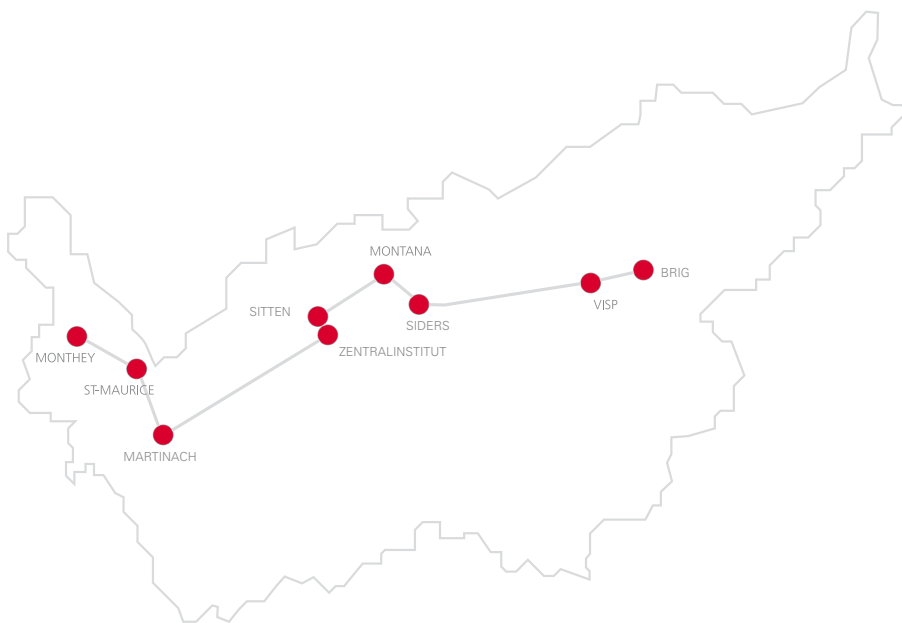


Qualitätsbericht

Spital Wallis



2014



Impressum

Spital Wallis, Generaldirektion, Unternehmenskommunikation, 1950 Sitten.

Gestaltung: Eddy Pelfini Graphic Design, Sitten.

Fotos: Arnaud Pellissier, Joakim Faiss.

Druck: Valmedia AG, Visp.

Sitten, Dezember 2015

An der Erstellung des vorliegenden Berichts waren beteiligt:

Pierre Turini, Els De Waele, Mario Desmedt, Nicolas Troillet, Mette Berger, 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 **Einleitung**
- 09 **Gute Voraussetzungen für die Pflegearbeit schaffen**
- 12 **Eine partizipative und transversale Vorgehensweise erarbeiten und umsetzen**
- 17 **Die Pflegequalität und -sicherheit erhöhen**
- 23 **Die Beziehungen zu den Patienten, Angehörigen und freipraktizierenden Ärzten strukturieren und stärken**
- 24 **Optimieren durch Evaluieren**
- 70 **Qualitätsrelevante Projekte und Ergebnisse besser in den Vordergrund stellen**
- 71 **Tätigkeit der pflegerisch-medizinischen Departemente des Spital Wallis**
- 94 **Ausbildung und Vereinbarungen**
- 99 **Akkreditierungen, Zertifizierungen, Labels**
- 102 **Publikationen, Artikel und Bücher von Mitarbeitenden des HVS im Jahr 2014**
- 110 **Präsentationen an wissenschaftlichen Kongressen**

DAS SPITAL WALLIS IN KÜRZE

Einige Kerngrössen

2004

Fusion von 10 Spitälern und Kliniken – Entstehung des Gesundheitsnetzes Wallis (GNW), heute Spital Wallis



5'000

Grösster Arbeitgeber im Kanton:
5'000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter



39'000

39'000 hospitalisierte Patienten



449'000

ambulante Konsultationen





800

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



50

Anerkannte FMH-Weiterbildungsstätte für über 50 medizinische Disziplinen



350

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



63

Kooperationsvereinbarungen mit

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

Seit 2014 verfolgt das Spital Wallis eine Qualitätsoffensive in den Bereichen Patientensicherheit und Pflegequalität. Zu diesem Zweck wurde eine QS-Abteilung geschaffen, die eng mit den strategischen Führungsorganen verknüpft ist. Das Spital Wallis setzt damit ein Zeichen für eine Unternehmenskultur, die ganz darauf ausgerichtet ist, die Leiden der Patienten bestmöglich zu lindern und sie vor unnötigen Komplikationen zu schützen.

Eine solche Kultur bedingt Transparenz – einerseits, um sich mit anderen vergleichen zu können, andererseits, um seine Schwächen und Fehler zu erkennen und zu korrigieren. Genau dies ist der Sinn und Zweck des vorliegenden Berichts. Er ist Ausdruck des konstruktiven Willens, die Qualität und Sicherheit im Spital Wallis kontinuierlich zu optimieren. Dieses Jahr enthält der Qualitätsbericht zudem die Aktivitätsberichte der einzelnen Bereiche, welche bisher im Geschäftsbericht zu finden waren: ein klares Statement dafür, dass die Aktivitäten eines Spitals vielmehr vom Standpunkt der Qualität als nur vom Standpunkt der Rentabilität betrachtet werden sollten.

Die grösste Herausforderung besteht nun darin, im ganzen Spital Wallis eine Sicherheits- und Qualitätskultur zu entfalten, die sich tagtäglich in den Handlungen und Entscheidungen all seiner Akteure widerspiegelt.

Prof. Eric Bonvin
Generaldirektor

Pathway to Excellence

Qualitativ hochstehende Pflegeleistungen sind eine wichtige Voraussetzung für ein leistungsstarkes Gesundheitssystem. Die Pflege leistet einen unverzichtbaren Beitrag für eine erfolgreiche Patientenbehandlung. Pathway to Excellence® – frei übersetzt «Der Weg zur Erstklassigkeit» – ist ein Label, mit dem gute Organisationsmodelle in der Pflege ausgezeichnet werden. Die Erlangung dieses Labels entspricht dem Willen des Spital Wallis, für die Patienten stets erstklassige Leistungen zu erbringen. Es wertet den Pflegeberuf auf und trägt konkret zur Einbindung der Pflege in das strategische Gesamtkonzept des Spital Wallis bei.

Die Standards von Pathway to Excellence® wurden vom American Nurses Credentialing Center (ANCC) ausgearbeitet. Die amerikanischen Gesundheitsinstitutionen, die das Label erlangt haben, belegen in den Qualitätsrankings regelmässig Spitzenplätze. Das Label verfolgt dieselben Stossrichtungen wie das Konzept «Magnet Hospitals» und begünstigt die institutionelle Dynamik.

Mit dem Ziel, dieses Label zu erlangen, nimmt das Spital Wallis schweiz- und europaweit eine Vorreiterrolle ein – eine Pionierleistung mit grossem Nutzen, da sie der Patientensicherheit dient.

Standard 1	Die Pflegefachpersonen bestimmen und kontrollieren die Pflegepraxis.
Standard 2	Das Arbeitsumfeld ist sicher und benutzerfreundlich.
Standard 3	Es existieren Systeme zur Qualitätssicherung der Berufspraxis und der Patientenbetreuung.
Standard 4	Es existiert ein Programm für die Instruktion von neuen Mitarbeitenden.
Standard 5	Der Pflegedirektor ist qualifiziert und wirkt auf allen Ebenen der Organisation mit.
Standard 6	Die berufliche Entwicklung wird gefördert.
Standard 7	Die Aufteilung der Löhne ist gerecht.
Standard 8	Die Leistungen der Pflegefachpersonen werden anerkannt.
Standard 9	Ein ausgewogener Lebensstil (Work-Life-Balance) wird gefördert.
Standard 10	Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird geschätzt und unterstützt.
Standard 11	Die Stationsleitungen sind kompetent und verantwortungsbewusst.
Standard 12	Ein Qualitätsprogramm und evidenzbasierte Tätigkeiten werden durchgeführt.

Um das Label Pathway to Excellence® zu erreichen, müssen 12 Standards erfüllt werden.

Diese 12 Standards sind bereits im Berufspraxismodell (BPM) des Spital Wallis integriert. Indem man das BPM umsetzt, werden also gleichzeitig die Zertifizierungskriterien von Pathway to Excellence® erfüllt, ohne dass dazu zusätzliche Schritte nötig wären.

Die Pflegekader des Spitalzentrums Oberwallis und des Spitalzentrums des französischsprachigen Wallis gehen davon aus, dass etwa 75% der Kriterien bereits vollständig oder weitgehend erfüllt sind. Bei der Befragung, die im Jahr 2014 beim Pflegepersonal durchgeführt wurde, hat

sich gezeigt, dass 80% der Mitarbeitenden das BPM kennen. Bei der «Landsgemeinde» von Visp haben sich 80% der Pflegekader – Abteilungsleiter/innen Pflege, Pflegefachverantwortliche und Praxisausbildner/innen – dafür ausgesprochen, auf die Erlangung des Labels hinzuarbeiten.

Im November 2014 meldete sich das Spital Wallis offiziell beim amerikanischen ANCC als Bewerber für das Label an. Der Aktionsplan steht. An den verschiedenen «World Cafés» und Koordinationssitzungen der Pflegeabteilungen befasst man sich mit dem Thema Pathway to Excellence®.

Bis 1. November 2015 sollte die Dokumentation bezüglich der Umsetzung der 12 Standards bereit sein.

Wenn das Dossier vollständig ist, werden die Mitarbeitenden des Spital Wallis nochmals die Möglichkeit haben, sich zu äussern. Auf der Grundlage einer Autoevaluation (Fragebogen) wird etwa im Januar 2016 abgeklärt, ob die Standards wirklich erfüllt und implementiert sind.



Projektbeispiele in Zusammenhang mit der Umsetzung der 12 Standards von Pathway to Excellence®.



Ein Netzwerk von motivierten und kompetenten Mitarbeitenden schaffen

Im Jahr 2014 hat die neu geschaffene, Ende 2013 von der Generaldirektion genehmigte QS-Abteilung des Spital Wallis verschiedene Strukturen für eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Zentren des Spital Wallis geschaffen. Zur Erhöhung der Qualität und Sicherheit im gesamten Spital treffen sich die Qualitätskoordinatoren und -manager des Spital Wallis und der Zentren zu monatlichen Sitzungen. Diese Bündelung der Ressourcen, Kompetenzen und Erfahrungen vereinfacht das transversale Projektmanagement und gewährleistet eine einheitliche Praxis im Bereich der Pflegequalität und Patientensicherheit.

Die Mitarbeitenden zu aktivem Engagement bewegen

Im CHVR wurden auf Abteilungsebene sogenannte Qualitätszirkel mit Vertretern aus verschiedenen Berufsgruppen geschaffen. Diese analysieren die eingegangenen Zwischenfallmeldungen, schlagen Verbesserungsmassnahmen vor und bezeichnen die Umsetzungsverantwortlichen. Sie geben den Teams Feedbacks zu den verbesserungswürdigen Punkten und den ergriffenen Massnahmen, was ganz im Sinne eines transparenten Qualitätsmanagements ist. Qualitätszirkel gibt es bereits auf folgenden Abteilungen: Innere Medizin, Geriatrie, Pädiatrie, Psychiatrie und Intensivpflege. Zudem kam im Jahr die Anästhesie hinzu. Auf den Abteilungen ohne Qualitätszirkel sind die Abteilungsleiter (Medizin und Pflege) für die Bearbeitung der Zwischenfälle verantwortlich.

Am SZO findet alle drei Monate eine Komplikationensitzung des Departements Medizin/Geriatrie statt, die ca. 45 Minuten dauert. 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 so zu ermöglichen, aus Fehlern zu lernen.

Das Qualitätsmanagement des Zentralinstituts der Spitäler (ZIS) wird von den QS-Kommissionen sämtlicher Abteilungen unterstützt. Die Kommissionen werden von der Abteilung Qualitätsmanagement zu Sitzungen eingeladen, um die Qualität der betreffenden Bereiche zu evaluieren und zu verbessern. Die Hauptthemen dieser Kommissionen sind die Rückmeldungen zu Qualität, Sicherheit und Risiken durch die Abteilung Qualitätsmanagement, die Vorbereitung der Audits für die Zertifikation und die Akkreditierung sowie die Rückmeldungen zu den Audits (intern und extern) und zu den Zwischenfällen. Im Jahr 2014 befassten sich die QS-Kommissionen vor allem mit der Einführung des neuen Systems zur Meldung von Zwischenfällen, welches das bisherige Tool des ZIS ersetzt.

Alle Mitarbeitenden des ZIS wurden für die Wichtigkeit der Meldung von Zwischenfällen sensibilisiert. Von Oktober bis Dezember 2014 fanden Schulungen für die Benutzung (Meldung und Bearbeitung) des neuen Tools statt. Es nahmen über 300 Personen daran teil.

Institutionelle Aktionspläne umsetzen

Die Pflegedirektion begleitet die Umsetzung der Aktionspläne im Rahmen der Sitzungen der Pflegedirektion und des Pflegekollegiums. Dieses Kollegium umfasst sämtliche Pflegeverantwortlichen und die Pflegedirektoren. Dabei geht es insbesondere um die Umsetzung des Berufspraxismodells, die Aktualisierung des Pflegedossiers und die Umsetzung des «4-Beine-Modells», welches aus 3 Pflegeverantwortlichen und 1 ärztlichen Verantwortlichen besteht.

Das Dokumentieren macht heutzutage einen grossen Teil der Pflegearbeit aus. Dadurch kann die Kontinuität der Pflege gewährleistet und deren Qualität evaluiert werden. Im Rahmen der Aktualisierung des Pflegedossiers wurde im elektronischen Patientendossier ein neues Modul zur Erfassung der Pflegehandlungen hinzugefügt. Das neue Pflegedossier bringt Verbesserungen für eine besonders wichtige Etappe des Spitalaufenthalts: die Patientenaufnahme. 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. Dank des neuen Pflegedossiers müssen verschiedene Daten nicht mehr doppelt erfasst werden. Die Pflegenden gewinnen so Zeit, die sie für die eigentliche Pflegearbeit einsetzen können.

Nach mehreren Mitarbeiterschulungen wurde das neue Pflegedossier im Jahr 2014 auf den verschiedenen Abteilungen des SZO eingeführt: im Juni auf der Medizin und im Oktober auf der Chirurgie.

Spitalnutzer und externe Partner einbeziehen

Die Patienten- und Angehörigenorganisationen, die Mitglieder der Spitaldirektion und die Vertreter der Dienststelle für Gesundheitswesen trafen sich am 21. Mai 2014 zum Patientenforum zum Thema «Seltene Krankheiten». Nicht weniger als 16 Organisationen waren dieses Mal dabei. Das Patientenforum wird zwei Mal jährlich vom Spital Wallis organisiert. Zu den Referenten gehörten: Christine De Kalbermatten (Vizepräsidentin der Allianz Proraris), Dr. Armand Bottani (Genetiker im HUG Genf und im Spital Wallis) sowie Prof. Olivier Guillod (Direktor des Instituts für Gesundheitsrecht der Universität Neuenburg).

Beim zweiten Patientenforum des Jahres 2014 stand am 19. November das Thema «Fixierungsmassnahmen» im Zentrum. Rund 50 Teilnehmer folgten den Referaten von Dr. Damian König (Chef der Abteilung Recht und Ethik des Spital Wallis), Jean-Daniel Melly (Pflegefachmann auf der Intensivstation im Spital Sitten) sowie Dr. Georges Klein und Alain Boson (Chefarzt und Pflegeleiter des Departments Psychiatrie und Psychotherapie). Die Direktion des Spital Wallis kam zum Schluss, dass es sinnvoll sei, eine Arbeitsgruppe zu diesem Thema zu schaffen, in welcher auch die verschiedenen Organisationen vertreten sind.

Dasselbe gilt auch für die Kommission für klinische Ethik, die auf Antrag der Direktion geschaffen wurde, um sich mit heiklen klinischen Situationen wie Suizid, Lebensende usw. zu befassen.

Die stete Verbesserung der Beziehung mit den Patienten und Angehörigen liegt dem Spital Wallis sehr am Herzen. In diesem Sinne soll ein permanenter Austausch mit den

Patienten und ihren Vertretern stattfinden, um ihre Bedürfnisse und Erfahrungen zu berücksichtigen, ihre Zufriedenheit zu messen und die Organisation und Qualität der Pflege entsprechend anzupassen.

An Projekten fehlt es nicht, wie folgende Auswahl zeigt: Infrastrukturen, Recht des Patienten auf eine ärztliche Zweitmeinung, Studie zu den Erwartungen der Walliser Bevölkerung bezüglich des Gesundheitssystems, Patientenuniversität.

Gemeinsames transversales Dokumentenmanagement sicherstellen

Im November 2013 nahm das Zentralinstitut der Spitäler (ZIS) in einem Pilotversuch das neue elektronische Dokumentenmanagement (EDM) in Betrieb. Dieses verwaltet auf einer einzigen Plattform sämtliche Dokumente des Spital Wallis, stellt allen Nutzern dieselben Vorlagen zur Verfügung, vermeidet Doppelspurigkeiten und erleichtert den Zugang zur Dokumentation für alle Mitarbeitenden des Spital Wallis. Für das EDM wurde die Software «Intraqual Doc» gewählt, da sich diese flexibel an die Struktur

des Spital Wallis, seine Zweisprachigkeit und die verschiedenen Tätigkeiten der Spitalzentren anpassen lässt.

Nach dem erfolgreichen Pilotversuch im ZIS wurde das neue EDM ab Januar 2014 auch in den beiden Spitalzentren SZO und CHVR eingeführt. Die Mitarbeitenden wurden entsprechend geschult und die Migration der Dokumente konnte im Juni 2014 (SZO) bzw. im November 2014 (CHVR/Generaldirektion) abgeschlossen werden.

Sicherheits- und Feedbackkultur in den Teams fördern

Die Sicherheit ist ein gemeinsames Anliegen aller Akteure innerhalb des Spital Wallis. So ist es auch nicht verwunderlich, dass es zahlreiche Projekte zur Verbesserung der Patientensicherheit gibt. Das neue System zur Meldung und Bearbeitung von Zwischenfällen ist ein wichtiger Meilenstein für die Erhöhung der Qualität und Sicherheit.

Meldung der Zwischenfälle

Die Meldung von Zwischenfällen wird im Walliser Gesundheitsgesetz und in der entsprechenden Verordnung geregelt. In jedem Spitalzentrum gibt es bereits seit mehreren Jahren standardisierte Abläufe, um die Vorgaben des Gesundheitsgesetzes vom 14. Februar 2008 zu erfüllen.

Im Bestreben, die Pflegequalität und Patientensicherheit stetig zu verbessern, lancierte die Generaldirektion des Spital Wallis im Januar 2014 ein Projekt zur Vereinheitlichung und Professionalisierung dieser Abläufe. Dabei ging es vor allem um die Schulung der Ärzte- und Pflegeteams, den Einbezug sämtlicher Zwischenfallarten (einschliesslich Vigilance) und die Möglichkeit, sich einen Gesamtüberblick verschaffen zu können.

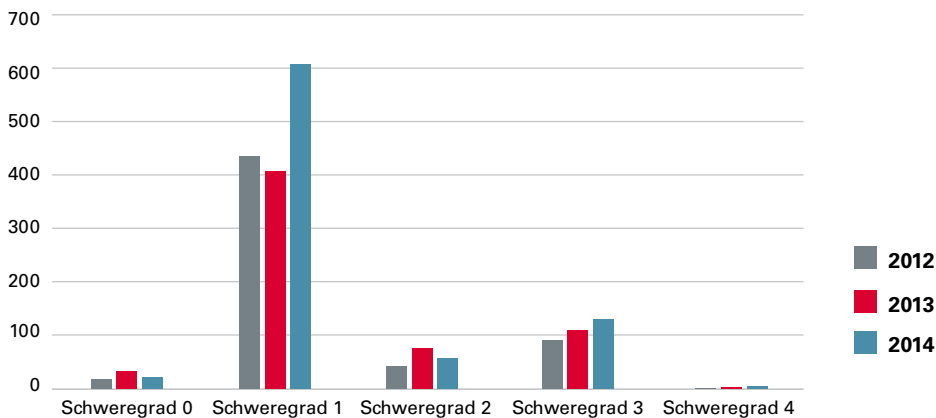
Im Rahmen dieses Projekts wurde ein neues System für die Meldung und Bearbeitung von Zwischenfällen geschaffen. Die Software «Intraqual Dynamic», welche ein einheitliches und massgeschneidertes Vorgehen erlaubt, wurde im Jahr 2014 von der QS-Abteilung so parametrisiert, dass sie der Verordnung zum Gesundheitsgesetz, der Strategie des Spital Wallis, der Klassifikation der WHO und dem «London Protocol» (systemische Fehleranalyse) entspricht.

Im September 2014 fanden die ersten Softwareschulungen für die Mitarbeitenden statt. Im November 2014 startete das neue System in die Pilotphase und erhielt den letzten Schliff.

Ergebnisse

Im Jahr 2014 erfolgten die Zwischenfallmeldungen noch nach dem alten System (die Pilotphase von Intraqual Dynamic begann erst im November 2014). Nachstehende Grafik gibt Aufschluss über Art und Anzahl der Zwischenfälle.

Gemeldete spitalmedizinische Zwischenfälle 2012 - 2014, Spital Wallis



Schweregrad 0 – Zwischenfälle, die einfache Bagatellfälle darstellen

Schweregrad 1 – Zwischenfälle, welche die Erteilung der Behandlung/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 und vorübergehende Beeinträchtigung oder sonstige Unannehmlichkeiten für die Gesundheit einer Person verursacht haben

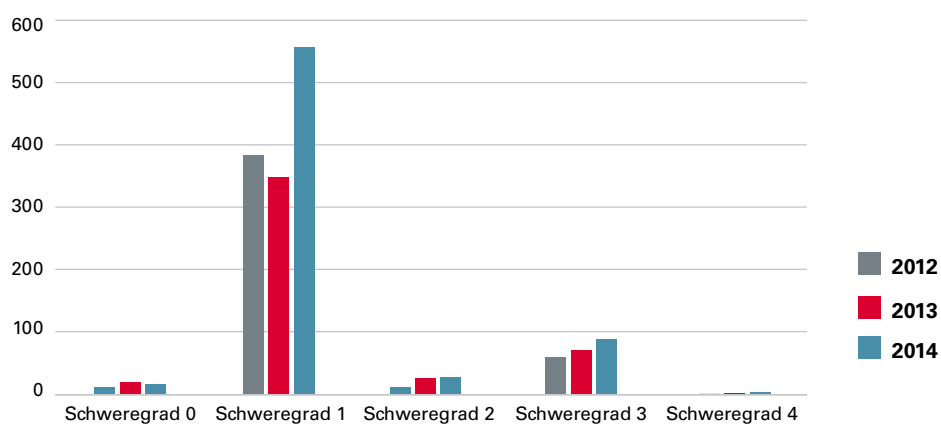
Schweregrad 4 – Zwischenfälle, die den Tod einer Person oder eine schwere oder dauerhafte Beeinträchtigung ihrer Gesundheit verursacht haben

Vergleiche im Bereich der Zwischenfallmeldungen sind immer schwierig, da die Spitäler die entsprechenden Daten nicht systematisch publizieren. Die Anzahl der Meldungen hängt zudem davon ab, wie stark die Sicherheitskultur im betreffenden Spital gefördert wird. So könnte die Zunahme der gemeldeten Zwischenfälle mit Schweregrad 1 im Jahr 2014 im Spital Wallis mit den Schulungen zum neuen Meldetool zusammenhängen.

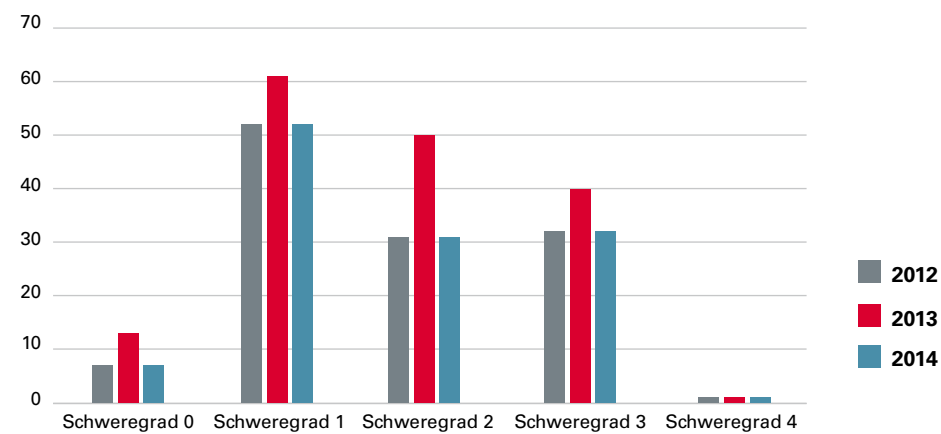
Die Zwischenfälle mit Schweregrad 0, 2, 3, und 4 bewegen sich hingegen etwa im selben Rahmen wie in den vergangenen Jahren.

Spitalmedizinische Zwischenfälle 2012 - 2014 nach Schweregrad, CHVR und SZO

CHVR



SZO

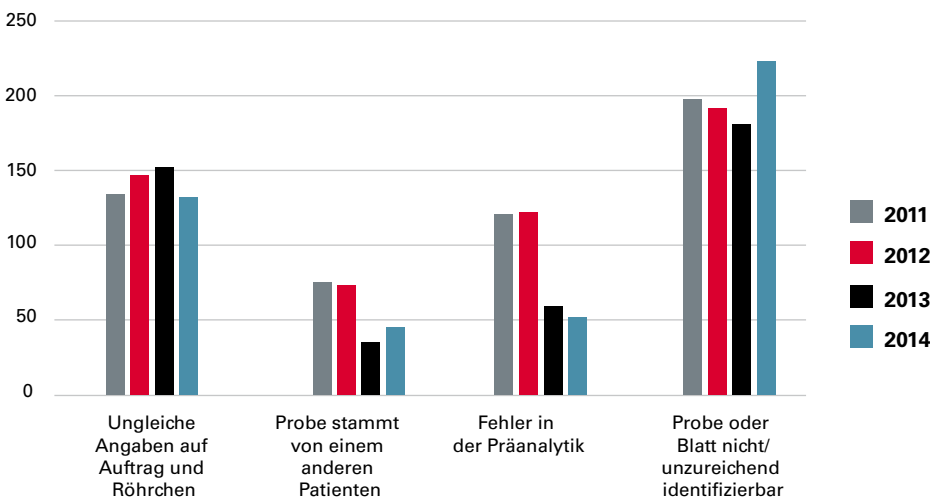


Im CHVR betreffen ca. 80% der Meldungen Zwischenfälle mit Schweregrad 1. Die übrigen 20% verteilen sich grösstenteils auf Fälle mit Schweregrad 2 und 3. Bei sehr schwerwiegenden Fällen (Schweregrad 4) wird ab 2015 – sobald also das neue Meldetool für Zwischenfälle in Betrieb ist – im Qualitätsbericht auf die entsprechenden Verbesserungsmassnahmen eingegangen.

Auf den CHVR-Abteilungen Pädiatrie, Anästhesie, Intensivpflege, Innere Medizin und – teilweise – Geriatrie erfolgt die Behandlung der Zwischenfälle (Analyse und Verbesserungsvorschläge) durch sogenannte Qualitätszirkel. Auf den übrigen Abteilungen liegt die Verantwortung für die Behandlung der Zwischenfälle beim Abteilungs-Chefarzt und/oder bei der Abteilungs-Pflegeleitung.

Der Qualitätszirkel der Inneren Medizin hat eine Arbeitsgruppe zu falschen Medikamentenverabreichungen gebildet und eine Weisung zum Schutz der Privatsphäre erarbeitet, während sich jener der Geriatrie mit der Verbesserung der Organisation der Patientenbetreuung in der Radiologieabteilung von Saint-Amé beschäftigte. Der Qualitätszirkel der Intensivpflege lancierte eine Studie zur Vorbereitung von Notfall-Medikamenten und brachte verschiedene Protokolle auf den neuesten Stand. Und schliesslich leitete der Qualitätszirkel der Anästhesiologie/Reanimation eine Revision der Infusionspumpen in die Wege, intensivierete die Weiterbildung der Mitarbeitenden, überarbeitete die Abläufe beim Patienteneintritt im OP und verbesserte die Zusammenarbeit mit den chirurgischen Abteilungen.

Vom Personal des ZIS gemeldete Zwischenfälle im Zusammenhang mit dem Spital Wallis Verteilung auf 4 Hauptgruppen



Die obige Grafik zeigt, wie viele Meldungen das Laborpersonal des ZIS im Zusammenhang mit den vier Hauptfehlerquellen im Spital Wallis gemacht hat.

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	
2014	40	1	0		3	1	0		6	0	1	

Unter Materiovigilance versteht man die Erfassung und Analyse von Zwischenfällen, die in Zusammenhang mit Medizinprodukten auftreten, obwohl diese sach- und herstellergemäss eingesetzt wurden. Im Jahr 2014 gab es 41 solcher Meldungen. Davon wurden 4 an Swissmedic weitergeleitet, um die üblichen Verfahren einzuleiten (Untersuchung beim Lieferanten, Änderungen am Produkt oder landesweiter Rückruf, falls nötig). Die deutliche Zunahme der Meldungen ist im Prinzip positiv, denn sie zeigt, dass das Meldesystem rege genutzt wird. Andererseits sind viele Meldungen auf eine unsachgemässe Benutzung oder mangelnde Kenntnis des Materials zurückzuführen, weil dieses immer komplexer wird.

Aufgrund der wöchentlich veröffentlichten Listen von Swissmedic haben sich die Teams mit 7 als wichtig erachteten Rückrufen befasst, die eine multidisziplinäre und standortübergreifende Organisation erfordert haben (Biomedizin, Zentrallager, Pflorgeteam, Labor, Informatik usw.). Im Jahr 2013 wurde das Qualitätssicherungssystem im Bereich der Materiovigilance weiter verbessert, was von der Swissmedic – die im Spital Wallis über eine spezifische Kontaktperson verfügt – begrüsst wurde.

Fortführung der Massnahmen zur Verbesserung der Medikamentensicherheit

Die Grundsätze für die Verwaltung der einzelnen Stations-Apotheken sind in einem Dokument zusammengefasst. Dieses dient als Basis für die Kontrollen, die jeweils im 2-Jahres-Rhythmus von den Apothekern durchgeführt werden. Ende 2014 waren 80% der Stations-Apotheken innerhalb der 18 vorangehenden Monate kontrolliert worden (Zielwert >75%). Die Erfassung und Validierung der Medikamentenverabreichung erfolgt immer öfter direkt per Computer, was erfreulich ist. Zu den negativen Punkten gehört, dass mehrere Pflegestationen keine klar definierten Zonen für die Vorbereitung von oralen und injizierbaren Medikamenten haben.

Das e-Learning-Projekt für die Verwaltung der Apotheken der Pflegestationen konnte im Jahr 2014 nicht wie vorgesehen umgesetzt werden und musste auf 2015 verschoben werden.

In Zusammenarbeit mit den Koordinatoren für Qualität und Patientensicherheit des Spital Wallis wurde eine Zertifikatsarbeit FPH (Foederatio Pharmaceutica Helvetiae) in klinischer Pharmazie erstellt, die sich mit der Verwaltung der persönlichen Medikamente der Patienten auf den Pflegestationen befasst. Die entsprechenden Resultate wurden für Mitte 2015 in Aussicht gestellt.



Herstellung von Arzneimitteln
in der Apotheke des
Zentralinstituts der Spitäler.

Empfang und Information der Patienten und Angehörigen verbessern

Die Anlaufstelle für die Anliegen von Patienten und Angehörigen, welche auf Wunsch des kantonalen Gesundheitsdepartements und des Verwaltungsrats des Spital Wallis zur Verbesserung des Informationsaustauschs und der Leistungsqualität geschaffen worden war, baute ihre Tätigkeit im Jahr 2014 weiter aus. Die Anlaufstelle ermöglicht es den Spitalnutzern, vertraulich auf Schwierigkeiten im Spital hinzuweisen, erteilt Ratschläge und nimmt im Falle von Konflikten eine Vermittlerrolle ein.

Im Mai 2014 kamen weitere Aufgaben hinzu: Fundbüro (Erfassung, Aufbewahrung und Aushändigung der Gegenstände, Suche nach den Eigentümern) und Schäden an persönlichem Material (in enger Zusammenarbeit mit der Abteilung für Recht und Ethik für Fälle, in denen das Spital zivilrechtlich haftbar ist). Im Sinne der Professionalisierung des Reklamationsmanagements kümmert sich die Anlaufstelle neuerdings auch um die Beantwortung der Reklamationen und Informationsanfragen, die an die Generaldirektion und die Direktion des Spitalzentrums des französischsprachigen Wallis gerichtet werden.

Bis Jahresende 2014 hatte die Anlaufstelle 103 Anfragen beantwortet, entweder persönlich, telefonisch, elektronisch oder schriftlich. Die Arbeit der Anlaufstelle besteht besonders aus Informationssuche, Krisenmanagement und administrativen Aufgaben. Seit Mai 2014 hat sie zudem 35 Untersuchungen in Schadens- und Diebstahlfällen eingeleitet, in denen Patienten oder Angehörige gegenüber dem Spital Wallis finanzielle Ansprüche geltend machen (z.B. beim Verlust von Wertgegenständen, Hörgeräten, Zahnprothesen oder Sehbrillen).



ANQ Indikatoren

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 Qualitätsmessungen 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.

2014 hat das Spital Wallis am Messplan für die Akutpflege (gesamtes Spital) und die Psychiatrie (nur CHVR) teilgenommen. Im ANQ-Messplan für die Rehabilitation ist 2014 nur eine Messung der Patientenzufriedenheit durchgeführt worden. Im Hinblick auf die Teilnahme an weiteren Messplänen (Rehabilitation, Psychiatrie im SZO) wurden 2014 verschiedene Mitarbeiterschulungen und Tests durchgeführt. Die ersten entsprechenden Daten wurden im Jahr 2015 gesammelt.

Evaluation der Patientenzufriedenheit

Akutpflege

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 ANQ hat zu diesem Zweck einen Fragebogen mit 5 Kernfragen konzipiert.

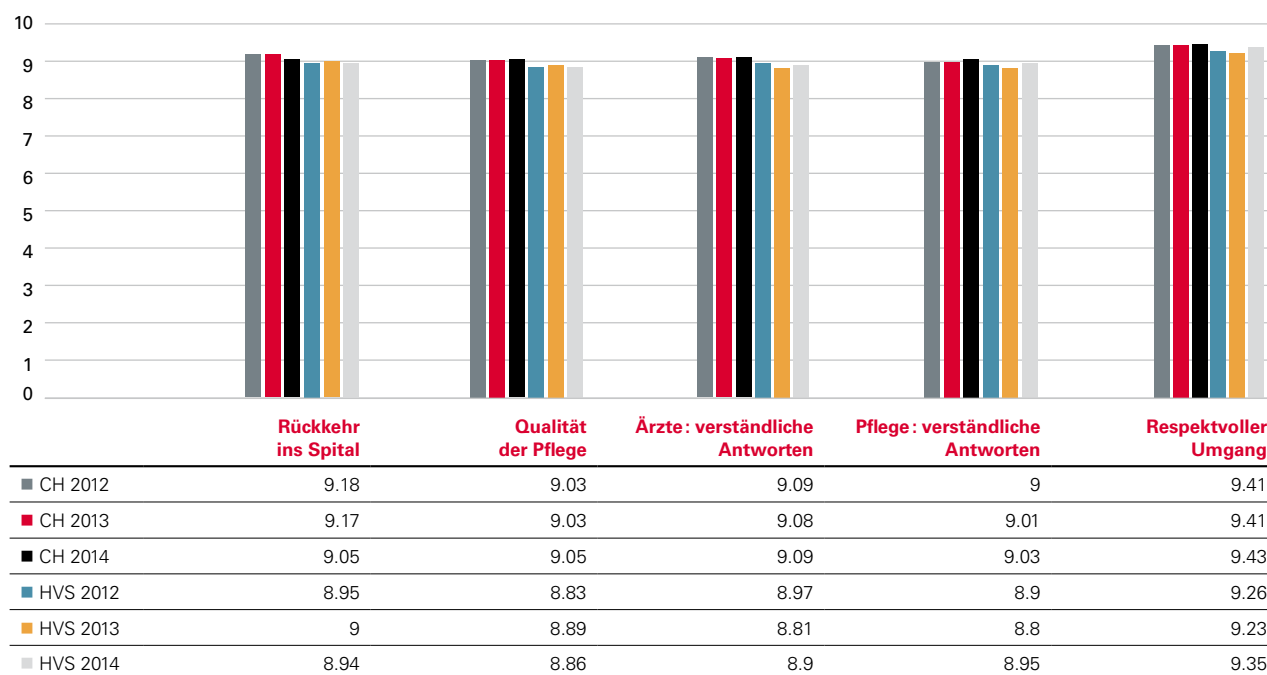
Alle Patienten der Spitäler Brig, Visp, Siders, Sitten, Martigny und Saint-Maurice über 18 Jahre mit Wohnsitz in der Schweiz, die zwischen dem 1. und 30. September 2014 aus dem Spital entlassen wurden, erhielten einen Fragebogen.

Zu folgenden 5 Punkten konnte der Patient jeweils eine Note zwischen 0 (schlecht) und 10 (ausgezeichnet) vergeben:

1. Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?
2. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung, die Sie erhalten haben?
3. Wenn Sie Fragen an einen Arzt oder eine Ärztin stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?
4. Wenn Sie Fragen an das Pflegepersonal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?
5. Wurden Sie während Ihres Spitalaufenthaltes mit Respekt und Würde behandelt?

Ergebnisse

Entwicklung der Patientenzufriedenheit 2012–2014, ANQ



Durchschnittswerte pro Frage und Spitalstandort (Höchstwert = 10) 2012–2014

Durchschnittswert	CH			HVS			Brig			Martinach			Siders			Sitten			Visp		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Rückkehr ins Spital	9.18	9.17	9.05	8.95	8.99	8.94	9.19	9.69	9.42	8.7	8.92	8.86	9.04	8.9	9.1	8.74	8.82	8.37	9.09	8.66	8.95
Behandlungsqualität	9.03	9.03	9.05	8.83	8.89	8.8	8.89	9.43	9.13	8.8	8.8	8.82	8.89	8.84	9.21	8.64	8.77	8.36	8.85	8.61	8.8
Ärzte: verständliche Antworten	9.09	9.08	9.09	8.97	8.81	8.9	9.44	9.55	9.34	8.82	8.61	9.03	9.04	8.39	8.97	8.54	8.66	8.28	9	8.85	8.87
Pflege: verständliche Antworten	9	9.01	9.03	8.9	8.8	8.95	9.27	9.23	9.41	8.8	8.39	8.84	8.66	8.83	9.11	8.74	8.7	8.42	9.03	8.87	8.99
Respektvoller Umgang	9.41	9.41	9.43	9.26	9.23	9.35	9.27	9.53	9.67	9.2	9.28	9.29	9.2	9.19	9.57	9.1	9.01	8.83	9.51	9.15	9.38

Die Ergebnisse für die fünf Fragen liegen im Spital Wallis zwischen 8.8 und 9, was ein gutes Resultat darstellt, auch wenn es leicht unter dem Durchschnitt der Schweizer Spitäler liegt. Die Ergebnisse der Jahre 2013 und 2014 unterscheiden sich nur geringfügig. Bei den Fragen 1 und 2 hat sich die Bewertung leicht verschlechtert, bei den Fragen 3 bis 5 leicht verbessert.

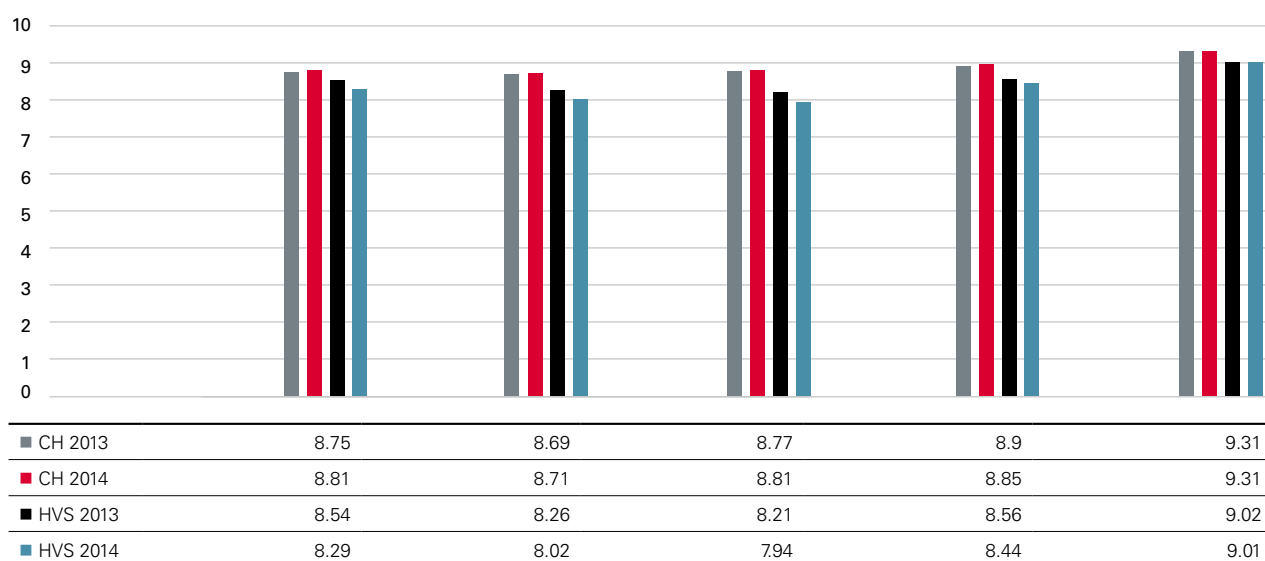
Das Spital Brig erhält bei allen 5 Fragen und das Spital Siders bei den Fragen 1, 2, 4 und 5 eine höhere Bewertung als der Schweizer Durchschnitt. Visp und Martinach erzielen mit Bewertungen zwischen 8.8 und 9.3 ein gutes Ergebnis, wenn auch leicht unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt. In Sitten (Werte zwischen 8.2 und 8.8) muss man die Entwicklung der Patientenzufriedenheit gut im Auge behalten. Ab 2015 wird man die Ergebnisse dieser Befragungen noch besser intern kommunizieren, damit man zusammen mit den Mitarbeitenden Verbesserungsvorschläge erarbeiten kann.

Rehabilitation

Die Patientenzufriedenheit wurde als erster Punkt des ANQ-Messplans «Rehabilitation» evaluiert. Der vom ANQ ausgearbeitete nationale Fragebogen beinhaltet dieselben 5 Fragen, die auch in der Akutpflege gestellt wurden. Alle Patienten über 18 Jahre mit Wohnsitz in der Schweiz, die zwischen dem 1. April und 31. Mai 2014 aus dem Walliser Zentrum für Pneumologie in Montana entlassen wurden, erhielten einen Fragebogen.

Ergebnisse

Patientenzufriedenheit in der Rehabilitation 2013–2014, ANQ



Die Ergebnisse von 2014 bewegen sich zwischen 7.94 und 9.01 und liegen damit unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt sowie leicht unter den Werten von 2013.

Bei den Fragen 2 und 3 (Qualität der Rehabilitation und Antworten der Ärzte auf die Fragen der Patienten) ist der Unterschied zum nationalen Durchschnitt grösser als in den übrigen Bereichen.

Interne Umfrage zur Patientenzufriedenheit – «Ihre Meinung interessiert uns»

Parallel zu den nationalen Zufriedenheitsmessungen werden die Patienten des CHVR regelmässig zu ihrer Zufriedenheit bezüglich der Spitalleistungen befragt.

Aufgrund der Personalreduktion in der Qualitätssicherungs-
abteilung des CHVR wurde im Jahr 2014 nur eine einzige
interne Zufriedenheitsumfrage durchgeführt. Deshalb ist
die Zahl der verschickten und zurückerhaltenen Fragebögen
tiefer als in den Vorjahren.

Rücklaufquote der internen Zufriedenheitsumfragen, CHVR

	2012	2013	2014	Pädiatrie 2012	Pädiatrie 2013	Pädiatrie 2014
Versandte Fragebögen (Zahl)	5479	3120	1360	296	209	104
Zurückgesandte Fragebögen (Zahl)	1888	1584	499	124	105	44
Rücklaufquote (%)	34.6	33.3	37	41.6	26	42

Die Rücklaufquote ist gegenüber 2013 leicht angestiegen. Da die Zahl der Fragebögen aber insgesamt relativ niedrig ist, müssen die Resultate mit Vorsicht interpretiert werden. Weniger gut abgeschnitten haben im Jahr 2014 die Bereiche Infrastruktur, Mahlzeiten, Kommunikation sowie Patienten- und Angehörigeninformation. Bei den Verbesserungsmaßnahmen wird man sich deshalb besonders auf diese Bereiche konzentrieren.



Untersuchung mit dem neuen,
im November 2014
in Visp installierten Scanner.

Baby Friendly Hospital

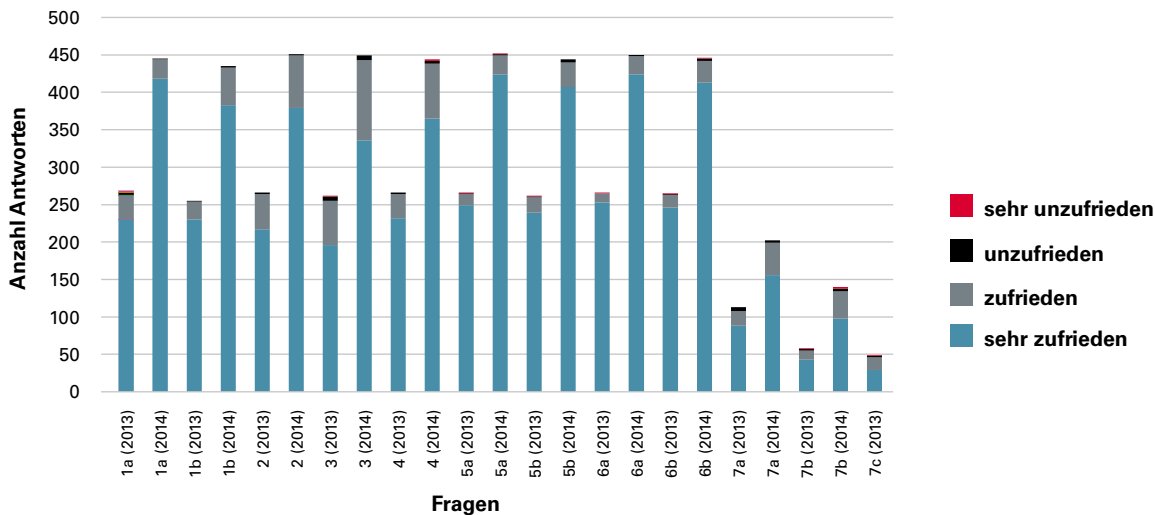
Im Rahmen der Zertifizierung «Baby-friendly Hospital» hat die Abteilung Geburtshilfe von Visp die Zufriedenheit der Patientinnen anhand eines Fragebogens evaluiert, der seit Mai 2013 sämtlichen Patientinnen der Abteilung Geburtshilfe abgegeben wird.

Für folgende Punkte konnten die Teilnehmerinnen Bewertungen von «sehr zufrieden» bis «sehr unzufrieden» vergeben:

- 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?
 - 2a Bei der Geburt
 - 2b Nach der Geburt bis zum Austritt
- 3 Waren die Anleitungen/Informationen des Pflegepersonals/der Hebammen in Bezug auf die Ernährung Ihres Kindes für Sie hilfreich?
 - 3a Bei der Geburt
 - 3b Nach der Geburt bis zum Austritt
- 4 Wurden Ihre Anliegen vom Pflegepersonal/von den Hebammen in Ihrer Betreuung berücksichtigt?
 - 4a Bei der Geburt
 - 4b Nach der Geburt bis zum Austritt
- 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

Patientinnenzufriedenheit Abteilung Geburtshilfe 2013–2014, SZO



Neben der Tatsache, dass 2014 viel mehr Fragebögen eingingen als 2013, gilt es insbesondere auf den hohen bis sehr hohen Zufriedenheitsgrad bei allen Fragen hinzuweisen. Bei den Pflege- und Ernährungsanleitungen/-informationen (Frage 2 und 3) wurden Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet: Die neuen Mitarbeiterinnen erhielten eine Schulung «Beratung, Begleitung und Betreuung von stillenden Müttern». Zudem wurden die Informationen in der Broschüre «Für das Wochenbett» aktualisiert und die Arbeitsabläufe an die neuesten Standards angepasst.

Es wurden nicht alle Fragebögen vollständig ausgefüllt. Deshalb haben nicht alle Fragen dieselbe Anzahl Antworten. Der Fragebogen enthielt auch einige Fragen mit offenen Antworten. Diese wurden in der obenstehenden Grafik nicht berücksichtigt.

Das Spital Visp trägt seit Jahren das Unicef-Label „Baby-freundliches Spital“.



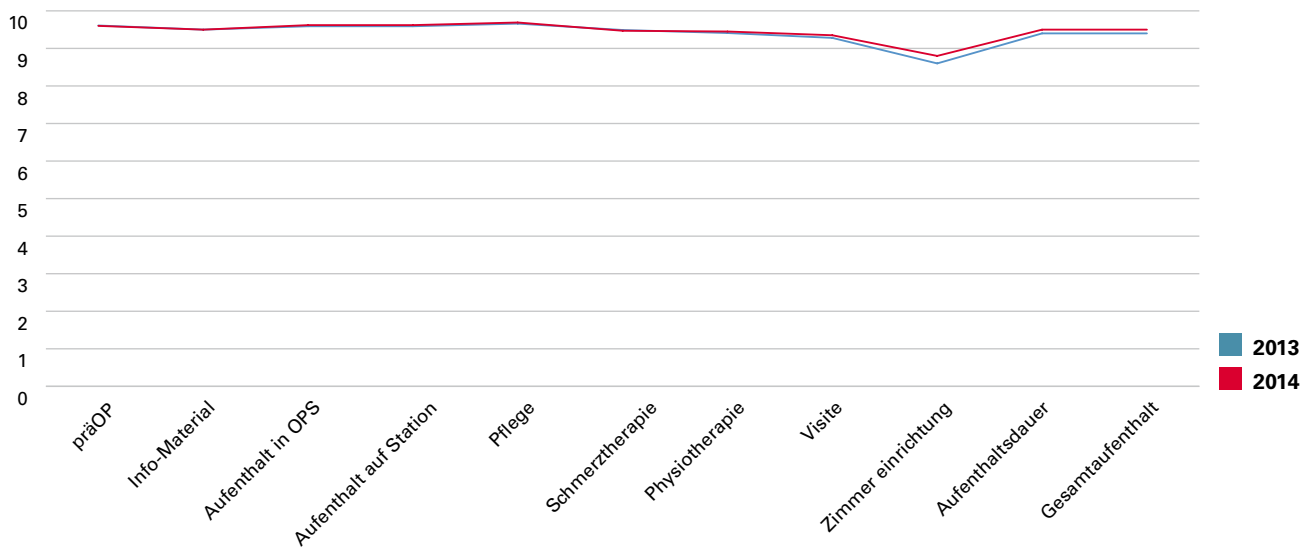
Rapid Recovery

Das Spital Brig ist die erste Klinik in der Schweiz, die das Konzept «Rapid Recovery» im Bereich der orthopädischen Chirurgie eingeführt hat. Ziel dieses Konzepts ist die schnelle Genesung des Patienten nach der Einsetzung einer Knie- oder Hüftprothese oder – seit 2014 – nach einer

Schulteroperation. Die Spitalaufenthaltsdauer soll reduziert, der Genesungsprozess optimiert und die Patientenzufriedenheit gesteigert werden.

Ergebnisse

Zufriedenheit der Patienten mit Rapid Recovery, SZO, 2013–2014



318 Patienten nahmen an der Umfrage teil und bewerteten die einzelnen Punkte mit Noten zwischen 0 (nicht zufrieden) und 10 (sehr zufrieden). Dabei ging es um verschiedene Aspekte der Behandlung, Pflege und Logistik. Die Resultate von 2013 und 2014 sind nahezu identisch. Alle Werte bewegen sich zwischen 9.4 und 9.7 (2013: zwischen 9.2 und 9.6). Einzig die Zimmereinrichtung erreicht

einen etwas niedrigeren Wert (8.8 im Jahr 2014 und 8.5 im Jahr 2013). Die Zufriedenheit ist allgemein sehr hoch und gegenüber dem Jahr 2013 sogar noch leicht angestiegen.

Qualitätsindikatoren entwickeln und nutzen

Mortalitätsrate 2012 gemäss BAG

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) veröffentlicht jedes Jahr Mortalitätsstatistiken im Zusammenhang mit verschiedenen Krankheiten und Operationen. Diese Statistiken werden in allen Schweizer Spitälern erhoben und ermöglichen so einen Vergleich auf nationaler Ebene. Ihre Veröffentlichung erfolgt immer mit einer zweijährigen Verzögerung. Die im Jahr 2014 veröffentlichten Zahlen stammen also aus dem Jahr 2012. Die Gesamtheit dieser Statistiken kann unter <http://www.bag.admin.ch/hospital/index.html> eingesehen werden.

Die Mortalität ist zwar ein klar definierter Begriff und einfach zu messen, ihre Verwendung als Qualitätsindikator ist jedoch umstritten. Insbesondere der Dachverband der Schweizer Spitäler H+ wehrt sich dagegen. Die Mortalitätsrate kann demnach nur unter gewissen Vorbehalten als Qualitätsindikator herangezogen werden.

Für die Interpretation der Mortalitätsstatistiken des BAG sind zwei Definitionen von Bedeutung:

- **Zahl der erwarteten Todesfälle**

Die Zahl der erwarteten Todesfälle für eine bestimmte Krankheit oder Operation in einem bestimmten Spital wird wie folgt berechnet: Schweizer Mortalitätsrate (nationaler Durchschnitt) mal die Anzahl der im betreffenden Spital behandelten Fälle, gegliedert nach Geschlecht und Altersklassen (in Stufen von 5 Jahren). Man beachtet also Alter und Geschlecht, jedoch nicht die Begleiterkrankungen (Komorbiditäten). Dadurch werden Spitäler, die schwerkranke Patienten betreuen, unter Umständen benachteiligt.

- **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 das Alter und das Geschlecht der Patienten berücksichtigt. Die Begleiterkrankungen werden hingegen nicht berücksichtigt (siehe Definition «Zahl der erwarteten Todesfälle»).

Eine SMR von < 1 bedeutet: Die Mortalität (Todesfallrate) ist tiefer als der Schweizer Durchschnitt. Eine SMR von $= 1$ bedeutet: Die Mortalität entspricht dem Schweizer Durchschnitt. Eine SMR von > 1 bedeutet: Die Mortalität ist höher als der Schweizer Durchschnitt.

Die SMR muss mit Vorsicht interpretiert werden, wenn:

- o die Fallzahlen oder die erwarteten Todesfälle gering sind, denn hier kann nur ein einziger zusätzlicher beobachteter Todesfall zu einer unverhältnismässigen Erhöhung der SMR führen (Beispiel: erstmalige Implantation einer Hüft-Totalendoprothese ohne Fraktur im CHVR: 1 Todesfall mehr als erwartet \Rightarrow SMR = 16.9)
- o die Fallzahlen oder die erwarteten Todesfälle sehr hoch sind, denn hier haben selbst grosse Differenzen zwischen der Zahl der beobachteten und der erwarteten Todesfälle nur eine geringe Auswirkung auf die SMR (Beispiel: Herzinsuffizienz bei Alter > 19 im CHVR: 11 Todesfälle mehr als erwartet \Rightarrow SMR = 1.2)

Die 41 Krankheiten und Operationen in der folgenden Tabelle wurden ausgewählt aufgrund ihrer Bedeutung für die Tätigkeit des Spital Wallis hinsichtlich der Quantität (> 200 Fälle/Jahr) oder bezüglich einer spezialisierten/kantonalisierten Leistung sowie wegen einer möglicherweise problematischen SMR (SMR > 1).

Die in der folgenden Tabelle aufgeführten Zahlen der erwarteten Todesfälle beruhen auf eigenen Berechnungen, da sie nicht vom BAG geliefert werden. Im Einklang mit der SMR-Berechnung des BAG wurden sie jeweils auf eine Dezimalstelle nach dem Komma gerundet. Auf den ersten Blick mag es vielleicht unlogisch erscheinen, mit «ungenzen» Todesfällen zu rechnen, die Notwendigkeit einer genaueren Berechnung mit Kommastelle wird jedoch am Beispiel der Kategorie «Operation der Herzkranzgefässe ohne Herzinfarkt (Alter > 19)» ersichtlich: 1 beobachteter Todesfall, 0.7 erwartete Todesfälle \Rightarrow SMR = 1.4 (0.3 Todesfälle mehr als erwartet). Hätte man hier mit ganzen gerundeten Zahlen gerechnet, wäre das Ergebnis: 1 beobachteter Todesfall, 1 erwarteter Todesfall \Rightarrow SMR = 1 (kein Unterschied zwischen beobachteten und erwarteten Todesfällen).

Kategorie Krankheit / Operation	Zen-trum	2008-2011					2012							
		Fälle	beobachtete Todesfälle % Zahl	erwartete Todesfälle % Zahl	SMR	Fälle	beobachtete Todesfälle % Zahl	erwartete Todesfälle % Zahl	Delta Todes-fälle	SMR				
GEFÄSSOPERATIONEN														
Op. der extrakraniellen Gefässe (Op. der Karotis)	CHVR	104	1.0%	1	0.6%	1	1.6	22	0.0%	0	0.6%	0.1	-0.1	0.0
	SZO													
Op. nicht gerissene Aorta (Aorta-Aneurysma) offen über den Bauch	CHVR	113	2.7%	3	4.8%	5	0.6	20	10.0%	2	3.7%	0.7	1.3	2.7
	SZO													
Op. Arterien Becken/Beine bei Arterienembolie/Arterienthrombose	CHVR	118	3.4%	4	4.9%	6	0.7	43	4.7%	2	7.2%	3.1	-1.1	0.6
	SZO													
KRANKHEITEN DER HARNWEGE														
Vollständige Entfernung der Niere (vollständige Nephrektomie)	CHVR	102	2.0%	2	1.8%	2	1.1	42	11.9%	5	2.0%	0.8	4.2	5.9
	SZO													
ORTHOPÄDISCHE UND TRAUMATOLOGISCHE ERKRANKUNGEN														
1. Implantation totale Endoprothese der Hüfte (ohne Bruch)	CHVR	602	0.2%	1	0.2%	1	0.8	105	1.0%	1	0.2%	0.2	0.8	5.4
	SZO	619	0.2%	1	0.2%	1	1.0	158	0.0%	0	0.2%	0.3	-0.3	0.0
Ersetzen des Kniegelenks (totale Endoprothese)	CHVR	320	0.0%	0	0.1%	0	0.0	77	1.3%	1	0.1%	0.1	0.9	16.9
	SZO	555	0.0%	0	0.1%	1	0.0	165	0.0%	0	0.1%	0.2	-0.2	0.0
Schenkelhalsfraktur (Alter > 19)	CHVR	699	2.7%	19	3.7%	26	0.7	181	1.1%	2	4.6%	8.3	-6.3	0.2
	SZO	282	2.8%	8	3.1%	9	0.9	74	5.4%	4	3.3%	2.4	1.6	1.7
Trochanterfraktur (Alter > 19)	CHVR	565	2.3%	13	3.4%	19	0.7	147	5.4%	8	3.6%	5.3	2.7	1.5
	SZO	255	2.7%	7	3.0%	8	0.9	67	3.0%	2	3.0%	2.0	0.0	1.0

Die Spalte «Delta Todesfälle» zeigt den Unterschied zwischen beobachteten und erwarteten Todesfällen in Zahlen (Anz. beobachtete Todesfälle minus Anz. erwartete Todesfälle).

Bedeutung der Farben in der Tabelle:

Grün bedeutet:

- SMR \leq 1
- SMR > 1 und «Delta Todesfälle» \leq 1

Orange bedeutet:

- SMR \leq 2 und «Delta Todesfälle» zwischen 2 und 5

In diesen Fällen gilt es die Entwicklung der SMR besonders im Auge zu behalten um sicherzustellen, dass es sich nicht um eine anhaltende Tendenz handelt.

Rot bedeutet:

- SMR > 1 und «Delta Todesfälle» \geq 6
- SMR > 2 und «Delta Todesfälle» zwischen 2 und 5
- SMR > 1.2 und «Delta Todesfälle» zwischen 2 und 5 sowohl im Jahr 2011 als auch im Jahr 2012.

Diese Fälle werden im Folgenden detailliert analysiert, da sie ein Qualitätsproblem widerspiegeln könnten.

Kommentare

Für das Jahr 2012 wurden 4 Krankheiten/Operationen näher analysiert und 1 Operation auf die Beobachtungsliste gesetzt.

1) Herzinsuffizienz (Alter > 19): SMR CHVR = 1.2 und SMR SZO = 1.6

Die grosse Mehrheit der an Herzinsuffizienz verstorbenen Patienten war hochbetagt (Medianalter 86 im CHVR und 82 im SZO) und litt an multiplen Begleiterkrankungen. Bei diesen Patienten wurde die Behandlung trotz Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht intensiviert (keine Therapieeskalation), wie die geringe Anzahl der Verlegungen auf die Intensivstation oder Intermediate Care innerhalb dieser Patientengruppe zeigt (13% im CHVR und 14% im SZO). Dies hängt damit zusammen, dass 88% dieser Patienten auf der Geriatrie oder Inneren Medizin im Rahmen einer palliativen Behandlung verstorben sind. Die Palliativpflege bezweckt ausschliesslich die Linderung der Symptome und nicht die Heilung. Angesichts dieser Tatsache hat die Evaluation der Qualität der Herzinsuffizienzbehandlung (d.h. die Evaluation der Übereinstimmung der Behandlung mit den Empfehlungen für die klinische Praxis) keinen Sinn, da hier nicht das Ziel verfolgt wurde, die Herzinsuffizienz zu heilen.

Bei der Analyse wurde festgestellt, dass es schwierig ist, genau zu ermitteln, ab welchem Zeitpunkt die Behandlung palliativ war. Dies zu wissen, wäre für die Evaluation der Behandlungsqualität jedoch sehr wichtig, da es möglich ist, dass es vor der palliativen Phase eine Phase mit Heilungsabsicht gab, in welcher die Qualitätsevaluation durchaus Sinn macht. Deshalb sind Überlegungen im Gange, wie man die therapeutische Absicht besser dokumentieren könnte. Das elektronische Patientendossier wird im nächsten Jahr entsprechend angepasst.

2) Schlaganfall, sämtliche Formen (Alter > 19): SMR CHVR = 1.2 und SMR SZO = 1.6; Hirninfarkt (Alter > 19): SMR CHVR = 1.5

Im CHVR machen Hirninfarkte (ischämische Schlaganfälle) 84% aller Schlaganfälle aus. Bei den anderen Arten der Schlaganfälle liegt man unterhalb des Schweizer Durchschnitts (intrazerebrale Blutung: SMR = 0.9, Subarachnoidalblutung: SMR = 0.5). Die meisten Patienten, die im CHVR an einem Hirninfarkt starben, waren hochbetagt (Medianalter 84) und litten an multiplen Begleiterkrankungen. Wie weiter oben bei den Herzinsuffizienzpatienten ausgeführt, wurde auch hier die Therapie nicht intensiviert (keine Therapieeskalation). Stattdessen wurden die Patienten palliativ behandelt.

Im SZO waren 47% der Schlaganfall-Todesfälle auf grössere Hirnblutungen zurückzuführen, bei denen man sich zu 78% für einen palliativen Ansatz entschied. Die Schlaganfall-Todesfälle im SZO (Medianalter 80, multiple Begleiterkrankungen, palliativer Ansatz in 90% der Fälle) weisen sehr ähnliche Charakteristika auf wie die Hirninfarkt-Todesfälle im CHVR. Die weiter oben gemachten Bemerkungen gelten demnach auch für diese Fälle.

3) Operation der Bauchspeicheldrüse: SMR CHVR = 3.1

Die Fallzahlen sind sehr gering (18 Patienten im Jahr 2012), weshalb sich die 2 über den Erwartungen liegenden Todesfälle stark auf die SMR auswirken. Die Situation ist fast identisch wie 2011, so dass die Kommentare von damals auch für 2012 gelten. Trotz der weniger guten Resultate der Jahre 2011 und 2012 gilt es zu beachten, dass von 2008 bis 2011 die SMR = 1 ist (bei einem Total von 72 Patienten). Der Chirurg, der sich um diese Art von Operationen kümmerte, hat das Spital Wallis im Jahr 2014 verlassen. Seitdem werden im Spital Wallis keine Operationen an der Bauchspeicheldrüse mehr vorgenommen.

4) Vollständige Entfernung der Niere (vollständige Nephrektomie): SMR CHVR = 5.9

Die 5 verstorbenen Patienten litten alle an Krebs, 2 von ihnen hatten bereits bei Beginn der Behandlung multiple Metastasen. 3 von ihnen wurde in derselben Operation noch ein weiteres Organ operiert. Ein Gutachten eines externen Chirurgen kam zum Schluss, dass die betreffenden Operationen durchaus indiziert waren und dass der Entscheid, mehrere Organe innerhalb ein und desselben Eingriffs zu operieren, in erster Linie auf einer Expertenmeinung und weniger auf objektiver Fachliteratur zu beruhen

habe. In diesem Sinne wurde entschieden, dem üblichen multidisziplinären Gespräch (Chirurgie und Onkologie) eine weitere Etappe hinzuzufügen, wenn ein Chirurg beabsichtigt, mehrere Organe innerhalb desselben Eingriffs zu operieren: Es findet zusätzlich ein Treffen zwischen den Chirurgen, Anästhesisten und Intensivmedizinern statt, um gemeinsam die risikoärmste Strategie bezüglich der operativen und postoperativen Komplikationen festzulegen.

5) Isolierter Ersatz der Aortenklappe am offenen Herzen ohne andere Herzoperation: SMR CHVR = 2.1

Obwohl es im Jahr 2012 genau wie im Durchschnitt 2008-2011 zwei Todesfälle mehr als erwartet gab, wirkte sich dies im Jahr 2012 aufgrund der geringeren Fallzahlen stärker auf die SMR aus. Da die SMR 2012 deutlich über jener von 2011 liegt, wurde ein Vergleich mit andern Spitälern gemacht, die etwa dieselben Fallzahlen haben. Wie untenstehende Tabelle zeigt, gibt es auch in den Vergleichsspitälern grosse Schwankungen von einem Jahr zum andern.

Deshalb wird dieser Bereich vorerst nur beobachtet und erst dann einer näheren Analyse unterzogen, wenn die SMR und/oder die Zahl «Delta Todesfälle» während zwei aufeinanderfolgenden Jahren kritisch ist (siehe Erklärung zu den in der Tabelle verwendeten Farben).

Spital	SMR 2011 (Anz. OP)	SMR 2012 (Anz. OP)
CHVR	0.6 (59)	2.1 (64)
Luzern Kantonspital	2.4 (76)	1.4 (72)
Triemli Stadtspital	0.8 (70)	3.0 (60)

Entwicklung der Indikatoren der Krankheiten und Operationen, die im Jahr 2011 analysiert wurden, jedoch nicht im Jahr 2012

Pathologie oder Operation	SMR 2011	SMR 2012
Herzkatheterisierung links (Koronararteriographie) bei einem Infarkt im CHVR	2.0	0.9
Bruchoperation ohne Darmoperation im CHVR	16.7	0.0
Grosse kolorektale Operation im CHVR	2.1	1.1

Die Mortalitätsrate nach einer Koronararteriografie aufgrund eines Infarkts ist erfreulicherweise gesunken (SMR von 0.9 im Jahr 2012 nach einer SMR von 2.0 im Jahr 2011) und scheint die vorgeschlagene Erklärung von 2011 zu bestätigen: im Jahr 2011 hat ein grösserer Anteil von Patienten mit Koronararteriografie ausserhalb des Spitals einen kardiorespiratorischen Stillstand erlitten (siehe Qualitätsbericht 2013: diese Patienten haben mit oder ohne Koronararteriografie eine schlechte Prognose).

Da die Ergebnisse von einem Jahr zum anderen sehr unterschiedlich ausfallen und nicht während mehrerer Jahre ansteigen, ist es sinnvoll, ein Ergebnis zu berücksichtigen, das eine längere Periode umfasst: im Bereich der Koronararteriografie aufgrund eines Infarkts zum Beispiel beträgt die SMR 2.0 im Jahr 2011 (300 Patienten) und 0.9 im Jahr 2012 (325 Patienten). Im Zeitraum zwischen 2008 und 2012 (1473 Patienten) beträgt die SMR jedoch 1.0, was einer beobachteten Mortalitätsrate von 3.3% gegenüber einer erwarteten Mortalitätsrate von 3.3% entspricht.

Die Parlamentarische Untersuchungskommission (PUK) hat in ihrem Bericht vom Mai 2015 erwähnt, dass die Mortalität nach einem Herzinfarkt im CHVR zwischen 2009 und 2012 höher war als während des Jahres 2008 (SMR von 0.7 im Jahr 2008 und zwischen 1.1 und 1.3 zwischen 2009

und 2012). Diese Mortalität berücksichtigt sämtliche Patienten mit einem Infarkt, auch diejenigen ohne Koronararteriografie. Im Bericht der PUK wird ebenfalls erwähnt, dass die Mehrheit der Kardiologen des CHVR seit 2009 nicht mehr im Wallis wohnhaft ist und dass es bei einem Notfall ausserhalb der üblichen Arbeitszeiten bis zur Ankunft des Kardiologen im Spital länger dauert als im Jahr 2008. Der Bericht legt eine Verbindung zwischen der Nähe des Wohnorts der Kardiologen und der Erhöhung der Mortalität nahe. Wir sind der Ansicht, dass diese Hypothese des Kausalzusammenhangs einer Überprüfung bedarf.

Aus diesem Grund haben wir folgende Daten analysiert:

- 1) die Mortalität der Patienten mit Koronararteriografie aufgrund eines Infarkts
- 2) die Wartezeit zwischen dem Eintritt des Patienten ins Spital und der Koronararteriografie (« Door-to-Balloon Time »), die nicht nur von der Reisezeit des Kardiologen abhängig ist
- 3) die Proportion der Patienten mit Notfall-Koronararteriografie ausserhalb der üblichen Arbeitszeiten sowie deren Entwicklung.

Für den 1. Punkt zeigen die Zahlen des BAG betreffend die Mortalität der Patienten mit Koronararteriografie aufgrund eines Infarkts auf, dass die Mortalität im CHVR in der Zeit

zwischen 2009 und 2012 unterhalb des schweizerischen Durchschnitts liegt (SMR < 1), mit Ausnahme des Jahrs 2011 (2011 SMR von 2.0: siehe Kommentar oben).

In Zusammenhang mit dem 2. Punkt meldet das CHVR seine Ergebnisse seit 2012 dem schweizerischen Herzinfarktregister (AMIS PLUS), das einen nationalen Vergleich ermöglicht: 2013 betrug die mittlere «Door-To-Balloon Time» für Patienten mit einer Notfall-Koronararteriografie («Herzinfarkt mit ST-Hebung») im CHVR, unabhängig vom Wohnort des Kardiologen, 30 Minuten. Der schweizerische Durchschnitt betrug 35 Minuten.

Betreffend den 3. Punkt ist zu erwähnen, dass rund 50% der Notfall-Koronararteriografien ausserhalb der üblichen Arbeitszeiten stattfanden. Die Prognose der Patienten ist nicht vom Wohnort des Kardiologen abhängig, der die Koronararteriografie durchführt. Ausserdem weisen diese Patienten beim Austritt aus dem Spital eine ähnliche Herzfunktion (LVEF) auf, wie die Patienten mit Notfall-Koronararteriografie während den üblichen Arbeitszeiten (durchschnittliche LVEF zwischen 50 und 55%; die Norm LVEF liegt zwischen 55 et 75%).

Aufgrund dieser Analyse sind wir der Ansicht, dass die Hypothese der PUK entkräftet ist, insbesondere weil sie sich nicht auf die Mortalitätszahlen der wirklich betroffenen Patienten stützt. Gemäss den Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheits-

direktorinnen und -direktoren (GDK) und entsprechend dem Mandat der neuen Gesundheitsplanung müssen die Kardiologen des CHVR seit dem 1. Januar 2015 während ihres Bereitschaftsdienstes trotzdem in weniger als 30 Minuten das Spital erreichen können. Wir werden die Auswirkungen dieser Massnahme auf die «Door-To-Balloon Time» und auf die Mortalität der Patienten nach einer Koronararteriografie aufgrund eines Herzinfarkts ab 2015 aufmerksam verfolgen.

Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen und Reoperationen

Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen (Wiederaufnahme im Spital)

Die Rehospitalisierungsrate ist Bestandteil des Messplans ANQ und des nationalen Qualitätsvertrags, den das Spital Wallis unterzeichnet hat. Für die Messung dieses Indikators dienen die Daten der medizinischen Statistik der Spitäler als Grundlage. Bei der Berechnung stützt man sich auf die Methode SQLape. Jedes Jahr wird SQLape mit den neuen Codes ICD-10 und CHOP ergänzt, um mit den Codierungsänderungen des Bundesamtes für Statistik (BFS) in Einklang zu sein.

Als potenziell vermeidbare Rehospitalisierung 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 eines Spitals wird mit der erwarteten Rate verglichen. Letztere basiert auf dem Risikoprofil des Spitals und wird anhand der adjustierten Resultate anderer Spitäler unter Berücksichtigung der Verteilung der Diagnosen sowie der Alters- und Geschlechterstruktur errechnet.

Liegt die beobachtete Rate unterhalb der erwarteten Rate und unterhalb des Vertrauensintervalls, ist das Resultat positiv (Score A). Wenn sie innerhalb des Vertrauensintervalls liegt, gilt sie als vergleichbar mit derjenigen der übrigen Spitäler und erhält den Score B. Wenn sie über der oberen Grenze des Vertrauensintervalls liegt, beträgt der Score C.

Ergebnisse

Rate der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen nach Spitalstandort (Daten 2012 bis 2014)

Spitalstandort	Wiederaufnahmerate (nb)			Berücksichtigte Austritte (nb)			Beobachtete Rate (%)			Erwartete Rate % (Vertrauensintervall 95%)			Score					
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014			
Brig	83	95	76	1241	1270	1344	6.69%	7.48%	5.65%	5.21%	(4.74-5.67)	5.75%	(5.29-6.20)	4.92%	(4.52-5.33)	C	C	C
Visp	228	246	260	6028	7225	7321	3.78%	3.40%	3.55%	4.14%	(3.75-4.52)	4.33%	(3.98-4.68)	4.27%	(3.92-4.61)	B	A	A
Siders	140	163	140	2587	3270	3119	5.41%	4.98%	4.49%	5.33%	(4.83-5.82)	5.5%	(5.07-5.92)	5.46%	(5.04-5.88)	B	A	A
Sitten	395	487	450	8920	10651	10912	4.43%	4.57%	4.12%	4.3%	(3.90-4.71)	4.57%	(4.21-4.94)	4.6%	(4.21-4.98)	B	B	A
Martinach	141	146	145	2110	2988	2893	6.68%	4.89%	5.01%	5.82%	(5.29-6.36)	5.96%	(5.51-6.41)	5.73%	(5.31-6.16)	C	A	A

Die beobachtete Rate liegt an allen Standorten des Spital Wallis inner- oder unterhalb des Vertrauensintervalls, ausser in Brig. In Brig, Siders und Sitten verbesserte sich die beobachtete Rate zwischen 2013 und 2014, in Martinach und Visp verschlechterte sie sich hingegen. Mit Ausnahme von

Brig weisen alle Standorte den Score A auf, was erfreulich ist. Eine detaillierte Analyse der Briger Resultate von 2013 und 2014 läuft.

Potenziell vermeidbare Reoperationen (erneute Operation)

Dieser Indikator erfasst die Reoperationen, die als potenziell vermeidbar gelten, d.h. die folgenden drei Kriterien erfüllen:

- Sie stehen in Zusammenhang mit der Körperstelle, die beim vorangehenden Eingriff operiert wurde.
- Sie waren zum Zeitpunkt des vorangehenden Eingriffs nicht vorhersehbar.
- Sie erfolgen im Rahmen derselben Hospitalisation wie der vorangehende Eingriff oder widerspiegeln eine chirurgische Komplikation bei der früheren Operation.

Folgende Eingriffe werden dabei nicht berücksichtigt: 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 Eingriffe, die ambulant vorgenommen werden. Externe (d.h. in einem anderen Spital durchgeführte) Reoperationen werden für die Berechnung der Rate potenziell vermeidbarer Reoperationen ebenfalls nicht berücksichtigt, da nur Reoperationen erfasst werden, die im Rahmen derselben Hospitalisation erfolgen. Wenn aber ein Patient für eine Reoperation in ein anderes Spital aufgenommen wird, erkennt der Algorithmus diesen Fall als potenziell vermeidbare Rehospitalisation in Bezug auf das erste Spital.

SQLape berechnet für jedes Spital die erwartete Rate unter Berücksichtigung eines Vertrauensintervalls. Grundlage dafür bilden die beobachteten Raten von Spitälern, deren Patientenpopulationen bezüglich Diagnosen, Operationsarten, Einlieferungsart (notfallmässig oder geplant), vorangehende Hospitalisationen sowie Alters- und Geschlechterstruktur vergleichbar sind. Dafür standen die Daten von über 3 Millionen Hospitalisationen in über 200 Schweizer Spitälern zwischen 2007 und 2011 zur Verfügung.

SQLape berechnet für jedes Spital die erwartete Rate unter Berücksichtigung eines Vertrauensintervalls. Grundlage dafür bilden die beobachteten Raten von Spitälern, deren Patientenpopulationen bezüglich Diagnosen, Operationsarten, Einlieferungsart (notfallmässig oder geplant), vorangehende Hospitalisationen sowie Alters- und Geschlechterstruktur vergleichbar sind. Dafür standen die Daten von über 3 Millionen Hospitalisationen in über 200 Schweizer Spitälern zwischen 2007 und 2011 zur Verfügung.

Ergebnisse

Rate der potenziell vermeidbaren Reoperationen nach Spitalstandort (Daten 2012 bis 2014)

Spitalstandort	Wiederaufnahmerate (nb)			Berücksichtigte Austritte (nb)			Beobachtete Rate (%)			Erwartete Rate % (Vertrauensintervall 95%)			Score		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Brig	19	22	18	1165	922	937	1.63%	2.39%	1.92%	2.22% (1.95-2.50)	2.06% (1.85-2.28)	2.19% (1.91-2.47)	A	C	B
Visp	51	59	65	3487	3628	3721	1.46%	1.60%	1.75%	2.37% (2.07-2.66)	2.46% (2.22-2.71)	2.04% (1.82-2.25)	A	A	A
Siders	19	29	32	1589	1739	1724	1.20%	1.67%	1.86%	2.29% (1.93-2.65)	2.58% (2.25-2.90)	2.26% (1.96-2.56)	A	A	A
Sitten	240	251	240	6727	6706	7005	3.57%	3.74%	3.43%	3.28% (2.92-3.65)	3.7% (3.36-4.04)	3.12% (2.83-3.42)	B	B	C
Martinach	19	26	20	1273	1351	1332	1.49%	1.92%	1.50%	2.32% (2.05-2.59)	2.5% (2.24-2.76)	1.93% (1.71-2.15)	A	A	A

Visp, Siders und Martinach weisen für das Jahr 2014 gute Ergebnisse aus (Score A). Gegenüber 2013 nahm die beobachtete Rate in Martinach ab, in Visp und Siders nahm sie zu. Der Score von Brig (B) ist befriedigend

und widerspiegelt eine Verbesserung gegenüber 2013. Die beobachtete Rate 2014 von Sitten liegt über dem Vertrauensintervall und wird deshalb näher untersucht.

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 nicht gänzlich verhindern lassen, können sie durch Präventions- und Überwachungsmassnahmen teilweise eingedämmt werden.

Die Abteilung Infektionskrankheiten des Zentralinstituts der Spitäler (ZIS) beobachtet die Indikatoren der nosokomialen Infektionen am Spital Wallis bereits seit 1998.

Inzidenz von postoperativen Wundinfektionen

Die postoperativen Wundinfektionen gehören zu den häufigsten nosokomialen Infektionen. Es handelt sich um Infektionen, die innerhalb eines Monats nach einem chirurgischen Eingriff 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 ZIS benutzt wird, basiert auf dem amerikanischen Programm «National Nosocomial Infection Surveillance» (NNIS) und wird auf der Homepage von Swisssoso (www.swisssoso.ch) beschrieben.

Ergebnisse

Entwicklung der Infektionsrate und der standardisierten Infektionsrate (SIR)

Behandlung	Spitalzentrum	2011-2013					2014				
		Operationen	Anzahl Infektionen%	IC 95%	SIR	IC 95%	Operationen	Anzahl Infektionen%	IC 95%	SIR	IC 95%
Blinddarmentfernungen > = 16 Jahre	CHVR	274	9.5%	6.3-13.6	2.45	1.6-3.6%	146	12.3%	7.5-18.8	3.97	2.4-6.3%
	SZO	123	0.8%	0-4.4	0.18	0-1%	70	4.3%	0.9-12	1.17	0.2-3.4%
Blinddarmentfernungen < = 16 Jahre	CHVR	78	2.6%	0.3- 9	0.47	0.1-1.7%	32	3.1%	0.1-16.2	1	0-5.6%
	SZO	35	0.0%	0- 10	-	-	11	9.1%	0.2-41.3	3.2	0-17.8%
Gallenblasenentfernungen	CHVR	404	4.0%	2.3-6.4	1.45	0.8-2.4%	-	-	-	-	-
	SZO	199	1.0%	0.1-3.6	0.42	0-1.5%	-	-	-	-	-
Hernienoperationen > = 16 Jahre	CHVR	296	3.7%	1.9-6.6	3.24	1.6-5.8%	-	-	-	-	-
	SZO	294	2.0%	0.8-4.4	1.83	0.7-4%	-	-	-	-	-
Hernienoperationen < = 16 Jahre	CHVR	44	0.0%	0- 8	-	-	-	-	-	-	-
	SZO	12	0.0%	0-26.5	-	-	-	-	-	-	-
Operationen am Dickarm	CHVR	184	20.1%	14.6-26.6	1.49	1.2-1%	101	24.8%	16.7-34.3	1.71	1.1-2.5%
	SZO	164	22.0%	15.9-29.1	1.85	1.3-2.6%	78	20.5%	12.2-31.2	1.63	0.9-2.6%
Herzchirurgie	CHVR	46	17.4%	7.8-31.4	3.83	1.6-7.5%	177	14.1%	9.4-20.1	3.65	2.4-5.4%
	SZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koronararterien Bypassoperation	CHVR	18	11.1%	1.4-34.7	2.15	0.2-7.8%	70	12.9%	6.1-23.0	1.48	0.7-2.8%
	SZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koronararterien Bypassoperation mit Gefäßtransplantat	CHVR	1	0.0%	0- 97.5	-	-	-	-	-	-	-
	SZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koronararterien Bypassoperation mit thorakalen Brustarterie	CHVR	2	50.0%	1.3-98.7	8.08	0.1-4.5%	11	18.2%	2.3-51.8	6.51	0.7-23.5%
	SZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kombinierte Bypassoperation (mit thorakalen Brustarterie und Transplantat)	CHVR	15	6.7%	0.2-31.9	0.53	0- 2.9%	59	11.9%	4.9-22.9	1.11	0.4-2.3%
	SZO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hüft-Prothese	CHVR	175	3.4%	1.3-7.3	2.35	0.9-5.1%	123	2.4%	0.5- 7	1.82	0.4-5.3%
	SZO	132	0.8%	0- 4.1	0.49	0-2.7%	123	1.6%	0.2-5.8	1.18	0.1-4.3%
Knie-Prothese	CHVR	98	1.0%	0- 5.6	0.79	0-4.4%	67	0.0%	0-5.4	-	-
	SZO	112	3.6%	1.0-8.9	3.09	0.8-7.9%	126	6.3%	2.8-12.1	6.76	2.9-13.3%

- §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.
- §2 – Erwartete Rate: Ergibt sich aus den Zahlen anderer Spitäler, deren Patienten ein ähnliches Risikoprofil (Risikokennziffer NNIS) haben.

Elektive (planbare) Implantationen von Knieprothesen im SZO (Periode 01.10.12 bis 30.09.13)

Die nicht standardisierte Infektionsrate liegt mit 6.3% klar über dem Schweizer Durchschnitt von 1% (SIR = 6.8), die meisten dieser Infektionen sind jedoch oberflächlich (75% im SZO gegenüber 48.65% im Schweizer Durchschnitt). Das häufigere (99.2% SZO gegenüber 90.3% CH) und bessere (Spital Wallis erhält von Swissnoso Note 4/4) Follow-up dieser Fälle hat wahrscheinlich zur Folge, dass solche oberflächlichen Infektionen eher erkannt werden, obwohl sie nur geringe Folgen für den Patienten haben. Die höhere Rate der oberflächlichen Infektionen könnte demnach eher auf ein optimiertes Follow-up als auf eine höhere Inzidenz hinweisen. Im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt sind die Spitalaufenthalte nach einer elektiven Knieprothesenimplantation im SZO kürzer (6.7 gegenüber 9.4 Tagen) und es kommt weniger häufig zu infektionsbedingten Reoperationen bzw. Rehospitalisationen (50% gegenüber 73% bzw. 37.5% gegenüber 64.9%). Diese Ergebnisse zeigen den gutartigen Verlauf der oberflächlichen Infektionen und führen zu einer paradoxen Situation: mehr Infektionen, aber trotzdem weniger negative Auswirkungen für die Patienten. Hier zeigt sich, wie wichtig eine detaillierte Analyse ist, damit man aus den Zahlen keine falschen Rückschlüsse zieht. Obwohl die SIR 6.8 beträgt, sind die Resultate bezüglich Spitalaufenthaltsdauer, Reoperationen und Rehospitalisationen besser als im Schweizer Durchschnitt. Es gilt darauf hinzuweisen, dass die Orthopädieabteilung des SZO die erste in der Schweiz ist, die mit dem Konzept «Rapid Recovery» arbeitet, dessen Ziel es ist, die Spitalaufenthaltsdauer zu reduzieren, den Genesungsprozess zu optimieren und die Patientenzufriedenheit zu steigern (siehe Seite 32).

Appendektomien (Blinddarmentfernungen) im CHVR (01.10.13 bis 30.09.14)

Die nicht standardisierte Infektionsrate liegt mit 12.3% klar über dem Schweizer Durchschnitt von 3.1% (SIR 3.3). Die meisten dieser Infektionen waren vom Typ Organ/Hohlraum (89.5% gegenüber 53.4% im Schweizer Durchschnitt). Die infektionsbedingte Rehospitalisationsrate ist zwar höher (73.7% CHVR gegenüber 42.4% CH), aber die damit verbundene Spitalaufenthaltsdauer und die Reoperationsrate sind tiefer (5.6 Tage gegenüber 8.5 Tage und 42.1% gegenüber 59.6%). Anders gesagt: Es kommt zwar öfter vor, dass Patienten mit Infektionen erneut eingeliefert werden, doch diese bleiben dann weniger lang im Spital und werden weniger häufig operiert (d.h. eine antibiotische Behandlung reicht aus). Die Daten von Swissnoso geben nicht eindeutig Aufschluss über dieses Phänomen (jedenfalls sind die Patienten des CHVR nicht schwerer krank als die Patienten im Schweizer Durchschnitt). Allerdings zeigt sich ein Unterschied in Bezug auf den Zeitpunkt der Verabreichung der Antibiotika-Therapie: Bei den 96.6% CHVR-Patienten, die eine Antibiotika-Therapie erhielten (CH: 91.9%), erfolgte diese Therapie nur bei 45.5% innerhalb einer Stunde vor der Operation (durchschnittliche Zeit zwischen Verabreichung des Antibiotikums und der Operation: 122.7 Minuten im CHVR), gesamtschweizerisch aber durchschnittlich bei 68.1% der Patienten (durchschnittliche Zeit zwischen Verabreichung des Antibiotikums und der Operation: 58.2 Minuten). Angesichts des Typs der Infektionen und der erhöhten Rehospitalisationsrate wurde folgende Massnahme ergriffen: Die Dossiers der Patienten, die nach einer Appendektomie eine Infektion im operierten Körperbereich erleiden, werden künftig systematisch von Viszeralchirurgen und Infektiologen gemeinsam analysiert, sobald die entsprechende Diagnose im Rahmen der Swissnoso-Überwachung erstellt worden ist. Dem Zeitpunkt der Verabreichung des Antibiotikums wird künftig besondere Beachtung geschenkt.

Herzchirurgie im CHVR (01.10.12 bis 30.09.13)

Die nicht standardisierte Infektionsrate liegt mit 14.1% klar über dem Schweizer Durchschnitt von 4.5% (SIR 3.7), die meisten dieser Infektionen sind jedoch oberflächlich (72% im CHVR gegenüber 31.8% im Schweizer Durchschnitt). Wie bei den elektiven Implantationen von Knieprothesen ist auch hier die Follow-up-Rate höher als im Schweizer Durchschnitt (CHVR: 95.7%, CH: 87.2). Die Infektionen hatten keine längeren Spitalaufenthalte zur Folge (CHVR: 22.1 Tage, CH: 23.8 Tage). Ebenso kam es weniger häufig zu infektionsbedingten Reoperationen bzw. Rehospitalisationen als im Schweizer Durchschnitt (36% gegenüber

82.4% bzw. 16% gegenüber 51.2%). Diese Ergebnisse zeigen den gutartigen Verlauf der meisten Infektionen nach einem herzchirurgischen Eingriff im CHVR. Die Schlussfolgerungen, die bei den elektiven Implantationen von Knieprothesen im SZO gezogen wurden, gelten auch für die Herzchirurgie des CHVR.

Herzchirurgie
in Sitten.



Kolonchirurgie im CHVR (01.10.13 bis 30.09.14)

Die nicht standardisierte Infektionsrate liegt mit 24.8% klar über dem Schweizer Durchschnitt von 14.6% (SIR 1.7). Eine genauere Betrachtung nach Infektionstyp ergibt folgende Infektionsraten im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt (CH): Infektionsrate bei oberflächlichen Infektionen: CHVR: 12.9%, CH: 5.7%, Infektionsrate bei tiefen Infektionen: CHVR: 3.0%, CH: 1.8%, Infektionsrate bei Infektionen Organe/Hohlraum: CHVR: 8.9%, CH: 7.1%. Die Infektionsrate liegt hier also überall über dem Schweizer Durchschnitt, jedoch insbesondere die Rate der oberflächlichen Infektionen (diese machen im CHVR 52% aus, gesamtschweizerisch 39.1%). Auf die Gründe und Auswirkungen des höheren Anteils der oberflächlichen Infektionen wurde bereits weiter oben eingegangen (siehe Herzchirurgie und Knieprothesen). Im Vergleich zum Schweizer Durchschnitt sind die Spitalaufenthalte nach einem kolonchirurgischen Eingriff im CHVR länger (28.8 gegenüber 24 Tagen) und es kommt häufiger zu infektionsbedingten Reoperationen (88% gegenüber 81.7%). Die Rate der infektionsbedingten Rehospitalisationen ist ähnlich wie im Schweizer Durchschnitt (12% gegenüber 13.4%). Eine Analyse der Swisssno-Daten zeigt, dass die Kolon-Patienten des CHVR mehr präoperative Risikofaktoren mitbringen als der Schweizer Durchschnitt. So wurde bei 48.5% der Patienten im CHVR ein erhöhtes Risiko von anästhesiologischen Komplikationen festgestellt (ASA-Score ≥ 3), wohingegen dieser Prozentsatz im Schweizer Durchschnitt nur 40.9% beträgt. Ebenso finden im CHVR mehr Eingriffe in einer bereits stark kontaminierten oder infizierten Körperregion statt (Wundklasse IV, z.B. Peritonitis), nämlich bei 24.8% gegenüber 17.8% im Schweizer Durchschnitt. Es ist unbestritten, dass der Schweregrad der Erkrankung eine wichtige Rolle bezüglich des Auftretens von Komplikationen spielt. Dies schlägt sich statistisch im konkreten Fall nicht in einem Unterschied zwischen relativem Risiko und SIR nieder.

Der Unterschied bei den Risikofaktoren könnte daher rühren, dass sich die Chirurgen entscheiden, Patienten zu operieren, die risikobelasteter sind, um ihnen eine Heilungschance zu bieten (wahrscheinlich sind die Patienten

des französischsprachigen Wallis nicht allgemein kränker, sondern nur diejenigen Patienten, die sich einer Operation unterziehen). Es könnte auch am höheren Anteil der notfallmässigen Operationen liegen, z.B. wegen des Tätigkeitsrückgangs in der elektiven Viszeralchirurgie.

Zur Verbesserung der Leistungsqualität in der Chirurgie hat das CHVR das Programm ERAS® eingeführt (Enhanced Recovery After Surgery). Die Kolonchirurgie profitierte als erste chirurgische Disziplin von diesem Programm. Die Viszeralchirurgie des CHVR erhielt im März 2014 die ERAS®-Zertifizierung. Weitere Informationen zu ERAS® finden Sie ab Seite 65.

Es gilt zu beachten, dass die Rektumchirurgie im Jahr 2014 getrennt von der Kolonchirurgie betrachtet wurde. Die Resultate sehen auf den ersten Blick schlecht aus, aufgrund der geringen Fallzahl (9) sind aber keine aussagekräftigen Schlussfolgerungen möglich.

Ganz allgemein verfolgt das Spital Wallis – auch unabhängig von der Stichhaltigkeit bestimmter Infektionsraten und ihrer klinischen Bedeutung – seine Strategie der kontinuierlichen Verbesserung weiter. Hier einige Beispiele von Massnahmen, die der Verbesserung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit in der Chirurgie dienen:

- Das Spital Wallis wird am Swisssno-Programm zur präoperativen Versorgung teilnehmen («Surgical Site Infection Prevention»). Dieses beginnt 2016 und befasst sich insbesondere mit der prophylaktischen Antibiotikatherapie, der Desinfektion und der Vorbereitung der Haut.
- Ebenfalls unter der Ägide von Swisssno wird ab Anfang 2016 im Spital Wallis eine Kampagne zur Händehygiene durchgeführt.
- Die WHO-Checkliste «Sign In – Team Time Out – Sign Out» wird im SZO bereits seit 2014 und im CHVR seit Oktober 2015 angewendet. Sie verbessert die Sicherheit in der Chirurgie, indem bei bestimmten Etappen des OP-Ablaufs systematisch Kontrollen durchgeführt werden (z.B. bei der Verabreichung von Antibiotika).

Inzidenz von nosokomialen Bakteriämien

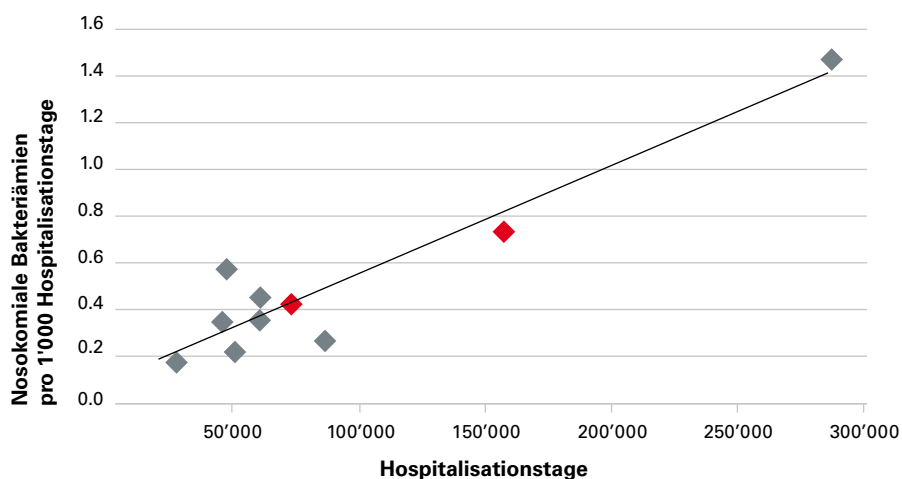
Unter einer Bakteriämie versteht man das Vorhandensein von Bakterien im Blut. Dies kann eine Folge spitalexterner, aber auch spitalinterner (also nosokomialer) Infektionen sein.

Die Abteilung Infektionskrankheiten des ZIS führt die Überwachung der Bakteriämien auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse des mikrobiologischen Labors durch. Die Bakteriämienüberwachung wurde im Februar 2002 in den Walliser Spitälern eingeführt. Die folgenden Ergebnisse für das CHVR und das SZO beziehen sich auf den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2014.

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

Inzidenz der nosokomialen Bakteriämien in Korrelation zur Tätigkeit im Jahr 2014 (anhand der Anzahl Hospitalisationstage von 12 Westschweizer Spitälern) (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 Bakteri-

ämien als kleinere Spitäler. Dies lässt sich mit der Art der Tätigkeiten und dem Schweregrad der Fälle in grösseren Spitälern erklären.

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.

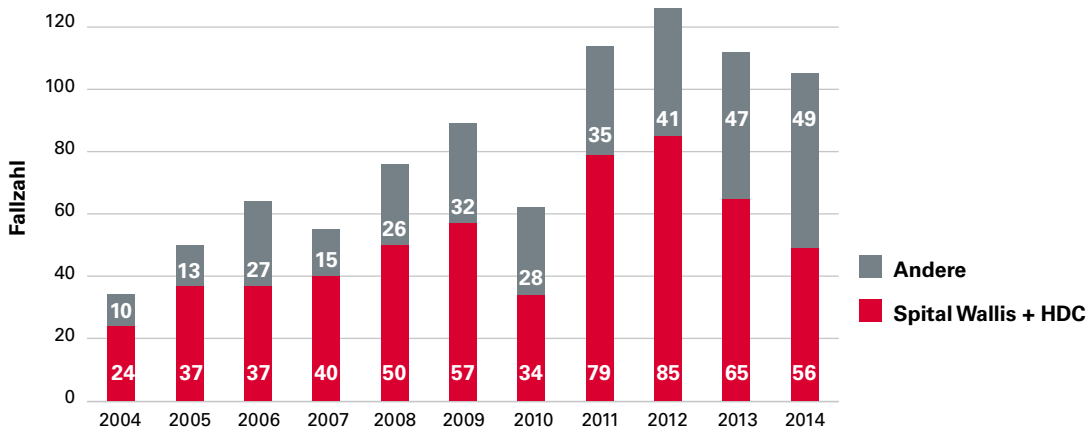
Mehrere dieser MRB stehen unter der prospektiven Überwachung der Abteilung Infektionskrankheiten des ZIS. Es handelt sich insbesondere um die multiresistenten Staphylococcus-aureus-Bakterien (MRSA) und die Clostridium difficile-Bakterien, die bei antibiotikabehandelten Patienten zu einer schweren Durchfallerkrankung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

nachgewiesen werden, kommen bestimmte Massnahmen zur Anwendung: Der Patient wird isoliert und es wird eine epidemiologische Untersuchung 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 ZIS. 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

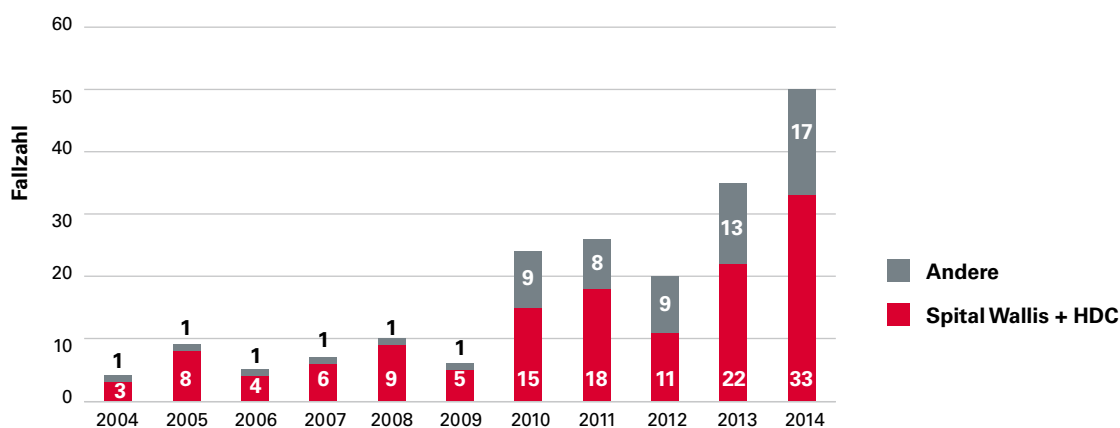
Entwicklung der Anzahl Patienten, die im Wallis jährlich neu von multiresistenten Staphylococcus-aureus-Bakterien (MRSA) befallen werden



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

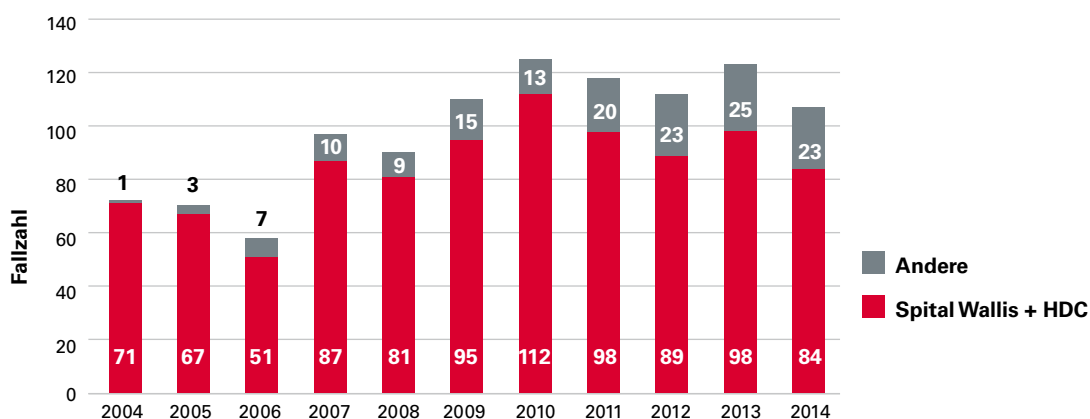
Ergebnisse

Entwicklung der Anzahl Patienten, die im Wallis jährlich neu von ESBL-produzierenden Enterobakterien befallen werden (Extended-Spectrum Beta-Lactamase)



Ergebnisse

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



HVS + HDC: Spital Wallis + Hôpital du Chablais

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

Grossmehrheitlich 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.

Einsatz von Antibiotika

Es besteht die Tendenz, Antibiotika häufiger als nötig einzusetzen, was zu resistenten Bakterien führen kann. Der Vergleich mit anderen Spitälern erlaubt es, eventuell nötige Verbesserungsmaßnahmen in diesem Bereich aufzuzeigen.

Aufgrund von Massnahmen, die ab Ende der 1990er-Jahre von der Apotheke und der Abteilung Infektionskrankheiten des ZIS 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).

Allgemeiner Einsatz in Spitälern mit vergleichbarer Grösse (Daten 2013)

Tabelle 1 : Jeder vertikale Balken stellt ein kleines Spital dar (weniger als 200 Betten in der somatischen Akutpflege), das sich an der Datensammlung beteiligt hat. Der **Durchschnitt** dieser Spitäler ist durch den **roten vertikalen Balken** dargestellt und das **Spitalzentrum Oberwallis (SZO)** durch den **blauen vertikalen Balken**.

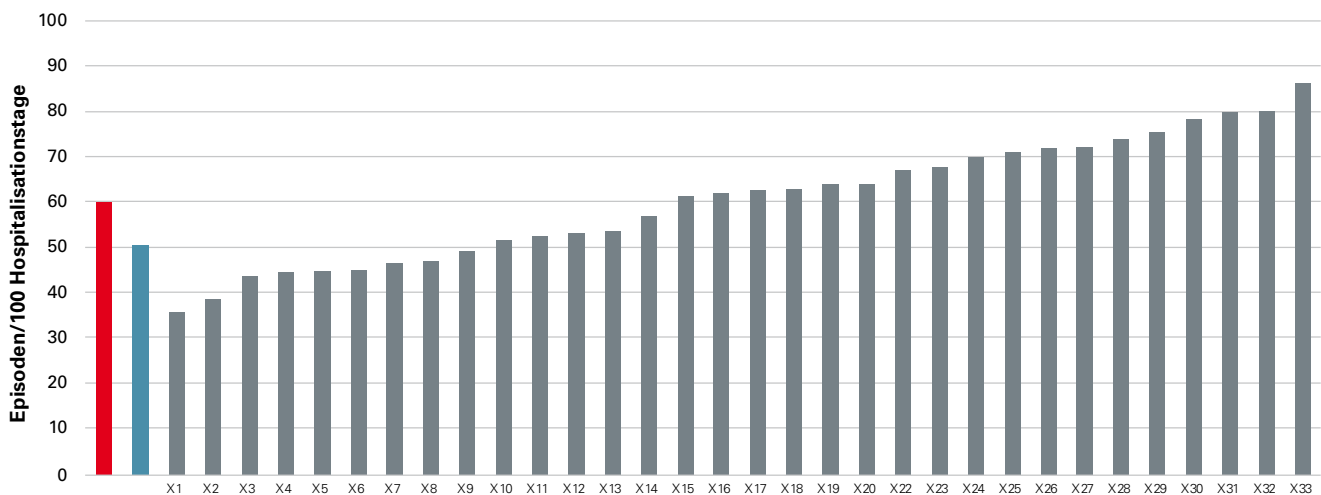
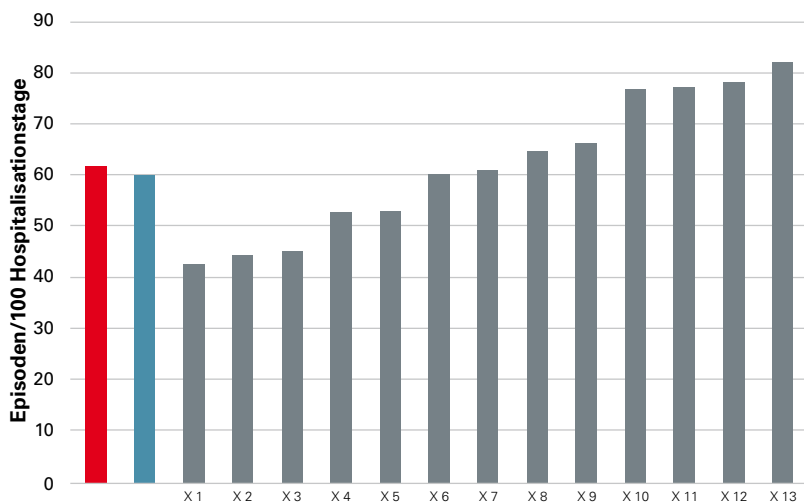


Tabelle 2: Jeder vertikale Balken stellt ein mittelgrosses Spital dar (200 bis 500 Betten in der somatischen Akutpflege), das sich an der Datensammlung beteiligt hat. Der **Durchschnitt** dieser Spitäler ist durch den **roten vertikalen Balken** dargestellt und das **Spitalzentrum des französischsprachigen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



Diese Grafiken zeigen, dass der allgemeine Einsatz von Antibiotika im SZO und im CHVR im Jahr 2013 ziemlich nahe beim Durchschnitt liegt.

Einsatz von Breitspektrum-Antibiotika (Daten 2013)

Die Grafiken zeigen den Einsatz der Breitspektrum-Antibiotika im Verhältnis zum gesamten Einsatz der Antibiotika. Als Breitspektrum-Antibiotika gelten diejenigen Antibiotika, die generell 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 Datensammlung beteiligt hat. Der **Durchschnitt** dieser Spitäler ist durch den **roten vertikalen Balken** dargestellt und das **Spitalzentrum Oberwallis (SZO)** durch den **blauen vertikalen Balken**.

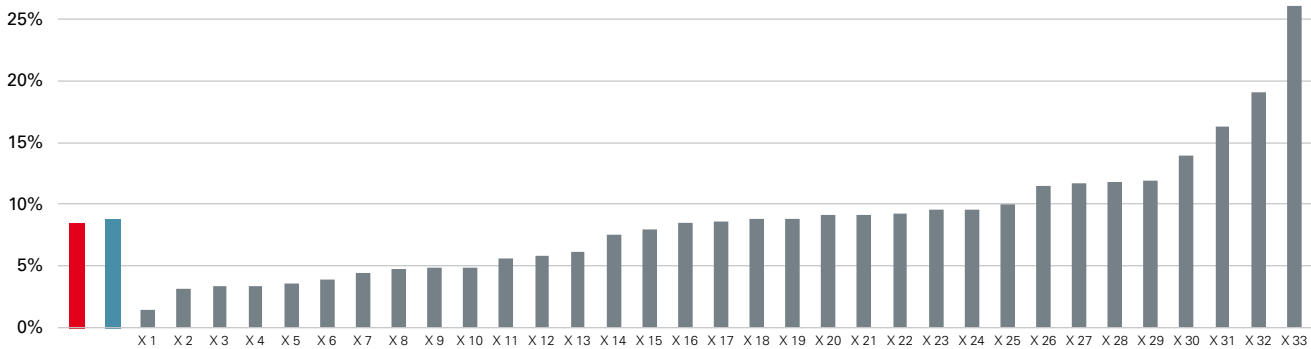
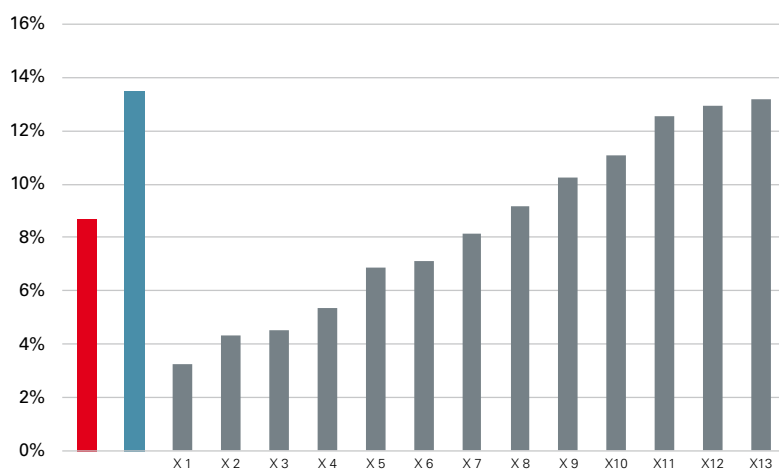


Tabelle 2: Jeder vertikale Balken stellt ein mittelgrosses Spital dar (200 bis 500 Betten in der somatischen Akutpflege), das sich an der Datensammlung beteiligt hat. Der **Durchschnitt** dieser Spitäler ist durch den **roten vertikalen Balken** dargestellt und das **Spitalzentrum des französischsprachigen Wallis (CHVR)** 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 ärztlichen Direktionen und der Kommission für Spitalhygiene zur Weiterleitung an die Ärzte zugestellt. Dies ermöglicht auch, gegebenenfalls Korrekturmassnahmen zu ergreifen.

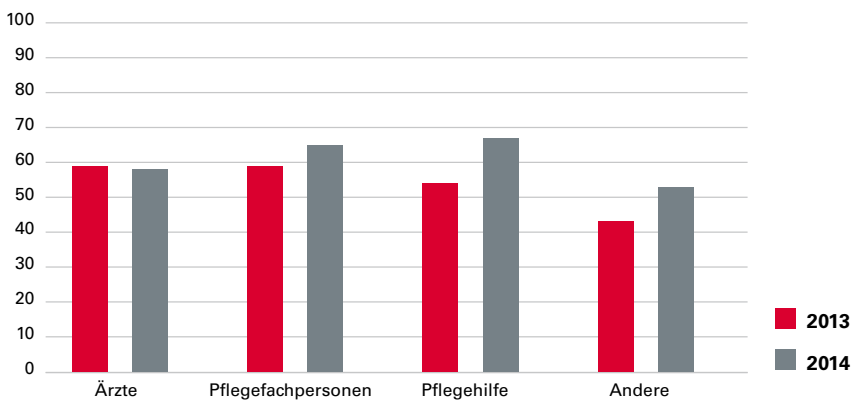
Handhygiene der Mitarbeitenden

Im Rahmen des Programms zur Prävention von Spitalinfektionen im Spital Wallis hat die Abteilung Infektionskrankheiten des ZIS im Jahr 2014 an den verschiedenen Spitalstandorten eine Beobachtungskampagne (die fünfte

seit 2005) zur Handhygiene der Mitarbeitenden mit direktem Kontakt zu den Patienten durchgeführt.

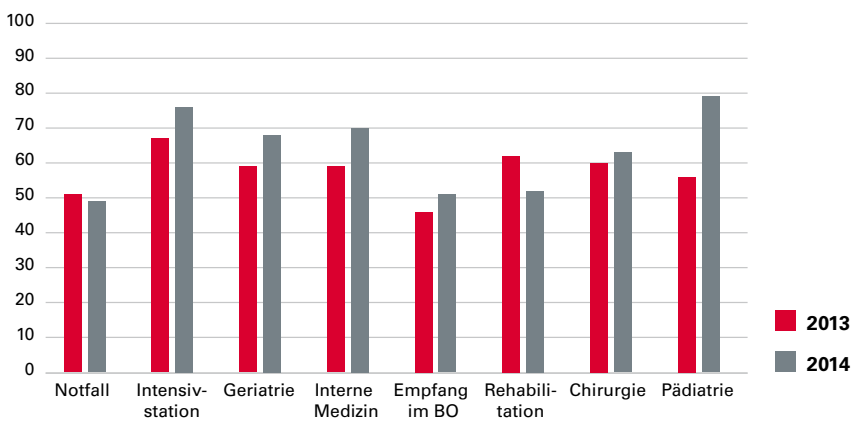
Ergebnisse 2014

Nach Berufskategorie (in %)



Ergebnisse 2014

Nach Disziplin (in %)



Die disziplinspezifischen Ergebnisse zeigen, dass die Handhygiene-Compliance in den Bereichen Notfall und Rehabilitation leicht zurückgegangen ist (von 51% auf 49% bzw. von 62% auf 52%). Insgesamt betrachtet haben sich die Resultate im Spital Wallis verbessert. Auch bei der

Betrachtung nach Berufskategorien zeigt sich tendenziell eine Verbesserung: 67% bei den Hilfen, 65% beim Pflegepersonal, 58% bei den Ärzten und 53% bei den anderen.

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 zu Dekubitus, Stürzen und Fixierungsmassnahmen während der Hospitalisierung.

Prävalenz von Dekubitus

Unter einem Dekubitus versteht man ein «Druckgeschwür», oft auch «Wundliegen» genannt. Es entsteht, wenn be-

stimmte Körperstellen infolge übermässigen und längeren Drucks ungenügend mit Sauerstoff versorgt werden.

Ergebnisse

Prävalenz Dekubitus 2012–2014, ANQ

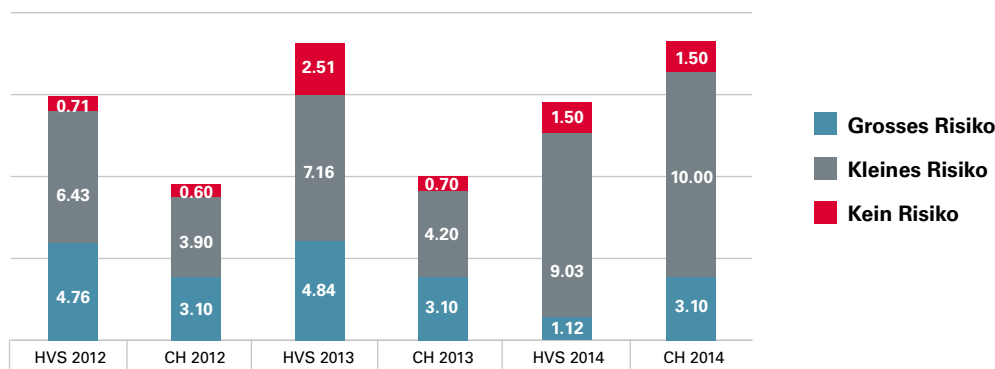
	SZO			CHVR			HVS			HVS			CH		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Anzahl Teilnehmer	143	116	128	277	401	403	420	517	531	420	517	531	7899	8033	8712
Risikogruppen:															
Hohes Risiko	9	11	4	27	12	35	36	23	39	8.57%	4.45%	7.34%	8.90%	9.50%	9.10%
Kleines Risiko	43	42	52	150	192	232	193	234	284	45.95%	45.26%	53.48%	39.30%	40.90%	41.40%
Kein Risiko	91	63	72	100	164	136	191	227	208	45.48%	43.91%	39.17%	51.70%	49.60%	49.50%
Prävalenz Dekubitus:															
Total Stufen 1-4	10	11	9	40	64	63	50	75	72	11.90%	14.51%	13.56%	7.60%	8.00%	7.70%
Total Stufen 2-4	3	4	3	16	25	25	19	29	28	4.52%	5.61%	5.27%	3.20%	3.90%	4.00%
Prävalenz Dekubitus Risikopatienten:															
Hohes Risiko	4	4	0	16	21	16	20	25	16	4.76%	4.84%	3.01%	3.10%	3.10%	31.00%
Kleines Risiko	5	2	8	22	35	40	27	37	48	6.43%	7.16%	9.04%	3.90%	4.20%	10.00%
Kein Risiko	1	5	1	2	8	7	3	13	8	0.71%	2.51%	1.51%	0.60%	0.70%	1.50%
Prävalenz Dekubitus, Risikopatienten Stufen 2-4:															
Hohes Risiko	2	3	0	8	10	7	10	13	7	2.38%	2.51%	1.32%	1.70%	1.80%	18.00%
Kleines Risiko	1	0	2	6	13	17	7	13	19	1.67%	2.51%	3.58%	1.30%	1.80%	4.90%
Kein Risiko	0	1	1	2	2	1	2	3	2	0.48%	0.57%	0.38%	0.20%	0.30%	0.60%
Prävalenz nach Ort des Auftretens:															
Innerhalb des Spitals, Stufen 1-4	8	5	6	10	39	46	18	44	52	4.29%	8.51%	9.79%	4.30%	4.60%	4.80%
Innerhalb des Spitals, Stufen 2-4	2	1	2	7	11	13	9	12	15	2.14%	2.32%	2.82%	1.70%	2.10%	2.00%
Ausserhalb des Spitals, Stufen 1-4	2	3	3	19	22	16	21	25	19	5.00%	4.84%	3.58%	2.60%	2.90%	2.80%
Ausserhalb des Spitals, Stufen 2-4	1	2	1	8	14	12	9	16	13	2.14%	3.09%	2.45%	1.30%	1.70%	1.90%

Die Dekubitus-Prävalenzrate (Kategorie 1 bis 4) lag im Spital Wallis im Jahr 2014 bei 13.56%, bei einem Total von 531 betrachteten Patienten. Das bedeutet, dass von 100 hospitalisierten Patienten ungefähr 13 Patienten Anzeichen von Dekubitus aufwiesen. Bei 9 von 100 Patienten entstand der Dekubitus während des Spitalaufenthalts. 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: grosses offenes Geschwür, oft als Folge eines Geschwürs der Stufe 3 nach Entfernung des abgestorbenen Gewebes.

Diese Rate sagt nichts über den Ursprung des Dekubitus aus (zu Hause, im APH, im Spital, usw.). Klammert man die Dekubitusgeschwüre der Stufe 1 aus, beträgt die Prävalenzrate 5.27%. Die Prävalenzrate der nosokomialen Dekubitusfälle (d.h. die ihren Ursprung im Spital haben) liegt für alle 4 Kategorien zusammen bei 9.78% (Schweizer Durchschnitt: 4.8%) und ohne Berücksichtigung der Stufe 1 bei 2.82% (Schweizer Durchschnitt: 2%). Damit situiert sich das Spital Wallis leicht oberhalb des gesamtschweizerischen Durchschnitts. Seit 2014 aktualisiert und vereinheitlicht eine Arbeitsgruppe den Dekubitus-Präventionsstandard auf der Grundlage der neuesten Erkenntnisse. Die entsprechenden Arbeiten sollten im Jahr 2015 abgeschlossen sein.

Prävalenz von Dekubitus bei Risikopatienten gemäss Braden-Skala 2012–2014, ANQ Spital Wallis (HVS) – nationaler Durchschnitt (CH)



Zur Evaluation des Dekubitusrisikos wird die Braden-Skala benutzt. Obige Grafik zeigt die Dekubitus-Prävalenz gegliedert nach Risikokategorie der Patienten. Diese Werte sind nicht Risiko-adjustiert.

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

- Die Übermittlung 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.

Handmassage durch
eine Kosmetikerin.



Prävalenz der Stürze

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

Ergebnisse

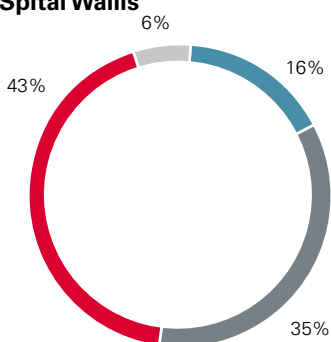
Prävalenz Stürze 2014, ANQ

	SZO (Anz.)	CHVR (Anz.)	HVS (Anz.)	HVS	CH
Anz. beobachtete Patienten	128	403	531	531	8712
Inzidenz der Stürze während der letzten 30 Tage:					
keine	104	321	425	80.04%	80.10%
1x	18	67	85	16.01%	15.00%
2x	3	9	12	2.56%	2.00%
3x	1	3	4	0.75%	0.60%
> 3x	1	3	4	0.75%	0.90%
Unbekannt	1	0	1	0.19%	1.40%
Anzahl Stürze	23	82	105	105	1606
Sturz mit Folgen (Verletzungen)	13	47	60	11.30%	64.30%
Letzter Sturz:					
Vor der aktuellen Hospitalisation	18	50	68	12.81%	15%
Während der aktuellen Hospitalisation	5	32	37	6.97%	3.70%

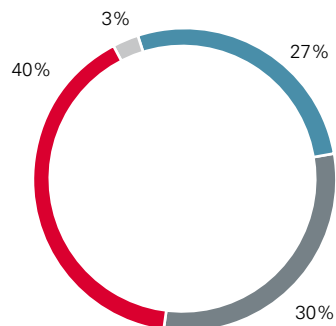
Von den 531 beobachteten Patienten kam es bei 37 zu einem Sturz im Spital. Die meisten Stürze ereignen sich zu den Zeiten, an denen am wenigsten Personal präsent ist, nämlich am Abend und in der Nacht (43% aller Stürze). Im Spital Wallis ereignen sich die meisten Stürze im Zimmer (78%, Rate höher als Schweizer Durchschnitt), so dass man mit den Verbesserungsmassnahmen primär hier ansetzen muss.

**Zeitpunkt der Stürze,
Spital Wallis und nationaler Durchschnitt 2014**

Spital Wallis



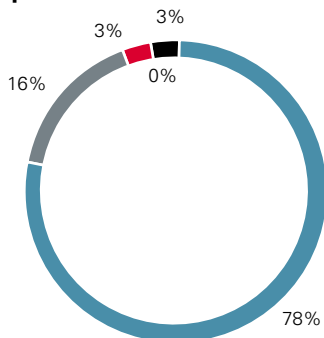
Schweizer Durchschnitt



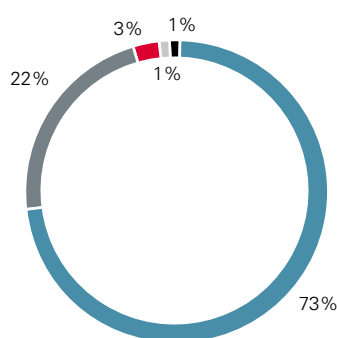
Zeitpunkt
 ■ 07h01 - 14h00
 ■ 14h01 - 22h00
 ■ 22h01 - 07h00
 ■ Unbekannt

**Ort der Stürze,
Spital Wallis und nationaler Durchschnitt 2014**

Spital Wallis



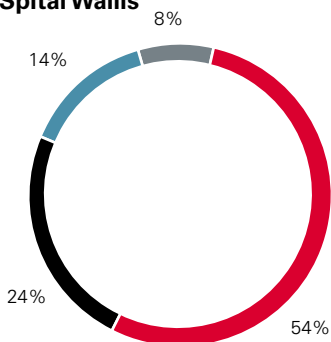
Schweizer Durchschnitt



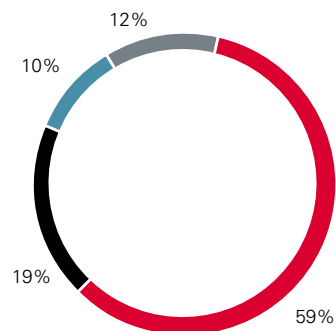
Ort
 ■ Zimmer
 ■ Badezimmer, Toilette
 ■ Korridor
 ■ Treppe
 ■ Draussen

**Hauptgrund der Stürze,
Spital Wallis und nationaler Durchschnitt 2014**

Spital Wallis



Schweizer Durchschnitt



Hauptgrund
 ■ Unbekannt
 ■ Körperliche Gesundheitsprobleme
 ■ Psychische Gesundheitsprobleme
 ■ Umwelt (extrinsische Faktoren)

Die meisten Stürze ereignen sich aufgrund körperlicher Gesundheitsprobleme (54%). In 14% der Fälle sind äussere Faktoren Grund für den Sturz. Bei zwei Personen hat der Sturz zu einer mittelschweren Verletzung, bei einer Person zu einer schweren Verletzung und bei einer weiteren Person zu einer sehr schweren Verletzung (Fraktur) geführt.

Um Stürze von Risikopatienten zu vermeiden und die Sicherheit von Patienten, die bereits einmal gestürzt sind, zu gewährleisten, sind mehrere Präventionsmassnahmen umgesetzt worden, wie zum Beispiel Übungen und Training, Begleitung des Patienten bei Verschiebungen, Evaluation der benutzten Hilfsmittel und Schuhe, Überwachung und Information des Patienten und Anpassung der Umgebung.

Fixierungsmassnahmen

Im Rahmen dieser Messung gelten sämtliche Massnahmen, welche die Bewegungsfreiheit des Patienten einschränken, als Fixierungsmassnahmen (z.B. sedative Medikamente, Bettgitter usw.). Sie dienen der Prävention in Risikosituationen (Schutz des Personals oder Schutz des Patienten vor sich selber). Die Überwachung mittels Sensoren oder Alarmsystemen gilt ebenfalls als Fixierungsmassnahme, da sie die Bewegungsfreiheit elektronisch einschränkt. Die Isolation eines Patienten mit einer ansteckenden Krankheit gilt hingegen nicht als Fixierungsmassnahme.

Bei 123 (23.16%) der 531 beobachteten Patienten wurden in den 30 Tagen vor dem Messzeitpunkt Fixierungsmassnahmen angewendet. Hauptgründe dafür waren die Sturzprävention (78.05% gegenüber 66.7% im Schweizer Durchschnitt) und die Ermöglichung der medizinischen Behandlung (5.69% gegenüber 16.7% im Schweizer

Durchschnitt). In 99.5% der Fälle führten die Fixierungsmassnahmen während des Spitalaufenthalts zu keinen körperlichen Blessuren. Die Daten wurden nicht weiter analysiert, aber es liegt in der Natur der Sache, dass hier viele Faktoren mitspielen: Patientenstruktur, Art der Massnahme, Personalbestand, kulturelle Unterschiede usw.

Evaluation der Berufspraxis

Im Jahr 2013 hat sich die Pflegedirektion dafür ausgesprochen, die Standards für Schmerzen, Stürze und Dekubitus zu aktualisieren. Dabei sollten vor allem der Prävention, der Intervention und der Evaluation Beachtung geschenkt werden. Mehrere Arbeitsgruppen wurden eingesetzt, um den Kenntnisstand der Mitarbeitenden in Erfahrung zu bringen und evidenzbasierte Daten in den genannten Bereichen zu sammeln. Ende 2014 war der Standard «Stürze» unter Dach und Fach und wurde spitalweit kommuniziert. Die Standards «Schmerz» und «Dekubitus» erhielten im Verlaufe des Jahres 2014 und 2015 noch den letzten Schliff. Die Evaluation der Berufspraxis in Bezug auf diese Standards startete Ende 2014.

Die Abläufe beim Ein- und Austritt des Patienten verbessern

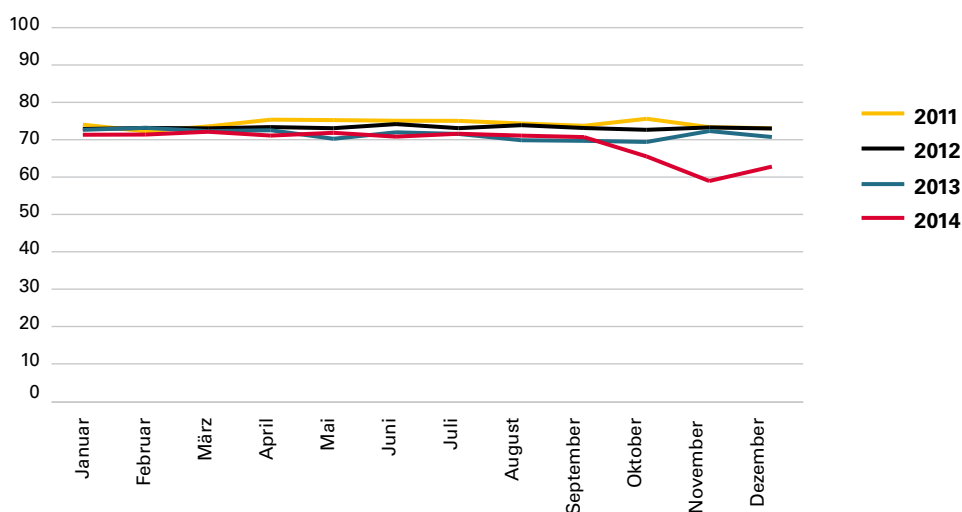
Optimale Patientenaufnahme

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- 2014, Spital Wallis



Im Jahre 2014 lag für 70-75% der ins Spital Wallis eingelieferten Patienten innerhalb von 24 Stunden ein vollständiges Patientendossier vor. Im November und Dezember fiel dieser Prozentsatz aus unbekanntem Gründen auf 60-63%.

Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie

Im Februar 2015 hatten 63 von 65 Schweizer Kliniken die Daten für das Jahr 2014 ans Institut für Evaluation der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) von Basel übermittelt. Die Entwicklung zwischen dem Eintritt und dem Austritt gilt als Ergebnis der Behandlung. Die Evaluation wird doppelt vorgenommen: einerseits durch den Patienten selbst (Brief Symptom Checklist, BSCL) und andererseits

durch das Pflegepersonal (Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS). Ausserdem wurde die Häufigkeit der freiheitseinschränkenden Massnahmen dokumentiert und verschiedene soziodemografische Daten der Patienten erfasst worden (Grunddaten BFS und zusätzliche psychiatrische Daten BFS).

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 SCL90)	- HoNOS
Freiheitseinschränkende Massnahmen		
Messung sämtlicher freiheitseinschränkender Massnahmen		- EFM

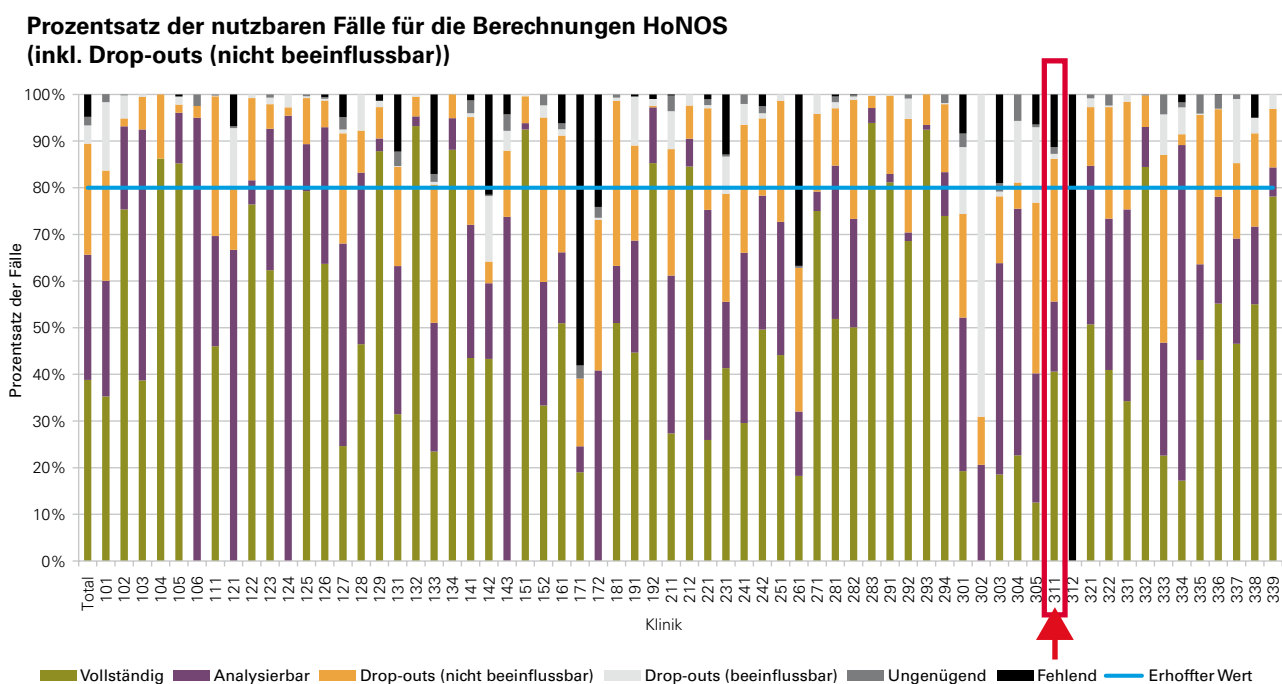
Es gilt zu beachten, dass sich die Ergebnisse in diesem Kapitel nicht auf die Qualität der Behandlung, sondern auf die Qualität der Datenerfassung beziehen. Mit der ersten transparenten Publikation der nationalen Messergebnisse wird im Herbst 2015 ein Meilenstein der Qualitätsmessung in der Spitalpsychiatrie erreicht.

Sämtliche ANQ-Messungen der stationären Psychiatrie sind nun fest in den Abläufen des Psychiatriedepartements verankert. Bei jedem Patienten wird zu Beginn und am Schluss der Behandlung die Symptombelastung gemessen. Dadurch können Erkenntnisse zur Anzahl und zum Schweregrad der Symptome in Zusammenhang mit einer

bestimmten psychischen Störung gewonnen werden. Die ANQ-Messungen haben im Rahmen der individuellen Behandlung ein grosses Nutzungspotenzial. Die Ergebnisse sind wichtig, um nationale Vergleiche anstellen zu können. Der Unterschied der Symptombelastung zwischen dem Ein- und Austritt gibt Aufschluss über die Entwicklung während der Behandlung. Zudem ermöglicht dieser Indikator einen Vergleich der subjektiven Wahrnehmung der Symptombelastung des Patienten (BSCL) vorher und nachher, so dass man daraus behandlungsspezifische Rückschlüsse ziehen kann. Der Patient wird als Partner fest in diesen Prozess eingebunden, was die therapeutische Allianz stärkt.

Freiheitseinschränkende Massnahmen werden in der Psychiatrie nur in gerechtfertigten Ausnahmefällen angewendet, d.h. wenn die psychische Erkrankung mit einer schwerwiegenden Gefährdung des Patienten selbst oder einer anderen Person einhergeht. Sie werden nur erfasst, wenn sie tatsächlich angewandt werden.

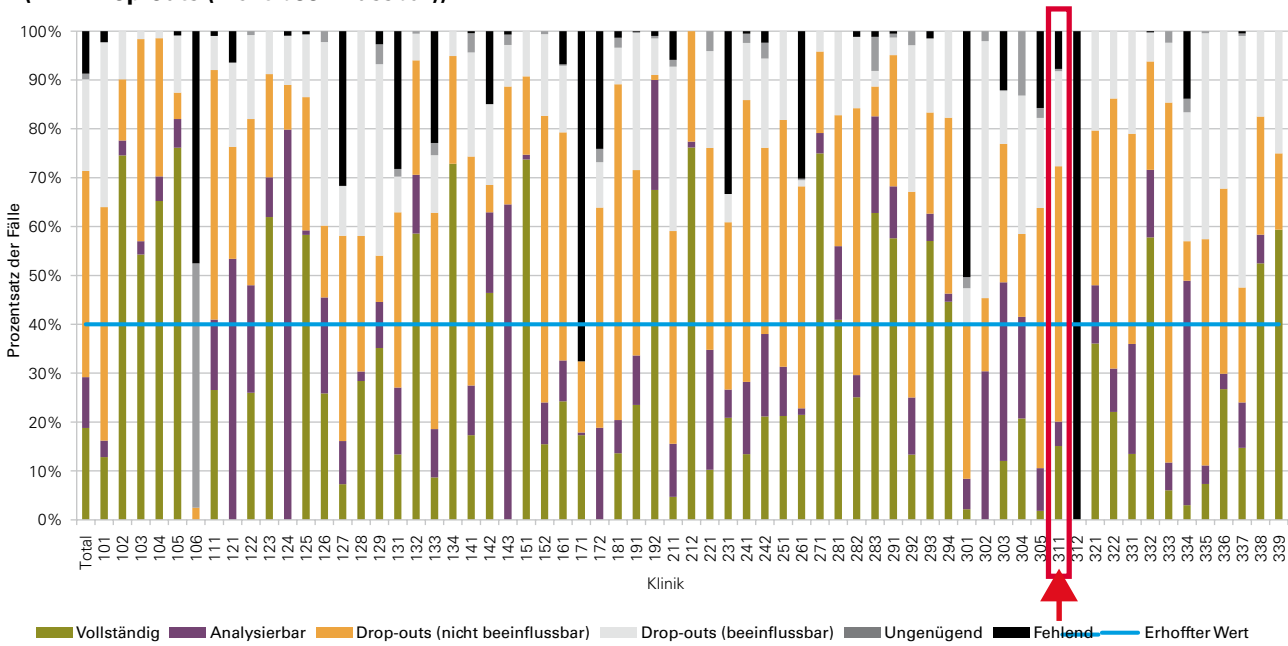
Untenstehende Tabellen zeigen die Datenqualität für sämtliche psychiatrischen Spitäler in der Schweiz. Der vom ANQ festgelegte Mindestprozentsatz der brauchbaren Daten (80% bei HoNOS und 40% bei BSCL) wird im Psychiatriedepartement des CHVR erreicht.





Park des Spitals Malévoz in Monthey.

Prozentsatz der nutzbaren Fälle für die Berechnungen BSCL (inkl. Drop-outs (nicht beeinflussbar))



Weitere spezifische Indikatoren

Wie unter Punkt 4.1 (Sicherheits- und Feedbackkultur in den Teams fördern) erwähnt, werden innerhalb des Spital Wallis für mehrere medizinische Disziplinen regelmässig praktische Daten erhoben. Diese Daten betreffen Aspekte der Struktur und der Tätigkeit, aber auch Qualitäts- und Sicherheitsaspekte. Sie können als Indikatoren dienen, wenn sie adäquat die betreffende Tätigkeit widerspiegeln und Vergleiche mit anderen Jahren oder Einrichtungen ermöglichen, so dass daraus Verbesserungsmassnahmen abgeleitet werden können.

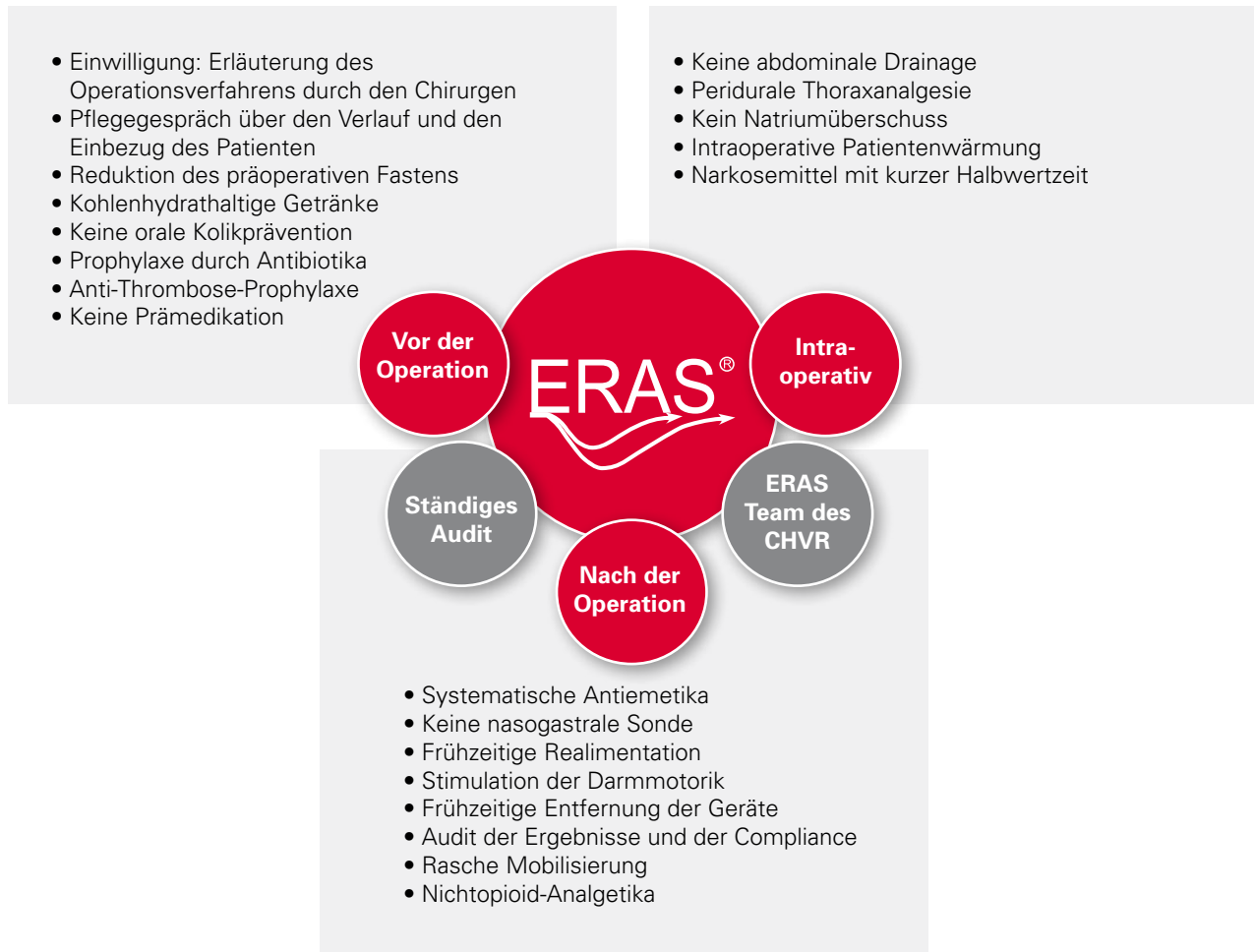
Daten werden zum Beispiel für die Anerkennung von medizinischen Spezialgebieten (Anästhesie, Intensivmedizin, Neurologie-Abteilung zur Behandlung der akuten Hirnschläge, Nephrologie-Dialyse, Kardiologie-Rehabilitation bei Herzkrankheiten, Palliativpflege) oder spezialisierten Tätigkeiten (Betreuung von Schwerverletzten im Trauma Center) gesammelt.

ERAS® (Enhanced recovery after surgery)

Das Programm ERAS® bezweckt eine raschere Erholung des Patienten nach chirurgischen Eingriffen dank standardisierten Behandlungsabläufen, die auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen (evidence-based guidelines) beruhen. Vereinfacht gesagt soll der OP-Stress für den Patienten reduziert werden.

Das Programm wurde nach einer Pilotphase im Jahr 2013 in der elektiven kolorektalen Chirurgie eingeführt.

Dank der unternommenen Anstrengungen konnte die Viszeralchirurgie des CHVR im März 2014 die international anerkannte Zertifizierung der ERAS® Society entgegennehmen. Für jeden Patienten werden während des gesamten Behandlungsablaufs rund 150 verschiedene Daten gesammelt, welche genau kontrolliert werden. Im Juli 2014 wurde ERAS® auf die notfallmässige kolorektale Chirurgie ausgeweitet. Weitere chirurgische Disziplinen werden folgen: Im April 2015 begann in der Thoraxchirurgie ein entsprechendes Pilotprojekt.



Quelle: Gustafsson UO et al. World Journal of Surgery 2013.310.1007/s00268-012-1772-0

Das Programm ist für das Qualitätsmanagement sehr wertvoll, denn es verbindet aktuelle Empfehlungen mit konkreten klinischen Behandlungsabläufen und Indikatoren. Der Patient wird aktiv in seinen Genesungsprozess eingebunden, die medizinischen und paramedizinischen Gesundheitsfachleute arbeiten Hand in Hand. Das ERAS®-Team wird von einer Pflegefachverantwortlichen koordiniert

und trifft sich regelmässig, um die Ergebnisse zu analysieren und das Programm ständig weiter zu verbessern.

ERAS® selektive kolorektale Chirurgie	Vor ERAS® Sept. 2012 bis März 2013 n50	ERAS® Jahr 2014 n58
--	--	---------------------------

Audit ERAS® (EIAS® Eras Interactive Audit System), CHVR Juni 2014

Enddiagnose Elektive Chirurgie	Vor ERAS® – 50 Patienten	Mit ERAS® – 58 Patienten Jahr 2014
Adenokarzinom	62% (n31)	52% (n30)
Divertikelkrankheit	20% (n10)	31% (n18)
Andere	18% (n9)	17% (n10)

Ergebnisse: Pilotphase September 2012 bis März 2013 vs. 2014

Elektive kolorektale Chirurgie ERAS®	Vor ERAS® Sept. 2012 - März 2013 n 50	ERAS® Jahr 2014 n 58
Mittlere Aufenthaltsdauer	11 Tage	7,5 Tage
Sterberate	4% (n2)	2% (n1)
Reoperation	16% (n8)	17% (n10)
Undichte Anastomosen	10% (n5)	7% (n4)
Infektiöse Komplikationen	32% (n15)	24% (n14)
Intra- oder retroperitonealer Abszess	10% (n5)	7% (n4)
Wundinfektionen	18% (n8)	9% (n5)
Infektionen der Harnwege	8% (n4)	5% (n3)
Respiratorische Komplikationen	16% (n8)	10% (n6)

Die Auswertung der Resultate in der elektiven kolorektalen Chirurgie zeigt einen Rückgang der medizinisch-chirurgischen Komplikationen nach Einführung des ERAS®-Programms (siehe untenstehende Tabelle). Das heisst, dass die Patienten das Spital früher verlassen können. Allerdings sind die Fallzahlen zu gering, um statistisch wirk-

lich relevant zu sein. Ein Vergleich mit dem Durchschnitt der anderen ERAS®-zertifizierten Zentren ist aufgrund der mangelnden Datenlage im Moment nicht möglich.

Tumorboard

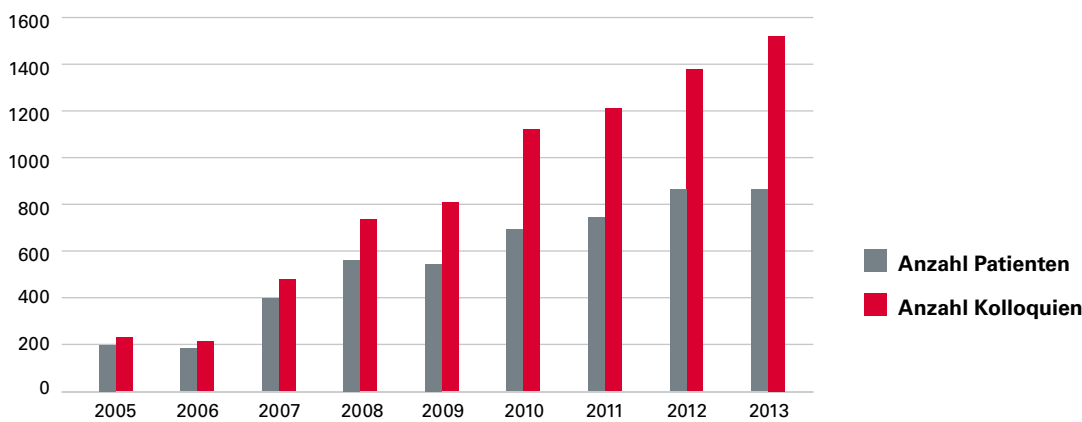
Schon lange werden im Spital Wallis pluridisziplinäre Entscheidungs-Besprechungen nach strikten Regeln durchgeführt, insbesondere wenn gemäss Therapiekonzept ein multimodales Vorgehen notwendig ist oder sich verschiedene Behandlungsoptionen anbieten.

Diese Besprechungen gibt es in Sitten für die Bereiche Gynäkologie, HNO, Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie, Pneumologie, Leber/Galle und Strahlentherapie/Onkologie. An sogenannten Tumorboards treffen sich Onkologen,

Strahlentherapeuten, Pathologen, Chirurgen/Gynäkologen/HNO-Spezialisten, Radiologen und – je nachdem – Pneumologen oder Gastro-Enterologen zur gemeinsamen Entscheidungsfindung. Seit dem 25.09.2013 werden in Sitten alle zwei Monate urologische Besprechungen durchgeführt.

Tumorboards Gynäkologie, Chirurgie, Urologie, Radioonkologie gibt es auch im SZO seit Jahren mit Besprechung von 400-500 Patienten pro Jahr.

Multidisziplinäre Kolloquien am Standort Sitten



Die Grafik zeigt die Entwicklung der pluridisziplinären Besprechungen für Krebspatienten. Grundsätzlich werden sämtliche Fälle, in denen eine kurative Behandlung und/oder Operation vorgesehen ist, im pluridisziplinären Team besprochen. Es kommt immer öfter vor, dass ein und derselbe Fall mehrmals besprochen wird, etwa bei komplexen disziplinenübergreifenden Behandlungen (z.B. präoperative Chemo-/Strahlentherapie).



Pflegesprechstunde in der
Abteilung Radio-Onkologie
im Spitalzentrum des
französischsprachigen Wallis
in Sitten.

Intern

Im September 2014 fand die zweite Ausgabe des Pflegesymposiums statt. Die Idee dahinter ist, eine Austauschplattform zu schaffen und den Mitarbeitenden die Möglichkeit zu geben, ihre neusten Verbesserungsprojekte und -aktionen vorzustellen. Diese Möglichkeit wurde rege genutzt. Mit 227 Teilnehmenden und sehr positiven Rückmeldungen der anwesenden Personen kann auch dieses Pflegesymposium als Erfolg gewertet werden.

Der Wettbewerb für den mit 1'000 Franken dotierten «Preis des Spital Wallis», der ursprünglich nur den Absolventen der Studiengänge Pflege und Physiotherapie der Fachhochschule Westschweiz (HES-SO) vorbehalten war, wurde vor vier Jahren durch die Hinzufügung eines Einzel- und Teampreises für sämtliche Mitarbeitenden des Spital Wallis zugänglich gemacht. Die Pflegedirektion und die Generaldirektion wollten damit qualitätsrelevante Projekte besser in den Vordergrund stellen und die Wertschätzung und Anerkennung des individuellen und kollektiven Engagements fördern, da dieses einen grossen Beitrag zur Entwicklung der Pflegepraxis leistet. Der Pflegedirektor des Spital Wallis, Mario Desmedt, zeigte sich angesichts der 20 eingereichten Projekte erfreut über das vorhandene Interesse.

Den Einzelpreis erhielt Hervé Cortat, Pflegefachmann für ambulante Onkologie in Sitten, für seine Arbeit mit dem Titel «Les Clefs d'une bonne intégration». Der Teampreis ging an Sarah Habegger und ihr Gynäkologie-Team in Visp für das Projekt «Behandlungspfad am Beispiel sectio caesarea».

Neben diesen Mitarbeiterpreisen wurden folgende Preise für die Studierenden der Fachhochschule Westschweiz vergeben: Im Studiengang Pflege ging der Preis an Angela Kalbermatter und Corinne Studer für ihre Arbeit «Erwartungen und Erleben von Pflegefachmännern hinsichtlich des Einbezugs von Angehörigen in die Sterbebegleitung in Alters- und Pflegeheimen». Im Studiengang Physiotherapie wurde im Jahr 2014 kein Preis vergeben, da keine Arbeiten eingereicht wurden.

Extern

Der Qualitätsbericht 2014 steht den Patienten, ihren Angehörigen und den externen Partnern zur Verfügung. Den Bericht 2015 wird es auch in einer Kurzversion für ein Nicht-Fachpublikum geben.

Spitalzentrum des französischsprachigen Wallis (CHVR)

Departement Psychiatrie und Psychotherapie

Departementsleiter: Dr. Philippe Rey-Bellet

Pflegeleitung des Departements: Frau Aline Schuwey

Die stationären und ambulanten Tätigkeiten des DPP nehmen zu und die Pflegebedürfnisse sind komplex. Dieser Umstand erfordert eine ständige Weiterentwicklung des institutionellen Systems und gleichzeitig eine Kontinuität im Pflegeverlauf. Ein spezielles Augenmerk im Zusammenhang mit dem pflegerisch-medizinischen Management ist auf die klinische Arbeit gerichtet worden. Damit der Patient wirklich im Zentrum unserer Bemühungen steht, müssen die Modalitäten des Managements unbedingt an die klinische Problematik angepasst werden und nicht umgekehrt.

Die Initiativen sind die Frucht der Arbeit der Mitarbeitenden des Departements Psychiatrie und Psychotherapie, unabhängig von ihrem Beruf oder ihrer Funktion.

So ist Ende Jahr eine Abteilung Liaisonpsychiatrie geschaffen worden, deren operative Umsetzung im Mai 2015 erfolgen wird. Die Notfallstationen, welche zahlreiche Patienten mit psychischen Störungen aufnehmen, verfügen nämlich nicht über die ständige Anwesenheit eines Psychiaters. Gegenwärtig müssen deshalb die Teams der somatischen Pflege einen wichtigen Teil der Betreuung der Personen mit psychischen Störungen übernehmen. Das DPP verfügt nicht über genügend Kapazitäten, um ohne weiteres rasche Interventionen anbieten zu können. Mit der Schaffung der Abteilung Liaisonpsychiatrie können sowohl das klinische Angebot mit Sprechstunden auf Antrag von Ärzten sämtlicher medizinischer Disziplinen des Spital Wallis als auch die Unterstützung der pflegerisch-medizinischen Teams vor Ort ausgebaut werden. Konkret wird sich das Team der Liaisonpsychiatrie, bestehend aus erfahrenen und in Psychiatriepflege geschulten Ärzten, Psychologen und Pflegefachpersonen, um die Evaluation und die

Weiterverweisung kümmern. Unter Umständen kann es auch eine Begleitung der interprofessionellen Behandlung der psychischen Störungen bei erwachsenen Patienten sowie Patienten in der Geriatrie garantieren, welche hospitalisiert sind oder an den Standorten des CHVR behandelt werden.

In der Entwicklung der spezifischen Kompetenzen in der Psychiatrie spielt die Ausbildung eine grundlegende Rolle. Für die pflegerisch-medizinische Ausbildung sind mit den Westschweizer Kantonen und den Universitätszentren zahlreiche Beziehungen geknüpft worden. In einem Bereich, in dem sich die Kenntnisse rasch entwickeln und verändern, bildet die Ausbildung für die Mitarbeitenden eine Gelegenheit, ihre Qualifikationen, die auf den neuesten Erkenntnissen beruhen müssen, zu vertiefen und zu ergänzen. Die verschiedenen Leistungen sind dynamisch und durchlässig. So ist auch das Programm des Gewaltmanagements entstanden, das spezifisch für die Pflege entwickelt worden ist. 82 Personen des DPP haben die Ausbildung im Gewaltmanagement abgeschlossen. Damit kann das gesamte Pflegepersonal des CHVR die Kompetenzen in einem Bereich vertiefen, der nicht direkt zur Psychiatrie gehört.

In der Pflege ist der Umsetzung eines integrierten Verbesserungsprozesses der klinischen Praxis und der Entwicklung der Kompetenzen besondere Beachtung geschenkt worden. In diesem Prozess trägt das Pflegepersonal täglich zu einer zweckmässigen und qualitativ hochstehenden Pflege bei. Diese Pflege erfolgt auf der Grundlage der Bedürfnisse der betreuten Personen und berücksichtigt die beste Praxis, die im Allgemeinen dokumentiert ist und deren Elemente die Entwicklung in der Pflege widerspiegelt (evidenzbasierte Daten = evidence based). In diesem Sinn besteht eine enge Vernetzung des Führungsteams mit dem Pflegeteam, um eine gemeinsame Reflexion zu ermöglichen.

Departement Innere Medizin - Geriatrie

Departementsleiter: Dr. Sandro Anchisi
 Pflegeleitung des Departements:
 Frau Marie-Christine Hug

Geriatric

Während des Jahres 2014 hat die Abteilung Geriatrie mit ihrer Tätigkeit in den Bereichen polyvalente Rehabilitation und geriatrische Palliativpflege 2'273 Patienten betreut, was einem Rückgang von 6.2% gegenüber 2013 entspricht. Die Abteilung hat jedoch parallel dazu 223 Patienten in Wartebetten betreut. Dies entspricht einer Zunahme von 63% gegenüber 2013. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist stark angestiegen.

Die Zahlen zeigen, dass der Rückgang in der Tätigkeit der geriatrischen Medizin vor allem mit dem steigenden Anteil an Patienten in Wartebetten zusammenhängt. Das lähmt leider die eigentliche Tätigkeit der geriatrischen Medizin und ihre wahre Mission. Die zusätzlichen Betten, die in nächster Zeit in den sozialmedizinischen Institutionen des Kantons für ältere Menschen bereitgestellt werden, sollten zu einer Reduktion der Anzahl Patienten in Wartebetten des Spitals führen.

Im Übrigen warten die Pflegenden der Abteilung Geriatrie auf die Umsetzung der Reformen im Bereich der Geriatrie (Ortho-Geriatrie, Onko-Geriatrie, mobiles Geriatrieteam mit Präsenz in den Notfallstationen und mit ambulanter Geriatrie-Sprechstunde), die eine bessere medizinische Versorgung der betagten Menschen ermöglichen sollte.

Pneumologie

Im Verlauf des Jahres 2014 hat die Abteilung Pneumologie des Spitalzentrums des französischsprachigen Wallis (CHVR) die im Jahr 2013 initiierten Änderungen weiterverfolgt und abgeschlossen. So ist die Endoskopie vollständig von Montana nach Sitten transferiert worden, was für die Patienten eine erhöhte Sicherheit und besseren Komfort bedeutet. In Sitten hat sich mit der Eröffnung der Spezialsprechstunden für Patienten mit Lungenerkrankungen, Mukoviszidose und Lungenhypertonie die ambulante Tätigkeit der Pneumologie weiterentwickelt. In Martinach und Montana sind die ambulanten Tätigkeiten der Pneumologie beibehalten worden.

Der Entscheid für den Ausbau und die Aktualisierung des Lungenlabors wird eine raschere und vollständigere Behandlung der Anfragen der Hausärzte ermöglichen. So werden ab dem 1. Oktober 2015 in Sitten sämtliche Tests für die Atemwege verfügbar sein.

Das Programm «Besser leben mit COPD» wird jetzt mit der Unterstützung von Promotion Santé Valais zweimal jährlich in Sitten, Martinach und Monthey angeboten. Dank dieses Programms ist die Akkreditierung der beiden Zentren für ambulante Lungenrehabilitation in Martinach und Montana bestätigt worden.

In Montana sind übrigens die Pflegestationen neu pro Rehabilitationstyp organisiert worden. So ist eine Station mit 18 Betten ausschliesslich für die Rehabilitation der Atemwege und die Schlafmedizin bestimmt. Mit der Vereinigung der Kompetenzen innerhalb einer Station kann die Abteilung Pneumologie jetzt eine Rehabilitation der Atemwege mit internationalen Standards anbieten. Diese Leistung ist für Patienten sämtlicher Kantone anerkannt.

Im November 2014 ist ein Schulungstag insbesondere für Hausärzte und andere Gesundheitsfachpersonen organisiert worden. Die Abteilung beteiligt sich übrigens an mehreren nationalen und internationalen Forschungsprojekten im Bereich des Schlafs (SRI und ASV) sowie der Epidemiologie der Erkrankungen der Atemwege (SAPALDIA).

Der Leiter der Abteilung Pneumologie, Dr. Pierre-Olivier Bridevaux, ist im Verlauf des Jahres 2014 zum Titularprofessor der Universität Genf ernannt worden.

Radio-Onkologie

In der Radio-Onkologie hat die ultraschnelle Bestrahlung mit dem System «Truebeam» die Anwendung einer Spitzentechnologie ermöglicht: mit der Lungenstereotaxie können gewisse Lungentumore ohne Operation behandelt werden. Durch das Upgrade des Beschleunigers Clinac stehen 3 Geräte mit integriertem Scanner zur Verfügung, die vor jeder Behandlung eingesetzt werden können. Die 3 Geräte verfügen auch über die IMRT-Technik, bei der die IMRT-Rate von 36% im Jahr 2013 auf 48% im Jahr 2014 erhöht worden ist. Die Zahl der neuen Fälle hat um 10% zugenommen.

Medizinische Onkologie

In der Medizinischen Onkologie sind 2014 über 18'700 ambulante Behandlungen verzeichnet worden (17'000 im Jahr 2013). Mit der Verstärkung unserer täglichen Präsenz in Sitten und in Martinach wird die Tätigkeit weiter ausgebaut. In Siders bleibt die Tätigkeit stabil. Dr. Abeidi hat die Nachfolge von Frau Dr. Stalder übernommen, die pensioniert worden ist. Pro Jahr werden rund 6300 intravenöse Chemotherapien verabreicht, davon 500 während eines Spitalaufenthalts in der Abteilung innere Medizin H3 von Sitten. Zudem werden vermehrt auch gezielte orale The-

rapien eingesetzt. Dies alles bedingt eine ständige Weiterbildung der pflegerisch-medizinischen Teams sowie eine strenge Disziplin, damit die Sicherheit dieser Behandlungen garantiert ist. Die Tätigkeit in den Bereichen klinische Forschung und multidisziplinäre Sprechstunden ist stabil. Die Abteilung setzt gegenwärtig ein Projekt um, mit dem die Versorgung der Patienten vermehrt in Zusammenarbeit mit den Hausärzten und den Pflegepersonen vor Ort erfolgt.

Kardiologie

Die Abteilung Kardiologie hat zum Beispiel in den Bereichen der Koronararteriografie (1458 Untersuchungen), der Koronarangioplastie (784 Interventionen), der invasiven Behandlungen der Herzrhythmusstörungen (32 Entfernungen mittels Hochfrequenzstrahlung), der Echokardiografie (1982 Untersuchungen) oder des kardialen MRI (176 Untersuchungen) eine bedeutende Tätigkeit ausgeübt.

Mehr als 150 Herzschrittmacher oder Herzdefibrillatoren sind implantiert worden.

Wir haben unsere Bemühungen um eine Reduktion der Hospitalisierungsdauer fortgesetzt, mit 1055 in der Abteilung Kardiologie hospitalisierten Patienten und 1347 ambulant behandelten Patienten im Verlauf des Jahres 2014.

Im Bereich der Prävention haben nach einem Herzvorfall 165 Patienten von einer stationären Rehabilitation profitiert und 163 Patienten sind in Zusammenarbeit mit der Rehaklinik ambulant versorgt worden.

Schliesslich zeigen die Daten des nationalen Registers über akuten Herzinfarkt (AMIS Plus) die hochstehende Qualität des Spital Wallis, denn es situiert sich im Durchschnitt der meisten Schweizer Spitäler.

Innere Medizin

Die Abteilung Innere Medizin ist in Bezug auf den Spitalaufenthalt immer noch die wichtigste Abteilung. Am Standort Sitten hat die Tätigkeit 2014 um 16% zugenommen. Die 2941 Hospitalisierungen stellen 48% der Tätigkeit der 3 Standorte dar. Insbesondere am Standort Siders hat die Tätigkeit abgenommen. Hier ist es schwierig, polyvalente Kaderärzte zu rekrutieren. Zur Verbesserung der Rekrutierung sind verschiedene Massnahmen ergriffen worden. Allerdings macht sich dieser Mangel an Kaderärzten nicht nur in unserem Kanton bemerkbar. Obwohl mehrere Stellen ausgeschrieben worden sind, müssen wir vermutlich die ärztliche Tätigkeit am Standort Siders reduzieren.

Trotz diesem Mangel an Kaderärzten ermöglicht der gute Ruf der Abteilung die Anstellung von über vierzig Assistentzärzinnen und -ärzten, die in einer Arbeitsrotation an den verschiedenen Standorten zum Einsatz kommen. Unsere Abteilung, die gemäss dem SIWF (Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) immer noch über die Qualifikation A verfügt, ist sehr begehrt. Aus Mangel an Ausbildungsplätzen müssen wir jährlich rund hundert Kandidatinnen und Kandidaten abweisen.

Zum Erhalt unserer Attraktivität nehmen wir die Studierenden der medizinischen Fakultät von Lausanne und Genf immer früher und immer zahlreicher auf, und dies ab dem 3. Studienjahr bis zum Studienabschluss. Unsere grösste Herausforderung wird darin bestehen, diese Möglichkeit zur Ausbildung der Allgemeinärzte in einem Spital zu erhalten, in dem die innere Medizin gemeinsam mit ihren verschiedenen Spezialgebieten eine entscheidende Rolle spielt.

Departement Chirurgie

Departementsleiter: Dr. Claude Haller
Pflegeleitung des Departements: Vakant

Mit vielen Wechseln hat das Departement Chirurgie 2014 ein schwieriges Jahr erlebt. Die zahlreichen Angriffe auf Prof. Vincent Bettschart haben die Abteilung Viszeralchirurgie des Departements Chirurgie direkt betroffen. Dieser hat demissioniert und das CHVR im Verlauf des Sommers verlassen.

Am 19. Mai 2014 ist Dr. Claude Haller zum Departementsleiter ernannt worden. Auch Dr. Daniel Bertin hat die Abteilung aus rein persönlichen Gründen verlassen und in einem anderen Spital eine neue Aufgabe übernommen. In derselben Zeit sind die Ergebnisse des Gutachtens von Prof. Jean-Jacques Houben veröffentlicht worden. Dieses Gutachten und die darin vorgeschlagenen Verbesserungsmassnahmen bestätigen, dass die HSM (hochspezialisierte Medizin) in unserem Kanton weiterhin Bestand hat und weiterentwickelt werden soll. Die Abteilung Chirurgie führt mehrere Indikatoren der Qualitätskontrolle ein, indem sie sich an verschiedenen Datenbanken (ERAS Viszeralchirurgie, AQC Viszeralchirurgie) und Registern (SwissVasc, SwissTraumaNetwork, Registre Romand des Polytraumatisé) beteiligt.

Für die Versorgung der Patienten im Bereich der hochspezialisierten Viszeralchirurgie (Leber-Galle, Speiseröhre, unteres und bariatrisches Rektum) besteht eine nicht exklusive Zusammenarbeit mit dem CHUV. Parallel dazu wird im Spital Sitten der Bereich HSM weiterentwickelt, damit die Patienten für die präoperative Bilanz, die nicht chirurgische Behandlung (Strahlen- und Chemotherapie) sowie die postoperative Nachkontrolle vom medizintechnischen Bereich im Wallis profitieren können.

Im März 2014 hat die Abteilung Chirurgie des CHVR die Anerkennung als zertifiziertes Institut für das Programm ERAS (Enhanced Recovery After Surgery: verbesserte Erholung nach chirurgischen Eingriffen) erhalten. Trotz des Vertrauensverlustes bei der Bevölkerung und bei gewissen Hausärzten wird die Abteilung Chirurgie weiterhin ihre Aufgaben wahrnehmen und sich gleichzeitig neu aufbauen. Das Jahr 2014 ist mit dem 1. Symposium der Viszeralchirurgie im Spital Sitten abgeschlossen worden.

Die Abteilung Chirurgie entwickelt sich auch über ihre Gefässchirurgie weiter, die Mitte Februar 2014 den Titel «Gefässzentrum USGG» erhalten hat. Das Spital Wallis ist eines der ersten sechs Zentren in der Schweiz und das erste in der Westschweiz, das in diesem Bereich für seine Medizintechnik, die Qualitätskontrolle und die multidisziplinäre Zusammenarbeit (interventionelle Radiologie, Angiologie und Gefässchirurgie) offiziell akkreditiert worden ist.

Nach der Anerkennung als Ausbildungszentrum für Thoraxchirurgie durch die FMH ist Dr. Michel Christodoulou zum Chefarzt der Thoraxchirurgie ernannt worden.

Mit der Rückkehr von Dr. Enrico Ferrari ans CHUV ist Dr. Dominique Delay zum Chefarzt der Abteilung Herzchirurgie ernannt worden und Dr. Lars Niklaus vom CHUV hat das Team als Leitender Arzt verstärkt.

Die Tätigkeit der Abteilung Chirurgie ist aufgrund der verschiedenen Ereignisse gegenüber 2013 um rund 11% zurückgegangen (2'335 Eingriffe 2014 gegenüber 2'635 im Jahr 2013). Die Tätigkeit des Departements Chirurgie blieb hingegen stabil. Die Reduktion der Tätigkeit in der allgemeinen Chirurgie ist also durch die zunehmende Tätigkeit in Neurochirurgie, HNO, Herzchirurgie und Urologie kompensiert worden.

Departement Frau / Kind

Departementsleiter: Dr. Nicolas Schneider
Pflegerleitung des Departements: Frau Catherine Lietta

Geburtshilfe

Die Tätigkeit im Gebärsaal der Geburtsabteilung des CHVR ist 2014 mit 1'706 Geburten gegenüber 1'712 Geburten im Jahr 2013 stabil geblieben. Die Geburtenzahl ist weiterhin hoch. Hinter HUG und CHUV liegt das CHVR an 3. Stelle. Die Kaiserschnitte sind mit weniger als 21% im Jahr 2014 gegenüber mehr als 23% im Vorjahr rückläufig. Der Schweizer Durchschnitt liegt bei 33,3%. Bei den natürlichen Geburten haben in Sitten drei von vier Müttern eine Periduralanästhesie erhalten.

Die Frühgeburten sind 2014 um 1% zurückgegangen. Trotzdem sind aufgrund der Überlastung der Neonatologie 14 Patientinnen transferiert worden. Im Übrigen haben wir rund dreissig Anfragen für eine Aufnahme von Frühgeburten ablehnen müssen.

Die Zahl der ambulanten Sprechstunden (über 1800) hat 2014 stark zugenommen, insbesondere aufgrund der Schaffung einer Poliklinik für Geburtshilfe, in der ebenfalls die Betreuung der physiologischen Schwangerschaft durch Hebammen und eine Sprechstunde für Risikoschwangerschaften angeboten werden. Im Gebärsaal sind 1101 Notfallsprechstunden angeboten worden.

Die Verstärkung des Ärzteteams und die Zunahme der Anzahl Patientinnen in der Poliklinik für Geburtshilfe haben ebenfalls zu einer starken Zunahme der Ultraschalluntersuchungen geführt, die von 2297 im Jahr 2013 auf 2995 im Jahr 2014 angestiegen sind. Diese Zahl ermöglicht es der Ultraschallabteilung von Sitten, den interessierten Oberärzten eine Schulung in Echografie anzubieten.

Gynäkologie

Die Tätigkeit der Fertilitätsabteilung, die eng mit dem CHUV zusammenarbeitet, ist mit durchschnittlich 200 Sprechstunden pro Monat, 27 In-vitro-Fertilisationen, 35 Embryo-Transfers und 80 künstlichen Befruchtungen stabil geblieben.

Durch die Nutzung von Synergien der Interdisziplinarität hat das Brustzentrum seine Vorrangstellung bei der Versorgung von bösartigen und gutartigen Erkrankungen bestätigt. Gleichzeitig ist den Frauen des Kantons Wallis eine von Patientinnen und überweisenden Ärzten geschätzte Dienstleistung von hoher Qualität angeboten worden.

2013 ist die Fachspezialistin für Gynäkologie-Onkologie, Frau Dr. Daniela Huber, zur Leitenden Ärztin ernannt worden. Sie hat das operative Ärzteteam vervollständigt, das sämtliche Interventionen in Bezug auf die gynäkologischen Krebserkrankungen durchgeführt hat.

Die Tätigkeit der gynäkologischen Polikliniken von Sitten und Martinach, mit über 11'000 Sprechstunden in Sitten und über 1'700 Sprechstunden in Martinach, hat die Bedeutung dieses Bereichs innerhalb des Spital Wallis bestätigt.



Besuch der
«Traumdoktoren» in der
Abteilung Pädiatrie des
Spitals Sitten.

Pädiatrie und pädiatrische Chirurgie

Im Jahr 2014 sind in der Pädiatrie und Kinderchirurgie über 1750 Hospitalisationen verzeichnet worden, was einem Anstieg von 8% entspricht. Die Tätigkeit im ambulanten Bereich ist mit knapp 11'800 Notfallkonsultationen auf einem hohen Niveau stabil geblieben. Die Spezialsprechstunden sind auch stabil geblieben (2693 im Jahr 2014 gegenüber 2715 im Jahr 2013). Auf der Hotline sind 11'195 Anrufe, also durchschnittlich über 30 pro Tag, eingegangen.

«Die Tätigkeit hat im Bereich der Hospitalisationen deutlich zugenommen, während sie bei den Sprechstunden und den Anrufen stabil geblieben ist», berichtet der Leiter der Abteilung Pädiatrie, Prof. René Tabin. «Die Arbeitsbelastung ist für das ganze Team extrem hoch gewesen.»

2014 hat die Abteilung Pädiatrie auch an der Messe Planète Santé in Lausanne teilgenommen und dort in Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital von Genf (HUG) das Programm Contrepoids vorgestellt.

Departement «Unterstützung»

Departementsleiter: Dr. Pierre Turini
Pflegerleitung des Departements: Vakant

Bereits im ersten Jahr seines Bestehens hat das neue Departement «Unterstützung» 2014 eine äusserst intensive Tätigkeit erlebt. Dieses Departement ist zuständig für die Versorgung der am stärksten in ihrer Gesundheit eingeschränkten Patienten. Das erfordert eine durchgehend konstante und bedarfsorientierte Arbeitsweise mit unregelmässigen Arbeitszeiten (Nachtwache, Feiertags- und Wochenendarbeit).

Obwohl dieses Departement am meisten Ärzte beschäftigt, hat aus den genannten Gründen jede Stellenreduktion unverzügliche und bedeutende Folgen. Aufgrund von Abgängen und Rekrutierungsproblemen sind 2014 mehrere Arztstellen unbesetzt geblieben. Dieser Ärztemangel hat einen enormen Druck auf die Teams ausgeübt. Nur dank der ausserordentlichen Solidarität innerhalb des Departements haben in den schwierigsten Phasen gewisse Leistungen aufrechterhalten werden können. Glücklicherweise sind die Perspektiven mit der Anstellung mehrerer neuer Mitarbeitenden, welche die bestehenden Teams verstärken, besser geworden.

Notfallstation

2014 ist aufgrund einer bedeutenden Reduktion des ärztlichen Personalbestands ein kritisches Jahr gewesen. Der Chefarzt und Abteilungsleiter, Dr. Daniel Fishman, hat demissioniert und ist ab dem 1. September durch Dr. Vincent Frochoux ersetzt worden. Im Verlauf des Jahres haben weitere Demissionen (Oberarzt und Spitalärzte) sowie längere, krankheitsbedingte Ausfälle den bereits knappen Bestand an Kaderärzten noch zusätzlich geschwächt. Die Abteilung hat ihre Aufgaben dank der punktuellen Aushilfe von Ärzten aus Martinach, von Ärzten aus der Abteilung

Intensivpflege, von früheren Ärzten der Notfallstation und des exemplarischen Einsatzes der verbliebenen Ärzte der Notfallstation trotzdem erfüllen können. Mit neuen Anstellungen, insbesondere der Leitenden Ärzte Dr. Laurent Praz und Dr. Valérie Geiser-Micheloud, hat sich die Situation allmählich verbessert.

In ihrer Tätigkeit ist die Abteilung, abgesehen von der üblichen progressiven Zunahme der Patientenzahlen auf der Notfallstation, ab dem 17. März 2014 mit der nächtlichen Schliessung der Notfallstation von Siders konfrontiert worden. 2014 sind 25'585 Sprechstunden in Sitten durchgeführt worden, was einer Zunahme von mehr als 9% entspricht. Weiterhin grosse Sorgen bereitet die Wartezeit der Patienten in der Notfallstation (Warteraum vor der Versorgung). In diesem Zusammenhang sind die Auswirkungen der Schaffung einer ambulanten Zone in Sitten Ende 2013 zu erwähnen: diese Zone ist 8 Stunden pro Tag geöffnet und wird von Kaderärzten mit einer Ausbildung in Notfallmedizin überwacht. Sie hat dazu beigetragen, dass die durchschnittliche Wartezeit für nicht dringende Fälle wesentlich gesunken ist (Reduktion von 100 Minuten im Jahr 2013 auf 69 Minuten für die Stufe 5, und von 86 Minuten auf 58 Minuten für die Stufe 4).

Welche Zukunftsperspektiven? Die Attraktivität des Spitals bleibt aufgrund der Anerkennung als «Trauma Center» und angesichts des bedeutenden medizintechnischen Bereichs bestehen. Mit der Schaffung von neuen Stellen und der damit verbundenen Anstellung von neuen Mitarbeitenden kann die Abteilung die tägliche Präsenz von Ärzten, die über eine Ausbildung in Notfallmedizin verfügen, intensivieren. Dadurch können eine bessere Supervision der Assistenzärzte in Ausbildung und eine erhöhte Patientensicherheit gewährleistet werden.

Abteilung Anästhesiologie und Reanimation

Wie im Vorjahr hat in der Anästhesie eine intensive Tätigkeit stattgefunden, mit einer leichten globalen Abschwächung von 2,5% und einem Rückgang der Tätigkeit von 2,9% im Operationstrakt. Das Ergebnis ist von Bedeutung, wenn der Verlust von Kaderärzten in der Abteilung und in den verschiedenen Abteilungen der Chirurgie berücksichtigt wird. 2014 ist in erster Linie als Übergangsjahr anzusehen. Das Hauptanliegen hat darin bestanden, möglichst viele Leistungen zu erhalten.

Angesichts der Bemühungen um die Stabilisierung der Teams bei den Pflegefachpersonen, den Assistenzärzten und den Oberärzten hat die Zeit für die Entwicklung neuer Bereiche gefehlt. Die Schulungen in Reanimation in Form von BLS, ILS und ALS sowie im Bereich der Simulation sind jedoch angeboten worden. Die Abteilung Anästhesie hat sich ebenfalls an den bereichsübergreifenden Protokollen ERAS Viszeral und ERAS Thorax beteiligt.

Trotz des schwierigen Jahrs haben die Assistenzärzte die ausgezeichnete Evaluation FMH der Abteilung bestätigt.

Die Tätigkeit des Schmerzbehandlungszentrums ist ausgebaut worden. Die Anfragen für interventionelle Radiologie, Wertigkeiten, Endoskopie und unterstützende Arbeitstechniken nehmen zu.

Abteilung Intensivmedizin

In Zusammenhang mit der Eröffnung der medizinisch-chirurgischen Überwachungsstation im November 2013 ist das Jahr 2014 von einer zunehmenden Tätigkeit geprägt gewesen. Diese Abteilung umfasst 10 Betten und wird vom Ärzteteam der Intensivpflege geführt. Die Eröffnung dieser Abteilung hat es ermöglicht, die Intensivpflege

von denjenigen Patienten zu entlasten, die weniger Pflege benötigen. Es kann nämlich ein Rückgang der Patienten in der Intensivpflege beobachtet werden (-100 Patienten gegenüber 2013), während gleichzeitig die durchschnittliche Aufenthaltsdauer mit dem Schweregrad der Fälle zunimmt (Zunahme der schwierigsten Fälle um 10%). Mit der Anstellung eines neuen Kaderarztes, Dr. Séverin Jeanneret, im März 2014 ist es teilweise gelungen, die zunehmende Arbeitsbelastung aufgrund dieser Reorganisation zu absorbieren. Die Schaffung eines Teams spezialisierter Pflegefachpersonen ermöglicht die korrekte Arbeit dieser neuen Abteilung.

Spitalzentrum Oberwallis

Departement Psychiatrie und Psychotherapie

Departementsleiter: Dr. med. Reinhard Waeber
Pflegerleitung des Departements: Ursula Amherd

Das Psychiatriezentrum Oberwallis (PZO) versteht sich als Kompetenzzentrum für die psychische Gesundheit der 80'000 Menschen im Oberwallis: Frauen und Männer, Kinder, Jugendliche und ältere Personen – kurz: Menschen aller Bevölkerungsgruppen und sozialer Schichten.

100 Mitarbeitende des PZO aus den Berufsfeldern Medizin, Psychologie, Pflege, Ergo- und Spezialtherapien übernehmen die Behandlung und Betreuung, wenn psychische Probleme auftreten, sowohl in akuten Krisen und Notfällen als auch bei chronischen Verläufen. „Die Präventionsarbeit und die psychische Gesundheitsförderung sind mir stets ein besonderes Anliegen, um so gut wie möglich einer psychischen Erkrankung entgegenzuwirken“, betont Dr. med. Reinhard Waeber.

Neue Organisationsstruktur mit vier Abteilungen

Das PZO ist in den letzten Jahren stark gewachsen. Eine Standortbestimmung mit Einbezug eines externen Coaches zu Beginn des Jahres 2014 hat gezeigt, dass eine Umstrukturierung der bisherigen 5 Sektoren nötig war. Im Vordergrund stehen eine kompetente Patientenbehandlung sowie die Strukturanpassung an die vier somatischen Departemente am SZO. Hierzu wurden vier Abteilungen geschaffen, die seit dem 1.1.2015 im Einsatz sind:

- Kinder- und Jugendpsychiatrie, unter der Leitung von Dr. med. Reinhard Waeber
- Alterspsychiatrie, unter der Leitung von Dr. med. Stefan Scholand
- Ambulante Abteilung, unter der Leitung von Dr. med. Bernadette Stucky-Perren
- Stationäre Abteilung, unter der Leitung von Dr. med. Petra Kästner

Zur erweiterten Departementsleitung gehören Dr. med. Philipp Portwich, Leitender Arzt für stationäre Psychiatrie, und Dr. med. Josette Huber, Leitende Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowie Stefan Rehmann, Psychologe/ Psychotherapeut für ambulante Psychiatrie/Psychotherapie. Ursula Amherd ist nach wie vor Departementsleiterin Pflege, Bettina Lommatzsch, Leiterin Ergo- und Spezialtherapien und die Stationspflegerleitungen.

Gut verlinkt

Neben den Leistungen am SZO koordiniert, steuert und begleitet das Team des PZO die Psychiatrie und Psychotherapie des gesamten Oberwallis in Zusammenarbeit mit allen anderen dazu notwendigen Institutionen und kantonalen Gesundheits- und Sozialnetzen. Die Fachpersonen des PZO führen in Alters- und Pflegeheimen sowie Schulen und sozialen Institutionen vor Ort Beratungsgespräche. „Wir integrieren und aktivieren alle nötigen Ressourcen: Therapeut, Patient, Angehörige und externe Partner wie die Hausärzte und soziale Institutionen. Der Patient soll von der Zuweisung über die Behandlung und darüber hinaus bei einer eventuellen Nachbetreuung kompetent, wertschätzend und spezifisch abgestimmt auf seine Problemlage behandelt werden.“

Ein paar Kernzahlen

Am PZO wurden im Jahr 2014 438 Patientinnen und Patienten stationär und 2'500 ambulant behandelt. Die Zahlen widerspiegeln die PZO-Strategie «ambulant vor stationär», die dank der engen und guten Zusammenarbeit zwischen den stationären, teilstationären und ambulanten Abteilungen am PZO dem gelebten Konzept der Therapeutenkontinuität entspricht. Neben den 100 Vollzeitfachkräften zählen 14 Assistenten (in der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) und Fachpsychologen FSP zum Team. „Von der FMH als Weiterbildungsstätte der obersten Kategorie A anerkannt zu sein, ist ein Qualitätsbeweis“, so Dr. med. Reinhard Waeber. Regelmässige interne Fort- und Weiterbildungen für die verschiedenen

Berufsgruppen gehörten auch dieses Jahr wiederum zum Programm.

Das interprofessionelle Team des PZO arbeitet täglich eng mit den Departementen des SZO zusammen, insbesondere mit der inneren Medizin und Geriatrie, Pädiatrie, Psychoonkologie, Palliativ-Care und Neuropsychologie inklusive Memory Clinic.

Patientenzentrierte Pflege

Die Pflegeteams des PZO haben sich schwerpunktmässig mit der Umstrukturierung und Anpassung der Pflegemassnahmen auf den vier Abteilungen beschäftigt. „Ziel war es, die Aktivitäten der Pflege und der Ergo- und Spezialtherapien der neugeschaffenen Struktur anzupassen, um weiterhin in der interdisziplinären Zusammenarbeit effizient zu sein“, erklärt Ursula Amherd. Im interdisziplinären Team, mit den ärztlichen und psychologischen Kolleginnen und Kollegen, sollen auch nach der Umsetzung die Prozesse und Leistungsqualität evaluiert werden. „Wir bleiben flexibel, um bei Bedarf weitere Anpassungen vorzunehmen. Wir wollen den Bedürfnissen der Patienten entsprechen und eine erfolgreiche Behandlung ermöglichen. Wie man so schön sagt: Der Weg ist das Ziel.“

Aggressions-Management mit der RADAR-Methode

Die RADAR-Methode bewährt sich. Das Pflegeinstrument dient der Risikoeinschätzung von Patienten bei einem stationären Spitaleintritt. RADAR unterstützt das interprofessionelle Team in der Früherkennung eines hohen Aggressions- und Gewaltpotenzials. Durch schnelles und professionelles Handeln soll die Traumatisierung des Patienten reduziert oder ganz vermieden werden. Interdisziplinäre Fachpersonen des PZO werden in 5-tägigen Grundkursen geschult und besuchen einmal jährlich einen halbtägigen „Refresherkurs“, damit die Abläufe präsent bleiben.

Departement Innere Medizin / Geriatrie

Departementsleiter: Dr. Stefan Schwery
Pflegerleitung des Departements: Ernst Borter

Im November 2014 trat Ernst Borter die Nachfolge von Regula Feldmann als Bereichsleiter Pflege des Departements an. „Ich freue mich auf diese neue, spannende Herausforderung. Eine Funktion, die mir einen tieferen Einblick in den Gesamtprozess und eine intensivere Zusammenarbeit mit der Pflegedirektion sowie den Kollegen des französischsprachigen Wallis gestattet“, betont Ernst Borter, der schon seit über 20 Jahren in verschiedenen Pflegebereichen am SZO tätig ist. Unter anderem hatte er die Stationsleitung der Abteilung Chirurgie 5 Ost am Standort Visp inne.

Eine hohe Auslastung

Das Departement verzeichnete wiederum eine zunehmende Aktivität gegenüber dem Vorjahr. Die stationären Akutfälle sind gestiegen, während die mittlere Aufenthaltsdauer mit 8.2 Tagen gleich wie im Vorjahr blieb. Der Case Mix Index – Schwere der Fälle nach APDRG – hat um 3.5% zugenommen, d.h. mehr und vor allem komplexere Fälle. „Im Departement wird auf ein hohes Leistungs-niveau gesetzt, was aber auch mit stetig mehr Belastung für die mitarbeitenden Fachpersonen verbunden ist“, erläutert Dr. med. Stefan Schwery.

Qualitätslabel von palliative.ch

Die Abteilung Palliative Care unter Leitung von Dr. Reinhard Zenhäusern und Doris Bittel-Passeraub wurde im Juni 2014 mit dem Qualitätslabel von palliative.ch (Palliativ Schweiz) ausgezeichnet. Erstmals in der Schweiz ging das Label an einen Kompetenzzentrum Palliative Care mit Einbezug sowohl

der stationären als auch der ambulanten palliativen Betreuung. Das Qualitätslabel ist eine Motivation, sich weiterhin im wichtigen Bereich der Palliativmedizin einzusetzen.

Interdisziplinäre Geriatrie-Rapporte

In der Geriatrie wurde das Projekt des interdisziplinären Rapports erweitert. Zweimal wöchentlich treffen sich die Verantwortlichen des interdisziplinären Teams der Geriatrie und der sozial-medizinischen Koordinationsstelle Oberwallis (Someko), um die Situation jedes einzelnen Patienten auf der Abteilung umfassend zu besprechen. Diese Standortbestimmung und regelmässige Neubeurteilung sichert ein stets aktuelles und massgeschneidertes Behandlungsprogramm für den Patienten. Die Fallzahlen auf der Geriatrie blieben im Jahr 2014 stabil.

Innert 5 Jahren 70% mehr Dialysepatienten am SZO

Mit knapp 3'800 Hämodialysesitzungen im Jahr 2014 gegenüber 2'227 im Jahr 2009 verzeichnet die Abteilung Nephrologie eine Steigerung von 70% innert 5 Jahren bei den Dialysebehandlungen. Dieser Trend ist gesamteuropäisch feststellbar. Grund dafür ist u.a. die immer älter werdende Bevölkerung. Bluthochdruck und Diabetes können ebenfalls zu Niereninsuffizienz führen.

Verbesserte Patientensicherheit: eine Priorität

Die langjährige Teilnahme am Komplikationserfassungsprogramm der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin wurde auch 2014 fortgeführt. Jeder stationäre Patient im Bereich der Akutmedizin wird samt den erbrachten Leistungen und aufgetretenen Komplikationen systematisch erfasst. Das Erfassen, Reflektieren und Optimieren der Leistungen dient der Patientensicherheit.

Die Komplikationskonferenzen der Inneren Medizin bewähren sich. Sie finden alle 3 Monate statt. Es werden Fälle, die entweder Komplikationen ergaben oder mit schwierigen Situationen verbunden waren, behandelt. Anwesend sind die Ärzte und Pflegekader. Diese Reflektion trägt zur Optimierung der Patientensicherheit und zum besseren Verständnis und Kooperieren der Teams bei.

Das elektronische Patientendossier ePA-AC („ergebnisorientiertes Pflege Assessment Acute Care“) wurde im Pflegebereich Innere Medizin eingeführt. Der Pflegeprozess kann noch besser auf die Patienten abgestimmt werden und die Pflegeplanung sowie Leistungserfassung wird optimiert.

Bei der FMH-Umfrage zur Qualität der Weiterbildung der Assistenzärzte schnitt die Innere Medizin des SZO noch besser als im Jahr 2013 ab. Die hohe Note in der Gesamtbeurteilung von 2013 wurde mit 5.8 nochmals überschritten (Skala 1-6, schweizerisches Mittel Innere Medizin: 4.8). Dieser Wert hilft bei der Rekrutierung neuer Assistenzärzte.

Departement: Frau-Kind

Departementsleiterin: Dr. med. Franziska Zen Ruffinen
 Pflegeleitung des Departements: Arlette Imboden
 Dr. Simon Fluri, Chefarzt Pädiatrie

Mit 695 Geburten konnten die Rekordzahlen der letzten Jahre auch im Jahr 2014 fast erreicht werden. „Unser hochmotiviertes Pflege- und Ärzteteam begleitete Mutter und Kind weiterhin nach den Vorgaben des Qualitätslabels ‚Babyfreundliches Spital‘. Die strengen Kriterien der UNICEF und die individuellen Bedürfnisse unserer jungen Familien an Pflege und Medizin konnten erfüllt werden. Mit derselben Empathie zur Patientin und zum Patienten leistete unser Team auch im Bereich Gynäkologie und Pädiatrie eine professionelle, medizinisch kompetente Arbeit“, präzisiert Dr. med. Franziska Zen Ruffinen.

Gynäkologie/Geburtshilfe

Um dem gynäkologischen Trend von der stationären zur ambulanten Medizin gerecht zu werden, wurde das Hauptaugenmerk auf die Planung und Erweiterung des ambulanten Angebots gelegt. Die ambulanten Praxisräumlichkeiten wurden erweitert und modernisiert. Die moderne medizinische Ausstattung bietet ein angenehmes Ambiente für die Patientinnen und die Angehörigen.

Bei den kleinen operativen Eingriffen wurde ein Rückgang verzeichnet, jedoch nicht bei den grossen. Ein qualitativ hochstehender Standard wurde gewährleistet. Von 95 Hysterektomien wurden nur 10% mittels Bauchschnitt durchgeführt, 45% konnten dank modernem Equipment laparoskopisch und 45% vaginal durchgeführt werden.

Im Brustnetzwerk wurden 50 Patientinnen wegen eines Mammakarzinoms vom senologischen Kernteam operiert und nach Therapieplanung im Brustnetzwerk Spital-

zentrum Oberwallis nach neuesten Richtlinien adjuvant, neoadjuvant oder palliativ behandelt.

Ebenso konnte die Kerngruppe für Urogynäkologie ihre ambulante und operative Tätigkeit im spezialisierten Team anbieten.

Mit neuem Elan wird ins Jahr 2015 gestartet. Eine neue Leitende Ärztin, Frau Marie-Luise Krug, konnte engagiert werden und das Kaderarztteam wurde neu organisiert.

Pädiatrie/Neonatologie

Mit einem nach wie vor personell reduzierten Ärzteteam behandelte die Kinderabteilung im vergangenen Jahr auf der Bettenstation 12.7% mehr Kinder. „Das Spektrum reichte von Frühgeborenen, kranken Neugeborenen, Säuglingen und Jugendlichen mit pädiatrischen und kinderchirurgischen Problemen bis hin zu kinderpsychiatrischen Patienten, welche in Zusammenarbeit mit dem Team des PZO erfolgreich behandelt werden“, so Dr. med. Simon Fluri. „Ebenfalls zu einer deutlichen Zunahme kam es im ambulanten Sektor und bei den Notfallpatienten.“

Neben den bisherigen Spezialsprechstunden Endokrinologie/Diabetologie, Kinderkardiologie, Kinderpneumologie, Kinderorthopädie und Kinderchirurgie konnten wir die Spezialisten des Universitätskinderspitals Basel für die Neulancierung einer Kinder-Rheumatologie-Sprechstunde gewinnen. Durch den bedauerlichen Weggang unseres Kinderchirurgen Dr. Nicolas Lutz ins CHUV hat sich in diesem Bereich eine Vakanz ergeben, welche im kommenden Jahr jedoch mit Kinderspezialisten wieder besetzt werden sollte.

Eine wichtige Leistung hat die Pädiatrie-Abteilung erneut im Bereich Kinderschutz (Zusammenarbeit mit der Dienststelle für die Jugend) und Perinatologie erbracht. Der stan-

dardisierte Umgang mit kritischen Ereignissen wurde abteilungsübergreifend aktiv weiter gepflegt.

Erstmalig wurden für die Oberwalliser Jugendlichen in Zusammenarbeit mit dem CHVR und der finanziellen Unterstützung der TCS-Sektion Wallis Therapieplätze im Adipositas-Herbst-Camp „Contrepoids®“ angeboten.

Der Abteilungsleiter vertrat das Spitalzentrum Oberwallis ausserdem in der Kantonalen Kommission zum Thema Babyfenster. Es konnte erreicht werden, dass die Kommission dem Staatsrat eine politisch und religiös neutrale Lösung empfiehlt. Konkret wird das Babyfenster für den Kanton Wallis am Standort Sitten realisiert.

Das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung hat der Abteilung die Anerkennung als Ausbildungsstätte für 1 Jahr Basispädiatrie unter der Auflage, eine Oberarzt-Stelle zu besetzen, erteilt.

Pflege: Prozessoptimierung und Weiterbildung

Im 2014 wurde die Pflegeabteilung Frau-Kind in einem gemeinsamen Prozess in Form von Workshops erfolgreich umstrukturiert und in Allrounder und spezialisierte Kompetenzgruppen eingeteilt. Die Stelle der Stationsleiterin konnte ab 1. Oktober 2014 besetzt werden. „Unsere neue Stationsleiterin, Frau Luzia Fülcher, konnte mit ihrem Leitsatz, die Patientin in den Mittelpunkt zu stellen, unsere bisherige Arbeitsweise bestens unterstützen und weiterentwickeln“, hebt Arlette Imboden hervor.

Die Funktion der Fachverantwortlichen wurde erweitert, sodass neu alle drei Fachbereiche Geburtshilfe/Wochenbett & Gynäkologie sowie die Pädiatrie eine eigene Fachverantwortliche Pflege als Ansprechperson haben. Die Aufgaben des Dreibeins – Stationsleitung, Fachverantwortliche und Praxisausbildnerin, – im Departement Frau-Kind, wurden gezielt auf die jeweilige Funktion angepasst.

Um die Qualität des Fachbereichs Pädiatrie weiter zu entwickeln, absolvierten die Mitarbeitenden eine modulartige Weiterbildung zum Thema Basiswissen in der Pädiatrie.

Information und neue Angebote

Die Hebammensprechstunde hat sich etabliert und entspricht einem reellen Bedürfnis seitens der Patientinnen. Ab Herbst 2014 begann die Erarbeitung des Konzepts der Breast-Care Nurse am SZO, welches zum Ziel hat, während der gesamten Behandlungsdauer der Brustkrebspatientinnen und deren Angehörige die verschiedenen Bedürfnisse auf emotionaler, informationsbezogener, physischer und psychischer Ebene zu stillen. Diese Bedürfnisse können bereits oft durch pflegerische Interventionen gestillt oder gelindert werden. Die Implementation ist Anfang des Jahres 2016 vorgesehen.

Am Internationalen Hebammentag am 5. Mai 2014 wurde ein Tag der offenen Türe rund um die Geburt durch die Hebammen und der Pflege organisiert. „Auf dem 4. Stock „Frau-Kind“ wurden verschiedene Posten aus dem Berufsalltag einer Hebamme im Spital wie Ausbildung einer Hebamme, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett durch die Mitarbeitenden animiert. Für die Mitarbeitenden und Besucher gab dieser gelungene Anlass die Möglichkeit zum Gespräch in ungezwungener Atmosphäre.“

Am 25. November 2014 wurde das Departement Frau-Kind von der UNICEF erneut erfolgreich mit dem Qualitätslabel „Baby Freundliches Spital“ re-zertifiziert. Das Label kann nun wieder für drei weitere Jahre getragen werden.

Departement Radiologie, Anästhesie, Intensivmedizin

Notfall, medizin-technische Dienste

Departementsleiter:

Dr. Hans Kummer und Dr. Drazen Sramek

Pflegeleitung des Departements: Kilian Ambord

Mit rund 7'000 Anästhesie-Interventionen – 12'400 Anästhesie-Stunden für die Patienten – bleibt das Volumen im Vergleich zum Vorjahr stabil. Diese reine Anästhesieleistung macht dabei rund 50% der täglichen Arbeit des Teams aus.

Die Anästhesie-Sprechstunden und Schmerztherapie bewähren sich

Die Anästhesie-Sprechstunden in Visp und Brig mit fast 4'000 Patientenkontakten jährlich entsprechen einem realen Bedürfnis. „Der Austausch mit den Hausärzten und Patienten im Vorfeld ist intensiver und die Abläufe vor, während und nach einer Operation sind für alle klarer. Die Narkosereparaturen sind besser, und das Verfahren somit sicherer für den Patienten“, erklärt Dr. Hans Kummer. Das Thema Narkose ist auch bei der Patientenschulung beim Rapid Recovery Konzept, bei der Endoprothetik von Hüfte, Knie und Schulter, integriert. Spezifische Narkosesprechstunden, die dem Patienten die unterschiedlichen Anästhesieverfahren, den genauen Ablauf sowie mögliche Risiken aufzeigen, werden angeboten. Vor dem ersten Hautschnitt trägt das Team-Time-Out weiter zur Sicherheit bei. Alle relevanten Patienteninformationen werden anhand einer Checkliste durch die Mitwirkenden im OP-Saal, u.a. durch den Anästhesisten, nochmals genau kontrolliert, um Fehler zu verhindern.

Die Schmerztherapie konnte im Jahr 2014 gegen 80 neue Patientinnen und Patienten mit vorwiegend chronischen Schmerzen aufnehmen. „Wir begrüßen die enge und zunehmende Zusammenarbeit mit den Kollegen der Psy-

chiarie und Orthopädie sowie den Hausärzten. Sie integrieren die Schmerztherapie in ihre ganzheitliche und umfassende Patientenbetreuung.“

Innovative Technologien in Visp und Brig

Eine neue Videoinstallation (Video-Laryngoskop) an beiden Spitalstandorten erhöht die Sicherheit der Intubation bei Narkosepatienten mit schwierigeren Luftwegen, auch Atemwegsmanagement „Critical Airway Management“ genannt. Diese Überwachung per Kamera kommt bei Kindern und Erwachsenen zur Anwendung.

Das neue Video-Bronchoskop liefert präzise Bilder über den gesamten Darstellungsbereich bis in die Bronchien, um z.B. einen Lungentumor genau zu erkennen und zu beurteilen. Es ist gleichzeitig ein wichtiges Ausbildungsinstrument für die Assistenzärzte: „Wir können ihre Arbeit mitverfolgen und überprüfen“, so Dr. Hans Kummer.

Abteilung Intensivmedizin erhält FMH-Anerkennung

Die Abteilung Intensivmedizin unter der Leitung von Frau Dr. Meyer zu Bentrop wurde im Jahr 2014 von der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH als Weiterbildungsstätte der Kategorie C anerkannt. „Ein Qualitätsbeweis für das Leistungsangebot der Abteilung Intensivmedizin sowie ein Plus für die Attraktivität des SZO als fachspezifische Weiterbildungsstätte von Pflegenden und Ärzten für Intensivmedizin.“

Abteilung Radiologie: mehr Untersuchungen und bessere Privatsphäre

Mit 40'000 Röntgenuntersuchungen bleibt die quantitative Tendenz der Leistungen der Abteilung Radiologie im Oberwallis leicht aber kontinuierlich steigend.

Um die Qualität beim Patientengespräch zu verbessern, wurde ein spezieller Besprechungsraum geschaffen.

„Dieses geschützte Umfeld erlaubt dem Radiologen zum Beispiel, die Bilder einer CT-Scanner-Untersuchung (80 Zeiler) mit dem Patienten und dem Kaderarzt in Ruhe anzuschauen und die Befunde in einem ungestörten Gespräch mitzuteilen. Die Privatsphäre wird gewahrt“, erklärt Dr. Drazen Sramek.

Erneuerter Gerätepark

Zwei Scanner der neuesten Generation sind an den Standorten Brig und Visp im Einsatz. „Die stark reduzierte Dosierung um durchschnittlich 50% trägt dem Strahlenschutz und somit der Sicherheit der Patienten Rechnung, die verbesserte Bildqualität dem hohen Leistungsstandard der Abteilung Radiologie des Spitalzentrums Oberwallis.“

Ein neuer mobiler Ultraschall für Notfalluntersuchungen wird bei nicht mobilen Patienten, zum Beispiel Schockpatienten, benutzt. Das Gerät kann beliebig, schnell und einfach zum Patienten bewegt werden.

Ein mobiles volldigitalisiertes Röntgengerät steht neu für die Patienten auf der Intensivstation zur Verfügung.

Standort Visp: die Anlaufstelle für Notfallpatienten

Die Schliessung der Notfallstation am Standort Brig im Februar 2014 einerseits und die Eröffnung der Hausärztlichen Notfallpraxis Oberwallis HANOW andererseits hat den Standort Visp als Kompetenzpol und einzige Anlaufstelle für Notfallpatienten aus dem Oberwallis sowie Touristen positioniert. „Die Behandlungsqualität ist sowohl bei schweren Notfällen als auch bei Bagatellfällen gewährleistet“, freut sich Kilian Ambord. „Die Notfallpatienten an einem einzigen Spitalstandort zu empfangen und zu behandeln hat logistische und qualitative Vorteile, ist aber auch für den Patienten einfacher: Er weiss, wo er im Notfall hin muss.“

In Zusammenarbeit mit dem Walliser Ärzteverband (WAeV) wurde im Februar 2014 die HANOW in den Räumlichkeiten des Spitals Visp eröffnet. „Eine Erfolgsstory“, so Kilian Ambord. „Die örtliche Nähe trägt zum besseren Verständnis zwischen Hausärzten und spitalinternen Fachpersonen bei. Die Patienten werden schneller und effizienter behandelt.“ Sowohl die diensthabenden Hausärzte der HANOW als auch die Fachkräfte der Notfallstation nutzen die Spitalinfrastruktur, den modernen Gerätepark sowie die Hintergrunddienste und die Leistungen der Radiologie, Anästhesie, Intensivstation und des Labors. Die OP-Bereitschaft rund um die Uhr ist gewährleistet. Das Know-how der Arzt- und Pflegeteams ist auf einem hohen Niveau.

Das Notfallflusskonzept des SZO wurde neu organisiert, um die Prozesse und Abläufe zu optimieren: ein Plus für Mitarbeitende und Patienten. Die Patienten sollen so kurz wie nötig auf der Notfallstation bleiben und schnellstmöglich – je nach gesundheitlichem Problem – durch den fachspezifischen Spitalarzt behandelt werden. Gleich nach Eintritt auf der Notfallstation stellt ein ausgebildeter Arzt beim Erstkontakt mit dem Patienten eine Diagnose, um diesen richtig weiterzuverweisen. Die Stelle eines ärztlichen Notfallleiters wurde neu geschaffen, um die Umsetzung der verschiedenen Massnahmen zu gewährleisten.

Departement Chirurgie/Notfall

Departementsleiter: Dr. med. Thomas Beck
Pflegerleitung des Departements: Arlette Imboden

Der Klinikbetrieb der Chirurgie im SZO konnte mit der Anstellung von Dr. Bernd Wilhelm als Leitender Arzt stabilisiert werden. Er ist ein breitausgebildeter Allgemeinchirurg mit u.a. grosser Erfahrung in der Unfall- und Viszeralchirurgie. Die orthopädische Pflegeabteilung am Standort Brig kann seit Oktober 2014 auf Alma Jakupovic, Stationsleiterin Pflege, zählen. Sie stellt sich dieser neuen Aufgabe nach einer mehrjährigen, erfolgreichen Tätigkeit in der Geriatrie.

Die personelle Situation im Departement hat sich stabilisiert, was eine vollumfängliche Patientenbetreuung gewährleistet.

Anerkannte Weiterbildungsstätte

In der Umfrage der FMH zur Beurteilung der Weiterbildungsstätte hat sich die chirurgische Klinik im Vergleich zum Vorjahr erneut verbessert. „Die konsequente Ausbildung von Assistenz- und Oberärzten zahlt sich aus. Das SZO zeigt sich für junge auszubildende Chirurgen als attraktiver Arbeitgeber. Dies ist insbesondere in der jetzigen Zeit mit einer Ärzteknappeit sehr wichtig“, erläutert Dr. med. Thomas Beck.

Notfallbetrieb

Seit Januar ist die komplett renovierte Notfallstation am Standort Visp in Betrieb. „Die neue Infrastruktur entspricht nun auch den Bedürfnissen bei einem grossen Patientenansturm in Spitzenzeiten z.B. im Bereich der Traumatologie, während der Wintersaison.“

Mit der Schliessung des Notfalldienstes in Brig wurden die Ressourcen vollständig auf die neue Notfallstation am Standort Visp konzentriert. „Zu den weiteren Verbesserungsmassnahmen, die umgesetzt wurden, gehörten die interne Prozessverbesserung nach dem Vorbild des „Notfall-Fluss-Konzeptes“ sowie die Eröffnung der hausärztlichen Notfallpraxis (HANOW).“

Abteilung Orthopädie

Zur Erinnerung: Die orthopädische Abteilung am Standort Brig hat als erste Klinik in der Schweiz bereits im Jahr 2012 das sogenannte „Rapid Recovery“-Konzept, gleichbedeutend mit „Behandlungspfad zur schnellen Genesung“, umgesetzt. Dr. med. Andreas Ottersbach, Leiter der Orthopädie, zieht drei Jahre nach Einführung und Implantation von über 1'100 künstlichen Knie- oder Hüftgelenken eine positive Bilanz: „Bereits am Tage der Operation stehen knapp 80% der Patienten wieder auf oder können ihr Essen im Bett sitzend einnehmen. Knapp 70% der Patienten laufen die ersten Schritte bereits etwa 6 Stunden nach der Endoprothesenimplantation, weitgehend schmerzfrei. Der Spitalaufenthalt wird bei gleichbleibender Qualität beträchtlich verkürzt: Der Patient ist schneller zu Hause.“ Seit dem Jahr 2014 wird „Rapid Recovery“ auch in der Schulterendoprothetik und bei allen anderen Schulteroperationen angewandt.

Im interdisziplinären Prozess wurde – unter Einbezug der Berufsgruppen wie Pflege, Physiotherapie, Anästhesie sowie der ärztlichen Fachpersonen und Operateure – das bestehende Informationsmaterial für Patienten ergänzt. Die Patienten des „Rapid Recovery“-Konzepts der Endoprothetik von Hüfte und Knie werden vor dem Eingriff gezielt geschult und erhalten Informationsmaterial. Eine ausführliche Dokumentation wurde nun auch für Patienten bei Schulteroperationen erstellt. Diese Schulungs- und

Kommunikationsmassnahmen wirken sich positiv auf die Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit aus. Das interdisziplinäre Steuerungsteam überwacht im Sitzungsmodus die Abläufe und bringt, wenn nötig, Verbesserungsvorschläge ein.

Medizinisch chirurgische Eingriffe in der Urologie

Zu den operativ grösseren Eingriffen (z.B. Entfernung von Nieren, radikale Entfernung der Prostata, Zystoprostatektomie mit Harnumleitung) wurden spezifische multiprofessionelle Behandlungspfade erstellt. Das Angebotsspektrum bei den Steintherapien wurde erweitert, d.h. neben Extrakorporale Stosswellenlithotripsie (ESWL) sowie starrer und flexibler URS sind jetzt auch perkutane Nephrolitholapaxien (PNL) möglich und wurden bereits mehrfach erfolgreich durchgeführt. Dies wird der grösseren Nachfrage bezüglich Steintherapie gerecht. Die Aktivitäten im ambulanten und stationären Bereich nehmen generell zu.

Voneinander lernen

Innerhalb des Departements wurden interdisziplinäre Weiterbildungsnachmittage abgehalten. Alle Berufsgruppen werden miteinbezogen, mit dem Ziel, zum Fachgebiet Chirurgie/Orthopädie/ Urologie und HNO interessante und lehrreiche Themen zu präsentieren. „Im Herzen der Reflektion steht immer der Patient. Es sollen Wege aufgezeigt werden, um die Leistungsqualität und Sicherheit zu verbessern“, so Arlette Imboden. „Der Horizont und das Verständnis unter den Mitarbeitenden der abteilungsfremden Disziplinen werden erweitert. Die Kontinuität im Behandlungsablauf wird gefördert, was zu mehr Qualität und letztlich mehr Patientenzufriedenheit führt.“

Eine OP-Checkliste für mehr Sicherheit

Die Sicherheitscheckliste OP wird bei jedem Patienten, der in den OP kommt, seit Herbst 2014 angewandt. „Dieses

standardisierte Vorgehen wurde nach dem Vorbild der WHO für das SZO im interdisziplinären Team entwickelt“, erklärt Arlette Imboden. „Es gilt Fehler zu verhindern.“ Anlässlich von fünf entscheidenden Etappen – vor dem Transport des Patienten in den OP, vor dem Einschleusen in den OP, vor der Narkoseeinleitung, vor dem Hautschnitt und nach OP-Ende – werden die wichtigsten Punkte wie Identität des Patienten, vorzunehmende OP, Vollständigkeit des Patientendossiers, Vorhandensein einer Seitenmarkierung, Allergien, zu erwartender Blutverlust, spezielles Instrumentarium etc. anhand einer Checkliste systematisch kontrolliert.

Das Berufspraxismodell:

ein Leitfaden für die Pflegepraxis

Im Pflegebereich wurden das partizipative Vorgehen und die Führungskultur durch das tägliche Denken und Schaffen nach dem 3 Beine-Modell (Stationsleitung, Fachverantwortliche und Praxisausbilderin) gefestigt. Neben der gelebten Wertschätzung sind auch ein positives Arbeitsklima und eine höhere Pflegequalität spürbar.

Zentralinstitut der Spitäler

Während des Jahrs 2014 hat das Zentralinstitut der Spitäler (ZIS) seine vielseitigen Tätigkeiten weiterverfolgt und seine Zweckmässigkeit für sämtliche Partner des Gesundheitssystems im Wallis und im Waadtländer Chablais erneut unter Beweis gestellt.

Seine Abteilungen haben in den Bereichen Labortätigkeit, ärztliche Sprechstunden sowie technische und wissenschaftliche Unterstützung eine steigende Zahl von Anfragen beantwortet. Sie haben sich angepasst, ihre Kapazitäten erhöht und ihre internen Strukturen anhand der Bedürfnisse verändert. Gleichzeitig haben sie in einem schwierigen Umfeld das Budget einhalten können.

Der administrative Direktor, Herr Christian Willa, hat sich im Dezember 2014 pensionieren lassen. Seine Nachfolge hat Herr Olivier Chambovay angetreten.

Klinische Chemie & Toxikologie – Station Ernährung

Die Abteilung klinische Chemie & Toxikologie hat 2014 verschiedene Projekte initiiert oder realisiert und die Bedürfnisse der ständig steigenden Zahl von Analysen in diesem Bereich weiterhin abgedeckt (+7.0% gegenüber 2013). Auch die immer spezifischeren Anfragen der verschiedenen Spitalzentren sind beantwortet worden.

Die im Juni 2014 geschaffene Station für klinische Ernährung unter der Direktion von Frau Prof. Mette Berger ist aus bereichsübergreifenden Gründen der Abteilung klinische Chemie & Toxikologie des ZIS angegliedert worden.

Medizinische Genetik

Im Jahr 2014 sind die Anfragen von Privatärzten für molekulargenetische Analysen im Verhältnis zu den Vorjahren stärker angestiegen. Die Mehrheit dieser Anfragen stammt immer noch von Ärzten ausserhalb des Kantons. Parallel dazu haben sich die ambulanten genetischen Sprechstun-

den seit 2012 praktisch verdoppelt, bedingt insbesondere durch die Anstellung im Jahr 2013 von Dr. Armand Bottani, Arzt FMH für medizinische Genetik, mit einem Pensum von 20%.

Im Übrigen ist auch die Zahl der onkogenetischen Sprechstunden gestiegen. Die neue Tätigkeit des genetischen Labors in Verbindung mit der Hochgeschwindigkeits-DNA-Sequenzierung (NGS, für Next Generation Sequencing) hat in den letzten 6 Monaten des Jahres einen Aufschwung erlebt. Diese Tendenz hat sich zu Beginn des Jahres 2015 klar bestätigt.

Hämatologie

Die Tätigkeiten des Labors und die medizinischen Tätigkeiten der Abteilung Hämatologie haben sich im Jahr 2014 weiterentwickelt. Insbesondere ist im Rahmen des öffentlichen Beschaffungswesens die Erneuerung des Parks der Hämatologieautomaten an sämtlichen Standorten abgeschlossen worden.

Histozytopathologie

Mit 20'838 Fällen hat die Abteilung im Jahr 2014 in der Histologie wieder die Schwelle von 20'000 Patienten überschritten. Die Tätigkeit in der Zytologie ist mit 39'728 Fällen ganz leicht zurückgegangen.

Auf der Ebene des Teams ist das ärztliche Personal stabil geblieben. Drei Assistenten haben während dieses Jahrs abwechslungsweise im Rahmen von zwei Stellen gearbeitet.

Immunologie und Allergologie

2014 hat sich die Tätigkeit der Abteilung sowohl bei den ambulanten und stationären klinischen Sprechstunden als auch beim Labor stabilisiert.

Die Entwicklung der ambulanten Leistungen in Immunologie und Allergologie hat sich an den Standorten Sitten und Chablais konsolidiert. 2014 sind im Rahmen des Spital Wallis oder der Partnerspitäler 477 ärztliche oder telefonische Sprechstunden in stationärer klinischer Allergologie und Immunologie durchgeführt worden (+28% gegenüber 2013).

In Zusammenarbeit mit den Entwicklern von Phoenix und den verschiedenen Partnern ist im informatisierten Patientendossier das Formular zur Meldung von Allergien eingeführt worden.

Infektionskrankheiten

Die Abteilung Infektionskrankheiten hat im Jahr 2014 ihre klinischen und epidemiologischen Tätigkeiten sowie die Labortätigkeit weiterentwickelt und verstärkt, und zwar sowohl im Dienst der Spitalstandorte des HVS und des Spitals Chablais als auch der übrigen Partner (Dienststelle für Gesundheitswesen, CRR-SUVA, APH, SMZ, Berner Höhenklinik und praktizierende Ärzte).

Das Jahr 2014 ist durch die Ebola-Epidemie in Westafrika, den weltweiten epidemiologischen Alarm der WHO und der daraus entstandenen medialen Auswirkungen in den westlichen Ländern geprägt worden. Die Abteilung Infektionskrankheiten hat sich in erster Linie an der Vorbereitung des Kantons Wallis für die allfällige Aufnahme eines Patienten mit Verdacht auf Ebola beteiligt. Die entsprechende Struktur und die Verfahren haben die Pflegefachpersonen der Abteilung und das Labor für Mikrobiologie stark in Anspruch genommen. Am 10. Dezember ist in Zusammenarbeit mit der KWRO, der Notfallstation des Spitals Visp und der Intensivpflege des Spitals Sitten eine kantonale

Simulationsübung durchgeführt worden. Sie hat in Anwesenheit von Beobachtern des BAG, der DGW-VS und des CHUV stattgefunden.

Transfusionsmedizin

Die Abteilung Transfusionsmedizin hat ihre bereichsübergreifende Tätigkeit für sämtliche Standorte des Spital Wallis und des Spitals Riviera-Chablais, in Monthey und Aigle, fortgesetzt. Diese Tätigkeit beinhaltet insbesondere die Lagerung der Blutprodukte, die immuno-hämatologischen Analysen zur Bestimmung der Kompatibilität zwischen einem Spender und einem Empfänger und zur Identifizierung eines fetomaternalen Inkompatibilitätsrisikos, die namentliche Lieferung von Blutprodukten in die Pflegeabteilungen und die Sprechstunden in Hämotherapie und in Immuno-Hämatologie. Das System der Haemovigilance ermöglicht im Übrigen das Erfassen, die Analyse und die Meldung von Zwischenfällen in der Transfusionskette an die zuständige Behörde (Swissmedic).

Inspektionen durch Swissmedic haben am 11. September 2014 in Sitten (Labor und Lager des Spitals) und Siders sowie am 30. September 2014 in Visp und Brig stattgefunden.

Rechtsmedizin

Die Abteilung Rechtsmedizin interveniert auf Verlangen der Staatsanwaltschaft. Es handelt sich insbesondere um die Aufhebung eines Leichnams, externe Untersuchungen von Leichen oder klinische Untersuchungen in speziellen Situationen.

Obduktionen werden in Lausanne oder in Bern durch den zuständigen Arzt der Abteilung des Zentralinstituts oder seinen Assistenten vorgenommen. Durch Delegation können sie auch durch Ärzte der betreffenden Institute durchgeführt werden. Der zuständige Gerichtsmediziner der Abteilung überwacht ebenfalls die Vaterschaftsnachweise.

Arbeitsmedizin

Im Rahmen der Prävention der Berufsrisiken im Gesundheitsbereich empfängt und berät die Abteilung Arbeitsmedizin alle neuen Mitarbeitenden des Spital Wallis. Sie führt ebenfalls Präventivuntersuchungen bei Nachtarbeit durch, überwacht die unfallbedingte berufliche Belastung, begleitet bei langfristiger Abwesenheit oder Arbeitsunfähigkeit aus medizinischen Gründen und führt die Präventivuntersuchungen bei Mitarbeitenden durch, die im Strahlenbereich arbeiten, welcher der Strahlenschutzverordnung (StSV) unterliegt.

Die Mutterschutzverordnung wird im HVS weiter umgesetzt, indem bei beschwerlichen und gefährlichen Arbeiten Risikoanalysen zur Verfügung gestellt werden.

Die Abteilung Arbeitsmedizin führt auch die Zusammenarbeit mit verschiedenen im Wallis niedergelassenen Institutionen und Unternehmen weiter: Rehaklinik Suva, Blutspendezentrum, FXB-Air Glaciers, Forces motrices valaisannes, Constellium SA und Novelis SA.

Apotheke

Mehrere Originalmedikamente sind 2014 durch Generika ersetzt worden. Die Einsparungen werden auf CHF 100'000 geschätzt. Der Pharmamarkt ist weiterhin unstabil. Zahlreiche Produkte sind nicht mehr vorrätig oder sind vom Markt zurückgezogen worden. Der Lieferengpass bei verschiedenen Produkten (Intensivpflege, Antibiotika...) und die Unverfügbarkeit über längere Zeit haben bedeutende Anstrengungen im Bereich der Versorgung und der Information erfordert (Suche nach Alternativen, insbesondere im Ausland).

Zentralsterilisation

2014 ist nach Beendigung des Architekturwettbewerbs der Baubeginn des Projekts der neuen Zentralsterilisation in Martinach erfolgt. Diese wird die vollständige Wiederaufbereitung wiederverwendbarer Medizinprodukte sämtlicher Standorte des Spital Wallis und des Spitals Riviera-Chablais übernehmen.

Gleichzeitig sind mehrere grössere Projekte in Bezug auf die künftige Organisation der Abteilung lanciert worden. Sie werden von einem Lenkungsausschuss betreut, der sämtliche betroffenen Akteure und Benutzer repräsentiert. Die üblichen Tätigkeiten in Zusammenhang mit den verschiedenen Sterilisationsabteilungen der Standorte des HVS sind ebenfalls weiterverfolgt worden. Die Teams der Sterilisationsabteilungen von Siders, Sitten und Martinach sind auf den 1. Januar 2014 ins ZIS integriert worden.

Einkaufszentrale

Die Abteilung hat ihre Arbeit 2014 wie üblich mit der notwendigen Präzision ausgeführt, damit qualitativ hochstehende Leistungen zum günstigsten Preis gewährleistet werden können.

Die Einkaufszentrale hat die Verantwortung für den Umzug der Lager des Spitals Sitten und des ZIS übernommen. Es handelt sich um den Abschluss des von der Direktion beschlossenen Fusionsprojekts.

Medizintechnik

Die Abteilung Medizintechnik hat auch im Jahr 2014 ihre bereichsübergreifende Tätigkeit im HVS fortgesetzt, und zwar hauptsächlich in folgenden drei Bereichen: Projekte in Zusammenhang mit neuen Medizinprodukten für die Spitalstandorte; Unterhalt der Medizinprodukte und entsprechende Kontrollen; Materiovigilanz.

Die Unterhaltssoftware (ServiceNow) ist an sämtlichen Standorten des HVS ausgebaut worden und ermöglicht jetzt eine vollständige Aktualisierung des Inventars der Medizinprodukte.

Das gemeinsame Portal zur Meldung von Störungen in den Abteilungen Medizintechnik, Technik und Informatik ist ebenfalls verbessert worden. Die Abteilung Medizintechnik hat die Übernahme des Inventars der technischen Abteilungen in ServiceNow koordiniert.

Informatik

Die Abteilung Informatik verwaltet das Informationssystem sowie den gesamten Informatikpark des Spital Wallis. Sie bietet den APH/SMZ des Kantons ebenfalls Leistungen in den Bereichen Hosting und Support an. Aufgrund der beruflichen Neuausrichtung von Dr. Alexandre Gnaegi im Jahr 2013 hat Herr Patrick Bizeau im September 2014 die Leitung der Abteilung Informatik übernommen.

Die Abteilung hat nach den übrigen Abteilungen des Zentralinstituts der Spitäler im Dezember 2014 ebenfalls die Zertifizierung ISO 9001 erhalten.

Zudem ist ein Sicherheitsausschuss gegründet worden. Dieser hat die Aufgabe, die institutionelle Strategie betreffend den Schutz und die Sicherheit der innerhalb des Spital Wallis gesammelten und verarbeiteten Daten umzusetzen. Er besteht aus verschiedenen Vertretern der wichtigsten Bereiche des Spitals: Medizin, Pflege, Verwaltung, Qualität, Unternehmensrisiken und Informatik.

Anerkennung als Institution für postgraduale Weiterbildung durch die FMH

Disziplin	Zentrum	Dauer der anerkannten Ausbildung	Art der
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
Handchirurgie	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 Liaisonpsychiatrie	CHC	2 Jahre	D-2CL

Grundbildungen Pflege

Das Spital Wallis leistet einen wichtigen Beitrag zur Ausbildung des Nachwuchses in den Gesundheitsberufen, insbesondere in der Grundausbildung auf der Sekundarstufe, zum Beispiel Fachangestellte Gesundheit (FaGe), und auf der Tertiärstufe (Bachelorstudiengänge für Pflegefachleute, Hebammen, Physiotherapeuten, Ernährungsberater, ...).

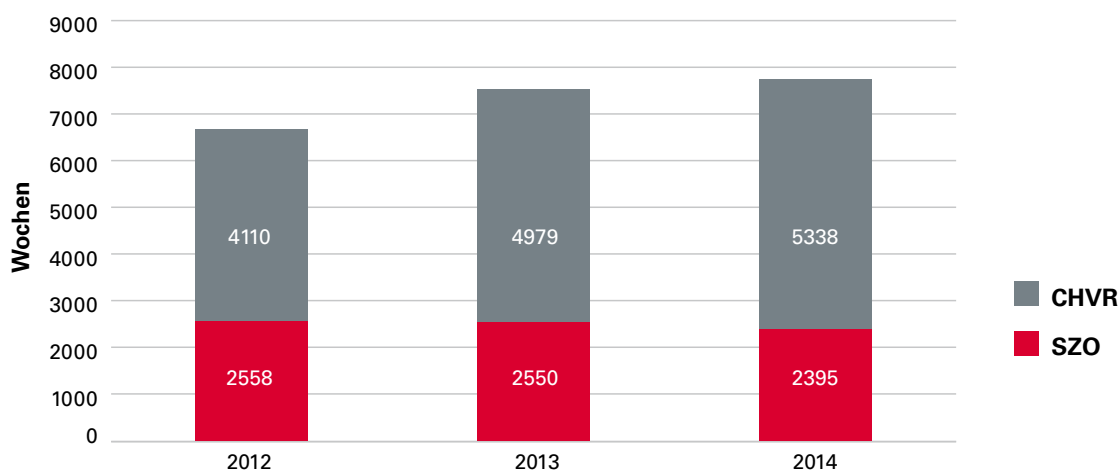
Das Ausbildungsmodell im HVS beruht auf dem Binom Fachhochschule (FH) und FaGe. Die aktuelle Praxis erfordert Fachleute, die über eine solide Grundbildung verfügen. Sie müssen nicht nur fähig sein, die Arbeit adäquat auszuführen, sondern auch und vor allem über die Fähigkeiten verfügen, ihre Kenntnisse 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 Kom-

petenzen, welche die Weiterentwicklung unserer Praxis garantieren – eine der Charakteristiken der Ausbildung FH – muss genutzt werden, wenn wir einen Rückschritt des aktuellen Pflegeneiveaus verhindern wollen.

Die angemessene Betreuung der Personen in Ausbildung innerhalb des HVS 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.

Anzahl der Ausbildungswochen für Pflegefachpersonen (2012 – 2014)



Vereinbarungen mit Universitätszentren

Sämtliche Vereinbarungen mit Universitätszentren befinden sich in Überarbeitung und mehrere davon sind 2014 abgeschlossen worden.

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	02.09.2014	Prof. Eric Bonvin
Onkologie	08.04.2014	Dr. Reinhard Zenhäusern
Zusatz Fachbereich Anästhesiologie	08.04.2014	Dr. Hans Kummer
Zusatz Fachbereich Gynäkoonkologie	08.04.2014	Dr. Marcel Schmid
Zusatz Fachbereich Allgemeine Innere Medizin	08.04.2014	Dr. Marcel Schmid
Zusatz Fachbereich Medizinische Onkologie	08.04.2014	Dr. Reinhard Zenhäusern
Zusatz Organisation und Koordination der mit Organspenden von hirntoten Patienten verbundenen Tätigkeiten	08.04.2014	
Zusatz Fachbereich Pädiatrie	08.04.2014	Dr. Simon Fluri
Zusatz Fachbereich pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie	08.04.2014	Dr. Simon Fluri
Zusatz Fachbereich pädiatrische Kardiologie	08.04.2014	
Zusatz Fachbereich pädiatrische Pneumologie und Dermatologie	08.04.2014	
Zusatz Fachbereich Teleradiologie	08.04.2014	Dr. Drazen Sramek
Blockpraktika Pädiatrie und Gynäkologie	08.04.2014	Dr. Franziska Zen Ruffinen Dr. Simon Fluri
Blockpraktika Pädiatrie	08.04.2014	Dr. Simon Fluri

Vereinbarungen BS-BE-VS	Status/Unterzeichnung	Referenzperson
Pädiatrische Rheumatologie	03.11.2014	Dr. Simon Fluri

Vereinbarungen BS-VS	Status/Unterzeichnung	Referenzperson
Konsiliartätigkeit Kinder-Orthopädie	20.04.2012	Dr. Simon Fluri
Traumaregister	09.07.2014	Prof. Eric Bonvin

Vereinbarungen GE-VS	Status/Unterzeichnung	Referenzperson
Rahmenvereinbarung	26. März 2009 (Überarbeitung 2015)	Prof. Eric Bonvin
Pädiatrische Allergologie	22. März 2004	Prof. René Tabin
Ernährung und Bewegung	15. Februar 2011	Prof. René Tabin
Pädiatrische Kardiologie	12. Oktober 2006	Prof. René Tabin
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
Orthopädie	04. Oktober 2005	Dr. Yvan Arlettaz
Radiologie	4. August 2008	Dr. Christophe Constantin
Radio-Onkologie	25. November 2004	Dr. Kaouthar Khanfir
Schlafstörungen — Pneumologie	28. Mai 2002	Prof. Jean-Marie Tschopp

Vereinbarung CHUV-HUG-HVS	Status/Unterzeichnung	Referenzperson
Pädiatrisch-nephrologische Transplantation	9.7.2008	Dr. Tabin
Organtransplantation	4.10.2005	Dr. Georges Dupuis
Medizintechnik	183.05.2009	Dr. Raymond Pernet

Vereinbarungen VD-VS	Status/Unterzeichnung	Referenzperson
Rahmenvereinbarung	2. September 2008	Dr. Benoît Delaloye
Anästhesiologie	13. Juni 1996	Prof. Patrick Ravussin
Kardiologie	In Unterzeichnung	Dr. Grégoire Girod
Herzchirurgie	In Unterzeichnung	Dr. Dominique Deley
Nachdiplomstudium Intensivpflege für Pflegepersonal	27. Oktober 2010	Mario Desmedt
Chirurgische Intensivmedizin	13. Juni 1996	Dr. Raymond Friolet
Intensivmedizin	9. Februar 1999	Dr. Raymond Friolet
Neonatalogie	27. Oktober 2010	Prof. René Tabin
Nephrologie und Nierentransplantation	29. September 2015	Dr. Daniel Teta
Neurochirurgie	25. Oktober 2004	Dr. Marc Morard
Klinische Neurowissenschaften	Unterzeichnung in Kürze	Prof. Joseph Ghika
HNO sowie Gesichts- und Halschirurgie	4. August 2008	Dr. Kishore Sandu
HNO Ausbildungsvereinbarung für Assistenzärzte CHUV-HFR-HVS	9. Juni 2015	Dr. Salim Bouaied
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
UNIL – Ausbildung	22.05.2015	Prof. Eric Bonvin

Universitäre Titel

Name	Titel	Departement / Abteilung
Dr. Johnny Beney	Privatdozent, Universität Genf	Apotheke, ZIS
Dr. Mette M. Berger	Assoziierte Professorin, Universität Lausanne	GD & Ernährung ZIS
Dr. Pierre Olivier Bridevaux	Titularprofessor, Universität Genf	Pneumologie, CHVR
Dr. Eric Bonvin	Titularprofessor, Universität Lausanne	GD
Dr. Pierre-François Cuénoud	Lehrbeauftragter, Universität Lausanne	Chirurgie, CHVR
Dr. Eric Dayer	Privatdozent, Universität Genf	Immuno-Allergologie, ZIS
Dr. Joseph-André Ghika	Assoziierter Professor, Universität Lausanne	Neurologie, Innere Medizin, CHVR
Dr. Grégoire Girod	Bildungs- und Forschungsbeauftragter, Universität Lausanne	Kardiologie, 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, ZIS
Dr. Christophe Sierro	Lehrbeauftragter, Universität Lausanne	Kardiologie, Innere Medizin, CHVR
Dr. Nicolas Troillet	Titularprofessor, Universität Lausanne	Infektionskrankheiten, ZIS
Dr. René Tabin	Titularprofessor, Universität Genf	Pädiatrie, CHVR
Dr. Daniel Uebelhart	Privatdozent, Universität Genf Privatdozent, Universität Zürich	Physikalische Medizin und Rehabilitation, Innere Medizin, CHVR

ZIS : 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; Abteilung Informatik.	2000	ISO 9001 :2012	4. Erneuerung der Zertifizierung des ZIS 2012 Nächste Erneuerung : Dezember 2015 Zertifizierung gültig bis : 29. Januar 2016
Einzelstapen			
Einkaufszentrale, Laboratorien für Immuno- und Molekularpathologie	2011	ISO 9001 :2008	2014 ist das Folgeaudit mit der neuen Version der Norm durchgeführt worden : ISO 9001 : 2012
Apotheke (Sitten)	2011	RQPH	
Arbeitsmedizin Immuno-allergologische Sprechstunden	2012	ISO 9001 :2008	
Apotheke der einzelnen Spitalstandorte	2012	RQPH	
Abteilung Informatik	2014	ISO 9001 :2012	

ZIS : Akkreditierung der Labors

Bereich	Jahr der Akkreditierung	Aktuelle Norm	Erneuerung
Die Versuchslabors des ZIS 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 2015	3. Erneuerung im Nov. 2010 und Januar 2011 Nächste Erneuerung im September und Oktober 2015 Akkreditierung gültig bis : 25. Februar 2016

ZIS: 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 2018

HVS: 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)
- REKOLE®
- Qualität in Palliativ Care, Palliativ.ch (SZO, Brig, erstmalig in der Schweiz)





Herstellung von Zytostatika
im Zentralinstitut der
Spitäler.

Anästhesiologie

1. Rivaroxaban; Nouvelles recommandations pour l'anesthésiologie en janvier 2015, version longue. Spahn DR, Borgeat A, Ravussin P, Kern CH, Korte W. Website SSAR 5: 1-8, 2015

BUCHKAPITEL

1. Supratentorial masses : anesthetic considerations. Bruder N, Ravussin P, Schoettker P. In: Cottrell J, Young W (eds): Anesthesia and Neurosurgery, 6th ed. Philadelphia: Mosby, 2016, (in press)

Medizintechnik

1. Guide des bonnes pratiques pour la gestion des contrats de maintenance des dispositifs médicaux. Beutler HR, Brouwer S, Consonni S, De Maeyer M, Kluth C, Regard P, Römmelt U, Thoma M, Tritz P, Wäfler F. IHS Ingénieur Hôpital Suisse, 2014

Kardiologie

1. Very long-term follow-up after percutaneous closure of patent foramen ovale. Eeckhout E, Martin S, Delabays A, Michel P, Girod G. EuroIntervention. 2014 Jan 17. pii: 20140117a-05
2. Acute multivessel revascularization improves 1-year outcome in ST-elevation myocardial infarction : a nationwide study cohort from the AMIS Plus registry. Jeger R, Jaguszewski M, Nallamothu BN, Lüscher TF, Urban P, Pedrazzini GB, Erne P, Radovanovic D; AMIS Plus Investigators. Int J Cardiol. 2014 Mar 1;172(1):76-81
3. Acute coronary syndrome: current disease management. Girod G. Rev Med Suisse. 2014 Jan 29;10(415):292-3
4. Modifying effect of dual antiplatelet therapy on incidence of stent thrombosis according to implanted drug-eluting stent type. Camenzind E, Boersma E, Wijns W, Mauri L, Rademaker-Havinga T, Ordoubadi FF, Suttorp MJ, Al Kurdi M, Steg PG; PROTECT Steering Committee and Investigators. Eur Heart J. 2014 Aug 1;35(29):1932-48
5. Drug-eluting stents compared to bare-metal stents improve short-term survival in patients with acute myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention : a nationwide prospective analysis of the AMIS Plus registry. Jaguszewski M, Radovanovic D, Nallamothu BK, Urban P, Erne P; AMIS Plus Investigators. Kardiol Pol. 2014;72(4):315-23
6. Validity of Charlson Comorbidity Index in patients hospitalised with acute coronary syndrome. Insights from the nationwide AMIS Plus registry 2002-2012. Radovanovic D, Seifert B, Urban P, Eberli FR, Rickli H, Bertel O, Puhon MA, Erne P; AMIS Plus Investigators. Heart. 2014 Feb;100(4):288-94.
7. Initial Experience with Respiratory Self-Navigated Post Contrast Whole-Heart Coronary MRA in Patients. D. Piccini, P. Monney, C. Sierro, S. Coppo, G. Bonanno, R. van Heeswijk, J. Chaptinel, G. Vincenti, J. de Blois, S. Koestner, T. Rutz, A. Littmann, M. Zenge, J. Schwitner, M. Stuber. Radiology 2014; 270:378-386.
8. Relationship between time of day and periprocedural myocardial infarction after elective angioplasty Fournier S1, Puricel S, Morawiec B, Eeckhout E, Mangiacapra F, Trana C, Tapponnier M, Iglesias JF, Michiels V, Stauffer JC, Beggah A, Monney P, Gobet S, Vogt P, Cook S, Muller O. Chronobiol Int. 2014 Mar;31(2):206-13.
9. Respiratory self-navigated postcontrast whole-heart coronary MR angiography : initial experience in patients. Piccini D, Monney P, Sierro C, Coppo S, Bonanno G, van Heeswijk RB, Chaptinel J, Vincenti G, de Blois J, Koestner SC, Rutz T, Littmann A, Zenge MO, Schwitner J, Stuber M. Radiology. 2014 Feb; 270(2):378-86.

11. Endocardial Ablation to Eliminate Epicardial Arrhythmia Substrate in Scar-Related Ventricular Tachycardia. Komatsu Y, Daly M, Sacher F, Cochet H, Denis A, Derval N, Jesel L, Zellerhoff S, Lim H, Jadidi AS, Nault I, Shah A, Roten L, Pascale P, Scherr D, Aurillac-Lavignolle V, Hocini M, Haïssaguerre M, Jais P J Am Coll Cardiol 2014;63:1416-26
12. Intermittent atrial tachycardia promotes repolarization alternans and conduction slowing during rapid rates, and increases susceptibility to atrial fibrillation in a free-behaving sheep model. Monigatti-Tenkorang J, Jousset F, Pascale P, Vesin J-M, Ruchat P, Fromer M, Narayan S, Pruvot E J Cardiovasc Electrophysiol 2014;25:418-27
13. Indications à la stimulation cardiaque dans la syncope vasovagale. Graf D, Pascale P, Carroz P, Pruvot E. Rev Med Suisse 2014;10:1186-9
14. Pulmonary veins to left atrium cycle length gradient predicts procedural and clinical outcomes of persistent atrial fibrillation ablation. Pascale P, Shah AJ, Roten L, Scherr D, Komatsu Y, Ramoul K, Daly M, Denis A, Derval N, Sacher F, Hocini M, Jaïs P, Haïssaguerre M. Circ Arrhythm Electrophysiol 2014;7:473-82
15. Adenosine reveals dormant conduction of an arrhythmogenic thoracic vein despite absence of previous ablation Pascale P, Shah AJ, Knecht S. Europace 2014;16:819
16. Pacing in vasovagal syncope. D.Graf, P. Pascale, P.Carroz, E.Pruvot.Revue Médicale Suisse 5/2014;10(432):1186-9.

BUCHKAPITEL

1. Catheter Ablation for Long-Standing Persistent AF Hocini M, Shah AJ, Miyazaki S, Rivar L, Jadidi AS, Scherr D, Wilton SB, Roten L, Pascale P, Pedersen M, Derval N, Knecht S, Sacher F, Jaïs P, and Haïssaguerre M. Practical Electrophysiology. Editors: Jasbir S. Sra, Masood Akhtar, Andrea Natale, David J Wilber.
2. ECG of Early Repolarization. Shah AJ, Hocini M, Rivard L, Miyazaki S, Jadidi AS, Scherr D, Wilton SB, Roten L, Pascale P, Pedersen M, Derval N, Knecht S, Sacher F, Jaïs P, and Haïssaguerre M. Practical Electrophysiology. Editors: Jasbir S. Sra, Masood Akhtar, Andrea Natale, David J Wilber.

Klinische Chemie – Toxikologie

1. Rossier MF, Donzé N. Troponine ultrasensible et infarctus du myocarde : Peut-on encore espérer améliorer le diagnostic? Pipette 2014; 5/14: 9-10

Herzchirurgie

1. ST-segment-elevation myocardial infarction patients randomized to a pharmaco-invasive strategy or primary percutaneous coronary intervention: Strategic Reperfusion Early After Myocardial Infarction (STREAM) 1-year mortality follow-up. Sinnaeve PR, Armstrong PW, Gershlick AH, Goldstein P, Wilcox R, Lambert Y, Danays T, Soulat L, Halvorsen S, Ortiz FR, Vandenberghe K, Regelin A, Bluhmki E, Bogaerts K, Van de Werf F; STREAM investigators. Circulation. 2014 Sep 30;130(14):1139-45.
2. 'Fast-implantable' aortic valve implantation and concomitant mitral procedures. Ferrari E, Siniscalchi G, Marinakis S, Berdajs D, von Segesser L. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2014 Oct;19(4):682-4.
3. The influence of drugs used in cardiac anaesthesia and critical care on multiple electrode aggregometry: an in-vitro volunteer study. Morisoli AP, Gronchi F, Ferrari E, Blanc C, Frascarolo P, Angelillo-Scherrer A, Marcucci C. Eur J Anaesthesiol. 2014 Sep;31(9):499-504.
4. Transcatheter aortic valve implantation in failed bioprosthetic surgical valves. Dvir D, Webb JG, Bleiziffer S, Pasic M, Waksman R, Kodali S, Barbanti M, Latib A, Schaefer U, Rodés-Cabau J, Treede H, Piazza N, Hildick-Smith D, Himbert D, Walther T, Hengstenberg C, Nissen H, Bekeredjian R, Presbitero P, Ferrari E, Segev A, de Weger A, Windecker S, Moat NE, Napodano M, Wilbring M, Cerillo AG, Brecker S, Tchetché D, Lefèvre T, De Marco F, Fiorina C, Petronio AS, Teles RC, Testa L, Laborde JC, Leon MB, Kornowski R; Valve-in-Valve International Data Registry Investigators. JAMA. 2014 Jul;312(2):162-70.

5. Computational fluid dynamics of the right ventricular outflow tract and of the pulmonary artery: a bench model of flow dynamics. Mosbahi S, Mickaily-Huber E, Charbonnier D, Hullin R, Burki M, Ferrari E, von Segesser LK, Berdajs DA. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2014 Oct;19(4):611-6.
6. Cardiac biomarkers in Takotsubo cardiomyopathy. Doyen D, Mocerri P, Chiche O, Schouver E, Cerboni P, Chaussade C, Mansencal N, Ferrari E. *Int J Cardiol.* 2014 Jul 1;174(3):798-801.
7. Ross procedure: is the root replacement technique superior to the sub-coronary implantation technique? Long-term results. Berdajs DA, Muradbegovic M, Haselbach D, Kofmehl R, Steurer J, Ferrari E, Held U, von Segesser LK. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2014 Dec;46(6):944-51.
8. Tako-Tsubo cardiomyopathy presenting with cardiogenic shock successfully treated with milrinone: a case report. Doyen D, Dellamonica J, Mocerri P, Moschietto S, Hyvernats H, Ferrari E, Bernardin G. *Heart Lung.* 2014 Jul-Aug;43(4):331-3.
9. Imaging in pulmonary hypertension: Focus on the role of echocardiography. Mocerri P, Baudouy D, Chiche O, Cerboni P, Bouvier P, Chaussade C, Ferrari E. *Arch Cardiovasc Dis.* 2014 Apr;107(4):261-71.
10. Extracorporeal membrane oxygenation support in acardia. Marinakis S, Ferrari E, Delay D, Tozzi P, Berdajs D, Niclauss L, Rolf T, von Segesser LK. *ASAIO J.* 2014 May-Jun;60(3):348-50.
11. Caval collapse during cardiopulmonary bypass: a reproducible bench model. Li L, Abdel-Sayed S, Berdajs D, Tozzi P, von Segesser LK, Ferrari E. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2014 Aug;46(2):306-12.
12. Urgent reoperative transapical valve-in-valve shortly after a transapical aortic valve implantation. Ferrari E, Locca D, Marcucci C, Jeanrenaud X. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2014 Oct;46(4):748-50.
13. Procedural volume and outcomes with radial or femoral access for coronary angiography and intervention. Jolly SS, Cairns J, Yusuf S, Niemela K, Steg PG, Worthley M, Ferrari E, Cantor WJ, Fung A, Valettas N, Rokoss M, Olivecrona GK, Widimsky P, Cheema AN, Gao P, Mehta SR; RIVAL Investigators. *J Am Coll Cardiol.* 2014 Mar 18;63(10):954-63.

Dermatologie

1. Mutations in POGlut1, encoding protein O-glucosyltransferase 1, cause autosomal-dominant Dowling-Degos disease. Basmanav FB, Oprisoreanu AM, Pasternack SM, Thiele H, Fritz G, Wenzel J, Größer 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. *Am J Hum Genet.* 2014 Jan 2;94(1):135-43.

Medizinische Genetik

1. Kovac MB, Kovacova M, Bachraty H, Bachrata K, Pisuoglio S, Hutter P, Ilencikova D, Bartosova Z, Tomlinson I, Roethlisberger B, Heinimann K. High-resolution breakpoint analysis provides evidence for the sequence-directed nature of genome rearrangements in hereditary disorders. *Hum Mutat.* 2014; 36:250-9.

Geriatric

1. Too old, too expensive? The impact of health costs on senior citizens in Switzerland. Coutaz M. *Eur Geriatr Med*, 2014; 5: 39-42.
2. Acute bacterial parotitis in the frail elderly subject: a harbinger of death? Coutaz M. *J Am Med Dir Assoc*, 2014;15: 369-70.
3. Traitement oncologique chez les seniors: un luxe? Coutaz M. *Info Onkologie&Hämatologie*, 2014; 2: 9-5.
4. Fracture de hanche: pourquoi faire appel au gériatre? Coutaz M. *Rev Med Suisse* 2014;10: 2087-9.
5. Refeeding Syndrome: Unrecognized in Geriatric Medicine. Coutaz M, Gay N. *J Am Med Dir Assoc*, 2014; 15:847-9.
6. Population pharmacokinetic approach to evaluate the effect of CYP2D6, CYP3A, ABCB1, POR and NR112 genotypes on donepezil clearance. Noetzli M, Guidi M, Ebbing K, Eyer S, Wilhelm L, Michon A, Thomazic V, Stancu I, Alnawaqil AM, Bula C, Zumbach S, Gaillard M, Giannakopoulos P, von Gunten A, Csajka C, Eap CB. *Br J Clin Pharmacol*, 2014;78(1):135-44.
7. Assureurs-maladie Pas très rassurant. Morisod J. *Info@geriatrie* 2014; 2 :1.

Hämatologie

1. Goodyer M, McCarthy D, O'Laoide R. Massive splenomegaly in post-polycythaemic myelofibrosis causing overactive bladder syndrome. **British Journal of Haematology** 2014 Aug;166(3):310.
2. O'Connell N, Goodyer M, Gleeson M, Storey L, Williams M, Cotter M, O'Marcaigh A, Smith O. Successful treatment with rituximab and mycophenolate mofetil of refractory autoimmune hemolytic anemia post-hematopoietic stem cell transplant for dyskeratosis congenita due to TINF2 mutation. **Pediatric Transplantation** 2014 Feb;18(1):E22-4

Immunologie

1. Ribi C., Trendelenburg M., Gayet-Ageron A., Cohen C., Dayer E., Eisenberg U., Hauser T., Hunziker T., Leimgruber A., Lindner G., Koenig K., Otto P., Spetini F., Stoll T., Von Kempis J., Chizzolini C., Swiss Systemic Lupus Erythematosus Cohort Study Group – cross-sectional analysis of clinical characteristics and treatments in Switzerland, **Swiss Medical Weekly**, 2014;144:13990

Infektionskrankheiten

1. Staszewicz W, Eisenring MC, Bettschart V, Harbarth S, Troillet N. Thirteen years of surgical site infection surveillance in Swiss hospitals. **Journal of Hospital Infection** 2014;88:40-7
2. Orasch C, Marchetti O, Garbino J, Schrenzel J, Zimmerli S, Mühlethaler K, Pfyffer G, Ruef C, Fehr J, Zbinden R, Calandra T, Bille J and the Fungal Infection Network of Switzerland (FUNGINOS) (incl. Bally F, Troillet N, Tissières L). Candida species distribution and antifungal susceptibility testing according to European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing and new vs. old Clinical and Laboratory Standards Institute clinical breakpoints: a 6-year prospective candidaemia survey from the fungal infection network of Switzerland. **Clinical Microbiology and Infection** 2014;20:698-705
3. Troillet N. Infections transmises par les chats et les chiens. **Revue Médicale Suisse** 2014;10:1859-63
4. Troillet N, Widmer A. Surveillance épidémiologique et prévention de l'infection du site opératoire. **Swiss-noso** 2014 (www.swissnoso.ch/fr/bulletin/)
5. Troillet N, Praz G. Rendu public des taux d'infections du site chirurgical: science et transparence. **Revue Médicale Suisse** 2014;10:1851.
6. Guinat M, Rusca M, Stalder M, Praz G. Eosinophilie: de la néoplasie à l'anguillulose. **Revue Médicale Suisse** 2014;10:1853-8
7. Henriksen S, Tylden GD, Dumoulin A, Sharma BN, Hirsch HH, Rinaldo CH. The human fetal glial cell line SVG p12 contains infectious BK polyomavirus. **Journal of Virology** 2014;88:7556-68

8. Mannonen L, Loginov R, Helanterä I, Dumoulin A, Vilchez RA, Cobb B, Hirsch HH, Lautenschlager I. Comparison of two quantitative real-time CMV-PCR tests calibrated against the 1st WHO international standard for viral load monitoring of renal transplant patients. **Journal of Medical Virology** 2014;86:576-84
9. Dumoulin A. Diagnostic moléculaire des maladies infectieuses pour la pratique ambulatoire. **Revue Médicale Suisse** 2014;10:1866-70
10. Lautenschlager I, Jahnukainen T, Kardas P, Lohi J, Auvinen E, Mannonen L, Dumoulin A, Hirsch HH, Jalanko H. A case of primary JC polyoma-virus infection-associated nephropathy. **American Journal of Transplantation** 2014 ; 14:2887-92
11. Hasse B, Bernasconi E, Furrer H, Eyer MM, Kovari H. HIV und Komorbidität. **Therapeutische Umschau** 2014;71:483-9
12. Eyer M, Sendi P. Infections de prothèses articulaires: aspects pratiques à l'attention du médecin de premier recours. **Revue Médicale Suisse** 2014;10:1871-5
13. Eyer MM, Constantinescu M, Sendi P. Primary sternal tuberculosis: a case report and review of the literature. **JMM Case Reports** 2014;DOI 10.1099/jmmcr.0.002063
14. Bally F, Quach A. Chlamydia: du dépistage de la population au dépistage individuel répété. **Revue Médicale Suisse** 2014;10:1882-6
15. Croxatto A, Rieille N, Kernif T, Bitam I, Aeby S, Péter O, Greub G. Presence of Chlamydiales DNA in ticks and fleas suggests that ticks are carriers of Chlamydiae. **Ticks and Tick-Borne Diseases** 2014;5:359-65
16. Rieille N, Bressanelli S, Freire CC, Arcioni S, Gern L, Péter O, Voordouw MJ. Prevalence and phylogenetic analysis of tick-borne encephalitis virus (TBEV) in field-collected ticks (*Ixodes ricinus*) in southern Switzerland. **Parasites and Vectors** 2014;7:443
17. Bellini C, Magouras I, Chapuis-Taillard C, Clerc O, Masserey E, Peduto G, Péter O, Schaerrer S, Schuepbach G, Greub G. Q fever outbreak in the terraced vineyards of Lavaux, Switzerland. **New Microbes and New Infections** 2014 ;2:93-9

Alternativmedizin

1. Graz B, Savoy M, Buclin T, Bonvin E. Dysmenorrhoea: patience, pills or hot-water bottle? *Rev Med Suisse*. 2014 Nov 26;10(452):2285-8.

Intensivmedizin

1. Deep accidental hypothermia with core temperature below 24°C presenting with vital signs. Pasquier M, Zurrón N, Weith B, Turini P, Dami F, Carron PN, Paal P. *High Alt Med Biol*. 2014 Apr;15(1):58-63.

Innere Medizin

1. β -Lactam monotherapy vs β -lactam-macrolide combination treatment in moderately severe community-acquired pneumonia: a randomized noninferiority trial. Garin N, Genné D, Carballo S, Chuard C, Eich G, Hugli O, Lamy O, Nendaz M, Petignat PA, Perneger T, Rutschmann O, Seravalli L, Harbarth S, Perrier A. *JAMA Intern Med*. 2014 Dec;174(12):1894-901.

Rechtsmedizin

1. Palmiere C, Jatón K, Lobrinus A, Schrag B, Greub G. Post-mortem diagnosis of malaria. **New Microbes and New Infections** 2014;2:154-5
2. Fracasso T, Schrag B, Sabatasso S, Lobrinus JA, Schmelting A, Mangin P. Different degrees of ischaemic injury in the right and left ventricle in cases of severe, nonfatal, pulmonary embolism. **International Journal of Legal Medicine**. 2014; Oct 17
3. Schrag B, Uldin T, Mangin P, Bochud F, Froidevaux P. Dating human skeletal remains using ⁹⁰Sr and ²¹⁰Pb: case studies. **Forensic Science International** 2014 Jan;234:190.e1-6

Transfusionsmedizin

1. Tirefort Y, Pham XC, Ibrahim YL, Lecompte TP, Matthes T, Prins C, Cortes B, Bernimoulin M, Chalandon Y, Samii K. A rare case of primary cutaneous follicle centre lymphoma presenting as a giant tumour of the scalp and combined with JAK2V617F positive essential thrombocythaemia. **Biomarker Research**. 2014 Apr 1;2(1):7

Neurologie

1. Small-cell lung carcinoma presenting as paraneoplastic autoimmune optic neuritis with retinitis. Passarin O, Reymond S, Michel A, Ghika JA, Guex-Crosier Y. *Klin Monbl Augenheilkd.* 2014 Apr;231(4):453-4

Klinische Ernährung

1. Carnitine Deficiency in Chronic Critical Illness. Bonafé L, Berger MM, Que YA, Mechanick JI, *Curr Opin Clin Nutr Metab*, 2014; 17: 200-209.
2. Chronic Critical Illness Nutritional Requirements – More, Less, or Just Different? Editorial Mechanick JI, Berger MM, *Curr Opin Clin Nutr Metab*, 2014; 17:162-163.
3. The 2013 Arvid Wretling lecture: Evolving concepts in parenteral nutrition. Berger MM, *Clinical Nutrition*, 2014: 33(4):563-570.
4. Pragmatic approach to nutrition in the ICU: Expert opinion regarding which calorie protein target. Singer P, Hiesmayr M, Biolo G, Felbinger TW, Berger MM, Goeters C, Kondrup J, Wunder C, Pichard C, *Clin Nutr* 2014: 33(2):246-51.
5. Parenteral nutrition in the intensive care unit: cautious use improves outcome. Thibault R, Claudia P. Heidegger CP, Berger MM, Claude Pichard C, *Swiss Med Wkly.* 2014: 2020;144:w13997.

BUCHKAPITEL

1. Nutrition therapy in major burns. Berger MM In: *Nutrition in ICU patients.* Eds: A.Rümelin K.Mayer, Springer Verlag, 2014

Onkologie

1. Douleur et cancer: quels sont nos moyens? Anchisi S. *Rev Med Suisse* 2014;10:288-289.
2. Are cancer patients willing to travel more or further away for a slightly more efficient therapy? Groux Ph, Anchisi S, Szucs Th. *Cancer and Clinical Oncology* 2014;1:36-42.
3. How do gender, age and travel time impact on the need for social support of patients to have access to cancer treatment? Groux Ph, Anchisi S, Szucs Th. *Cancer and Clinical Oncology* 2014;2:27-35.

Orthopädie – Traumatologie

1. Ergebnisoptimierung mit Rapid Recovery-Konzept und minimalinvasiver Hüftendoprothetik Ottersbach A, Ferschl J, Pankert K, Cremer C. *Berliner Seminare, Ausgabe 2/2014*

Pädiatrie & Pädiatrische Chirurgie

1. Ecrans de fumée! (suite). Tabin R. *Paediatrica* 2014;25(3): 44
2. Interview avec le Professeur Umberto Simeoni. Tabin R. *Paediatrica* 2014;25(5): 18-19
3. Prise en charge des maladies rares — nous sommes tous concernés? Tabin R. *Forum médical suisse* 2014;14(1-2): 17-16
4. Douleurs abdominales chez l'enfant. Tabin R. *Revue médicale Suisse*, janvier 2014, 299-300.

6. Pediatric gastroenteritis in the emergency department: practice evaluation in Belgium, France, The Netherlands and Switzerland. Pelc R, Redant S, Julliard S, Llor J, Lorrot M, Oostenbrink R, Gajdos V, Angoulvant F. *BMC Pediatr.* 2014 May 16;14:125.

BUCHKAPITEL

1. Cyanose. Tabin R, Roth M. Urgences pédiatriques, 7 Néonatalogie, 7.7.7. in *Vade-Mecum de Pédiatrie* 4^e édition

Apotheke

1. Guignard B, Beney J, Panchaud A, Csajka C, de Denus S. Cas Clinique n°1: insuffisance cardiaque. *PharmaJournal* 2014;7:5-8
2. Panchaud A, Guignard B, Beney J, Baud D, Csajka C, Ferreira E. Cas Clinique n°2: épilepsie et grossesse. *PharmaJournal* 2014;12:5-7
3. Beney J, Panchaud A, Guignard B, Csajka C. Cas Clinique n°3: médicament et rein. *PharmaJournal* 2014;21:5-7
4. Reutemann B, Beney J, Jordan-von Gunten V, Roulet L. Prise en charge médicamenteuse des patients insuffisants rénaux chroniques hospitalisés en soins aigus dans un hôpital régional suisse. *Néphrologie & Thérapeutique.* 2014 Dec 24. pii: S1769-7255(14)00633-6
5. Roulet L, Ballereau F, Lapeyre-Mestre M, Joris-Frasseren M, Asseray N. [Developing a Terminology in the French Language for Clinical Practice and Research in Drug Safety.]. *Thérapie.* 2014 Dec 24
6. Roulet L, Asseray N, Ballereau F. Establishing a pharmacy presence in the emergency department: opportunities and challenges in the French setting. *International Journal of Clinical Pharmacy.* 2014;36:471-5
7. Roulet L, Ballereau F, Hardouin JB, Chiffolleau A, Potel G, Asseray N. Adverse drug event nonrecognition in emergency departments: an exploratory study on factors related to patients and drugs. *Journal of Emergency Medicine.* 2014;46:857-64
8. Humbert-Delaloye V, Pannatier A. Compatibilités physico-chimiques: nouvelles données. *PharmaJournal* 2014;11:5-8

Pneumologie

1. Gex G, Pralong JA, Combescure 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

Psychiatrie

1. Effectiveness of a brief group cognitive behavioral therapy for auditory verbal hallucinations: a 6-month follow-up study. Zanello A, Mohr S, Merlo MC, Huguelet P, Rey-Bellet P. *J Nerv Ment Dis.* 2014 Feb;202(2):144-53.
2. Short term effect of supported employment/education on negative symptoms changes in first episode psychosis. Tettamanti M., Badan Bâ M., Zbinden E., Curtis L., Giannakopoulos P, Rey-Bellet Ph. & Merlo M.C.G. Soumis à la *Revue Psychiatric Services*
3. Editorial *Revue Psychothérapies* 2014/2, volume 34, Rey-Bellet Ph.
4. Editorial *Revue Psychothérapies* 2014/3, volume 34, Rey-Bellet Ph.

BUCHKAPITEL

1. L'héritage vivant de René Diatkine 2014, sous la direction de Florence Quartier et Alain Casanova. Edition PUF, Rey-Bellet Ph.

Radiologie

1. San Millán D Kohler R, Enlarged CSF spaces in pseudotumor cerebri. *AJR American Journal of Roentgenology* 2014;203(4):W457-8
2. Robert T, San Millán Ruiz D, Martínez Manas R, Morard M. Cervical intramedullary metastasis from cerebral glioblastoma multiforme. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2014;123:61-3

3. Robert T, Duc C, San Millán Ruíz D Morard M. Solitary fibrous tumour with intramedullary component: Case report and review of the literature. *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 2014;48(2):144-9

Radio-Onkologie

1. The interplay between radiation and the immune system in the field of post-radical pneumonitis and fibrosis and why it is important to understand it. Tsoutsou PG. *Expert Opin Pharmacother.* 2014 Sep;15(13):1781-3. doi: 10.1517/14656566.2014.938049.
2. Observation of surface Dirac cone in high-quality ultrathin epitaxial Bi₂Se₃ topological insulator on AlN(0001) dielectric. Tsipas P, Xenogiannopoulou E, Kassavetis S, Tsoutsou D, Golias E, Bazioti C, Dimitrakopoulos GP, Komninou P, Liang H, Caymax M, Dimoulas A. *ACS Nano.* 2014 Jul 22;8(7):6614-9. doi: 10.1021/nn502397x.
3. Radiotherapy options after breast-conserving surgery: how can selection of patients be refined? Tsoutsou PG, Jeanneret Sozzi W, Ozsahin M, Delaloye JF, Bourhis J. *J Clin Oncol.* 2013 Dec 20;31(36):4570-1

Anästhesiologie

1. 10th Expert meeting « Rivaroxaban » – OCT 13, Bern, Ravussin P. Member of the round table

Medizintechnik

1. Congrès annuel des Ingénieurs Hospitaliers Suisse — 25 Avril 14, Notwill. Tritz P. Outil d'auto-évaluation pour mesurer la qualité des prestations d'un service biomédical

Kardiologie

1. Congrès de la société Suisse de cardiologie et de la société Suisse de chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique 2014. St. Perruchoud Fluri, M. Tapponnier, P. Carroz, Ch. Sierro, P.-Y. Lovey, G. Girod. Recurrent intracardiac thrombus as a complication of essential thrombocytopenia: a case report.
2. ASIA PCR 2014. Singapore. J-F. Iglesias, C. Trana, M. Tapponnier, C. Roguelov, D. Locca, O. Muller, P. Vogt, E. Eeckhout. Implementation of a regional network to reduce reperfusion times in the management of patients with STEMI undergoing primary PCI intervention: the Lausanne experience.
3. ASIA PCR 2014. Singapore. M. Tapponnier. From a doubtful indication to a Swiss complication cascade.
4. Cardiostim 18-21 JUIN 14, Nice. Roten L, Derval N, Maury P, Rollin A, Sacher F, Pascale P, Scherr D, Ruidavets JB, Ferrières J, Komatsu Y, Ramoul K, Daly M, Denis A, Shah A, Lim H, Yamashita S, Mahida S, Berte B, Hocini M, Jais P, Haïssaguerre M. Benign versus malignant inferolateral early repolarization: the T wave makes the difference.
5. Cardiostim 18-21 JUIN 14, Nice. Buttu A, Vesin JM, Forclaz A, Pascale P, Maury P, Rollin A, Roten L, Pruvot E. Long-standing persistent atrial fibrillation terminating within the left atrium displays high temporal bi-atrial stability of activation wavefront.
6. Cardiostim 18-21 JUIN 14, Nice. Sadron M, Maury P, Sacher F, Lellouche N, Pascale P, Duparc A, Mondoly P, Rollin A, Derval N, Cardin C, Jais P, Hocini M, Delay M, Haïssaguerre M. Premature ventricular beat-induced cardiomyopathy characteristics and prognosis factor for recovery after radio-frequency ablation.
7. Heart Rythm 2014 E.J.Cantor, P.Carroz, R.J.S Schilling. Primary Pacing Service: can we reduce waiting times for patients with complete heart block.

Klinische Chemie/Toxikologie

1. Mannic T, Pagano S, Virzi J, Python M, Frias M, James RW, Montecucco F, Rossier MF, Vuilleumier N. A potential mechanism of action for coupled anti-Apolipoprotein A1 IgGs-aldosterone induced chronotropic effects in cardiac cells, XXII^e Réunion des Groupes de Recherche en Endocrinologie des Universités de la Région Rhône-Alpes (Association G2L2), Grenoble (France), 23 mai 2014
2. Mannic T, Pagano S, Mouffok M, Virzi J, Python M, Frias M, James RW, Montecucco F, Rossier MF, Vuilleumier N. How anti-Apolipoprotein A-1 IgGs sensitize aldosterone chronotropic effects in cardiac cells, AGLA & Cardiovascular Biology Meeting, Fribourg, January 16-17, 2014
3. Cariello C, Beloeil N, Zäch S, Métrailler M, Augsburg M, Rossier MF, Donzé N. Evaluation of a multi cassette test for drug screening, Meeting of the Swiss Society for Clinical Chemistry, Basel, October 29-31, 2014

Dermatologie

1. L.Parmentier: Journées Dermatologiques de Paris – 09 dec 2014. Moniteur: Workshop de dermatochirurgie. Niveau avancé

Geriatric

1. Département de Médecine Interne - 25.02.2014, Hôpital La Providence, Neuchâtel. Coutaz M. Too old, Too expensive?
2. European and Swiss Congress of Internal Medicine - 14.05.2014, Geneva. Coutaz M. Diabetes mellitus in older people: targets goals of treatment, less is more?

3. 74. Jahreskongress Swiss Orthopaedics, Hauptthema II -27.06.2014, St-Gallen. Coutaz M. Die proximale Femurfraktur. Muss ein Geriater hinzugezogen werden ?
4. Journée de perfectionnement Alzheimer-Suisse - 11.11.2014, Lausanne. Coutaz M. Vivre seul à la maison quand on est atteint d'une démence : Un challenge pour le médecin.
5. Médecine de la personne âgée pour médecins de famille- 19.06.2014, CHUV. Morisod J. « Docteur, ma mère perd du poids... »
6. Matinales de formation continue - 17.10.2014, Centre Universitaire de Traitement et de Réadaptation Sylvana, CHUV. Eyer S. Situations cliniques de patients confus à l'hôpital.
7. HES-SO Valais-Wallis, Axe santé, Workshop Âge - 18.11.2014, Sierre. Eyer S. Prévention cognitive à l'âge avancé.

Informatik

1. Fontannaz D, Hinnens M. Prescription de chimiothérapies : informatisation et sécurisation du processus Giseh, conférence de Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers, Liège 2014
2. Michelet C. eHealth project im Kanton Wallis. eHealth Summit, Bern 2014
3. Michelet C. eHealth project im Kanton Wallis : Infomed : premiers retours sur la mise en oeuvre du dossier patient partagé. Prix „Best paper“, eHealth Summit, Bern 2014

Infektionskrankheiten

1. Eisenring MC, Kuster S, Sax H, Troillet N, and Swissnoso. Heterogeneous quality of surgical site infection surveillance in Switzerland. Joint Annual Meeting of the Swiss Societies for Infectious Diseases, Hospital Hygiene, and Tropical and Travel Medicine, Aarau 2014
2. Marimuthu K, Eisenring MC, Harbarth S, Troillet N. Epidemiology of Staphylococcus aureus and non-Staphylococcus aureus surgical site infection

in Switzerland. Joint Annual Meeting of the Swiss Societies for Infectious Diseases, Hospital Hygiene, and Tropical and Travel Medicine, Aarau 2014

3. Vuichard D, Troillet N, Eisenring MC, Dangel M, Zanetti G, Widmer AF, Swissnoso. Standards of infection control to prevent surgical site infections in Switzerland: a cross-sectional survey in 82 hospitals. Joint Annual Meeting of the Swiss Societies for Infectious Diseases, Hospital Hygiene, and Tropical and Travel Medicine, Aarau 2014
4. Crouzy F, Troillet N. HIV and gonalgia. Joint Annual Meeting of the Swiss Societies for Infectious Diseases, Hospital Hygiene, and Tropical and Travel Medicine, Aarau 2014
5. Duca I, Tissières Lovey L, Bonnet Pierroz A, Dumoulin A, Praz G. Evaluation of the Fast-Track Diagnostics (FTD) bacterial gastroenteritis real-time multiplex PCR for the detection of the main pathogens in stool samples. Annual Assembly of the Swiss Society of Microbiology, Fribourg 2014
6. Vuichard D, Troillet N, Eisenring MC, Dangel M, Zanetti G, Widmer AF, Swissnoso. Standards of infection control to prevent surgical site infections in Switzerland: a cross-sectional survey in 82 hospitals. European Congress on Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Barcelona 2014
7. Gavalda J, Peghin M, Hirsch HH, Codina G, Dumoulin A, Len O, Sole J, Rello J, Roman A, Pahissa A. Epidemiology of respiratory viruses (RV) and relationship with chronic lung allograft dysfunction (CLAD) in lung transplant recipients (LTR). European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Barcelona 2014
8. Péter O, Lienhard R, Vonlanthen R, Bonnet-Pierroz A, Béguelin C, Schaller A, Genne D. Usefulness of quantitative IgG assays Borrelia VLSE LIAISON® and the new VIDAS® Lyme for serological follow-up of patients with Lyme borreliosis. European Congress on Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Barcelona 2014

9. Péter O. Spirochetosis and other tick-borne infections. Espiroquetas, III International congress on leptospirosis, syphilis and borreliosis, La Havane 2014
10. Marimuthu K, Eisenring MC, Troillet N, Harbarth S. Epidemiology of Staphylococcus aureus surgical site infection in Switzerland. Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Washington 2014

Innere Medizin

1. Y. Muller, R. Oppliger, R. Breguet, P. Meyer, L. Rubbia-Brandt, P.-A. Petignat, E. Dayer, J. Seebach. Congrès SSAI, Basel mars 2015. Double Osler: Coincidence of type I hereditary angioedema and hemorrhagic telangiectasia (Rendu- Osler-Weber- syndrome)
2. Y. Muller, R. Oppliger, R. Breguet, P. Meyer, L. Rubbia-Brandt, P.-A. Petignat, E. Dayer, J. Seebach. ESCIM Genève 2014. Double Osler: Coincidence of type I hereditary angioedema and hemorrhagic telangiectasia (Rendu- Osler-Weber- syndrome)
3. G Sibailly, V von Gunten*, PA Petignat, J Beney, Abstract ESCP 22-23 may 2014 Palermo, Italy, Pharmaceutical medication history: feasibility and impact on medication reconciliation documents at discharge
4. L. Bochatay, J. Beney, V. Jordan-von Gunten, PA Petignat, L. Roulet; 2^e congrès Suisse des pharmaciens, novembre 2014, Interlaken. Drug Use Evaluation of Conventional Versus New Oral Anticoagulants at Discharge from a Department of Internal Medicine
5. P-A Petignat, 8 novembre 2014, Bussigny, Séminaire « Ouverture d'un cabinet médical »
3. Berger MM, 14-15.03.14, Taipei Taiwan, FRANC Asia, Clinical nutrition therapy in ICU patients: Update on the clinical evidence, Hot topics from Europe, Micronutrients: Are we missing the concept? Meet the experts: interactive ICU case.
4. Berger MM, 22-23 05 15, Bad Homburg, Germany, FRANC'13 (Fresenius Kabi Advanced Nutrition course): lecturer Early & accurate nutrition support in the ICU Role of pharmaconutrition in acute disease Intensivists: Making metabolic and nutritional decisions through the course of illness
5. Berger MM, 27.05.14, Zürich, Groundround surgery USZ: lecturer: What is new in the nutrition of the surgical patient?
6. Berger MM., 17.06.14, Copenhagen, Symposium – Nutrition for the ICU patient: Combined enteral/ par-enteral feeding: boon or bane? Lipids as an integral part of feeding: what's the significance of fish oil?
7. Berger MM, 6-9.09.14, Geneva, 36th ESPEN congress: scientific chair and lecturer LLL course: indication to specific substrates Micronutrients in health and disease
8. Berger MM, 29.09.14 Barcelona, ESICM Congress (lectures +chairs – not detailed) Special nutrients, selenium, glamin and fish oil (Refresher course) Dose adaptations in micronutrients Role models, mentors and mentoring Satellite Fresenius: Early and accurate nutrition support in the ICU patient
9. Berger MM., 10.10.14 Bari — Italy, International Symposium: Energy Substrates in Clinical Nutrition (lecturer) Early versus late supplemental parenteral nutrition in ICU patients
10. Berger MM., 20.11.14 Yverdon, Symposium Fresenius: Oncologie quoi de Neuf? Lecturer: Le jeune en oncologie
11. Berger MM., 28-29.11.14 Nice, Cours européen d'enseignement d'anesthésie réanimation Nutrition en réanimation et en périopératoire Prise en charge initiale des brûlés
12. Berger MM., 17.12.14 Montana, Quadrimed: Nutrition hospitalière — une prise en charge multidisciplinaire

Ernährung

1. Berger MM, 23.01.14 Paris, DIU Nutrition – Prof Goulet – Hôpital Necker: Besoins et apports en Eléments traces et Vitamines en nutrition clinique.
2. Berger MM, 24.01.14, Physiol Unil, Nutrition Clinique – Calorimétrie indirecte: lecturer: Applications de la calorimétrie indirecte aux soins intensifs,

Onkologie

1. 50^e congress ASCO – 30 mai -3 Juin 2014, Chicago: Rochlitz C, von Moos R, Bigler M, Zaman K, Anchisi S, Küng M, Na KJ, Bärtschi D, Borner M, Rordorf T, Rauch D, Müller A, Vetter M, Bernhard J, Trojan A, Hasler-Strub U, Winterhalder R. Safety and tolerability of bevacizumab plus paclitaxel vs. bevacizumab plus metronomic cyclophosphamide and capecitabine as first-line therapy in patients with HER2-negative metastatic or locally recurrent breast cancer. A multicenter, randomized phase III trial. SAKK 24/09:
2. Interdisziplinäre Fortbildungsplattform Onko.Geriatrie, 22 November 2014 Zürich-Oerlikon. Anchisi S. Polypharmazie.

Orthopädie – Traumatologie

1. 24 meeting of American Association of hip and knee surgeons AAHKS in Dallas 5.-8.11.2014. Ottersbach A. Präsentation des in Zusammenarbeit mit der Firma Condor, DE in Brig entwickelten Rotex-tablets auf dem Stand von Schaerer US
2. Process optimized minimally invasive total hip replacement: current state and future directions Ottersbach A, Ferschl J, Pankert K, Cremer C. Posterbeitrag Jubiläumskongress „Orthopaedics – today and future“ 24./25.9.2014 Uni Basel

Pädiatrie & Pädiatrische Chirurgie

1. Brühlhart D, Dubuis A, Tabin R, Khanh Huynh. Exposition des enfants à la fumée passive: une campagne innovante. 8^e congrès de la Société française de tabacologie, 6-7 NOV14, Paris
2. Talar dome fracture with ankle sprain, a rare but potentially debilitating lesion not to be missed. Kaseje N, Genin B, Produit S, Lutz N. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144.
3. Heroin intoxication of a 2-month old infant. Kolly S, Tabin R, Cheseaux JJ, Russo M, Donzé N, Llor J. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144
4. Cleft palate: isolated or syndromic? Colin-Benoît E, Bottani A, Marcoz JP, Llor J, Cheseaux JJ, Tabin R. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144.

5. Fever in children unvaccinated don't forget epiglottitis. Richard A, Llor J, Cheseaux JJ, Favre JB, Russo M. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144
6. Peripheral facial paralysis in herpes infection. Regelin N, Cheseaux JJ, Tabin R, Russo M, Llor J, Marcoz JP. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144.
7. Painful Neuropathy in pediatric Lyme disease – causality or coincidence? Pfeifer U, Russo M, Roulet Perez E, Cheseaux JJ, Llor J, Tabin R, Marcoz JP. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144.
8. Chronic Inflammatory Demyelinating polyradiculoneuropathy or Guillain Barré syndrome? Joyeux S, Llor J, Cheseaux JJ, Russo M, Tabin R, Poloni C, Marcoz JP: Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144.
9. Playing with a tissue pack. Vonnez JL, Cheseaux JJ, Marcoz JP, Tabin R, Berclaz R, Llor J. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144.
10. Nicotin Intoxication in an adolescent. Hensen M, Llor J, Cheseaux JJ, Russo M, Marcoz JP, Tabin R. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144.
11. A case of familial primary congenital glaucoma. Joyeux S, Boldea R, Bottani A, Llor J, Cheseaux JJ, Tabin R. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144.
12. Facial trauma: don't forget nasal septal hematoma. Plati C, Bouayed S, Cheseaux JJ, Llor J, Russo M, Tabin R. Suppl. 203 ad Swiss Med Wkly 2014;144.

Apotheke

1. Sibailly G, von Gunten V, Petignat P.A, Beney J. Pharmaceutical medication history: feasibility and impact on medication reconciliation documents at discharge. Communication orale et poster présenté lors de l'European Society of Clinical Pharmacy -International Workshop on the Safe transition of pharmacotherapy, Palerme 2014
2. Bochatay L, Beney J, Jordan-von Gunten V, Petignat PA, Roulet L. Drug use evaluation of conventional versus new oral anticoagulants at discharge from a department of internal medicine. 43rd ESCP Symposium "Patient Safety - Bridging the Gaps", Copenhagen 2014

3. Berthaut V, Folch C, Roulet L, Beney J. Propositions de stratégies pour améliorer la sécurité d'utilisation des insulines en milieu hospitalier. 2^e congrès suisse des pharmaciens, Interlaken 2014
4. Corbel A, Baud D, Beney J, Lepigeon K, Chaouch A, Losguardi D, Rabu M, Scherer A, Csajka, Panchaud A. Développement et validation d'un outil d'anamnèse médicamenteuse adapté aux patientes d'obstétrique. 2^e congrès suisse des pharmaciens, Interlaken 2014

Radiologie

1. San Millán D: The role of the venous system in neurological disorders. ANIC course, Barcelona, Spain, 6 décembre 2014
2. San Millán D: The role of the venous system and chronic venous hypertension in neurological disorders VPH-Dare meeting, Venise, Lido Italie, 20-21 mars 2014
3. San Millán D: The role of the venous system in neurological disorders. VPH-Dare microvascular – venous pathway meeting, Hirslanden Klinik Zurich, 14 janvier 2014

