

# Abstracts SwissFamilyDocs Conference 2014

28./29. August 2014, Kongresshaus Zürich

## Swiss Quality and Outcomes Framework (SQOF): Quality indicators for diabetes management in Swiss primary care based on electronic medical records

S. Djalali<sup>1</sup>, A. Frei<sup>1</sup>, R. Tandjung<sup>1</sup>, A. Baltensperger<sup>1</sup>, T. Rosemann<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Zürich)

**Background:** Most industrialized countries are faced with a growing population of patients with chronic diseases and multimorbidity. Evidence performance gaps have been recognized in the treatment of this vulnerable patient group. In England, the Quality and Outcomes Framework (QOF) – based on incentivized quality indicators – has been established to narrow the gap. However, the impact on the quality of medical documentation has only been assessed retrospectively.

**Objective:** The aim of the study was to obtain baseline data from a health care system based on a fee-for-service reimbursement without incentives for structured medical documentation. We evaluated to what extent clinical data, extracted from electronic medical records of Swiss general practitioners, can be used as quality indicators in terms of a Swiss Quality and Outcomes Framework (SQOF) for diabetes care adopted from the QOF of the United Kingdom National Health Service (NHS).

FC1

**Methods:** We searched the FIRE database (Family medicine ICPC-Research using Electronic medical records) for patients suffering from diabetes type 1 or type 2. Eligible data were matched with the diabetes indicator set of the NHS QOF and compared with the results in England.

**Results:** Eleven out of 17 diabetes indicators could be adopted for the SQOF. 46 practices with 1,781 diabetes patients were included. The practices fulfilled the SQOF diabetes indicator set overall with 46.9% with highest compliance for blood pressure measurements (97.8% of all practices), lowest compliance for influenza immunization (45.7%). Our study practices showed higher variation across all indicators and between practices compared to England but lacking structured data limited calculation of scores and comparability.

**Conclusions:** Our results show that it is technically feasible to establish a diabetes QOF in Swiss primary care based on EMRs. However, a high amount of missing data made it impossible to evaluate the actual quality of care. As our data document the current routine of medical documentation in a health care setting free from any incentives for structured data capturing, we conclude that standards for electronic medical documentation and EMR use need to be set before a nationwide introduction of a QOF could succeed.

## Identifying and discouraging overuse in ambulatory care: the Swiss Less Is More Project

K. Selby<sup>1</sup>, J. M. Gaspoz<sup>2</sup>, A. Perrier<sup>2</sup>, C. Meier<sup>3</sup>, A. Zeller<sup>4</sup>, N. Rodondi<sup>5</sup>, S. Neuner-Jehle<sup>3</sup>, J. Cornuz<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Lausanne; <sup>2</sup>Genève; <sup>3</sup>Zürich; <sup>4</sup>Basel; <sup>5</sup>Berne)

**Background:** There is a growing movement in several countries to identify and list low-value healthcare activities so as to discourage their use, with the goal of reducing waste and avoiding harm to patients. In 2012, the Swiss Society for General Internal Medicine launched a process to create a list of activities to be avoided in Swiss primary

FC2

care. Given differences in practice patterns between countries and the potential controversies surrounding such a list, a transparent process was needed to adapt international lists to the local context.

**Methods:** A literature review of similar initiatives was performed to identify low-value healthcare lists in the US, UK et Australia. Recommendations with little relevance to ambulatory internal medicine were excluded. A panel of experts from throughout Switzerland participated in an online, modified Delphi process to rank international recommendations and propose additional low-value health care activities commonly performed in Switzerland.

**Results:** 1090 recommendations were identified. 932 recommendations were excluded because they were not relevant to primary care

**Table:** Top 10 recommendations based on frequency score, listed with agreement score from rounds 1 and 2, and the combined impact score from round 3.

Rank	Recommendation	Agreement Score (0-10)	Impact Score (96-288)	Frequency Score (32-96)
1	Do not obtain imaging studies in patients with non-specific low back pain	9.56	212	94
2	Do not prescribe antibiotics for uncomplicated upper respiratory tract infections (URIs)	9.40	201	92
3	Do not perform the Prostate Specific Antigen (PSA) test to screen for prostate cancer without a discussion of the risks and benefits	9.59	211	90
4	Do not perform lab testing in patients with a clinical diagnosis of an uncomplicated upper respiratory tract infection (URI)	9.03	168	87
5	Do not continue pharmacological treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD) with long-term acid suppression therapy without titrating to the lowest effective dose	9.50	196	82
6	Do not routinely prescribe antibiotics for acute mild-to-moderate sinusitis	9.50	186	81
7	Do not use antimicrobials to treat bacteriuria in immunocompetent older adults	9.16	180	80
8	Do not routinely obtain radiographic imaging for patients who meet diagnostic criteria for uncomplicated acute rhinosinusitis.	9.91	190	78
9	Do not obtain preoperative chest radiography in the absence of a clinical suspicion	9.26	168	77
10	Do not use dual-energy x-ray absorptiometry (DEXA) screening for osteoporosis in women younger than 65 or men younger than 70	9.16	169	72

Impact Score (range 96-288) = Frequency + Cost + Harms

and 91 were excluded because they were poorly substantiated or were recommendations of activities 'to do', leaving 38 unique recommendations relevant to ambulatory general internal medicine. 35 Swiss experts ranked items based on their agreement with each statement, and suggested 12 new recommendations using a modified Delphi process. The average agreement score of the 50 items was 8.52/10 (SD = 0.80). In a third round, the top 18 recommendations were re-ranked based on perceived frequency, costs and potential harms to

patients. To ensure that an initial 'do not do' list would have a potential large impact on primary care, the top 10 items based on frequency were identified (table).

**Conclusions:** Amongst Swiss experts, there is generally a high level of agreement with international recommendations to avoid low-value care. A score based on frequency, costs and potential harms can provide a transparent way to measure the potential impact of recommendations.

FC3

### How do family doctors treat subclinical hypothyroidism in Switzerland?

C. Baumgartner<sup>1</sup>, M. R. Blum<sup>1</sup>, W. P. J. den Elzer<sup>2</sup>, M. Coslovsky<sup>1</sup>, L. Herzig<sup>2</sup>, M. Schaufelberger<sup>1</sup>, D. M. Haller<sup>1</sup>, S. P. Mooijaart<sup>3</sup>, P. Frey<sup>1</sup>, T. Bischoff<sup>4</sup>, T. Rosemann<sup>5</sup>, J. Gussekloo<sup>2</sup>, N. Rodondi<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Bern; <sup>2</sup>Leiden; <sup>3</sup>Lausanne; <sup>4</sup>Genève; <sup>5</sup>Zürich)

**Introduction:** Given the controversy about the best management of subclinical hypothyroidism (SHypo), we aimed to assess the variation in treatment strategies depending on different Swiss regions and patient characteristics.

**Methods:** We performed a case-based survey among GPs in different Swiss regions, which consisted of eight hypothetical cases presenting a female patient with SHypo and non-specific complaints differing by age (70 vs. 85 years), vitality status (vital vs. vulnerable) and TSH concentration (6 vs. 15 mU/l).

**Results:** A total of 262 GPs participated in the survey (Zurich Region n = 114, Bern Region n = 81, French-speaking Region n = 67). During the past year, 246 (94%) reported having diagnosed SHypo in at least one patient. There were considerable variations in the starting dose of levothyroxine chosen by the GPs ranging from 25 µg to 100 µg, whereas the clinical guidelines from the Swiss Society of Endocrinology recommend a starting dose of 25 µg. Across the regions of Switzerland, GPs in the Zurich Region were significantly more inclined to start treatment (p = 0.036), with a mean treatment initiation of 60% and with higher starting doses (median 50 µg) compared with the Bern Region (52%, 25 µg) and the French-speaking Region (44%, 25 µg), showing a significant West to East trend in the decision to treat (p = 0.01). GPs were more reluctant to initiate treatment in 85-year-old than in 70-year-old women (pooled odds ratio [OR] = 0.77, [95% confidence interval [CI] = 0.63–0.94]), and more likely to treat women with a TSH of 15 mU/l than those with a TSH of 6 mU/l (OR = 8.71, [95% CI = 6.21–12.20]). Treatment strategies did not differ between male and female GPs (p = 0.52) and were not affected by the duration of the GP's clinical experience (p = 0.22).

**Conclusions:** There are important variations in treatment strategies of elderly patients with SHypo throughout the different Swiss regions, as well as application of higher starting doses than recommended in the Swiss guidelines. These variations reflect the current uncertainty regarding the benefits of treatment and emphasise the importance of ongoing clinical trials in order to obtain strong evidence-based treatment recommendations.

FC4

### Evidence-performance gap in primary care revisited in patients with diabetes

S. Djalali<sup>1</sup>, F. Mikulicic<sup>1</sup>, K. Woitzek<sup>1</sup>, C. Chmiel<sup>1</sup>, O. Senn<sup>1</sup>, T. Rosemann<sup>1</sup>, M. Vecellio<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Zürich)

**Objective:** Evidence-performance-gaps between guidelines and treatment of type 2 diabetes (T2DM) in daily practice have been reported, especially in primary care. We aimed to assess the potential gap comparing current treatment in primary care with guidelines and patients' characteristics from large clinical trials that guidelines are based on, namely UKPDS, ACCORD, ADVANCE, STENO-2 and VADT.

**Methods:** We undertook a cross-sectional study and extracted data on 541 patients with longterm T2DM (>6 months since initial diagnose) from a clinical information system of a general practitioner network in Switzerland.

**Results:** Our study population was comparable to patients in ACCORD, ADVANCE and VADT at baseline. Patients in UKPDS and STENO-2 differed in age and disease duration. HbA<sub>1c</sub>-levels (73%), LDL-level (2.6 mmol/l), systolic and diastolic (135/78 mm Hg) blood pressure were lower in our study than in the reference studies. 39.4% received an ACE-inhibitor, 41.6% statins and 41.4% aspirin.

**Conclusion:** Taking into consideration the results of recent large clinical trials indicating that very strict treatment goals are of no additional benefit, most patients in Swiss primary care would not benefit from a treatment intensification regarding HbA<sub>1c</sub>, blood pressure and cholesterol targets. Evidence-performance-gaps were observed mainly concerning the choice of first line medication.

FC5

### Primary health care in Switzerland: evolution of physicians' profile in twenty years

C. Cohidon<sup>1</sup>, J. Cornuz<sup>1</sup>, N. Senn<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Lausanne)

**Context:** According to the Organization for Economic Cooperation and Development, the Swiss healthcare system is one of the most effective in the world. Yet, as other occidental countries, it has to face the increase of chronic diseases frequency and its resulting cost, particularly for primary care (PC). However very few consistent data are available to describe PC features and its evolution over time.

**Objective:** Describe the evolution of Swiss PC physicians (PCPs) activities between 1993 and 2012.

**Design:** Two cross-sectional surveys carried out in 1993 and 2012; based on representative samples of 200 PCPs, interviewed by questionnaire.

**Results:** In 20 years, PCPs became more urban (defined as big city, suburbs and small town, 48% vs 34%, p >0.01), older (median age 56 vs 46, p <10<sup>-3</sup>) and feminized (7% vs 22%, p <10<sup>-3</sup>). Nowadays, they more often work in group practices (52% vs 28%, p <10<sup>-3</sup>) and are more involved in other paid activities, such as teaching or practice in a residential setting (66% vs 28%, p <10<sup>-3</sup>). The number of daily face-to-face contacts with patients decreased from 31 to 24 but the average length rose from 15 to 20 minutes (p <10<sup>-3</sup>). PCPs provide fewer pediatric and gynecological services but their activity remains globally unchanged in others domains. The frequency of meetings with other disciplines decreased significantly (e.g. once/month face-to-face meets with ambulatory specialists: 23% vs 78%, p <10<sup>-3</sup>). The involvement of PCPs in follow-up of chronic disease globally little differed. In 2012, PCPs are less involved in prevention and health education activities (69% vs 99%, p <10<sup>-3</sup>) than in 1993.

**Conclusion:** This study showed a substantial evolution of Swiss PC over the last twenty years in terms of socio-demographic, organizational and service provided. Main changes include: urbanization, lower diversity in services provided, fewer but longer consultations and lower involvement in preventive activities. These changes may have important implications for patients' management and will need to be considered for health planning purposes.

FC6

### Impact of interventions to promote primary care careers to medical students. A systematic review of the literature

J. Sommer<sup>1</sup>, E. Pfarrwaller<sup>1</sup>, H. Maisonneuve<sup>1</sup>, N. Junod<sup>1</sup>, M. Nendaz<sup>1</sup>, D. Haller<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Genève)

**Background:** Medical students still show little interest in primary care careers, contributing to the increasing shortage of primary care physicians. While many factors influence medical students' career choices, undergraduate teaching plays an important role in the promotion of primary care. The aim of our literature review is to identify and describe interventions in medical education that are effective in increasing the proportion of students choosing a primary care career.

**Methods:** A systematic literature search was undertaken using the following databases: MEDLINE/Pubmed, EMBASE, ERIC, PsycINFO, CINAHL, Dissertations&Theses A&I and the Cochrane Library. Papers published from January 1993 to July 2013 were considered. The studies were selected in a two-stage process by two independent researchers. Information was extracted using a pre-piloted coding sheet and included a detailed description of the interventions and data related to relevant outcomes. The quality of included studies was assessed independently by two authors.

**Results:** Sixty-four studies met the inclusion criteria and were available in full text. The majority of studies (61%) were from North America. Fifty-five percent described clerkships or other placements of short duration, and 36% described longitudinal programs or specific curricula for primary care or rural medicine. Only a minority of studies was considered of good methodological quality. Our preliminary analysis suggests that clerkships tend to have a positive immediate effect on students' attitudes towards primary care, but there is little data supporting long-term effectiveness. Longitudinal programs seem to be more effective,

and there is evidence that specific curricula or medical schools achieve their goals of a high output of primary care physicians, although this effect is difficult to differentiate from the effect of selective admission. The impact of interventions also depends on their quality. The final results will be presented at the conference, based on a few concrete examples of particularly innovative interventions.

**Conclusion:** In order to increase the number of medical students choosing a primary care career, we need to develop and implement longitudinal and high-quality learning experiences. These interventions should be evaluated using high-quality research methodologies measuring long-term outcomes.

FC7

**“Documeducation” – creating a videobook for teaching and learning family medicine with scenes from the documentary trilogy “Am Puls der Hausärzte” / “Du côté des médecins” / “At the Doctor’s Side”**

S. Gindrat<sup>1</sup>, B. Kissling<sup>1</sup>, P. Ryser<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Bern)

The documentary film trilogy “At the Doctor’s Side” by Sylviane Gindrat observes six family doctors with their patients in authentic everyday consultations. These 3 films visualize the Core Competencies and central characteristics of family medicine as described in the WONCA Europe definition. They show the personal attitudes of family doctors, how they communicate and build relationships with their patients and the depth of their knowledge and skills.

All 3 films were premiered at the WONCA World Conference 2013 in Prague. Over 800 participants from all around the world saw themselves portrayed as individuals and as family doctors. These documentaries have also been shown in Swiss cinemas and on Swiss and international TV. Doctors and patients, teachers and students, laypersons as well as politicians are each enthusiastic about these documentaries as advocacy for family medicine. Departments of family medicine worldwide want to show the films to their students and use them for educational purposes.

We are now exploring the possibility of creating a videobook as a multimedia educational tool for teaching family medicine. We call it “Documeducation” incorporating sequences from documentary films, spontaneous scenes from real life situations. This is in contrast with “Cinemeducation” which works with scenes from fictional films.

After having carefully examined the film material of the trilogy “At the Doctor’s Side” we think that it would be highly suitable for the teaching of how one constructs and conducts a consultation as well as teaching communication skills. It may be less suitable for the teaching of purely technical medical skills or about diseases.

In July 2014 we are running a symposium at the WONCA Europe Conference in Lisbon. We will co-present it with those responsible for teaching in Swiss Institutes of Family Medicine and in other countries. We are presenting a first draft of the videobook, with IT support from the EMH publishing house. In Lisbon we will discuss the idea of such a videobook, its feasibility, its usefulness and its value for the education of medical students but mainly of vocational trainees and their teachers in post-graduate education and also of experienced family doctors in their continuing education.

At the SwissFamilyDocs Conference we will present this innovative teaching tool and would like to continue discussions on a national level and also implement the ideas and experiences from the international WONCA symposium.

FC8

**On Perceptions and Expectations of Future GPs – an Analysis of Swiss Stakeholders’ Perspectives**

C. Jung<sup>1</sup>, P. Tschudi<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Basel)

**Objectives:** Results from the second qualitative study part of the SUK (Schweizerische Universitätskonferenz)-project P-10 “consolidation of education and research in primary care/family medicine” will be presented. In order to develop a curriculum for the education of primary care, we integrate the societal perspective: medical, political and societal stakeholders in Switzerland were interviewed in order to collect their points of view concerning the qualities of a future general practitioner (GP) and the challenges GPs will have to face in the future.

**Methods:** 15 semi-structured interviews with medical, political, and societal stakeholders in Switzerland were conducted (purposive sample), recorded and transcribed verbatim. Results were analysed by content analysis.

**Results:** Swiss stakeholders expect general practitioners to play a significant role in the Swiss health care system in the future. However, their profile of qualification will have to adjust to: a) societal and demographic changes (e.g. rural depopulation, ageing society) and b) to patients’ needs. As well, stakeholders expect a shift of future employment structures (preliminary results).

**Conclusion:** A purposive and adequate curriculum for future general practitioners has to integrate a societal perspective in order to be fully ready to meet society’s needs of tomorrow. Therefore it is crucial to investigate the perceptions of important stakeholders in the Swiss health care system and to check out in what way those perceptions can be met in a curriculum.

FC9

**Improved screening for dementia by the test of smell and palmomental reflex in patients with normal Mini-Mental State Examination and clock drawing test**

S. Streit<sup>1</sup>, A. Limacher<sup>1</sup>, A. Zeller<sup>2</sup>, A. Stuck<sup>1</sup>, M. Bürge<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Bern; <sup>2</sup>Basel)

**Background:** Due to an increasing prevalence of dementia different screening tools have been evaluated. Established are the Mini-Mental State Examination (MMSE) and the clock drawing test in primary care. However, the false negative rate is 10–15%. Test of smell and palmomental reflex (PMR) are two simple and practical tests done in 2 minutes. We aim to describe their diagnostic performance in patients with normal MMSE and clock drawing test.

**Methods:** We retrospectively analyzed patients at the Memory Clinic of the Geriatrics University of Bern from May 2009 to December 2012. Patients were admitted by general practitioners in case of a suspected dementia. Patients were asked and examined along a standard protocol in order to diagnose dementia according to DSM-IV TR criteria, by consensus of a neuropsychologist and a physician. Among different other tests, a twitch of the chin muscle elicited by brushing the thumb on the thenar was considered as a positive PMR. An abnormal test of smell was defined as not detecting coffee from a can of bean powder with closed eyes. We analyzed the diagnostic performance of an abnormal test of smell and/or pathologic PMR in detecting dementia in patients with normal MMSE (cut off  $\geq 27$ ) clock tests (cut off  $\geq 6$  points).

**Results:** Data from 621 patients were available. Every fourth patient had normal MMSE and clock drawing test results. However, among these 154 patients 17 (11.0%) were diagnosed with dementia. By adding test of smell and PMR, 12 of them would have been correctly identified if at least one test was abnormal (sensitivity 71%). On the other hand, 87 of 137 patients were safely classified as not being demented (specificity 64%). Additionally, among the 50 patients with false positive results, 19 (38%) suffered from mild cognitive impairment (MCI).

**Conclusion:** Patients with suspected dementia but normal conventional cognitive screening tests (MMSE and clock drawing tests) might benefit from additional work up with the PMR and test of smell. If confirmed by further studies, PMR and test of smell might be considered for routine additional screening in selected patients in the primary care setting.

FC10

**Hausarzt von Zahn bis Fuss – weshalb es sinnvoll ist, dass ein Hausarzt sich den oralen Gesundheitszustand des Patienten anschaut**

M. Rodella Sapia (Avegno)

**Hintergrund:** In den vergangenen zehn Jahren wurden zahlreiche Studien durchgeführt, die einen Zusammenhang zwischen schlechter Mundhygiene und diversen internistischen Krankheitsbildern wie kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes mellitus, pulmonalen Infekten, kognitivem Zustand und Unterernährung bei älteren Menschen erforscht haben.

Durch die Zunahme an fixem und an abnehmbarem Zahnersatz und der mit dem Alter sich verschlechternden Feinmotorik und Visus ist die Mundhygiene oft unzureichend. Infolgedessen kommt es zu einer Wechselwirkung zwischen dem Auftreten oraler Krankheiten und internistische Probleme, die sich gegenseitig beeinflussen und sich, direkt oder indirekt, auf den Allgemeinzustand des Patienten auswirken. Diese Arbeit soll dem Hausarzt darstellen, weshalb man den Patienten nicht von Kopf bis Fuss, sondern von *Zahn* bis Fuss untersuchen sollte. Es soll auf die Bedeutung der Mundhygiene der älteren Bevölkerung aufmerksam gemacht werden. Dadurch können einerseits gewisse internistische Krankheiten positiv beeinflusst, andererseits Komplikationen von oral hervorgerufenen Pathologien vorgebeugt werden.

**Methode:** In dieser Querschnittstudie wurden 64 Patienten im Alter von 61 und 96 Jahren (Durchschnittsalter 86,1 Jahre) in vier Altersheimen in der Region Locarno untersucht. Die Studie gliedert sich in zwei Teile: einem persönlichen Interview und einem oralen Status, bei dem die oralen Strukturen und die Zahnersatz begutachtet wurden.

**Resultat:** Die Prävalenz von Prothesenträgern lag bei 87,5%. Der Plaqueindex und somit der Hygienestatus der oralen Strukturen war bei 27% ungenügend. Die Prothesenreinigung erwies sich ebenfalls als mangelhaft. 70% der Patienten hatten eine «Okklusion» und somit



genügend Kauflächen, die Prävalenz instabiler Prothesen lag jedoch bei 74%. Instabiler Kauersatz führt oft zu schmerzhaften Druckpunkten, die zum Ablegen der Prothese führen. Demzufolge kommt es zu einer ungenügenden Nahrungszufuhr und einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes.

**Folgerung:** Die Inspektion der Mundhöhle und die Untersuchung der Stabilität von Prothesen kann problemlos vom Hausarzt in der Praxis oder im Altersheim durchgeführt werden. Der zuständige Zahnarzt kann mit wenig Aufwand den Tragekomfort durch eine Unterfütterung verbessern. Durch Basiswissen und eine engere Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Zahnarzt kann somit nicht nur zahnprothetischen Problemen, sondern auch internistischen Komplikationen vorgebeugt werden.

FC11

### On handling requests for assisted suicide in general practice – a qualitative study

I. Otte<sup>1</sup>, C. Jung<sup>1</sup>, K. Bally<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Basel)

**Background:** In Switzerland, assisted suicide (AS) has not been a prosecutable act for almost a century. In this setting, general practitioners (GPs) are often the first point of contact for patients seeking assisted suicide. They examine the patient's medical condition as well as the decision making capacity and the prescription of the lethal medication requires their participation. In our study GPs described the requests for AS often as a source of discomfort. In order to provide a competent handling of AS requests, we consider it to be important for GPs to reduce this feeling.

**Methods:** 23 face-to-face interviews with GPs chosen from a Switzerland-wide purposive sample. Analysis followed the principles of the constant comparative method.

**Results:** In total about two thirds of the participating GPs stated to reject requests for AS, because they experienced discomfort when addressed by patients. Participants stated personal, moral and professional concerns as a source for this experience. GPs mentioned to either try to prevent requests or to offer further extensive palliative treatments instead. A few of them reported to turn requests into a taboo even before the patient could address the subject.

**Conclusions:** Studies of dying patients have shown that about 50 percent favour the notion of an optional AS because it helps them to deal with their current situation. To provide best patient care it is therefore necessary to handle requests for AS in a professional and adequate way that also avoids discomfort for the addressed GPs. To improve the way of handling requests for AS and to reduce discomfort when being addressed with the topic, further training about the legal and ethical basis, prerequisites and the process itself could be useful.

FC12

### Cardiovascular prevention in adults who develop acute coronary syndrome

K. Selby<sup>1</sup>, D. Nanchen<sup>1</sup>, P. Marques-Vidal<sup>1</sup>, R. Auer<sup>1</sup>, B. Gencer<sup>2</sup>, L. Räber<sup>3</sup>, R. Klingenberg<sup>4</sup>, C. Schmied<sup>4</sup>, J. Cornuz<sup>1</sup>, P. Vogt<sup>1</sup>, P. Jüni<sup>3</sup>, C. Matter<sup>4</sup>, S. Windecker<sup>3</sup>, T. F. Lüscher<sup>4</sup>, F. Mach<sup>2</sup>, N. Rodondi<sup>3</sup> (<sup>1</sup>Lausanne; <sup>2</sup>Genève; <sup>3</sup>Bern; <sup>4</sup>Zürich)

**Introduction:** Guidelines for the primary prevention of cardiovascular disease (CVD) are based on the identification of high-risk patients who are most likely to benefit from medications such as aspirin and statins. Several cardiovascular risk calculators are used in Europe, but their ability to identify those who will develop CVD has not always been demonstrated in external validation cohorts. Furthermore, the implementation of primary prevention guidelines for statins and aspirin prescription is less well studied.

**Methods:** We collected cardiovascular risk factors and medication use for 3848 consecutive patients admitted with acute coronary syndrome (ACS) between 2009 and 2013 to four university hospitals in Switzerland. Use of aspirin and statins before hospitalization was stratified by risk level and compared with recommended use of European Society of Cardiology (ESC), American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) and Swiss Society for Atherosclerosis (AGLA) guidelines. 10-year cardiovascular mortality was computed using the European Systemic Coronary Risk Evaluation (SCORE) from the ESC guidelines; 10-year fatal and non-fatal risk of CVD using the ACC/AHA guidelines; and 10-year fatal and non-fatal risk of coronary heart disease using the PROCAM score adapted by the AGLA guidelines.

**Results:** 2810 (73%) patients had no previous history of CVD. Overall, 1150 (30%) were taking statins and 1278 (33%) aspirin before hospitalization for ACS. The additional proportion of patients in whom a statins would have been indicated reached 50% using ESC, 46% using ACC/AHA, and 38% using Swiss AGLA guidelines, out of which most were classified at high-risk. 771 (20%) had a 10-year CVD mortality risk

below 1% using ESC guidelines, 1091 (28%) had a 10-year CVD risk below 5% using ACC/AHA guidelines, and 1331 (35%) had a 10-year CHD risk below 10% with AGLA guidelines.

**Conclusions:** The use of statins and antiplatelet medications before hospitalization is low in patients presenting with ACS. This is in contrast with the large number of patients for whom a statins would have been recommended with full compliance to primary prevention guidelines, although one-fifth to a third are classified as low risk using risk calculators.

FC13

### Sex differences in the management of chest pain of cardiovascular origin in ambulatory care

C. Clair<sup>1</sup>, P. Vaucher<sup>2</sup>, T. De Francesco<sup>1</sup>, N. Jaunin-Stalder<sup>3</sup>, L. Herzog<sup>1</sup>, F. Verdon<sup>1</sup>, B. Favrat<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Lausanne; <sup>2</sup>Genève; <sup>3</sup>Cugy)

**Background:** Cardiovascular disease (CVD) is the main cause of death worldwide and despite a higher prevalence in men, mortality from CVD is higher among women. Few studies have assessed sex differences in chest pain management in ambulatory care. The objective of this study is to assess sex differences in the management of chest pain of cardiovascular origin in ambulatory care.

**Methods:** We used data from a cohort study. Consecutive patients with a complaint of chest pain attending a primary care practice (58 primary care physicians (PCPs)) or a University ambulatory care clinic (5 residents) were included. The diagnosis of disease that could have caused chest pain was ascertained by an independent expert panel at 12 months. The proportion of patients with chest pain of cardiovascular origin who underwent an ergometry, a coronarography, or was referred to a cardiologist was the outcome of interest for these analyses.

**Results:** In total, 672 participants were included (52.5% women); their mean age was 55.2 years old. The prevalence of chest pain of cardiovascular origin (n = 107, 16%) was similar for men and women (17.2% vs. 14.8%, p = 0.39). Women with cardiovascular chest pain were 4 times less likely to be referred to a cardiologist (11.5% vs. 54.5%) (p < 0.001). Similarly women were less likely to have an ergometry (3.9% vs. 25.5%, p = 0.002) or a coronarography ordered (5.8% vs. 18.2%, p = 0.05). After adjustment for age and CVD risk factors, compared with men, women were highly less likely to be referred to a cardiologist (OR 0.12, 95% CI 0.04–0.35), to have an ergometry (OR 0.15, 95% CI 0.03–0.74) and to have a coronarography (OR 0.32, 95% CI 0.08–1.27).

**Conclusions:** Although the same proportion of women and men present with a chest pain of cardiovascular origin in ambulatory care, a strong sex bias exists in their management. Such a bias could be prevented through better evaluation and management of women with chest pain by PCPs, which might decrease women's cardiovascular mortality.

FC14

### Use of email communication between patients and primary care physicians

J. Dash<sup>1</sup>, J. Sommer<sup>1</sup>, A. Rieder<sup>1</sup>, D. Haller<sup>1</sup>, N. Junod Perron<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Genève)

**Purpose:** Email is commonly used by the general population but less is known about email communication between patients and physicians. The aim of the study was to explore the use of email communication between patients and primary care physicians.

**Methods:** A postal questionnaire was sent to all primary care physicians (general internists, general practitioners, paediatricians) working in Geneva canton. It included 22 items. Main outcome measures were frequency, advantages, disadvantages and modalities of email use.

**Results:** 411 questionnaires were returned and 371 completed (58%). 71.4% of doctors exchanged their email ids with their patients, most of them (61%) use it with less than 25% of their patients. Physicians over fifty years of age are less susceptible to exchange email with their patients (Odds ratio 0.29 and 0.25).

The major subject matters of communication included answering patients' questions (82%) and changing the appointment (72%). The main reasons for using email communication were to reassure patients (49%) and to avoid additional consultation (44%). The main advantage was a better relationship between the doctor and the patient (48%). 62% physicians never charged any email communication. 8 to 21% discussed the framework of email communication (number, content, answer delay) and 22% addressed the issue of confidentiality. The disadvantages included the misuse of email (32%), interference in private life (32%) and absence of charge (30%).

**Conclusion:** Email communication with patients is widely used by primary care physicians in order to save time and improve the relationship. More attention should be paid to discussing the modalities of use (indications, confidentiality, fees).

FC15

**Schweizer Hausärzte und Krankschreibung: eine Befragung zu Problemen und Wünschen**

S. Kedzia<sup>1</sup>, W. E. de Boer<sup>1</sup>, P. Tschudi<sup>1</sup>, T. Rosemann<sup>2</sup>, P. Frey<sup>3</sup>, J. Sommer<sup>4</sup>, L. Herzig<sup>5</sup>, R. Kunz<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Basel; <sup>2</sup>Zürich; <sup>3</sup>Bern; <sup>4</sup>Genève; <sup>5</sup>Lausanne)

**Einleitung:** International berichten Hausärzte über Schwierigkeiten bei der Einschätzung von Dauer und Ausmass von Krankschreibungen und bei der Konfliktlösung mit Patienten. Aus der Schweiz gibt es keine empirischen Daten, aber Hinweise, dass die Ausstellung von Arztzeugnissen die Schweizer Hausärzte vor Herausforderungen stellt.

**Zielsetzung der Studie:** Wir haben eine Erhebung durchgeführt, wie häufig Schweizer Hausärzte Arztzeugnisse ausstellen, welche Schwierigkeiten sie dabei erfahren, welche Ausbildung sie zum Thema erhalten haben und welche Unterstützung sie sich wünschen.

**Methodik:** Wir führten eine anonyme Fragebogenerhebung unter deutsch- und französischsprachigen Hausärzten durch.

Der Fragebogen basiert auf einem schwedischen Fragebogen und enthält 64 geschlossene und offene Fragen, sowie drei Freitextantworten.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse aus der deutschsprachigen Schweiz liegen vor (Rücklauf 365/679: 54%), die Befragung der französischsprachigen Hausärzte läuft noch. Am Kongress präsentieren wir die gesamten Ergebnisse.

Mindestens ein Arztzeugnis pro Woche stellten 97% der Hausärzte (356/365) aus, 12% mehr als 20 Arztzeugnisse pro Woche.

Schwierigkeiten im Umgang mit Arztzeugnissen erlebten 33% wöchentlich. Uneinigkeiten mit Patienten wegen Arztzeugnissen erfuhren 46% als herausfordernd. Konflikte gab es vor allem, wenn arbeitsplatzbezogene (56%) oder familiäre (21%) Probleme den Wunsch nach einem Arztzeugnis motivierten. So definierten 74% die Ausstellung eines Arztzeugnisses als Verhandlung zwischen Arzt und Patient. Formale Ausbildung zum Arztzeugnis haben 44% im Laufe ihrer Ausbildung erhalten, jedoch stimmten 99% der Aussage «learning by doing» zu. Training im Umgang mit Arztzeugnissen favorisierten 55%, gefolgt von Konfliktmanagement (33%) und Diskussion der strittigen Fälle mit Kollegen (36%).

**Schlussfolgerung:** Die grosse Mehrheit (67%) der Schweizer Hausärzte hatte keine Schwierigkeiten bei der Ausstellung von Arztunfähigkeitszeugnissen. Es gilt nun genauer hinzuschauen, wie oft und in welchen Bereichen die 33% Hausärzte, die «Probleme mit dem AUF-Zeugnis» angegeben haben, tatsächlich ihre Belastungen hatten, um gezielt Unterstützung anzubieten.

FC16

**Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegekräften in der hausärztlichen Palliativbetreuung. Herausforderungen und Massnahmen.**

B. Liebig<sup>1</sup>, V. Alvarado<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Olten)

Einen wichtigen Faktor der Qualität hausärztlicher Versorgung am Lebensende stellt eine gelungene Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegekräften dar. Über die Herausforderungen der Kooperation zwischen diesen beiden zentralen Berufsgruppen in der palliativen Grundversorgung ist jedoch erst wenig bekannt. Dieser Beitrag thematisiert die Herausforderungen der Kooperation von Hausärzten/innen mit Pflegekräften in der hausärztlichen Betreuung am Lebensende. Welche Quellen lassen sich für Störungen der interprofessionellen Kooperation erkennen – und was sind deren Ursachen? Unter welchen spezifischen Rahmenbedingungen treten Beeinträchtigungen der Zusammenarbeit auf, wie gehen Hausärzte/innen damit um und welche Folgen haben unbewältigte Störungen der Kooperation? Auf der Grundlage der Resultate werden Empfehlungen zur Bearbeitung der Herausforderungen interprofessioneller Zusammenarbeit vorgestellt.

Grundlage der Resultate bilden empirische Daten aus dem Projekt «Entscheidungsfindung in der hausärztlichen Betreuung am Lebensende» (Nationales Forschungsprogramm «Lebensende» (NFP 67)). Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe von Fokusgruppen mit rund 60 Hausärzten/innen in drei Kantonen verschiedenen Sprachregionen der Schweiz (Luzern, Waadt und Tessin). Die Interpretation des qualitativen Datenmaterials erfolgte mit analytischen Verfahren in Anlehnung an die «Grounded Theory» (Glaser/Strauss). Die Studie zeigt, dass Hausärzte/innen in der hausärztlichen Palliativbetreuung verschiedene Störungen in der Kooperation mit Pflegefachkräften wahrnehmen. Neben arbeitsorganisatorischen Aspekten (z.B. häufige Personalwechsel) lassen sich u.a. unterschiedliche Erwartungen an die Zusammenarbeit, Kommunikationsprobleme, Unklarheiten in der Verantwortungsteilung sowie der Führungsrolle des Hausarztes/der Hausärztin als Herausforderungen identifizieren. Die Art der Beeinträchtigung von Kooperationsbeziehungen mit Pflegekräften erscheint überdies stark kontextabhängig; so zeigen die Resultate etwa, dass Hausärzte/innen in Pflegeheimen mit anderen Erschwernissen konfrontiert sind als im ambulanten Bereich.

Störungen der interprofessionellen Zusammenarbeit führen zu Konflikten zwischen den Leistungserbringern und stellen einen wichtigen Ansatzpunkt für Verbesserungen dar. Der Beitrag zeigt Massnahmen auf, wie sich Herausforderungen der Kooperation angehen lassen, sodass eine qualitativ hochstehende Betreuung am Lebensende gewährleistet werden kann.

## Abstracts SFD Conference 2014 – Posters

**Medizinischer Datenaustausch – wie gross ist die Akzeptanz in der Bevölkerung? Eine Befragung durch PizolCare anlässlich zweier Publikumsmessen 2013**

U. Keller (Sargans)

**Ausgangslage:** Für das Ärztenetz PizolCare hat die integrierte medizinische Versorgung der bald 50% bei ihr im Hausarztmodell MC-versicherten Bevölkerung oberste Priorität. Dies bedingt ein zeitgerechter Zugang zu den jeweils aktuellsten Gesundheitsdaten für die Netzmitglieder, was nur mittels elektronischer Krankengeschichte und dem entsprechend datenschutzsicheren Zugriff auf diese Daten möglich ist.

**Zielsetzung:** Es interessierte, wie gross die Akzeptanz des elektr. Datenaustauschs innerhalb eines Ärztenetzes bei der betroffenen Bevölkerung ist und wieweit eine Bereitschaft besteht sich als Versicherter auch finanziell zu beteiligen.

**Methode:** Anlässlich zweier Publikumsmessen 2013 wurden die Besucher zufällig aufgefordert einen Fragebogen mit 4 Fragen zum med. Datenaustausch auszufüllen. Bereits 2010 wurde 1 Frage davon exakt genau gleich gestellt und konnte damit verglichen werden.

**Resultate:** Es konnten 196 Fragebogen abgegeben und ausgewertet werden:

1. Frage: Wären Sie bereit Ihre Krankendaten auf Ihrer Versichertenkarte eintragen zu lassen?

P1

Resultat: Ja: 160, Nein: 19, zum Teil: 22, 65 würden dafür auch etwas bezahlen (nur 2 CHF 50, 56 CHF 20 der Rest weniger/nichts)

2. Benutzen Sie das Internet um über Ihre Gesundheit Genaueres zu erfahren?  
Resultat: Ja: 91, Nein: 104, zum Teil: 49

3. Soll PizolCare ein eigenes App/Homepageseite einrichten mit der Möglichkeit eigene Gesundheitsdaten aber auch Infos über Gesundheitsthemen abzurufen?  
Resultat: Ja: 131, Nein: 31, zum Teil: 25

4. Gewisse Arztpraxen werden im PizolCare-Gesundheitsnetz in Zukunft intensiver zusammenarbeiten. Wären Sie einverstanden, dass im Falle der Abwesenheit Ihrer/s Hausarztes/-ärztin der vertretende Arzt oder Notfallarzt mit Ihrem Einverständnis auf die Daten Ihrer Krankenakte zugreifen könnte?  
Resultat (in Klammer Antworten 2009): Ja: 169 (148), Nein: 15 (20)

**Diskussion:** Die Akzeptanz der Eintragung von medizinischen Daten auf die Versichertenkarte und der mit Einverständnis gewährte gemeinsame Zugriff auf die eigene Krankenakte ist mit 82–86% sehr hoch, weniger als 10% der zufällig unausgewählten befragten Erwachsenen waren klar dagegen. Im Verlaufe der letzten 3 Jahre hat sich der Anteil der Akzeptanz nicht verändert. Allerdings wären nur 30% der Befragten bereit max. CHF 20.00/Jahr für die Aktualisierung der Versichertenkarte zu bezahlen. Nur 50% der Befragten sucht klar im Internet nach Antworten auf eigene Gesundheitsfragen.

P2

### Can Facebook be used in distance learning for residents in general medicine? A qualitative study based on semi-structured interviews

H. Maisonneuve<sup>1</sup>, J. Chambe<sup>2</sup>, F. Rougerie<sup>2</sup>, T. Pelaccia<sup>2</sup>  
(<sup>1</sup>Genève; <sup>2</sup>Strasbourg)

**Background:** Blended learning environments – involving both face-to-face and remote interactions – allow learning programs to be adapted to residents' location constraints and to the low instructor-student ratio. Social networking sites, while not originally intended to be used as learning environments, may be adapted as platforms for the distance-learning part of a training program. The purpose of our study was to explore the use of Facebook in this type of learning environment, as well as its influence on learners' face-to-face interactions.

**Methods:** We carried out a qualitative study through semi-structured interviews with eight residents, after sampling our population for maximal variation. A thematic analysis of their verbatim accounts was then carried out.

**Results:** The concepts of instrumental genesis, social appropriation, self-determination and cognitive engagement explain how the social integration of Facebook facilitates the cognitive engagement of learners in their learning environment and stimulates students' interactions and group cohesion when members meet.

**Conclusions:** The use of Facebook by residents in general medicine within the framework of a face-to-face learning program in a blended learning environment seems effective. In particular, using the social network has a positive impact on cognitive engagement in student learning and involvement in discussions during face-to-face instruction. Further studies are needed in order to evaluate the appropriation of this tool by instructors.

P3

### Implementation of a continuous Primary Care monitoring tool in Switzerland

S. T. Ebert<sup>1</sup>, V. Pittet<sup>1</sup>, J. Cornuz<sup>1</sup>, N. Senn<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Lausanne)

**Context:** The SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring) program was launched by a primary care (PC) research institution in order to develop a monitoring tool composed of indicators to describe the performance and effectiveness of the Swiss PC system. 255 indicators were developed through two rounds of RAND process within the SPAM theoretical framework. Facing 255 primary indicators, a representative choice of priority indicators is needed, permitting regular evaluations (1–2 years).

**Objective:** Select priority indicators and review data sources for implementing the continuous monitoring of PC

**Design:** Priority indicators selection by a panel of 19 experts (major PC stakeholders) via a web-based survey. 29 coherent groups of indicators ( $n_{\text{total}} = 255$ ) assessed along two criteria: individual importance (1 "essential" – 5 "not very important") and hierarchical priority rating. Final selection based on medians and Interquartile range. Systematic review of existing data sources and their qualitative assessment (poor/expert opinion – high/peer-reviewed).

**Results:** A total of 94 indicators were chosen by the experts (Median rating = 2, median IQR = 1) and finally 55 priority indicators were selected, representing 24% of the entire set of SPAM indicators approximately proportionate to the total number of primary indicators by section. The following PC sections were covered: accessibility, workflow of resources, content of healthcare, health's status, consumers' satisfaction, equity. Retained Data sources for indicators are: QALICOPC survey:  $n = 23$  (42%), National statistics:  $n = 11$  (20%), PHAMEU study:  $n = 3$  (5.5%), other sources:  $n = 3$  (5.5%); prospective data collection through a representative sample of PC physicians (the SPAM network):  $n = 14$  (25%) and analysis of data provided by national health agencies:  $n = 1$  (2%). 94% of the data used are considered of high/good quality according to qualitative assessment (peer-reviewed, national prospective surveys, ...).

**Conclusion:** The continuous monitoring of the Swiss PC system's performance within the SPAM program is based on 55 priority indicators. The strengths of implementing such monitoring instrument are to make the best use of available data in combination with specific prospective data collection. Further challenges will be to regularly update indicators and to assess its validity and sensitivity-to-change over time.

P4

### When General Practitioners Don't Feel Appreciated by Their Patients – Longitudinal Effects on Well-Being and Work-Family Conflict

L. L. Meier<sup>1</sup>, P. Tschud<sup>2</sup>, C. Meier<sup>3</sup>, C. Dvock<sup>4</sup>, A. Zeller<sup>2</sup>  
(<sup>1</sup>Fribourg; <sup>2</sup>Basel; <sup>3</sup>Winterthur; <sup>4</sup>Vallorbe)

**Background:** Impaired well-being (e.g., burnout) and high work-family conflict are critical issues among general practitioners (GPs). The present research examined an understudied psychosocial risk factor of these outcomes, namely GPs' perception that they invest more in the relationship with their patients compared to what they receive in return (i.e., lack of reciprocity in the relationship with patients).

**Method:** Longitudinal study among 272 GPs (mean age 54.5 (SD = 8.3, range: 34–73), 73% male) in Switzerland between 2012 and 2013. Participants were recruited from an official database of Swiss GPs who are responsible to provide epidemiological data to the federal office of public health ( $n = 127$ ), from members of two Swiss cantonal associations of GPs ( $n = 115$ ), and by a public announcement of the study in a periodical for Swiss GPs ( $n = 30$ ). 270 participants completed the baseline survey, 252 completed the follow up survey (retention rate: 93%). Main outcomes and measures were burnout, sleep-problems, self-rated health, work-family conflict assessed by questionnaires.

**Results:** Strength and direction of prospective effects were tested using cross-lagged models. Controlling for other psychosocial stress factors (workload, patient demands, conflict), lack of reciprocity was related to an increase in emotional exhaustion ( $\beta = .17, p < .05$ ), sleep problems ( $\beta = .15, p < .05$ ) and work-family conflict ( $\beta = .19, p < .05$ ) and a decrease in self-perceived health ( $\beta = -.17, p < .05$ ). Effects on depersonalization were not significant. Regarding reversed effects of impaired well-being on lack of reciprocity, emotional exhaustion ( $\beta = .14, p < .10$ ) and subjective health ( $\beta = -.13, p < .05$ ) predicted subsequent level of lack of reciprocity.

**Conclusions:** Lack of reciprocity in the relationship with patients was significantly associated with a decrease in well-being and an increase in work-family conflict, hence, it is a risk factor for GPs' mental health.

P5

### Les crampes nocturnes idiopathiques des membres inférieurs: un axe thématique de recherche pour l'unité de médecine de premiers recours de l'université de Genève

H. Maisonneuve<sup>1</sup>, F. Rougerie<sup>2</sup>, P. Sebo<sup>1</sup>, B. Cerruti<sup>1</sup>, J. Chambe<sup>2</sup>, C. Granda<sup>2</sup>, C. Bodot<sup>2</sup>, L. Epifani<sup>2</sup>, E. Bigerel<sup>2</sup>, D. Haller<sup>1</sup>  
(<sup>1</sup>Genève; <sup>2</sup>Strasbourg)

Les crampes nocturnes idiopathiques des membres inférieurs (CIMI) sont fréquentes. Elles augmentent avec l'âge, altèrent le sommeil et la qualité de vie.

Leur physiopathologie n'est pas totalement comprise. L'épidémiologie est peu étudiée, en particulier en ce qui concerne les populations de soins de premier recours (SPR). Les facteurs favorisants sont mal connus. Il persiste beaucoup de questions sur les traitements.

Les CIMI sont ancrées dans le champ des SPR, elles intéressent peu les sciences fondamentales ou les spécialistes. Nous avons trouvé pertinent de les étudier en profondeur et d'en faire un axe thématique de recherche de l'unité de médecine de premiers recours.

En 2011, nous avons exploré la littérature sur leur physiopathologie.

Les crampes sont dues à des décharges de potentiels d'action provenant de la corne antérieure de la moelle. Le point de départ semble se situer dans la portion distale du motoneurone. L'étirement des mécanorécepteurs myo-tendineux soulage les crampes mais inhibe aussi leur génération.

En 2012, nous avons mené une étude de prévalence sur un échantillon de 516 patients consultant en cabinet de SPR. La prévalence des crampes était de 45% ( $n = 236$ ) mais leur fréquence plutôt basse, 14% des patients ( $n = 74$ ) souffraient de crampes plus d'une fois par semaine. 35% des patients ( $n = 180$ ) étaient réveillés par leurs CIMI.

En 2013, nous avons conduit une revue systématique de la littérature concernant l'efficacité d'un traitement par Magnésium. La qualité méthodologique des études était insuffisante. Il n'a pas été observé d'efficacité du traitement sur les CIMI, bien qu'un effet, quoique modeste, ne soit pas exclu chez les femmes enceintes.

Nous menons actuellement une étude cas/témoins évaluant l'effet de l'activité physique (objectif primaire), de la consommation de boissons alcoolisées ou de café (objectifs secondaires) sur les crampes. Une analyse préliminaire portant uniquement sur l'activité physique suggère un effet protecteur.



Nous sommes en train de développer un protocole de recherche afin d'évaluer les attentes des patients et les principales caractéristiques des CIMI dans le canton de Genève (population cible, fréquence, intensité, trouble du sommeil). Ceci nous permettra d'évaluer la faisabilité de deux essais cliniques contrôlés randomisés contre placebo:

l'un explorant l'efficacité d'un traitement par Magnésium en population générale;

l'autre explorant l'efficacité de manœuvres d'étirement standardisés.

P6

### Infektion mit Francisella tularensis: Ein Patient mit Stomatitis und neurologischen Symptomen

C. Edelmann<sup>1</sup>, D. Schmidt<sup>1</sup>, I. Good<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Walenstadt)

Die Tularämie ist eine durch das Bakterium Francisella tularensis verursachte Infektion. Die Zoonose wird in der Schweiz mit einer Inzidenz von 1/1 Million, aktuell ansteigend, über direkten Tierkontakt oder mittels Vektor auf den Menschen übertragen. Die Inkubationszeit beträgt 1 bis 14 Tage.

Wir berichten über einen bis anhin gesunden, sportlichen 51-jährigen Forstwart. In einem mehrwöchigen Zeitraum stellte er sich wiederholt bei uns vor mit anfänglich grippalen Symptomen sowie einer Stomatitis. Im weiteren Verlauf traten diffuse neurologische Symptome wie Hyperalgesie der Kopfhaut, Schwindel und Sensibilitätsstörungen auf. Klinisch zeigte sich ein diffuses neurologisches Bild mit linksseitiger Hyperreflexie, Hyperästhesie der Hand und des Gesichts, sowie Unsicherheit bei der Gleichgewichtsprüfung. Die Diagnosestellung mittels Serologie und die anschließende Einleitung der Therapie dauerten mehrere Wochen.

Neurologische Symptome und Stomatitis sind seltene Manifestationen dieser bereits schon sehr seltenen Erkrankung. Dies hat wesentlich zur verzögerten Diagnosestellung und Therapieeinleitung beigetragen. Anhand der atypischen Klinik diskutieren wir die verschiedenen klinischen Verlaufsformen, die Diagnostik und die Therapie der Tularämie.

Die Diagnose erfolgt mittels indirekten immunologischen und molekularen Methoden. Die Isolation des Erregers aus Sekreten oder Gewebeprobe ist schwierig und das Wachstum in einer Kultur kann mehrere Wochen dauern.

Die Behandlung besteht aus der antibiotischen Therapie mit einem Aminoglycosid bei schwerer Infektion. Bei leichteren Verlaufsformen werden Doxycyclin oder Ciprofloxacin eingesetzt. Unter antibiotischer Therapie mit Doxycyclin kam es bei unserem Patienten rasch zu einer vollständigen Regredienz der Symptome. Bei adäquater Therapie beträgt die Mortalität 2%, bei unbehandelten Patienten kann sie bis auf 60% ansteigen.

P7

### Analyse rétrospective des données de prescription et de remise de paracétamol à la Pharmacie de la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne

S. Du Pasquier<sup>1</sup>, E. Oberson<sup>1</sup>, A. Niquille<sup>1</sup>, M. Schneider<sup>1</sup>, O. Bugnon<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Lausanne)

**Introduction:** Le paracétamol est un antalgique et antipyrétique largement prescrit. Cependant, le dépassement de la dose journalière maximale peut résulter en des atteintes hépatiques parfois sévères. Bien qu'il n'existe pas de consensus concernant l'ajustement exact de la dose quotidienne maximale chez des patients à risques de surdosage, des mises en garde s'appliquent à la prescription de paracétamol à certains patients (souffrant d'hépatites, alcooliques, recevant des médicaments hépatotoxiques ou inducteurs enzymatiques). Cette étude a pour but de caractériser les prescriptions de paracétamol remises à la Pharmacie de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU), en termes de doses et quantités remises, de facteurs de risque de surdosage et de co-prescription d'analgésiques. Une étude de cas approfondie complète cette analyse transversale.

**Méthode:** L'étude, rétrospective, porte sur l'ensemble des patients âgés de plus de 18 ans résidant en Suisse, à qui a été remis au moins un médicament sur prescription médicale à la Pharmacie de la PMU en 2013. Les données extraites du système d'exploitation de la Pharmacie ont été traitées avec Excel™.

**Résultats:** 20,5% des prescriptions remises à la Pharmacie de la PMU en 2013 ( $n_{\text{tot}} = 23\,774$ ) concernaient du paracétamol, le plus souvent au dosage de 1g [83,7% des emballages remis ( $n_{\text{tot}} = 5281$ )]. Ainsi, 40,5% des patients fréquentant la Pharmacie ( $n_{\text{tot}} = 6253$ ) ont reçu ce principe actif au moins une fois. Leur âge moyen est de 41,1 ans ( $SD = 17,3$ ) et 9,8% sont âgés de plus de 65 ans. La présence de facteurs de risque identifiés sur la base des co-médications a été détectée chez 2,5% des patients à qui du paracétamol est prescrit. Parmi ces patients, 42,2%

reçoivent un ou plusieurs médicaments hépatotoxiques, 23,4% reçoivent des médicaments suggérant un problème lié à l'alcool, 12,5% reçoivent un ou plusieurs inducteurs enzymatiques, 7,8% des médicaments traitent les hépatites, et 14,1% cumulent des médicaments de différents groupes. Par ailleurs, 47,1% des prescriptions de paracétamol contiennent également un autre analgésique [AINS (72,3%), opioïdes (13,4%), AINS et opioïdes (14,3%)].

**Conclusion:** Alors qu'environ 40% des patients ont reçu du paracétamol, 2,5% apparaissent à risque de surdosage pour cause de co-morbidités ou co-médications. L'étude de cas actuellement en cours permettra de mieux qualifier ces risques et de décrire les pratiques de validation et de remise à la Pharmacie de la PMU dans ces cas particuliers.

P8

### On shortcomings and potential risks in drafting advance directives– the perspective of Swiss GPs

C. Jung<sup>1</sup>, I. Otte<sup>1</sup>, H. Gudat<sup>2</sup>, H. R. Banderet<sup>1</sup>, B. Elger<sup>1</sup>, E. Zemp<sup>1</sup>, T. Rosemann<sup>3</sup>, B. Liebig<sup>4</sup>, P. Tschudi<sup>1</sup>, D. Haller-Hester<sup>5</sup>, K. Bally<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Basel; <sup>2</sup>Arlesheim; <sup>3</sup>Zürich; <sup>4</sup>Olten; <sup>5</sup>Genève)

**Objectives:** Advance directives (ADs) became legally binding in Switzerland at the beginning of 2013. However, little is known about the key factors that are forming the process of writing an AD. Also possible shortcomings based on the drafting procedure are not yet explored. The goal of our study is a better understanding of the drafting process of an AD in practice as well as of possible related shortcomings.

**Methods:** Results from our SNF-project "conditions and quality in end-of-life care – the role of GPs" will be presented. 23 semi-structured interviews with physicians from all regions in Switzerland were conducted (purposive sample). Results were analysed using content analysis.

**Results:** Our results show that ADs are (a) mainly created by using templates available from different organisations; (b) the filling in process itself is often done by the patient at home without the GP and (c) interviewees reported negative effects such as that the forms are too hypothetical to cover all important aspects and offer space for misinterpretation. Since we especially noted (d) an increasing use of very short forms for ADs, the risk of general errors in treatment due these ADs may increase too.

**Conclusion:** The raising number of patients asking for ADs in general practice will need ethical and well-grounded guidance in drafting an AD. Therefore, a transfer of knowledge about mentioned potential adverse effects is essential.

P9

### Berufszufriedenheit von Schweizer Hausärzten mit und ohne Fähigkeitsausweis Homöopathie SVHA/SIWF

M. Frei-Erb<sup>1</sup>, K. von Ammon<sup>1</sup>, M. Heri<sup>1</sup>, B. Spring<sup>1</sup>, L. Torchetti<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Bern)

**Hintergrund:** Zur Berufszufriedenheit von Hausärzten gibt es zahlreiche Studien, die unter anderem zeigen, dass ein direkter Zusammenhang zwischen Behandlungsqualität und Gesundheitskosten besteht. In einer in Deutschland 2011 durchgeführten Untersuchung von Joos et al. ergaben sich Hinweise, dass Allgemeinmediziner, welche eine positive Einstellung zu komplementären Behandlungsmethoden haben und eine solche Methode auch selber ausüben, eine höhere Berufszufriedenheit aufweisen. Für die Schweiz existiert keine entsprechende Untersuchung.

**Methode:** Die Messung der Berufszufriedenheit erfolgte durch den von Bovier und Perneger 2003 in Genf validierten Fragebogen. Anhand von 17 Fragen werden die fünf Aspekte Patientenversorgung, Arbeitsbelastung, Einkommen/soziales Ansehen, persönlicher Gewinn und Beziehung zu KollegInnen evaluiert. Die Befragung erfolgte schriftlich bei den Teilnehmern der SwissFamilyDocs Conference in Bern 2013 ( $n = 143$ ) und via Onlinefragebogen bei Trägern des Fähigkeitsausweises Homöopathie SVHA ( $n = 125$ ).

**Resultate:** Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht in der übergeordneten allgemeinen Berufszufriedenheit, jedoch kommt es bei 6 der 17 Antworten zu signifikanten Unterschieden. Höhere Zufriedenheitswerte ergaben sich für die Hausärzten mit Fähigkeitsausweis Homöopathie bei der Beziehung zu den betreuten Patienten, der Arbeitsbelastung und der Zeit für Familie, Freunde und Freizeitaktivität. Tiefere Zufriedenheitswerte zeigten sich beim Einkommen, den Fortbildungsmöglichkeiten und bei der beruflichen Beziehung/dem Austausch mit Kollegen.

**Diskussion:** Hausärzte mit Zusatzqualifikation in Homöopathie arbeiten durchschnittlich ungefähr 10 h pro Woche weniger als Hausärzte in der Vergleichsgruppe. Es ist naheliegend, dass dies in der Umfrage einerseits dazu führte, dass die Zufriedenheit mit der Arbeitsbelastung und mit der Zeit für Familie, Freunde und Freizeitaktivitäten signifikant höher und andererseits die Zufriedenheit mit dem Einkommen signifikant

tiefer ausfällt. Die höchsten Zufriedenheitswerte ergaben sich für beide Gruppen bei der Beziehung zu den betreuten Patienten und bei der Beziehung zum nicht-ärztlichen Praxispersonal. Dagegen waren beide Gruppen am wenigsten zufrieden mit dem Aufwand für Verwaltungsarbeit und mit der Vergütung für die hausärztliche Tätigkeit. Diese Ergebnisse zeigen auf, wo sich die Berufszufriedenheit der Schweizer Hausärzte und damit indirekt auch die Behandlungsqualität weiter verbessern liesse.

#### P10 Etude observationnelle des prescriptions de médicaments allongeant l'intervalle QT à la Pharmacie de la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne

A. Niquille<sup>1</sup>, M. Roduit<sup>2</sup>, O. Michel<sup>1</sup>, S. Du Pasquier<sup>1</sup>, M. Schneider<sup>2</sup>, O. Bugnon<sup>2</sup> (<sup>1</sup>Lausanne; <sup>2</sup>Genève)

**Introduction:** De nombreux médicaments sont à risque de prolonger l'intervalle QT de l'onde cardiaque et, par conséquent, d'induire des torsades de pointe mortelles. Peu de données épidémiologiques concernant les modalités de prescription de ces molécules sont disponibles à ce jour. Cette étude a pour but de caractériser les prescriptions des principaux médicaments allongeant l'intervalle QT remis par la Pharmacie de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU), en termes de nombre de médicaments délivrés et de facteurs de risque identifiés, puis de décrire, par une étude de cas, l'attitude des pharmaciens qui valident ces ordonnances et des prescripteurs de ces traitements.

**Méthode:** L'étude rétrospective porte sur l'ensemble des patients âgés de plus de 18 ans et résidant en Suisse, pour qui au moins un médicament sur ordonnance a été délivré par la Pharmacie de la PMU en 2013. Les molécules à risque sont identifiées à l'aide de CredibleMeds, base de données recensant les molécules prolongeant l'intervalle QT. Les facteurs de risque évalués sont le sexe (femmes plus à risque), l'âge (>65 ans), la prescription concomitante de plusieurs médicaments prolongeant l'intervalle QT, d'inhibiteurs des cytochromes ralentissant leur métabolisme, de médicaments hypokaliémiants et de médicaments bradycardisants.

**Résultats:** 26,8% des patients ( $n_{\text{tot}} = 6250$ ) se sont vus prescrire un médicament à risque de prolonger l'intervalle QT. Parmi ces derniers, 51,8% étaient des femmes et 12,4% étaient âgés de plus de 65 ans. La proportion de patients exposés à 1 médicament à risque était de 26,7%, à 2 médicaments à risque de 20,8%, à 3 médicaments à risque de 5,9% et à  $\geq 4$  médicaments à risque de 3,3%. 21,2% des prescriptions ( $n_{\text{tot}} = 23855$ ) concernaient au moins un médicament à risque, et 10,9% des médicaments remis ( $n_{\text{tot}} = 73311$ ) étaient susceptibles de prolonger l'intervalle QT.

**Conclusion:** La prescription de médicaments allongeant l'intervalle QT est courante. Elle concerne plus d'un quart des patients de la Pharmacie de la PMU. L'analyse des résultats en cours permettra de déterminer la fréquence des prescriptions concomitantes et la prévalence des facteurs de risque. Enfin, une étude de cas permettra de détailler l'attitude des médecins et des pharmaciens lors de leur pratique de prescription et de remise.

#### P12 Frauen befürworten eher die Komplementärmedizin als Männer Die HoPla-Studie

S. Henzen<sup>1</sup>, P. Scheiwiler<sup>2</sup>, G. Stoffe<sup>3</sup>, D. Stoffe<sup>4</sup>, V. Sibalic<sup>5</sup> (<sup>1</sup>Sevelen; <sup>2</sup>Arnegg; <sup>3</sup>Winterthur; <sup>4</sup>Arbon; <sup>5</sup>St. Gallen)

**Einleitung:** In verschiedenen Umfragen wurde ermittelt, dass komplementärmedizinische Mittel bis zu 50% eingenommen werden und dass Frauen vor allem «natürliche» Produkte einnehmen. Wir wollten in unserer Umfrage analysieren wie die geschlechterspezifische Verteilung bei schulmedizinischen, phytotherapeutischen oder homöopathischen Heilmitteln aussieht.

**Methode:** Die Umfrage wurde in 5 schulmedizinisch tätigen Praxen durchgeführt. Dabei wurden 190 Patienten rekrutiert (103 Frauen und 87 Männer). Die Patienten wurden zu drei unterschiedlichen Krankheitsbildern befragt: Herzinfarkt (HI), Unruhiger Magen-Darm (IBS), Depression (DEP). Sie mussten auf einer Skala von 1 bis 10 (1 = fast nicht wirksam, 10 = stark wirksam) angeben, welche Medikamente sie sich verordnen lassen würden bei den oben genannten Erkrankungen: schulmedizinische, phytotherapeutisch, homöopathisch oder eine Kombination (KOM) dieser Heilmittel.

#### P11 Einheit der Diagnose und Vielheit der Therapien: Ergebnis haus- und kinderärztlicher Behandlung von Störungen der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität bei Kindern und Jugendlichen 10 Jahre nach Integration verschiedener Behandlungsoptionen

K. von Ammon<sup>1</sup>, S. Kretschmar<sup>2</sup>, H. Frej<sup>3</sup>, U. Sauter<sup>4</sup>, M. Frei-Erb<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Bern; <sup>2</sup>Zürich/Bern; <sup>3</sup>Laupen; <sup>4</sup>Biel/Bern)

Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität (ADHS/ADS) gehören zu den häufigsten neuropsychiatrischen Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen. Stimulantien haben einen hohen Stellenwert bei konventioneller multimodaler Behandlung und unerwünschte Auswirkungen, die nach anderen Therapieoptionen rufen.

Es interessiert das Behandlungsergebnis einer einheitlich rekrutierten mit AD(H)S diagnostizierten Kohorte unter verschiedenen Therapieformen.

Die Kinder, die nicht am Doppelblind-Versuch der Berner ADHS-Studie (Frei H 2005) teilnahmen, werden in 3 diagnostische Gruppen klassifiziert: (A) AD(H)S-Diagnose und homöopathische Therapie ( $n = 12$ ), (B) AD(H)S-Diagnose und vorwiegend andere Therapien ( $n = 13$ ), (C) nicht eindeutige AD(H)S-Diagnose und verschiedene Therapieformen ( $n = 14$ ). Der Behandlungsverlauf wird mit dem Conners' Global Index (CGI) und offenen Fragen per Fragebogen oder Telefoninterview dokumentiert und überwiegend deskriptiv ausgewertet.

Nach 10 Jahren gibt es CGI-Datensätze von 35/39 Personen (90%; 5 weiblich, 30 männlich). Die CGI-Differenz zwischen Diagnose (19,5, Bereich 14–28 Punkte) und Nachuntersuchung (8,7, 1–19) betrug für alle Patienten 10,8 Punkte (56%): in Gruppe A 61%, in den Gruppen B und C je 53%. Von den seit Rekrutierung einmal mit Methylphenidat (MPH,  $n = 22/39$ , 56%) behandelten Patienten waren 18 Patienten (82%), von den mit individueller Homöopathie Behandelten ( $n = 29/39$ , 75%) waren 17 Patienten (59%) im CGI mehr als 50% verbessert; je 7 Patienten bekamen beide Therapien. Bei 23/39 Patienten (60%) sind die MPH- oder homöopathische Therapie abgeschlossen. Zwölf (12) Patienten sind noch in Behandlung: 9 mit MPH, 2 mit Homöopathie und 1 Patient mit beiden Therapien. Bei je drei Patienten waren homöopathische oder MPH-Medikamente nicht genügend erfolgreich, ein Patient erhielt ein Antidepressivum. In Übereinstimmung mit den CGI-Werten bezeichnen 25/35 Patienten (80%) ihr Befinden als besser. Sieben (7) Patienten (20%) bezeichnen ihr Befinden als gleich, obwohl die Differenz zum Ausgangswert mehr als 9 (10–14) Punkte (ca. 50% Besserung) beträgt. Der aktuelle CGI-Wert ist bei 4 dieser Patienten grösser als 14 Punkte und zeigt die Behandlungsbedürftigkeit an. Je 3 dieser 7 Patienten hatten oder haben noch MPH-Therapie mit einer Besserung von derzeit 40%. Die individuelle homöopathische Behandlung des AD(H)S scheint qualitativ der Stimulantientherapie ebenbürtig zu sein und kann deren Nebenwirkungen vermeiden.

**Ergebnis:** Bei einem HI setzen Frauen und Männer vor allem auf die Schulmedizin. Es gibt keine signifikanten Unterschiede.

Aus Tabelle 1 und 2 zeigt sich, dass bei einem IBS und DEP vor allem Männer auf die Schulmedizin setzten, Frauen dagegen die pflanzliche und homöopathische Medikation bevorzugten. Die Unterschiede sind deutlich signifikant. Die Männer sind bei der KOM ebenfalls zurückhaltend. Frauen sind bei der Behandlung von IBS und DEP auch signifikant für eine kombinierte Behandlung offen.

**Diskussion:** Die Studie bestätigt eine statistische Auswertung des BAG von 2004, dass Frauen gegenüber Männern eine phytotherapeutische oder homöopathische Behandlung bevorzugen. Es hat sich diesbezüglich in der Schweiz in 10 Jahren nichts geändert. In der Geschichte der Phytotherapie findet man bereits bei den Römern die Beschreibung der heilkundigen Frauen. Das Wissen um die Heilkraft der Pflanzen wurde von diesen mündlich weitergegeben. Im Mittelalter wurden viele heilkundige Frauen als Hexen verbrannt, so dass viel Wissen verloren ging. Warum jedoch die Frauen weiterhin mehr der Phytotherapie und Homöopathie vertrauen als die Männer bleibt unklar. Setzen sich Frauen mit der wissenschaftlichen Literatur der Pflanzenheilkunde intensiver auseinander?



Wie möchten Sie sich gegen Nervösen Darm behandeln lassen? (1 = nein) (10 = unbedingt ja)		N	Mittelwert	Std. Deviation	Std. Error	(P-Wert) ANOVA
Mit Schulmedizinische Medikamenten	weiblich	103	5.6	3.0	0.3	0.048
	männlich	85	6.4	2.9	0.3	
	Total	188	5.9	3.0	0.2	
Mit Pflanzlichen Medikamenten	weiblich	105	7.1	2.9	0.3	0.014
	männlich	81	6.0	2.9	0.3	
	Total	186	6.6	2.9	0.2	
Mit Homöopathischen Medikamenten	weiblich	104	6.8	3.0	0.3	<0.001
	männlich	82	4.9	3.1	0.3	
	Total	186	6.0	3.1	0.2	
Mit Kombinationen aus Schul-, Pflanzlichen und Homöopathischen Medikamenten	weiblich	100	6.8	2.5	0.3	0.004
	männlich	83	5.6	2.9	0.3	
	Total	103	6.2	2.7	0.2	

Tabelle 1

Wie möchten Sie sich gegen Depressionen behandeln lassen? (1 = nein) (10 = unbedingt ja)		N	Mittelwert	Std. Deviation	Std. Error	(P-Wert) ANOVA
Mit Schulmedizinische Medikamenten	weiblich	101	6.2	3.2	0.3	0.436
	männlich	87	6.6	3.1	0.3	
	Total	188	6.4	3.1	0.2	
Mit Pflanzlichen Medikamenten	weiblich	103	6.4	3.0	0.3	0.005
	männlich	85	5.2	3.0	0.3	
	Total	188	5.9	3.0	0.2	
Mit Homöopathischen Medikamenten	weiblich	101	6.3	3.0	0.3	<0.001
	männlich	83	4.2	2.9	0.3	
	Total	184	5.4	3.1	0.2	
Mit Kombinationen aus Schul-, Pflanzlichen und Homöopathischen Medikamenten	weiblich	101	6.5	2.7	0.2	0.003
	männlich	82	5.2	3.1	0.3	
	Total	183	5.9	2.9	0.2	

Tabelle 2

P13 Table A

**Initiation of rivaroxaban anticoagulation for stroke prevention in patients with non-valvular atrial fibrillation at the primary care level in Switzerland**

R. Engelberger<sup>1</sup>, G. Noll<sup>2</sup>, D. Schmid<sup>3</sup>, B. Frei<sup>4</sup>, W. Kaiser<sup>5</sup>, N. Kucher<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Bern; <sup>2</sup>Zürich; <sup>3</sup>Basel; <sup>4</sup>Oberriet; <sup>5</sup>Steinhausen)

**Introduction:** Rivaroxaban is a novel anticoagulant treatment option for stroke prevention in patients with non-valvular atrial fibrillation (AF). Aim of the present study was to describe thromboembolic and bleeding risk factors, to assess physician and patient satisfaction and short-term complications in AF patients in whom rivaroxaban was initiated at the primary care level.

**Methods:** Prospective data collection with 3-month follow-up by 115 primary care physicians from 22 of 26 counties in Switzerland on AF patients with newly established rivaroxaban anticoagulation therapy. Non-interventional, observational survey (Swiss "Praxiserfahrungsbericht").

**Results:** A total of 537 consecutive patients (73 ± 11 years, 57% men) were analysed: 301 (56%) were switched from VKA to rivaroxaban (switch group) and 236 (44%) were vitamin-K-antagonist-naïve (VKA-naïve group). Overall, mean CHADS<sub>2</sub> and HAS-BLED scores were 2.2 ± 1.3 and 2.4 ± 1.1, respectively. The most frequent reasons to initiate rivaroxaban were absence of routine coagulation monitoring (68%) and once-daily treatment (58%). In the switch group, patient satisfaction increased from 3.56 ± 1.41 under VKA at baseline to 5.45 ± 0.79 points (P <0.001) at 3 months of rivaroxaban therapy (score ranging from 1 to 6 with higher scores indicating greater satisfaction). Overall physician satisfaction increased from 3.9 ± 1.3 to 5.4 ± 0.9 points (P <0.001). In the VKA-naïve group, both patient and physician satisfaction at 3 months follow-up was comparable to the switch group. During 3-month follow-up, 1 (0.19%, 95%CI, 0.01–1.03%) ischemic stroke and no systemic embolism occurred. Major non-fatal bleedings occurred in 2 (0.37%; 95% CI, 0.05–1.34%) and minor bleedings in 11 (2.05%; 95% CI, 1.03–3.64%) patients. Rivaroxaban was stopped in 30 (5.6%) patients; the most frequent reasons for stopping were side effects in 10 (1.9%) and successful conversion to sinus rhythm in 8 (1.5%).

**Conclusion:** At 3 months, initiation of anticoagulation therapy with rivaroxaban in patients with non-valvular AF at the primary care level was associated with high overall patient and physician satisfaction, low event rates, and a low discontinuation rate.

The study was supported by Bayer (Schweiz) AG.

The estimated effectiveness of herbal medications	Age (years)	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	(p-value) ANOVA
against myocardial infarction	<40	58	4.83	2.19	0.29	0.23
	40-60	74	4.16	2.22	0.26	
	>60	46	4.28	2.53	0.37	
	Total	178	4.41	2.30	0.17	
against irritable bowel syndrome	<40	60	6.62	2.40	0.31	0.004
	40-60	76	5.47	2.44	0.28	
	>60	44	5.14	2.49	0.38	
	Total	180	5.77	2.50	0.19	
against depression	<40	60	5.28	2.50	0.32	0.09
	40-60	75	4.79	2.48	0.29	
	>60	43	4.21	2.34	0.36	
	Total	178	4.82	2.47	0.19	

Table A shows the estimated effectiveness of HER. Significant reduction of age related scores have been observed in drugs against irritable bowel syndrome (p = 0.004).

Table B shows the estimated effectiveness of HOM. Statistical significant reduction in age-related efficacy estimation was shown in HOM against myocardial infarction (p = 0.05).

**Discussion:** It is not surprising that herbal drugs and more pronounced homeopathic drugs showed a lower drug-related and diagnosis-related efficacy estimation score than chemical drugs. We speculate that older-aged patients believe less in efficacy of complementary medicine because of sobering life span experience.

**Perspective:** Patients knowledge about the effectiveness of herbal medications should be further evaluated since they are known to be very effective against depression for example. If the study results can be confirmed by further patient interviews it would be interesting to know why older-aged people believe less in complementary medicine.

P14

**The young generation of patients seems to favor complementary medicine in Switzerland. The HoPla-Study**

V. Sibalic<sup>1</sup>, S. Henzen<sup>2</sup>, G. Stoffel<sup>3</sup>, D. Reuss<sup>4</sup>, G. Stoller<sup>1</sup>, P. Scheiwiler<sup>5</sup> (<sup>1</sup>St. Gallen; <sup>2</sup>Sevelen; <sup>3</sup>Winterthur; <sup>4</sup>Arbon; <sup>5</sup>Arnegg)

**Introduction:** Herbal (HER) and homeopathic medications (HOM) are commonly used. Many people purchase alternative drugs. Bad perceived health was associated with an increased use of HER. We hypothesized that long term use of complementary medications influences people's attitude towards complementary medications, either in a positive confirmatory or in a negative objective manner. The goal of this inquiry was to evaluate age-related patient opinion about the effectiveness of chemical medications (CEM), HEM and HOM in Primary care in Switzerland.

**Method:** 300 adult patients have been asked to participate the inquiry in five Swiss family practice offices. During two weeks 204 patients filled out the questionnaire. Patients were classified in three groups: <40: "young", 40–60: "middle-aged", >60: "older age".

**Study-questions:** Please state your opinion by giving a score from 1 to 10! (1 = "almost ineffective", 10 = "highly effective")

According to your estimation,

- How effective are
  - chemical
  - herbal
  - homeopathic medications against heart attack?
- How effective are
  - chemical
  - herbal
  - homeopathic medications against digestive disturbances?
- How effective are
  - chemical
  - herbal
  - homeopathic medications against depression?

**Results:** No age related differences were found between age groups in terms of estimated effectiveness of CEM.

Table B

The estimated effectiveness of Homeopathic medications	Age (years)	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	(p-value) ANOVA
against myocardial infarction	<40	58	4.50	2.41	0.32	0.05
	40-60	74	3.68	2.01	0.23	
	>60	44	3.52	2.48	0.37	
	Total	176	3.91	2.29	0.17	
against irritable bowel syndrome	<40	60	5.88	2.46	0.32	0.09
	40-60	77	5.06	2.82	0.32	
	>60	43	4.79	2.73	0.42	
	Total	180	5.27	2.70	0.20	
against depression	<40	60	5.13	2.53	0.33	0.10
	40-60	75	4.25	2.58	0.30	
	>60	42	4.26	2.55	0.39	
	Total	177	4.55	2.57	0.19	

P15

**Zufriedenheit der Bevölkerung mit der medizinischen Grundversorgung – eine Befragung an einer Publikumsmesse durch den PizolCare-Patientenbeirat**

U. Keller (Sargans)

**Ausgangslage:** Der PizolCare-Patientenbeirat gibt dem Ärztenetz PizolCare seit seiner Gründung Empfehlungen zu Entscheidungen im MC-Bereich und berät es aus Versicherten-Sicht. Anlässlich der regelmässig stattfindenden regionalen Publikumsmessen präsentiert sich jeweils auch der Patientenbeirat mit einem Stand. Während dem PizolCare-Gesundheitstag an der Wiga 2013 in Buchs SG konnten die Mitglieder des Patientenbeirates unselektionierte Besucher der Messe während 5 Stunden befragen.

**Zielsetzung:** Der Patientenbeirat wollte mit einfachen Mitteln und ohne Selektion herausfinden, wie zufrieden die Bevölkerung grundsätzlich mit ihrer medizinischen Versorgung ist.

**Methode:** Um dies herauszufinden wurden die Messebesucher aufgefordert sich mit Hilfe von «Klebeplakaten», welche auf einem vorbereiteten Smiley-Plakat angebracht werden konnte, zu äussern (s. Plakat). Da der Messeparcours obligat durch die Ausstellung des PizolCare-Gesundheitstages mit dem Stand des Patientenbeirates führte, mussten sämtliche Messebesucher/innen an diesem Stand vorbei, an dem Klebeplakate verteilt wurden. Die beiden Vertreter des Patientenbeirates verteilten diese an erwachsene Besucher/innen mit einer kurzen mündlichen Erklärung bzw. Aufforderung die Punkte entsprechend ihrer Meinung auf dem Plakat anzubringen. Sie erreichten so ca. jeden 8. Besucher.

**Resultate:** Es äusserten sich mittels Auftragen eines Klebeplaketes auf das Smiley-Plakat total 243 Besucher/innen: 201 sind sehr und 12 relativ zufrieden; 24 sind indifferent; 6 sind nicht oder weniger zufrieden.

**Diskussion:** Von ca. 2000 Besucher/-innen gaben 243 rein zufällig Ausgewählte ihre Meinung zur Zufriedenheit mit ihrer medizinischen Versorgung ab. 88% waren sehr oder relativ zufrieden und nur 2% äusserte sich negativ. Dies widerspiegelt auch in unserer Region mit einem Anteil von beinahe 50% im Hausarztmodell MC-Versicherten, die hohe Patientenzufriedenheit wie sie auch aus den Ergebnisse der jährlichen nationalen Patientenbefragung, letztmals 2012 hervorgeht (publiziert am 11.4.14 von anq: www.anq.ch/de/akutsomatik/akutsomatik-anq-hplus)



P16

**Wie praktizieren wir?**

**Zwei Untersuchungsmethoden im Vergleich**

L. Litschgi<sup>1</sup>, S. Meier<sup>1</sup>, K. Bally<sup>1</sup>, W. Langewitz<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Basel)

90% der gesundheitlichen Probleme, für die medizinische Hilfe beansprucht wird, werden in der Grundversorgung abschliessend gelöst. Die Versorgungsforschung wird also nicht umhin kommen, sich der Frage, wie Hausärzte und Patienten ihre Konsultationen führen, zuzuwenden. Diese Untersuchung widmet sich der Frage nach dem methodischen Zugang zu den spezifischen Arbeitsweisen, die in den Konsultationen angewendet werden. Sie dient als Vorbereitung für eine

umfassendere Darstellung der Art und Weise, wie wir praktizieren. Neben der uns geläufigen *formal analytischen Methodik*, die präzise definierte Parameter an einem Kollektiv untersucht, hat sich eine andersartige Untersuchungstechnik entwickelt. Ihr geht es darum, den alltäglichen konkreten Situationen in ihrer Vielfalt gerecht zu werden. Diese an den gegebenen Phänomenen sich orientierende wissenschaftliche Herangehensweise nennen wir die *situativ synthetische Methodik*. Sie führt uns hin zur *einzelnen* Konsultation als einem Begegnungsakt zweier einzigartiger Persönlichkeiten in einem je neu sich ergebenden Kontext. Im Unterschied dazu steht das Abstrahieren von der konkreten Situation mit Bezug auf die vordefinierten Kriterien in der analytischen Methodik. Der Vergleich

Formal analytisch	Situativ synthetisch	
Vordefiniertes, zählbares Vorkommnis	Kontextbezogenes persönliches Handeln	Methodisches
Definition eines erheblichen und relevanten Handlungsergebnisses	Nicht beeinflussender Zugang zu einer Situation finden (Feldstudie)	
Auszählen definierter Grössen in einem Kollektiv	Beschreibendes Verständnis der Handlungsabläufe in einer Situation	Ergebnisse
In den Videoaufnahmen nach dem psychosomatischen Lehrgang zeigen sich eine eindeutige Zunahme von Kommunikations-Elementen, die die Perspektive des Patienten ins Spiel bringen.	Jan überlässt seinen Patienten die Integration. Dazu räumt er ihnen ein Vielfaches an Rederecht ein, verdeutlicht die geäusserten Zusammenhänge und artikuliert sein Verständnis der erzählten Situationen.	
Die Schweizer Guidelines zum Cholesterinmanagement werden von Hausärzten in 44 % befolgt, in 56 % nicht	In den Konsultationen von Anselm gelten präventive Anliegen als Vorschriften, ähnlich den Verkehrsregeln. Deren Wichtigkeit will A wie P vom andern bestimmt haben. In der Verhandlung entscheidet das Argument: die Wichtigkeit von Prävention ist nicht spürbar.	
normativ	tutorial	



unter den Teilnehmern innerhalb des untersuchten Kollektivs führt mit der einen Methode zur Darstellung der Differenzen, der **Vielfalt** unseres Praktizierens und mit der andern Technik zeigen wir den Anteil des Einzelnen an einem gemeinsamen Nenner, seine **Einfalt**. Zwei Aufgaben der Grundversorgung, das Besprechen von Risikofaktoren und das Praktizieren von integrativer Medizin, dienen uns als Beispiele, um beide Methoden vergleichen zu können. «**Wie praktizieren wir?**» untersucht die Arbeitsweisen in den einzelnen Konsultationen von 12 Hausärzten nach der situativ synthetischen Methodik. Wie werden im Einzelfall und bei den verschiedenen Ärzten, das heisst in immer wieder anderen Konstellationen, die Aufgaben der Prävention und Integration in Zusammenarbeit von Arzt und Patient gelöst? Die so gefundenen Lösungen vergleichen wir mit Resultaten von zwei Untersuchungen in formal analytischer Methodik: Mit der Arbeit von Klaus Bally: «**Barriers to Swiss guideline-recommended Cholesterol management in general practice**», die sich der Erfassung von Risikofaktoren widmet, und der Untersuchung von Wolf Langewitz: «**Gesprächsverhalten vor und nach einem Lehrgang in psychosomatischer Medizin**» zur integrativen Medizin.

P17

### Exploration de l'enseignement prégradué de médecine de famille / médecine de premier recours: le point de vue de l'étudiant

C. Chung<sup>1</sup>, H. Maisonneuve<sup>1</sup>, E. Pfarrwaller<sup>1</sup>, J. Sommer<sup>1</sup>, A. Birchmeier<sup>2</sup>, L. Herzig<sup>2</sup>, T. Bishoff<sup>2</sup>, D. M. Haller<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Genève; <sup>2</sup>Lausanne)

**Introduction:** D'ici à 2030, 40% des consultations en médecine de premier recours (MPR) pourraient ne pas être assurées faute de médecins. Afin de maintenir des soins primaires efficaces, le nombre d'étudiants en médecine s'engageant dans une carrière en MPR doit augmenter. Dans ce but, il nous paraît important d'appréhender les facteurs qui participent au choix de carrière des étudiants et notamment d'évaluer l'influence de l'enseignement. Cette étude explore l'impact des enseignements de MPR sur l'image de la spécialité et le choix de carrière des étudiants.

**Méthode:** 560 étudiants en médecine de 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année (2013–2014) des facultés de Genève et Lausanne constituaient la population d'étude. Un questionnaire explorant l'identification des enseignements spécifiques de MPR et l'impact de ces enseignements sur l'image de la MPR, a été envoyé par e-mail. L'analyse était descriptive avec mesures d'associations (Chi carré).

**Résultats:** En raison d'un taux de réponse de 43% chez les 5<sup>e</sup> année, contre 19,6% chez les 6<sup>e</sup> année seules les données des 5<sup>e</sup> année sont analysées. A Lausanne, tous les enseignements coordonnés par les MPR de l'institut de médecine générale sont identifiés par les étudiants et l'impact de ces enseignements sur l'image de la MPR est positif. Seuls les cours dans lesquels la MPR est abordée par des spécialistes d'autres disciplines ont un impact négatif sur l'image. A Genève, une partie des cours coordonnés par les MPR (Unité de MPR & SMPR) n'est pas identifiée par les étudiants. Dans l'ensemble l'impact de ces cours sur l'image de la MPR est moins favorable qu'à Lausanne. Comme à Lausanne, les cours traitant de la MPR, mais donnés par des spécialistes d'autres disciplines, ont un impact négatif sur l'image de la MPR. Il semble ne pas y avoir d'association entre l'identification et l'impact des enseignements de MPR et le fait d'envisager la MPR comme choix de carrière ( $p = 0,18$ ).

**Conclusion:** Indépendamment du choix de carrière, l'enseignement de la MPR influence globalement positivement l'image de la MPR des étudiants. L'image de la MPR est influencée négativement par les enseignements donnés par les spécialistes d'autres disciplines! La valorisation de la MPR auprès des étudiants peut passer par une meilleure structuration du curriculum coordonné par les MPR et une amélioration de l'image que les spécialistes d'autres disciplines donnent de notre spécialité.

P18

### Physicians', nurses', physiotherapists' and midwives' attitudes towards complementary medicines in chronic pain syndromes: a survey at an academic hospital

P. Y. Rodondi<sup>1</sup>, B. Bauer<sup>2</sup>, E. Aveni<sup>1</sup>, G. Finti<sup>1</sup>, I. Décosterd<sup>1</sup>, Y. Bangala<sup>1</sup>, E. Bonvin<sup>1</sup>, P. Ballabeni<sup>1</sup>, A. S. Ramelet<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Lausanne; <sup>2</sup>Rochester)

**Background:** Chronic pain is a major health problem and scientific data is growing about complementary medicines (CM) for chronic pain. Few data are available about Swiss healthcare personal's attitude towards CM. In Switzerland as well as in the rest of Europe and in the United States, the use of CM has been increasing during the last decades. 52% of patients with chronic pain claim using CM.

**Methods:** A 32-item questionnaire was sent in October 2013 by email to all physicians, nurses, physiotherapists and midwives (N = 4926) of the university hospital of Lausanne, Switzerland. 1247 professionals answered the questionnaire (25.3%). More female doctors than men answered the questionnaire according to the whole sample (respondents (R): 49.6% vs non-respondents (NR): 42.9%;  $p = 0.044$ ), but sex representativity of the sample was good for other professions (nurses: 81.3% vs 80.4%,  $p = 0.573$ ; physiotherapists: 64.7% vs 70%,  $p = 0.493$ ; midwives: 95.1% vs 97.4%,  $p = 0.392$ ).

**Results:** 96.1% of respondents totally agreed or agreed that some CM modalities could be useful for the treatment of patients with chronic pain. If it was available at the university hospital, 95.1% would recommend a complementary medicine to a patient with chronic pain. 96.9% of respondents were very favourable or favourable to the introduction of some CM that have been proven efficient in the treatment of chronic pain in the university hospital, especially hypnosis, osteopathy and acupuncture. Female were more favourable than male (98.1% versus 93.4%;  $p < 0.001$ ). Nurses (98%) and midwives (100%) were more in favour of the introduction of CM at the university hospital than physicians (94.2%) ( $p < 0.001$ ). Male professionals initiated the discussion with the patient about CM less frequently than women (28.2% versus 37.3%;  $p = 0.011$ ). 63.4% of respondents thought they had not enough knowledge on CM.

**Conclusion:** Our results show that the majority of professionals in this study thought that some CM modalities should be offered to patients at the hospital and that they would recommend CM to them. With the documented reluctance of patients to disclose their use of CM, professionals must take a more active role in initiating discussions about CM. To our knowledge, it is the largest study about professionals' attitude towards CM at a university hospital. More studies are needed to study how CM could be integrated into usual care for chronic pain and how professionals' knowledge about CM could be increased.

P19

### Probleme der Pharmakotherapie in der Hausarztpraxis – ein E-Learning für Medizinstudierende

R. Ahrens<sup>1</sup>, A. Goeldlin<sup>1</sup>, U. Woermann<sup>1</sup>, K. Fattinger<sup>2</sup> (<sup>1</sup>Bern; <sup>2</sup>Schaffhausen)

**Hintergrund:** Fehler in der Pharmakotherapie sind häufig und betreffen wahrscheinlich etwa 2–10% aller Verschreibungen [1]. Direkt nach Abschluss des Studiums beschreibt sich nur eine Minderheit der jungen Ärzte als «kompetent zu Verordnen» [2].

Unser Ziel ist es, die Medizinstudierenden in Ergänzung zu den Vorlesungen optimal auf die klinische Tätigkeit des Medikaments Verordnens vorzubereiten. Bereits umgesetzt sind die beiden blended learning Module «Arzneimittelrezepte korrekt schreiben» [3] und «Polypharmazie im Alter» [4].

**E-Learning:** In Zusammenarbeit mit einer klinischen Pharmakologin (K.F.) und dem Institut für medizinische Lehre (IML) entwickelte das Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) ein E-Learning, das allen Medizinstudierenden im 6. SJ zugänglich ist. Das Lernmodul deckt wesentliche Bereiche des Verordnens im klinischen Alltag ab:

- Wie verordne ich
- während Schwangerschaft und Stillzeit
  - bei Niereninsuffizienz
  - bei Leberinsuffizienz
  - ein neues Medikament, wenn der Patient bereits andere Medikamente einnimmt (Interaktionen)?

Das Umsetzen des pharmakotherapeutischen Wissens wird mittels Multiple Choice Fragen und offenen Fragen geübt. Die Fallvignetten spielen in einer Allgemeinpraxis und decken häufige medizinische Fragestellungen ab. Dabei lernen die Studierenden auch, gängige Online-Datenbanken (Online-Compendium, Safetravel ...), konkret anzuwenden.

**Moderiertes Forum:** Parallel zum E-Learning ist ein moderiertes Forum aufgeschaltet, welches die Diskussion über fachliche Schwierigkeiten im E-Learning ermöglicht.

### Referenzen

- 1 Ross S, et al. What is the scale of prescribing errors committed by junior doctors? A systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2009;67(6):629–40.
- 2 Han WH, Maxwell SRJ. Are medical students adequately trained to prescribe at the point of graduation? Views of first year foundation doctors. *ScottMedJ*, 2006.
- 3 Schaufelberger M, et al. Arzneimittelrezepte korrekt schreiben – ein Trainingsmodul (nicht nur?) für Studierende. Poster Abstract Swiss Family Docs Kongress, Lausanne 2012. *Primary Care.* 2012(12): Nr.14, P5., 2012.
- 4 Göldlin A, et al. Blended Learning «Polypharmazie im Alter» im 4. Studienjahr Humanmedizin. Poster Abstract Swiss Family Docs Kongress, Bern 2013. *Primary Care.* 2013(13): Nr.14, P24, 2013.

P20

### Cultural Border Crossing in der Hausarztmedizin Ein Pilotprojekt zur Didaktik der Hausarztmedizin

A. Zeyer<sup>1</sup>, M. Schaufelberger<sup>2</sup> (<sup>1</sup>Zürich; <sup>2</sup>Bern)

Die Krise der Hausarztmedizin gefährdet das Gesundheitssystem der Schweiz und in anderen Ländern [1]. Die hier vorgestellte Pilotstudie ist Startpunkt eines Forschungsprojektes, das die Aspekte der geringen Berufsattraktivität und des Nachwuchsmangels als Ausdruck eines *cultural gap*, einer kulturellen Problematik deutet, welche die Studierenden daran hindert, sich während des Studiums in die Zielkultur hinein zu begeben (sog. fehlendes *Cultural Border Crossing* [2]).

100 Lehrärzte in einer vom Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM angebotenen Fortbildungsveranstaltung wurden aufgefordert, in Kleingruppen eine Flipchart mit wesentlichen Aspekten der beiden Kulturen zu entwickeln. Diese Flipcharts wurden im Plenum vorgestellt und eine Diskussion darüber lanciert. Das Datenmaterial wurde im Sinne eines *Grounded Theory Approach* codiert und zu grundlegenden Aussagen zusammengefasst.

Die Lehrärzte schätzten die kulturellen Unterschiede zwischen Hausarztmedizin und universitärer Medizin als gross ein. Die psychosozialen Merkmale der Universitätskultur wurden mit den Begriffen des hierarchisch geprägten, unpersönlichen Massenbetriebs charakterisiert, in dem der Patient nur kurzfristig verweilt. Im Unterschied dazu wurde der Praxisbetrieb als familiär, persönlich und teamorientiert beschrieben. Die Stakeholders der Universitätskultur mussten aus Sicht der Befragten über Ehrgeiz und Machtwillen und Dogmatismus verfügen. In der Hausarztkultur hingegen seien emotionale und soziale Kompetenzen, Intuition und Bereitschaft zur persönlichen Verantwortung wichtig. Die Universitätskultur wurde als theoretisch orientiert und von Spezialisierung und Wissenschaft geprägt charakterisiert. Die Praxiskultur wurde als ganzheitlich, praktisch, und anwendungsorientiert eingeschätzt.

Aus didaktischer Perspektive bestätigen diese Resultate die Vermutung eines deutlichen *cultural gap*. Aus didaktischer Perspektive suggeriert also bereits dieser Pilot deutliches Optimierungspotential für die Lehre.

#### Referenzen

- 1 SAMW, Die Hausarztmedizin (medizinische Grundversorgung) muss akademisch stärker verankert werden, S.A.d.M. Wissenschaften, Editor. 2012, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- 2 Aikenhead GS. Renegotiating the culture of school science. The contribution of research, in *Improving Science Education*, R. Millar, J. Leach, and J. Osborne, Editors. 2000, Open University Press: Philadelphia. p. 245–264.

P21

### ÉCOUTER LE SILENCE – une étude qualitative sur la communication de bad news

M. Rodella Sapia (Avegno)

**Background:** Lors de la communication d'un diagnostic ou de la mort d'une personne proche, le médecin se sent souvent mal à l'aise. Dans le cabinet médical, même la communication d'une maladie bénigne peut influencer la vie du patient. Pour cette raison il est indispensable que le médecin de famille soit à l'aise avec la communication d'une «bad news».

Il existe des protocoles qui peuvent aider à suivre une démarche pendant le colloque. Dans le cas d'un décès, celui plus utilisé est le protocole SPIKES. Il contient six points à suivre pour améliorer l'aptitude de communication et réussir à transmettre une «bad news»: le setting, la perception, l'invitation, knowledge ou la transmission de la «bad news» (faire connaître), l'empathie, le bilan et la stratégie à entreprendre.

**Méthodologie:** Cette étude qualitative (Focus Groupe et interview semi-structuré) à été réalisé avec trois mères qui ont perdu un enfant lors d'une maladie ou d'un accident. Le déroulement des rencontres suivait le protocole SPIKES et des aspects de l'étude de Schweizer et al, publié en 2007, qui focalise les ressources (sociales, psychologiques, professionnelles, autres enfants) dans l'élaboration d'un deuil lors de la perte d'un enfant.

**Résultats:** L'analyse du Focus Group et des interviews montre que l'élaboration du deuil est fortement influencée de la communication entre médecin et parent/patient. Les aspects plus importants sont le langage, la professionnalité, l'empathie et le sentiment d'être «important». Même si pendant l'élaboration du deuil les ressources principales sont les proches et des autres enfants, le rôle du médecin et son aptitude à communiquer restent indispensables.

**Conclusion:** Cette étude qualitative a souligné l'importance de l'aptitude à communiquer non seulement en fonction de médecin, mais de toute catégorie de personnes et des groups sociaux qui entourent des parents en phase de deuil.

Comme médecin de famille, on doit souvent communiquer des diagnostics qui incident sur la vie du patient. Dans certains cas, la professionnalité et l'expérience personnelle ne suffisent pas. Pour cette raison, le protocole SPIKES peut servir comme pro-mémoire.

P22

### Du simple au complexe, la professionnalisation des soins préhospitaliers au travers de son organisation, de la professionnalisation des SMURS et de la formation des ambulanciers

S. Dénéreaz (Le Mont-sur-Lausanne)

La notion de la Médecine d'Urgence Préhospitalière est relativement récente en Suisse.

Le premier niveau de prise en charge relève des médecins établis en cabinet qui participent au service de garde. L'intervention de la médecine de garde est limitée «aux petites urgences».

Les ambulances et les Services Mobiles d'Urgences et de Réanimation (SMUR) interviennent en présence d'une grande urgence. On distingue plusieurs niveaux de priorités (P1-P2-P3) dont le premier nécessite souvent la présence d'un médecin spécialisé en médecine d'urgence et le dernier relève du service de garde.

Les urgences préhospitalières ne se limitent pas à la notion de transferts mais englobent également la notion de secours. Le secours peut se résumer par l'alerte, la recherche, l'engagement, le sauvetage, l'assistance, le transport, l'acheminement adéquat (filiales prioritaires STEMI ET AVC) et le transfert de toutes les personnes accidentées, malades ou en danger.

L'importante évolution de ces dix dernières années en terme de médecine pré hospitalière est due à son organisation, à la professionnalisation des SMURS et à la formation des ambulanciers. Partant de ses débuts en 1983, à raison de 200 heures de formation, pour arriver en 1994, à une formation d'ambulancier professionnel reconnue par l'Interassociation de sauvetage (IAS) d'environ 1000 heures.

Dès 1998, une formation d'ambulancier ES est mise sur pied dans les écoles en Suisse, parallèlement à une formation de technicien ambulancier en avril 2000. (En Romandie).

Ces diplômes et certificats représentent respectivement 5600 heures et 1800 heures de formation. Les ambulanciers disposent de larges compétences métier, d'algorithmes médicaux délégués. Ces algorithmes sont fondés sur des evidence based medicine et des consensus d'experts.

Les SMURS disposent de médecins urgentistes, compétents. Dans des régions aux populations moins denses, ce sont les médecins de garde qui officient sous forme de REMU.

La démographie impose à la médecine d'urgence de s'adapter continuellement et d'anticiper son organisation future. La diminution des ressources en médecine générale l'impose également.

**Les interventions en collaboration avec les médecins de garde peuvent s'avérer complexes, par méconnaissance des compétences de chacun; une ouverture et des formations en commun s'imposent.**

P23

### Organizational determinants of prevention and smoking cessation counseling among Swiss general practitioners

S. Andrey<sup>1</sup>, C. Cohidon<sup>2</sup>, S. Ebert<sup>2</sup>, N. Senn<sup>2</sup>, J. Cornuz<sup>2</sup> (<sup>1</sup>Fribourg; <sup>2</sup>Lausanne)

**Context:** Several studies have been carried out to describe how general practitioners (GPs) follow smoking cessation counseling's recommendations and to identify factors that influence their practice. But limited information exists about practice organization's elements influencing smoking counselling and more generally about prevention activities in primary care (PC) in Switzerland.

**Objective:** Investigate determinants of PC practices influencing preventive activities and smoking cessation counseling in Switzerland.

**Design:** Pilot Web-based survey in a representative sample of Swiss French speaking GPs

**Results:** 44 GPs responded (response rate = 66%); 66% were men; mean age = 57.5 years; 59% were in group practices; 1 GP was currently smoking and 32% were ex-smokers; 57% of GPs found very important to perform health prevention activities. 57% of GPs were trained (>5 hours throughout the career) to provide smoking cessation counseling; 84% of GPs always inquire about smoking status during first consultations, compared to 69% during emergency consultations for respiratory symptoms and only 9% during non-respiratory emergency consultation. Factors positively associated with smoking status inquiring were: young age (<57.5) of GP's for first consultations, low workload of GP's during follow-up consultations, and rural location and solo practice for emergency consultations.

Smoking cessation counseling is systematically provided by 48% of GPs during emergency consultations for respiratory symptoms and by 20% of GPs during follow-up consultations. Factors positively associated with smoking cessation counseling were solo practice and positive minds about the importance of GPs in health education/prevention.

**Discussion:** In Switzerland, there are missed opportunities to provide smoking cessation counseling, especially in emergency situations, possibly in people who have rarely contacts with health care system. Despite a small sample, this study showed the potential influence of organizational and GP-related factors on prevention activities and smoking cessation counseling. These findings will be fuller explored in a national study among 200 GPs' practices.

**Effectiveness of preventive and protective measures to reduce the transmission of influenza in primary care: a systematic review**

P24

P. Suter<sup>1</sup>, N. Senn<sup>1</sup>, C. Clair<sup>1</sup>, T. Kermode<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Lausanne)

**Context:** The transmission of influenza in health care settings is a well-recognized problem and many studies investigated the impact of preventive and protective measures. However, interventions are mainly tailored for hospital facilities and it remains unclear how effective these intervention are when implemented in primary care(PC).

**Objective:** To review the evidence of effectiveness of preventive and protective measures to reduce the transmission of influenza in primary care

**Design:** Systematic scoping literature review from 1960 up to January 2014 of studies investigating preventive and/or protective interventions

to reduce the transmission of influenza. The studies were classified according to the kind of intervention, quality, setting and efficacy/effectiveness designs.

**Results:** We found 295 studies, out of them 52 specifically in PC, to include in our review.

Most interventions focused on efficacy rather than effectiveness, and few were specifically designed for PC. The best documented interventions to decrease influenza transmission in PC settings were vaccination of patients and/or GP's. Specifically, it led to less GP visits of patients and their household members and less laboratory-confirmed influenza infections. A better compliance with mask or respirator, a better hand hygiene by health staff and a better social distancing with patients in the GP practice have also shown some reduction of the transmission. School closure during an epidemic was an effective measure to decrease children's PC visits. In mostly experimental studies, mechanical ventilation, natural aeration or open outpatient consulting doors could also reduce the transmission.

**Conclusions:** Good evidence exists that vaccination and to a lesser extent personal and general protection measures (mask, hand hygiene, ...) reduce the rate of transmission of influenza in PC. However several potentially useful interventions, such as mechanical ventilation or surface cleaning were never tested in day- to-day PC. Furthermore few studies investigated the benefit in routine practice of combining different interventions.

**Die medizinische Vorsorge der tamilischen Bevölkerung im Sarganserland und in Werdenberg**

P25

U. Keller<sup>1</sup>, K. Ketheeswaran<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Sargans)

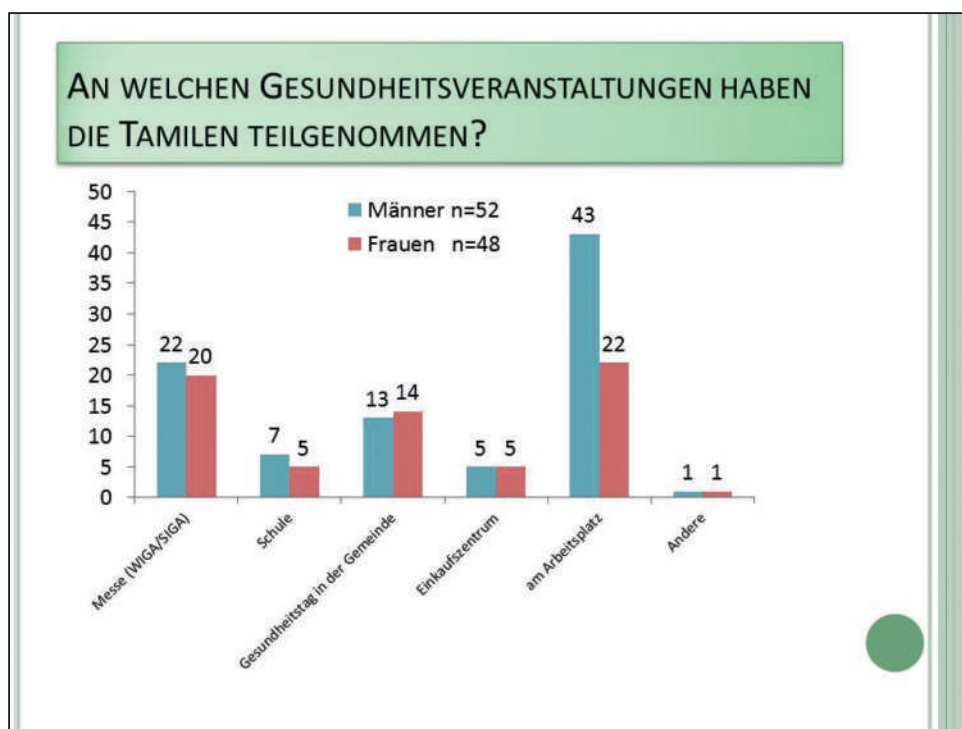
**Ausgangslage:** In der Schweiz gibt es sehr viele Gesundheitsangebote, -veranstaltungen und Präventionsmassnahmen, die aber nicht von allen Bevölkerungsschichten gleich genutzt werden. Wenig Zugang dazu hat auch die Migrationsbevölkerung meist mit niedrigem sozialen Status und geringer Gesundheitskompetenz. Die sprachliche und kulturelle Barriere erschwert den Kontakt zu lokalen Gesundheitsinstitutionen, die Präventionsgramme anbieten.

**Zielsetzung:** Es interessiert, wie gross die Akzeptanz, Bekanntheit und dann auch die Benutzung von Gesundheitspräventionsangeboten bei der regionalen tamilischen Bevölkerung der ersten Generation ist. Anhand der Körpergewichtsveränderung seit der Immigration in die Schweiz

soll dargestellt werden, wie sich diese auf diesen einen gesundheitlich relevanten Parameter auswirkt.

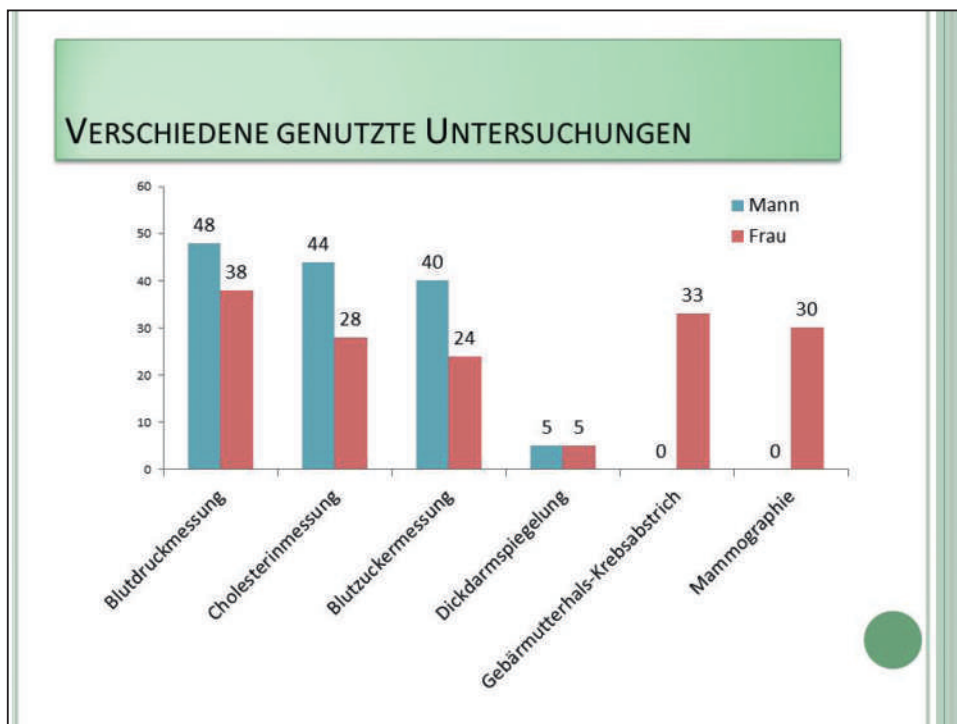
**Methode:** Im Rahmen einer Maturaarbeit an der Kantonsschule Sargans wurden im Sarganserland und in Werdenberg total 100 erwachsene Tamilen/innen der ersten Generation zu ihrem Gesundheitszustand und zur Nutzung von Fachstellen und Gesundheitspräventionsangeboten befragt. Dabei waren 52 Männer, die über 40jährig und 48 Frauen, die über 30jährig sein und bereits mind. 10 Jahre in der Schweiz leben mussten. 91 von ihnen leben bereits 15 oder mehr Jahre in der Schweiz.

**Resultate:** 1. Körpergewicht: vor der Immigration betrug der durchschnittliche BMI bei Männern 21,1 und Frauen 22,3. Aktuell liegt er bei den Männern bei 24,8 und bei den Frauen bei 25,5, was einer Gewichtszunahme von durchschnittlich 10,7 kg bei Männern und 13,3 kg bei den Frauen entspricht!  
2. Vorsorge: 75–90% der Männer und 50–80% der Frauen kennen den eigenen Blutdruck-, Cholesterin- und Blutzuckerwert, 71% der Frauen



Veranstaltungen





Untersuchungen

haben innerhalb der letzten drei Jahre einen Krebsabstrich machen lassen. 75% gaben an Gesundheitsveranstaltungen besucht zu haben, wobei sie hauptsächlich die individuellen Gesundheitsvorsorgeangebote nutzen und weniger die institutionellen. Letztere werden v.a. von Männern benutzt, wenn sie am Arbeitsplatz angeboten werden.

**Diskussion:** Die Tamilen nehmen nach Immigration signifikant an Gewicht zu, was wahrscheinlich an der veränderten Ernährung liegt. Sie benutzen doch regelmässig, mehrheitlich individuelle Vorsorgeuntersuchungen und weniger die institutionellen. Kommunikationsschwierigkeiten und nicht Kenntnisse sind wahrscheinlich dafür ausschlaggebend.

#### www.swissheart-coach.ch – Eine interaktive Internetplattform zur Unterstützung eines risikogerechten kardiovaskulären Gesundheitsverhaltens

A. Zeller<sup>1</sup>, C. Bächtold<sup>2</sup>, W. Bachmann<sup>2</sup>, U. Blessberg<sup>2</sup>, T. Junker<sup>2</sup>, H. Gohlke<sup>3</sup>, A. Hoffmann<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Basel; <sup>2</sup>Bern; <sup>3</sup>Frankfurt a.M.)

**Hintergrund / Ziel:** Die Schweizerische Herzstiftung hat eine lange Tradition in der Bereitstellung von Informationsmaterial zur Herz-Kreislauf-Prävention für die gesunde Bevölkerung und für Patienten. Ziel dieses Projektes war, ein Web-basiertes Tool für das Management von kardiovaskulären Risikofaktoren zu entwickeln, das von Laien wie auch medizinischem Fachpersonal genutzt werden kann.

**Methoden:** Basierend auf der ESC Algorithmus für niedrige Risikoländern wird anhand der eingegebenen Daten das absolute Risiko eines Benutzers erfasst. Gesundheitsfaktoren wie Zigarettenkonsum, Ernährungsgewohnheiten, Energieverbrauch bei körperlicher Aktivität und Stressmarkern werden verwendet, um das relative Risiko im Vergleich zu Personen mit optimierten Gesundheitsfaktoren zu berechnen. Das Tool ist im world wide net in drei Landessprachen verfügbar.

**Ergebnisse:** Das absolute und relative Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse wird laiengerecht grafisch dargestellt und die individuellen Gesundheitspotentiale kommentiert. Der Benutzer kann sich Ziele setzen und planen, seine persönlichen Gesundheits-ressourcen nach einer Vielzahl der vorgeschlagenen Massnahmen verändern. Zudem kann der Benutzer einen ausführlichen Bericht bezüglich seines kardiovaskulären Risikoprofils herunterladen.

**Schlussfolgerung:** Die Lancierung der kostenlosen, interaktiven, Internetplattform soll den Benutzer hinsichtlich Optimierung seines kardiovaskulären Risikoverhaltens unterstützen und kann für medizinische Fachpersonen bei der medizinischen Beratung hinsichtlich Herz-Kreislauf-Prävention hilfreich sein.

P26

#### Sicher durch den Alltag Persönliche Sturzprävention zuhause – Eine Dienstleistung der Rheumaliga Schweiz

B. Zindel<sup>1</sup>, V. Krafft<sup>1</sup> (<sup>1</sup>Zürich)

**Ausgangslage:** Die Vermeidung von Stürzen im häuslichen Umfeld bei Seniorinnen und Senioren ist erwiesenermassen eine wirksame Intervention zur Senkung der Gesundheitskosten für die Gesellschaft einerseits und zur Erhöhung der Lebensqualität und Selbständigkeit der betroffenen Zielgruppe andererseits. Die Rheumaliga Schweiz hat deshalb eine Dienstleistung zur Reduktion des Sturzrisikos entwickelt, welche sturzgefährdeten Seniorinnen und Senioren ein verhaltens- und verhältnispräventives Assessment im eigenen Haushalt ermöglicht.

**Beschreibung und Methodik:** Interessierte sturzgefährdete Personen melden sich direkt oder via den Hausarzt oder die Spitex an eine Koordinationsstelle der Rheumaliga Schweiz. Diese beauftragt eine speziell geschulte Physiotherapeutin mit einer assessierenden Beratung. Das Assessment wird durch einen strukturierten Fragebogen und standardisierte Tests unterstützt. Im Anschluss an Befragung, Untersuchung und Auswertung werden die Veränderungen im Wohnbereich vorgenommen, die sich als notwendig ergeben haben. Stolperfallen werden eliminiert. Zusätzlich werden die Seniorinnen und Senioren individuell beraten und mit 2–3 Übungen für das Training der Kraft und des Gleichgewichts instruiert. Im Anschluss an das Assessment wird ein Bericht mit empfohlenen Folgemaassnahmen verfasst, der dem betreuenden Arzt und, wenn vorhanden, der Spitex zur Verfügung gestellt wird.

Eine telefonische Rückfrage oder ein zweiter Besuch bei dem besuchten Senior erfolgt nach ca. 4 Wochen und wird ebenfalls der Rheumaliga Schweiz, dem Hausarzt und der Spitex zurückgemeldet. Nach 6 Monaten erfolgt eine weitere telefonische Nachfrage.

**Nutzen und Ergebnisse:** Die Dienstleistung wurde im Rahmen eines Pilotprojekts im Kanton Luzern getestet, hierbei wurden bereits rund 100 Hausbesuche durchgeführt. Das Projekt wurde mittels einer Masterarbeit der ZHAW begleitet und evaluiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Intervention einfach umsetzbar und zielführend erbracht wurde. Aufgrund des positiven Feedbacks der beteiligten Partner sowie der Seniorinnen und Senioren führt die Rheumaliga Schweiz die Dienstleistung nun auch auf nationaler Ebene ein. Weiterführende Begleitforschung in Bezug auf den langfristigen Kosteneffekt und auf den Einfluss auf die Lebensqualität von Seniorinnen und Senioren ist geplant. Die Rheumaliga Schweiz will mit dieser Dienstleistung einen Beitrag zur Selbständigkeit und der Lebensqualität von Senioren und Seniorinnen leisten.

P27

**Performance measures in the management of chronic obstructive pulmonary disease in Swiss primary care – A retrospective analysis**

C. Kaufmann<sup>1</sup>, S. Markun<sup>1</sup>, K. Dalla Lana<sup>1</sup>, T. Rosemann<sup>1</sup>, O. Senn<sup>1</sup>, C. Steurer-Stey<sup>1</sup> (Zürich)

**Introduction:** Adherence to recommended quality indicators for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) causes better outcomes for patients and the health care system. Information about documentation of quality indicators in primary care is scant.

**Aim:** To investigate documentation of COPD quality indicators (QI) in Swiss primary care.

**Methods:** Twelve months retrospective medical chart review of patients with physician diagnosed COPD. Performance measures were assessed by calculating the percentages of documented QI. In addition performance measures were compared with a practice running the validated "Living well with COPD" [1] program.

**Results:** Data from 14 practices, total 115 patients, 57% male, mean age 68 (44–93) years, 44% active smokers, median pack-years 55 (range 22–150) were analyzed. Comorbidities were reported in 73%, GOLD

grading in 70% (GOLD I 6%, GOLDII 38%, GOLDIII 24%, GOLD IV 7%). On average patients were reported to show 1.4 exacerbations /year. Documentation of QIs ranged between 16% (written action plan for exacerbations) and 95% (smoking status). Smoking cessation advice 74%, influenza vaccination/recommendation (49%), adequate pharmacotherapy (65%), inhalation instruction (57%), pulmonary rehabilitation advice (35%), collaborative care (60%) and proactive follow up (51%).

Comparison with the practice running the COPD program showed significant better documentation for all QIs (p <0.01) but for influenza vaccination. 95% of patients had 6–9 QIs documented compared to 29% of patients treated in practices without a COPD program.

**Conclusion:** In primary care room for improvement in COPD performance documentation exists. The identified gaps can be targeted by implementing a COPD program.

1 Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaulieu A, Begin R, et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. Arch Intern Med. 2003;163(5): 585–91.

P28

**End of Life – die Rolle des Hausarztes bei der Carcinom-Behandlung bzw. bei Palliative Care**

U. Keller (Sargans)

**Ausgangslage:** Die Behandlung von Carcinom-Patienten im Ärztenetz PizolCare ist einerseits sehr kosten- und betreuungsintensiv und andererseits für die Hausärzte, bei denen bald 50% der Bevölkerung im Hausarztmodell MC-versichert sind, kaum zu steuern/führen. Dies wird durch die neuesten Entwicklungen der Carcinom-Therapien nicht einfacher: Viertlinientherapien mit diskutablen Erfolgsaussichten, teure den Spezialisten vorbehalten Biologics-Therapien, spezialisierte Psycho-Onkologie an Zentren und Ausbau der Spital-Ambi-Behandlungen sind nur einige Stichworte zur zunehmenden Bedeutungslosigkeit der hausärztlichen Betreuung.

**Zielsetzung:** Es sollen die Bedürfnisse und Wünsche der Hausärzte bei der Betreuung von und im Umgang mit Patienten mit den verschiedenen Carcinom-Erkrankungen während den verschiedenen Krankheitsabschnitten bis hin zur Palliative Care eruiert werden.

**Methode:** Mittels IT-basierter Umfrage (umfrageonline-Tool) wurden die QZ-Mitglieder der 2 PizolCare-Grundversorger-QZ zur «Beratung und Behandlung unserer Carcinom-Patienten» befragt. Die Fragen waren geordnet nach Carcinomtyp und Erst- bis Viertlinien-/Palliative Care-Therapie. Es wurde nach dem Lead (Entscheidfindung und Diskussion mit dem Patienten über die zu wählende Therapie) bei Diagnostik und Therapie sowie dem Wunsch nach Zusammenarbeitspartner gefragt. Anschliessend wurden die Resultate in den beiden QZ diskutiert.

**Resultate:** 22 der 40 Grundversorger beantworteten die Umfrage vollständig: es zeigte sich, dass der Lead mit steigendem Grad (sprich I bis IV-Linientherapie) näher bei den Hausärzten liegen

P29

Wie möchtest du es zukünftig haben:

Der Lead (Entscheidfindung und Diskussion mit dem Patienten über die zu wählende Therapie) soll bei der Nachsorgeuntersuchungen nach Drittlinientherapie und Diskussion über Viertlinientherapie bei folgender Person liegen \*

Anzahl Teilnehmer: 22



gewünschte Betreuung

Lead heisst hier: Entscheidungsfindung und Diskussion mit dem Patienten über die zu wählende Therapie (so wie die aktuelle Situation heute ist) \*

Anzahl Teilnehmer: 22

	du als Hausarzt (1)		der prakt. Onkologe (2)		der entspr.prakt. Spezialarzt (3)		Sepzialisten am Regionalspital (4)		Spezialisten am Zentrumsspital (5)		Arithmetisches Mittel (Ø)		Standardabweichung (±)				
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Ø	±	1	2	3	4	5
Colon-Ca	3x	13.64	2x	9.09	3x	13.64	9x	40.91	5x	22.73	3.50	1.34					
Lungen-Ca	-	-	3x	13.64	3x	13.64	3x	13.64	13x	59.09	4.18	1.14					
Mamma-Ca	-	-	2x	9.09	4x	18.18	13x	59.09	3x	13.64	3.77	0.81					
Prostata-Carcinome	2x	9.09	1x	4.55	16x	72.73	1x	4.55	2x	9.09	3.00	0.93					
Hämatologische Neoplasien	-	-	10x	45.45	-	-	4x	18.18	8x	36.36	3.45	1.41					
ORL-Carcinome	-	-	3x	13.64	8x	36.36	-	-	11x	50.00	3.86	1.21					
Uterus/Cervix/Adnex-Ca	1x	4.55	2x	9.09	6x	27.27	10x	45.45	3x	13.64	3.55	1.01					

aktuelle Betreuung

soll, dies gilt insbesondere für die häufigen Carcinome Colon und Lunge und weniger für die Prostata-, ORL- und Gyn-Ca. Klar ist der Trend zu mehr Verantwortung übernehmen durch den Hausarzt ab Nachsorgeuntersuchungen nach Zweitlinien- und Diskussionen über Drittlinietherapie sowie klar in der palliativen Betreuung, wobei dort keine einheitliche Tendenz ist wer mit welchen Spezialisten in der End of life Phase zusammenarbeiten möchte

**Diskussion:** In den QZ wurden die Resultate diskutiert und die Frage gestellt, ob Hausarztmedizin und Onkologie nicht prinzipiell diametral verschiedene Sichtweisen beinhalten, insbesondere betreffend Ansprüche an die Effizienz von medizinischem Erfolg und Kosten. Einig war man, dass jeder das anbiete, was er gelernt habe: der Onkologe die Chemotherapien, der interessierte Hausarzt die palliative Medizin.

**Au-delà des cercles de qualité: SISCare, pour une promotion interprofessionnelle de l'adhésion médicamenteuse**

S. Jotterand<sup>1</sup>, C. Rossier<sup>2</sup>, H. Figueiredo<sup>3</sup>, J. F. Locca<sup>4</sup>, J. Berger<sup>4</sup>, P. Bugnon<sup>4</sup> (<sup>1</sup>Aubonne; <sup>2</sup>Rolle; <sup>3</sup>St-Imier; <sup>4</sup>Lausanne)

L'adhésion médicamenteuse est un défi majeur de santé publique [1]. Un patient chronique sur deux ne prend pas ses traitements conformément au plan. Les facteurs en jeu sont multiples: nombre de médicaments, complexité du traitement, effets secondaires, craintes et croyances du patient, ressenti face à la maladie, etc. Cette tendance naturelle à la non-compliance (qui n'est donc souvent pas un vrai choix) génère un gaspillage humains et financiers [1]: escalades et échecs thérapeutiques, hospitalisations [2]. Une prise en charge de qualité implique de rechercher les signes d'une mauvaise adhésion et des stratégies pour y remédier. Il est difficile pour les patients de dire au médecin qu'ils ne prennent pas leurs médicaments comme convenu, par peur de le décevoir et de porter atteinte à leur relation. Le praticien peut obtenir de l'aide de l'entourage et des autres professionnels de santé. Celle du pharmacien, grâce à sa vue globale des traitements et du renouvellement des médicaments, est précieuse: *Entretien de polymédication, Semainier*, etc., sont des prestations que le médecin peut prescrire.

P30

L'équipe du Prof. Olivier Bugnon, à la PMU de Lausanne, a développé une approche interdisciplinaire qui a fait ses preuves. La mesure de l'adhésion du patient par des piluliers électroniques ou des semainiers sert de base à des entretiens réguliers de type motivationnel: le pharmacien explore avec le patient les barrières et facilitateurs dans la prise de son traitement et l'aide à développer des stratégies individuelles pour améliorer son observance. Des rapports d'entretiens adressés au médecin permettent d'assurer la continuité des soins [3]. Trente officines, en Suisse romande ([www.sispha.ch](http://www.sispha.ch)), appliquent cette méthode SISCare pour le suivi des patients chroniques.

- 1 Advancing the responsible Use of Medicines: Applying levers for change. IMS Institute for Healthcare Informatics, 2012.
- 2 Anguish I, Decrey Wick E, Fonjallaz MH, Clivaz Luchez P, Jotterand S, Locca JF, Bugnon O. Ordonnance de sortie d'hôpital: un défi pour la continuité des soins et la collaboration interprofessionnelle. Rev Med Suisse. 2013;9:1021-5.
- 3 Krummenacher I, Cavassini M, Bugnon O, Schneider MP. An interdisciplinary HIV-adherence program combining motivational interviewing and electronic anti-retroviral drug monitoring. AIDS Care. 2011;23:550-61.



- Ahrens R P19  
 Alvarado V FC16  
 Andrey S P23  
 Auer R FC12  
 Aveni E P18
- Bachmann W P26  
 Bächtold C P26  
 Ballabeni P P18  
 Bally K FC11, P8, P16  
 Baltensperger A FC1  
 Banderet HR P8  
 Bangala Y P18  
 Bauer B P18  
 Baumgartner C FC3  
 Berger J P30  
 Bigerel E P5  
 Birchmeier A P17  
 Bischoff T FC3  
 Bishoff T P17  
 Blessberg U P26  
 Blum MR FC3  
 Bodot C P5  
 Bonvin E P18  
 Bugnon O P7, P10  
 Bugnon P P30  
 Bürge M FC9
- Cerruti B P5  
 Chambe J P2, P5  
 Chmiel C FC4  
 Chung C P17  
 Clair C FC13, P24  
 Cohidon C FC5, P23  
 Cornuz J FC2, FC5, FC12, P3, P23  
 Coslovsky M FC3
- Dalla Lana K P28  
 Dash J FC14  
 de Boer WE FC15  
 De Francesco T FC13  
 Décosterd I P18  
 den Elzen WPJ FC3  
 Dénéreaz S P22  
 Djalali S FC1, FC4  
 Du Pasquier S P7, P10  
 Dvockac C P4
- Ebert S P23  
 Ebert ST P3  
 Edelmann C P6  
 Elger B P8  
 Engelberger R P13  
 Epifani L P5
- Fattinger K P19  
 Favrat B FC13  
 Figueiredo H P30  
 Finti G P18  
 Frei A FC1  
 Frei B P13  
 Frei H P11  
 Frei-Erb M P9, P11  
 Frey P FC3, FC15
- Gaspoz JM FC2  
 Gencer B FC12  
 Gindrat S FC7  
 Goeldlin A P19  
 Gohlke H P26  
 Good I P6  
 Granda C P5  
 Gudat H P8  
 Gussekloo J FC3
- Haller D FC6, FC14, P5  
 Haller DM FC3, P17  
 Haller-Hester D P8  
 Henzen S P12, P14  
 Heri M P9  
 Herzig L FC13, FC3, FC15, P17  
 Hoffmann A P26
- Jaunin-Stalder N FC13  
 Jotterand S P30  
 Jung C FC8, FC11, P8  
 Jüni P FC12  
 Junker T P26  
 Junod N FC6  
 Junod Perron N FC14
- Kaiser W P13  
 Kaufmann C P28  
 Kedzia S FC15  
 Keller U P1, P15, P25, P29  
 Kermodé T P24  
 Ketheeswaran K P25  
 Kissling B FC7  
 Klingenberg R FC12  
 Krafft V P27  
 Kretschmar S P11  
 Kucher N P13  
 Kunz R FC15
- Langewitz W P16  
 Liebig B FC16, P8  
 Limacher A FC9  
 Litschgi L P16  
 Locca JF P30  
 Lüscher TF FC12
- Mach F FC12  
 Maisonneuve H FC6, P2, P5, P17  
 Markun S P28  
 Marques-Vidal P FC12  
 Matter C FC12  
 Meier C FC2, P4  
 Meier LL P4  
 Meier S P16  
 Michel O P10  
 Mikulicic F FC4  
 Mooijaart SP FC3
- Nanthen D FC12  
 Nendaz M FC6  
 Neuner-Jehle S FC2  
 Niquille A P7, P10  
 Noll G P13
- Oberson E P7  
 Otte I FC11, P8
- Pelaccia T P2  
 Perrier A FC2  
 Pfarrwaller E FC6, P17  
 Pittet V P3
- Räber L FC12  
 Ramelet AS P18  
 Reuss D P14  
 Rieder A FC14  
 Rodella Sapia M FC10, P21  
 Rodondi N FC2, FC3, FC12  
 Rodondi PY P18  
 Roudit M P10  
 Rosemann T FC1, FC3, FC4, FC15, P8, P28  
 Rossier C P30  
 Rougerie F P2, P5  
 Ryser P FC7
- Sauter U P11  
 Schaufelberger M FC3, P20  
 Scheiwiler P P12, P14  
 Schmidt D P6, P13  
 Schmied C FC12  
 Schneider M P7, P10  
 Sebo P P5  
 Selby K FC2, FC12  
 Senn N FC5, P3, P23, P24  
 Senn O FC4, P28  
 Sibalic V P12, P14  
 Sommer J FC6, FC14, FC15, P17  
 Spring B P9  
 Steuer-Stey C P28  
 Stoffel D P12  
 Stoffel G P12, P14  
 Stoller G P14  
 Streit S FC9  
 Stuck A FC9  
 Suter P P24
- Tandjung R FC1  
 Torchetti L P9  
 Tschudi P FC8, FC15, P4, P8
- Vaucher P FC13  
 Vecellio M FC4  
 Verdon F FC13  
 Vogt P FC12  
 von Ammon K P9, P11
- Windecker S FC12  
 Woermann U P19  
 Woitzek K FC4
- Zeller A FC2, FC9, P4, P26  
 Zemp E P8  
 Zeyer A P20  
 Zindel B P27