

Qualitätsbericht 2021

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

30.05.2022
Rolf Gilgen, Direktor a.i.

Version 1

Hirslanden, Klinik Stephanshorn

www.hirslanden.ch



Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2021.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden. Ferner werden jeweils die aktuellsten, verfügbaren Ergebnisse pro Messung publiziert. Folglich sind die Ergebnisse in diesem Bericht nicht immer vom gleichen Jahr.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2021

Frau
Biendarra Ulrike
Leitung Qualitätsmanagement
071 282 76 84
Ulrike.Biendarra@hirslanden.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitatsgeschehen

Mit grossem Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. H+ ermöglicht ihnen mit der H+ Qualitätsberichts-vorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten, die zudem direkt in die jeweiligen Spitalprofile auf spitalinfo.ch übertragen werden können.

2021 war aufgrund der andauernden Covid-19-Pandemie wiederum ein forderndes Jahr für die Schweizer Spitäler und Kliniken und ihr Personal. Zur Entlastung der Institutionen wurde die Messung der postoperativen Wundinfektionen von Swissnoso zeitweise erneut unterbrochen. Zum zweiten Mal in Folge wurde zudem entschieden, die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen; auch fanden keine IQM Peer Reviews statt.

Im Qualitatsumfeld der Spitäler und Kliniken tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft trat. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+, die Verbände der Krankenversicherer santsuisse und curafutura sowie die Medizinal-Tarifkommission MTK ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Daraus resultierte ein Qualitatsvertrag, welcher dem Konzept die nötige Verbindlichkeit verleiht. Die Ergebnisse der neuen Vorgaben sollen zukünftig auf der Plattform spitalinfo.ch publiziert und in den H+ Qualitätsbericht integriert werden. Ein entsprechendes Publikationskonzept liegt vor.

Weiter wurde 2021 der Vorstoss von Ruth Humbel angenommen, welcher einen gesetzlichen Vertraulichkeitsschutz für Leistungserbringer und deren Mitarbeitenden bei Lernsystemen vorsieht. Der Vorstoss legt die gesetzliche Grundlage für eine offene Fehler- und Sicherheitskultur in den Spitälern.

Ein wichtiger Meilenstein wurde auch im nationalen Projekt «Interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie» der Allianz Peer Review CH erreicht. Die in den letzten drei Jahren erarbeiteten Umsetzungsvorschläge konnten in einigen Kliniken erfolgreich erprobt werden. Die Bereitschaft der Fachpersonen und entsprechende Schutzmassnahmen in den Institutionen ermöglichten es, vier Pilot-Reviews in der Psychiatrie durchzuführen.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifische Ergebnisse. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Die detaillierten Erlauerungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für ihr grosses Engagement und dass sie mit ihren Aktivitäten die hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Die vorliegende Berichterstattung zeigt die Qualitätsaktivitäten transparent und umfassend auf, damit ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2021	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	8
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	9
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	9
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben	
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	10
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	11
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	11
4.4.2 IQM Peer Review Verfahren	12
4.5 Registerübersicht	13
4.6 Zertifizierungsübersicht	14
QUALITÄTSMESSUNGEN	15
Befragungen	16
5 Patientenzufriedenheit	16
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik	16
5.2 Beschwerdemanagement	17
6 Angehörigenzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	18
7.1 Eigene Befragung	18
7.1.1 Gallup-Befragung "Your Voice"	18
8 Zuweiserzufriedenheit Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
Behandlungsqualität	19
9 Wiedereintritte	19
9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen	19
9.2 Eigene Messung	20
9.2.1 IQIP Re- Hospitalisation	20
10 Operationen	21
10.1 Hüft- und Knieprothetik	21
10.2 Eigene Messung	22
10.2.1 IQIP Re-Operationen	22
11 Infektionen	23
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte	23
12 Stürze	26
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz	26
13 Dekubitus	27
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus	27
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
15 Psychische Symptombelastung Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	

16	Zielerreichung und Gesundheitszustand	
	Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
17	Weitere Qualitätsmessungen	29
17.1	Weitere eigene Messungen	29
17.1.1	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)	29
17.1.2	Dekubiti (andere als mit der Methode LPZ)	29
17.1.3	Messung Indikator-Infektionen IPS	30
18	Projekte im Detail	31
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	31
18.1.1	Laufende Umsetzung Patientensicherheitskonzept	31
18.1.2	Einführung eines neuen Meldeportals zur Meldung von Ereignissen und Zwischenfällen.	31
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021	31
18.2.1	Corona-Pandemie	31
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	32
18.3.1	Zertifizierung Versorgungsregion Ostschweiz nach DIN ISO 9001:2015	32
19	Schlusswort und Ausblick	33
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		34
	Akutsomatik	34
Herausgeber		36

1 Einleitung

Hirslanden Klinik Stephanshorn

Medizin auf hohem Niveau

Die Hirslanden Klinik Stephanshorn positioniert sich als privatrechtlich geführtes Spital für akute und elektive Medizin mit höchstem Qualitätsanspruch. Das Konzept des Belegarztsystems ermöglicht ein umfassendes und erstklassiges medizinisches Leistungsangebot. Da die Klinik ausschliesslich erfahrene Fachärzte akkreditiert, wird eine optimale medizinische Betreuung gewährleistet.

Dieses Angebot nutzen jährlich rund 7'200 stationäre Patientinnen und Patienten und in der Wochenbettabteilung erblicken mehr als 800 Kinder pro Jahr das Licht der Welt.

Die Klinik hat einen Leistungsauftrag der Kantone St. Gallen sowie Appenzell Ausserrhoden und steht mit über 50 Leistungsgruppen auf der kantonalen Spitalliste. Somit trägt die Hirslanden Klinik Stephanshorn mit ihrem Angebot zur Grundversorgung der Bevölkerung bei.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Direktor a.i. und Qualitätsverantwortlicher:
Rolf Gilgen

Co-Leitung Medizinisches System:
Dr. med. Thomas Lippuner, Yvonne Frick

Patientensicherheitsbeauftragter:
Dr. med. Thomas Lippuner

Leitung Qualitätsmanagement:
Ulrike Biendarra

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **230** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Ulrike Biendarra
Leitung Qualitätsmanagement
071 282 7684
Ulrike.Biendarra@hirslanden.ch

Herr Alexander Schreck
Qualitäts- und Risikomanager
071 282 7663
Alexander.Schreck@hirslanden.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätspolitik von Hirslanden

- Patienten, Ärzte, Mitarbeiter und Partner wählen Hirslanden, weil sie vom umfassenden Qualitätsmanagement der Gruppe profitieren wollen.
- Alle Massnahmen und Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind auf die Erreichung des strategischen Ziels „Hirslanden positioniert sich als führender Leistungsanbieter im Zusatzversicherungssegment und differenziert sich im Markt über Qualitätsführerschaft“ ausgerichtet.
- Hirslanden stellt den Patientennutzen durch eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Leistungserbringung sicher.
- Hirslanden setzt ein umfassendes Risikomanagement um, dabei bildet die Patientensicherheit ein wesentliches Kernelement.
- Hirslanden verpflichtet sich der kontinuierlichen Verbesserung (KVP), unterstützt durch Transparenz und Benchmarking und stellt sich den nach dem KVG vorgegebenen Qualitätsvergleichen.
- Durch die konsequente Nutzung der Synergien innerhalb der Kliniken setzt Hirslanden Standards im Qualitätsmanagement in der Schweizer Spitallandschaft.
- Die Umsetzung der gesetzlich geforderten Bestimmungen in der Arbeitssicherheit und im Gesundheitsschutz geniesst einen hohen Stellenwert.
- Hirslanden verpflichtet sich zur fortlaufenden Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems und erfüllt alle zutreffenden Anforderungen

Die Umsetzung der Qualitätspolitik wird durch den bestehenden Hirslanden Qualitätsentwicklungsplan unterstützt.

Die Qualität ist in der Unternehmensstrategie resp. in den Unternehmenszielen explizit verankert.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2021

- Bewältigung der Coronapandemie
- Patientensicherheit
- Patientenzufriedenheit und Weiterempfehlungsrate
- Einführung Meldeportal für Ereignisse und Zwischenfälle

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021

- sehr gute Umsetzung Konzept "Safe surgery"
- sehr gute Umsetzung des Patientensicherheitskonzepts
- Zielwerte bei Patientenzufriedenheit und Weiterempfehlungsrate der Klinik wurden erreicht

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Stetige Weiterarbeit am Thema der Patientensicherheit mit Einbezug der verschiedenen beteiligten Bereiche.
- Wissensmanagement weiterentwickeln mit unterstützenden Tools wie z.B. eLearning.
- Aufbau und Harmonisierung Qualitätsmanagement Hirslanden Ostschweiz.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse, curafutura und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen SQLape
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfektionen Swissnoso
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus
▪ Implantatregister Hüfte und Knie (SIRIS)

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gallup-Befragung "Your Voice"
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Wiedereintritte</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ IQIP Re- Hospitalisation
<i>Operationen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ IQIP Re-Operationen
<i>Weitere Qualitätsmessungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dekubiti (andere als mit der Methode LPZ)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Messung Indikator-Infektionen IPS

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der laufenden Qualitätsprojekte zur Erweiterung der Qualitätsaktivitäten:

HIT 2020 (Strategieprojekt)

Ziel	Standardisierte Tools und Prozesse in allen Hirsländenkliniken der Schweiz
Bereich, in dem das Projekt läuft	gesamte Klinik
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2018 - 2020
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Konzernvorgabe
Methodik	Projekttablauf mit Projektleitung intern und seitens des Konzerns
Involvierte Berufsgruppen	alle Führungspersonen
Evaluation Aktivität / Projekt	laufendes Projekt, mit regelmässigen Zwischenauswertungen und Statusberichten

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2012 ein CIRS eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

Bemerkungen

Das CIRS ist in der Klinik bereits seit langem implementiert. Es werden gezielte interne Weiterbildungen angeboten und alle Mitarbeitenden geschult. CIRS ist an jedem Einführungstag neuer Mitarbeitenden ein fester Bestandteil und wird allen näher gebracht. Intern finden laufend Besprechungen zu CIRS-Themen im Rahmen verschiedener Teamsitzungen statt.

Die CIRS-Verantwortlichen der Klinik treffen sich mindestens viermal jährlich, um sich auszutauschen, Fälle zu besprechen oder Neuerungen einzubringen. Dank der verschiedenen Fachpersonen im CIRS-Gremium (Ärzte, Pflege, Administration, etc) können die Fälle aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden und Lösungen werden gemeinsam gesucht.

4.4.2 IQM Peer Review Verfahren

Unser Betrieb ist seit 2013 Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und nutzt das IQM-Verfahren für das aktive Qualitätsmanagement, das durch die Optimierung der Behandlungsprozesse und -ergebnisse zu besserer Behandlungsqualität und mehr Patientensicherheit führt.

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative, offen für alle Spitäler und Kliniken aus Deutschland und der Schweiz. Ziel ist die medizinische Behandlungsqualität im Krankenhaus für alle Patienten zu verbessern. Der gemeinsame Handlungskonsens der Mitglieder besteht aus folgenden drei Grundsätzen:

- Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Routinedaten
- Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung
- Qualitätsverbesserung durch Peer Review Verfahren

Die Ergebnisse unseres Betriebes sind unter der Webadresse <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/mitglieder/report/krankhaeuser/hirslanden-klinik-stephanshorn-st-gallen> abrufbar. Diese wurde basierend auf Routinedaten berechnet und stammen aus der Gruppenauswertung der IQM Mitgliedskliniken in Deutschland und der Schweiz.

2021 organisierte IQM aufgrund der Covid-19-Pandemie das zweite Jahr in Folge keine klinikübergreifenden Peer Reviews.

Bemerkungen

In der Klinik Stephanshorn fand noch kein Peer Review statt, da es bisher keine auffälligen Indikatoren gab. Ergebnissen der Qualitätsmessung werden mit den Fachgruppenvertretern besprochen und analysiert. Ziel ist es, Behandlungsqualität und Patientensicherheit zu verbessern.

4.5 Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Die aufgeführten Register sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen:			
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation	Seit/Ab
AQC Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie	Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie, Urologie, Herz- und thorak. Gefässchir., Gastroenterologie, Intensivmedizin, Handchirurgie, Traumatologie, Senologie, Bariatric, Wundbehandlung	Adjumed Services AG www.aqc.ch	2013
Infreporting Meldesystem meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten	Infektiologie, Epidemiologie	Bundesamt für Gesundheit Sektion Meldesysteme www.bag.admin.ch/infreporting	2012
MDSi Minimaler Datensatz der Schweiz. Gesellschaft für Intensivmedizin SGI	Intensivmedizin	SGI Schweizer Gesellschaft für Intensivmedizin www.sgi-ssmi.ch/	2013
MS Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Alle Fachbereiche	Bundesamt für Statistik www.bfs.admin.ch	2012
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch/	2012
SMOB Swiss Morbid Obesity Register	Chirurgie, Viszeralchirurgie, Bariatric	SMOB Register www.smob.ch/	2013
Swissnoso SSI Die nationale Surveillance der postoperativen Wundinfektionen	Anästhesiologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Orthopädische Chirurgie, Prävention und Gesundheitsw., Herz- und thorak. Gefässchir., Infektiologie, Kardiologie, Intensivmedizin	Verein Swissnoso www.swissnoso.ch	2009
SWISSVASC SWISSVASC Registry	Gefässchirurgie	Arbeitsgruppe Swissvasc Registry www.swissvasc.ch/	2019

Seit dem 1. Januar 2020 sind Spitäler und Kliniken sowie andere private oder öffentliche Institutionen des Gesundheitswesens gemäss dem neuen Bundesgesetz zur Krebsregistrierung verpflichtet, diagnostizierte Krebserkrankungen an das zuständige Krebsregister zu melden.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden, obligatorischen Krebsregistern teilgenommen::		
Bezeichnung	Fachrichtungen	Betreiberorganisation
KR Ostschweiz Krebsregister Ostschweiz	Alle	ostschweiz.krebsliga.ch/ ostschweiz.krebsliga.ch/krebsregister-ostschweiz-forschung/

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001:2008	gesamte Klinik	2012	2015	Im 2018 Wechsel auf die neue Norm 9001:2015
ISO 9001:2015	gesamte Klinik	2018	2019	Zertifizierung der Versorgungsregion Ostschweiz im Februar 2021
Brustzentrum Qualitätslabel der schweiz. Krebsliga (SGS)	Brustzentrum	2013	2020	In Zusammenarbeit mit dem ZeTuP SG und weiteren Kooperationspartnern
Anerkennung der Intensivstation	Anerkennung durch SGI	2014	2019	Gültigkeit fünf Jahre
REKOLE	gesamte Klinik	2018	---	Zertifizierung 2022 anstehend
Friendly Work Space Label (Betriebliches Gesundheitsmanagement)	gesamte Klinik	2018	2021	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2021 (CI* = 95%)
	2017	2018	2019	
Hirslanden, Klinik Stephanshorn				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.22	4.29	4.26	4.27 (4.18 - 4.35)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.72	4.67	4.62	4.66 (4.57 - 4.75)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.67	4.68	4.64	4.61 (4.52 - 4.69)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.48	4.66	4.61	4.52 (4.41 - 4.64)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.13	4.12	4.05	4.13 (4.03 - 4.24)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	89.55 %	95.90 %	96.20 %	90.70 %
Anzahl angeschriebene Patienten 2021				617
Anzahl eingetreffener Fragebogen	284	Rücklauf in Prozent		46 %

Wertung der Ergebnisse: 1= negativste Antwort; 5 = positivste Antwort. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus hat im Jahr 2020 für die Akutsomatik regulär keine Patientenbefragung (ANQ) stattgefunden.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ

publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 16 Jahre) versendet, die im Juni 2021 das Spital verlassen haben.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">▪ Im Spital verstorbene Patienten.▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Hirslanden, Klinik Stephanshorn

Qualitätsmanagement

Beschwerdemanagement

Ulrike Biendarra

Leitung Qualitätsmanagement

071 282 76 63

qualitaet.stephanshorn@hirslanden.ch

Mo - Fr, 08.00-17.00 Uhr

7 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeber und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Gallup-Befragung "Your Voice"

In der gesamten Medi-Clinic und Hirslanden-Gruppe findet jährlich eine einheitliche Mitarbeiterbefragung statt, welche durch die Firma Gallup durchgeführt wurde. Die Klinik Stephanshorn nahm erstmals, wie alle anderen Schweizer Hirslanden-Kliniken, im November 2015 teil.

Im November 2021 fand zum siebten Mal die „Your Voice“-Mitarbeiterbefragung in Zusammenarbeit mit der Firma Gallup statt. Ziel des Programms ist es, sowohl die Arbeitszufriedenheit als auch die emotionale Bindung der Mitarbeitenden zu Hirslanden zu stärken.

Arbeitszufriedenheit: Bezieht sich häufig auf Hygienefaktoren (Lohn, Erreichbarkeit der Arbeit, angemessene Work-life-balance u.a.m.), ist eher allgemein und statisch. Die Arbeitszufriedenheit ist für Führungskräfte schwierig zu beeinflussen.

Emotionale Bindung: Reflektiert den direkten Bezug zum eigenen Team und die Emotionen, die Mitarbeiter zu ihrem Arbeitsplatz haben. Sie weist starke Zusammenhänge zu den Geschäftsergebnissen auf und ist durch Dialog und geeignete Massnahmen veränderbar.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Monat November durchgeführt. Alle Mitarbeitenden der Klinik Stephanshorn wurden befragt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden gruppenweit verglichen und evaluiert und es wird auf eine detaillierte Veröffentlichung verzichtet.

Jeder Vorgesetzte erhält seine Auswertungen (Reports) und wird aufgefordert, Massnahmen zu definieren und in einem Tool zu erfassen. Alle Mitarbeitenden werden über die Resultate informiert und sollen die Gelegenheit erhalten, im Rahmen einer Teamsitzung über geeignete Massnahmen zu sprechen.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Gallup
Methode / Instrument	Gallup Befragung / Anonyme Mitarbeiterbefragung

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potenziell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).

Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse (BFS)	2016	2017	2018	2019
Hirslanden, Klinik Stephanshorn				
Verhältnis der Raten*	1.1	1.1	0.99	0.99
Anzahl auswertbare Austritte 2019:				

* Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potenziell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten (BFS MedStat) der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.

9.2 Eigene Messung

9.2.1 IQIP Re- Hospitalisation

Definition nach IQIP: Ungeplante stationäre Wiederaufnahmen auf Grund von gleichen oder zusammenhängenden Beschwerden \leq 15 Tagen (nach letztem Austritt).

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.
Alle Patienten.

Die Ergebnisse werden im gruppenweiten Hirslanden Qualitätsbericht veröffentlicht.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

10 Operationen

10.1 Hüft- und Knieprothetik

Spitäler und Kliniken erfassen im Rahmen der nationalen Messungen des ANQ implantierte Hüft- und Knieprothesen im Schweizerischen Implantatregister SIRIS Hüfte und Knie. Das Register ermöglicht eine grosse Anzahl von Implantationen über einen langen Zeitraum zu beobachten sowie regelmässige Auswertungen und Vergleiche auf Ebene der Spitäler und Kliniken, als auch der Implantate zu machen. Ein besonderes Augenmerk gilt den 2-Jahres-Revisionsraten, d.h. der Revision innerhalb von zwei Jahren nach dem Primäreingriff. Das Register wird von der SIRIS Stiftung geführt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.siris-implant.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Messungen folgender Eingriffe:

- Primäre Hüfttotalprothesen
- Primäre Knieprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Berichtsperiode: Juli 2014 bis Juni 2018

	Anzahl eingeschlossen Primär-Implantate (Total) 2014 - 2018	Rohe 2-Jahres-Revisionsrate % (n/N) 2014 - 2018	Adjustierte Revisionsrate % 2014 - 2018
Hirslanden, Klinik Stephanshorn			
Primäre Hüfttotalprothesen	268	2.70%	2.80%
Primäre Knieprothesen	239	4.20%	4.10%

Die 2-Jahres-Revisionsrate bezieht sich auf kumulierte Daten über einen Zeitraum von vier Jahren, was bedeutet: Die Berichtsperiode der Publikation von 2021 beinhaltet die Anzahl der beobachteten Eingriffe vom Juli 2014 bis Juni 2018. Damit alle Implantate zwei Jahre beobachtet werden, geht die Nachverfolgung bis Juni 2020.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Swiss RDL
Methode / Instrument	Implantatregister SIRIS Hüft und Knie

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten mit primären Hüft- und bzw. Knieimplantationen, die eine Patienten-Registrierungseinwilligung unterzeichnet haben.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die ihre schriftliche Einwilligung zur Registrierung ihrer Daten nicht gegeben haben.

10.2 Eigene Messung

10.2.1 IQIP Re-Operationen

Definition nach IQIP: Ungeplante Rückkehr in den OP während desselben, stationären Aufenthaltes als Folge einer Komplikation oder Folgeerkrankung nach vorausgegangenem operativen Eingriff. Eine Rückkehr war zum Zeitpunkt der ersten OP nicht geplant.

Alle Re-Operationen werden intern erfasst, analysiert und wo möglich nötig Massnahmen definiert und umgesetzt. Die Ergebnisse werden konzernweit verglichen und dargestellt.

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.
Es wurden alle chirurgischen Patienten berücksichtigt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Da es ein internes Instrument und interne Vergleiche beinhaltet, verzichtet der Betrieb auf eine Veröffentlichung der Ergebnisse.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen***.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen folgender Operationen:
▪ *** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen
▪ *** Dickdarmoperationen (Colon)
▪ Magenbypassoperationen
▪ Wirbelsäulenchirurgie (ohne Implantat)
▪ Wirbelsäulenchirurgie (mit Implantat)

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode (ohne Implantate) 1. Oktober 2020 – 30. September 2021

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. November 2020 bis 1. April 2021

Aufgrund der hohen Belastung der Infektiologie/Spitalhygiene, infolge der Covid-19-Pandemie, war die Datenerfassung ab dem 1. November 2020 erneut unterbrochen worden. Spitäler und Kliniken konnten die Messung auf freiwilliger Basis weiterführen. Validierungsbesuche wurden in Absprache mit den Spitalern/Kliniken fortgesetzt. Aufgrund der sich entspannenden Situation in den Institutionen, wurde die (verpflichtende) Messung zum 1. April 2021 wieder aufgenommen.

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2020/2021	2020/2021	2017/2018	
Hirslanden, Klinik Stephanshorn						
*** Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen	3	0	-	-	-	0.00% (0.00% - 0.00%)
*** Dickdarmoperationen (Colon)	21	3	7.70%	4.00%	2.10%	11.20% (0.00% - 24.70%)
Magenbypassoperationen	76	2	0.00%	4.70%	0.00%	2.90% (0.00% - 6.60%)
Wirbelsäulenchirurgie (ohne Implantat)	128	3	-	-	-	2.20% (0.00% - 4.80%)

Ergebnisse der Messperiode (mit Implantaten) 1. Oktober 2019 – 30. September 2020

Unterbruch der Messperiode infolge Covid-19, vom 1. März bis 31. Mai 2020

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate %			adjustierte Infektionsrate % (CI*)
			2019/2020	2019/2020	2016/2017	
Hirslanden, Klinik Stephanshorn						
Wirbelsäulenchirurgie (mit Implantat)	8	1	10.50%	1.40%	6.30%	5.60% (0.00% - 21.60%)

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:

www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

	2018	2019	2020	2021 ***
Hirslanden, Klinik Stephanshorn				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	1	0	–	–
In Prozent	1.50%	0.00%	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2021 ***	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

13 Dekubitus

Ein Dekubitus (sog. Wundliegen/Druckgeschwür) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Dekubitus. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Infolge der Covid-19-Pandemie und deren Auswirkungen, konnten in den Jahren 2020 und 2021 keine nationalen Prävalenzmessungen Sturz und Dekubitus stattfinden.

Messergebnisse

Anzahl Patienten mit Dekubitus		Vorjahreswerte			2021 ***	In Prozent ***
		2018	2019	2020		
Hirslanden, Klinik Stephanshorn						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	0	0	–	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	-0.05 (-0.82 - 0.72)	–	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2021 ***	–	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)			–	

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

** CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

17 Weitere Qualitätsmessungen

17.1 Weitere eigene Messungen

17.1.1 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Alle Stürze werden systematisch erfasst und ausgewertet.

Definition Sturz: Ungeplante Bewegung eines Patienten auf den Boden oder von einer Ebene zur anderen oder Sturz eines Patienten, der in der Krankenakte, im Pflegebericht, Risikomanagementbericht oder anderweitig dokumentiert ist.

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.
Alle Patientenstürze während dem Klinikaufenthalt werden erfasst.

Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten:

2021: 84 Stürze (Basis Mitternachtscensus, Anteil 0.25%)
2020: 69 Stürze (Basis Mitternachtscensus, Anteil 0.23%)
2019: 83 Stürze (Basis Mitternachtscensus, Anteil 0.24%)
2018: 80 Stürze (Basis Mitternachtscensus, Anteil 0.24%)
2017: 85 Stürze (Basis Mitternachtscensus, Anteil 0.28%)
2016: 88 Stürze (Basis Mitternachtscensus, Anteil 0.27%)

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	IQIP
---	------

17.1.2 Dekubiti (andere als mit der Methode LPZ)

Alle Dekubiti werden in der Klinik systematisch erfasst.

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.
Alle Patienten in der Klinik, bei welchen ein Dekubiti entdeckt wurde.

Anzahl tatsächlicher Dekubiti:

2021: 38 Dekubiti (Anteil 0.12% auf Basis Mitternachtscensus), davon 20 Spannungsblasen (Anteil 0.07%)
2020: 35 Dekubiti (Anteil 0.12% auf Basis Mitternachtscensus), davon 18 Spannungsblasen (Anteil 0.07%)
2019: 50 Dekubiti (Anteil 0.16% auf Basis Mitternachtscensus), davon 33 Spannungsblasen (Anteil 0.10%)
2018: 77 Dekubiti (Anteil 0.22% auf Basis Mitternachtscensus), davon 56 Spannungsblasen (Anteil 0.18%)
2017: 69 Dekubiti (Anteil 0.23% auf Basis Mitternachtscensus), davon 30 Spannungsblasen (Anteil 0.10%)
2016: 49 Dekubiti (Anteil 0.15% auf Basis Mitternachtscensus), davon 37 Spannungsblasen (Anteil 0.12%)

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	IQIP
---	------

17.1.3 Messung Indikator-Infektionen IPS

Messung der Infektionen durch Katheter auf der Intensivstation

Diese Messung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.
Intensivstation

Einschlusskriterien:

- Harnwegsinfekt: mind. 48h auf der Intensivstation
- Primäre Sepsis: ind. 48h auf der Intensivstation
- Infektion der unteren Atemwege: mind. 48h auf der Intensivstation

Ausschlusskriterien: Patienten ausserhalb der Intensivstation

Messergebnisse

- **Harnwegsinfekt:** 1.98 / 1000 Devicetage
- **ZVK-Katheter:** 1.53 / 1000 Devicetage
- **Device assoziierte Atemwegsinfektionen, Pneumonie:** 10.99 / 1000 Devicetage*
- **Nicht Device assoziierte Infektionen:** 2.85 / 1000 Patiententage

* Die im Vergleich zu den Vorjahren deutlich erhöhten Device assoziierten Atemwegsinfektionen sind im Rahmen der Pandemie durch Langzeitbeatmung weniger Patienten zu interpretieren.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Internationales Auswertungsinstitut: NRZ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen, Berlin)
Methode / Instrument	KISS ITS

18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitätsprojekte informieren.

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Laufende Umsetzung Patientensicherheitskonzept

Folgende Themen werden regelmässig im Rahmen der Patientensicherheit bearbeitet:

- CIRS
- Events
- London Protokoll
- M&M
- Safe Surgery
- Peer Review
- Klinische Pharmazie
- Medikationssicherheit
- Materiovigilanz
- Pharmako- und Hämatovigilanz
- Patient Blood Management
- Schulungen, Rea
- Hygiene
- Ärztliche Verordnungen
- Indikationsboards
- Delirmanagement
- Strahlenschutz

18.1.2 Einführung eines neuen Meldeportals zur Meldung von Ereignissen und Zwischenfällen.

Ziel ist die Implementierung eines klinischen Managementsystems, das der Verbesserung der Patientensicherheit und dem kontinuierlichen Lernen dient. Diese Ziele werden erreicht durch:

- Die standardisierte Meldung und Verwaltung von Patientensicherheitszwischenfällen
- Verbesserte Fähigkeiten, zu verstehen, was schief und was richtig läuft, und daraus zu lernen
- Förderung der Kompetenzen zur Erhöhung der Patientensicherheit sowie zu kontinuierlichen Verbesserungen
- Schaffen einer Just Culture und fördern des Wohlbefindens der Mitarbeitenden
- Sicherstellen, dass Patienten und ihre Familien unterstützt, gehört, verstanden und wertgeschätzt werden

Das System wird die «Sichtbarkeit» von Sicherheitszwischenfällen auf der Ebene der Einheiten verbessern. Durch das Tracking der Überprüfung von Zwischenfällen unterstützt es die Vorgesetzten dabei, die Verantwortung für das Sicherheitsmanagement in ihren Einheiten zu übernehmen. Dies ermöglicht ihnen auch, die notwendigen Präventions- und Verbesserungsmassnahmen zu ergreifen.

Die Qualitätsteams in den Einrichtungen haben dadurch bessere Möglichkeiten, um Trends zu überwachen und Daten schneller zu analysieren. Sie werden auch die Qualitätsverbesserungen vorantreiben und den Vorgesetzten Unterstützung beim Mentoring bieten müssen.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021

18.2.1 Corona-Pandemie

Alle Aktivitäten konzentrierten sich im Jahr 2021 auf die Bewältigung der Corona-Pandemie.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung Versorgungsregion Ostschweiz nach DIN ISO 9001:2015

Im Februar 2018 fand die erste ISO-Zertifizierung nach der revidierten Norm ISO 9001:2015 statt. Im Februar wurden die Klinik Stephanshorn und die Klinik am Rosenberg gemeinsam unter einem Zertifikat nach DIN ISO 9001:2015 als Versorgungsregion zertifiziert.

Ziel:

Aufrechterhaltung der Gesamtzertifizierung der Klinik Stephanshorn und Klinik am Rosenberg als Versorgungsregion Ostschweiz der Hirslandengruppe.

Involvierte Personen / Bereiche:

Prozesseigner aller Abteilungen, in Begleitung durch das Qualitätsmanagement.

19 Schlusswort und Ausblick

Das Thema Patientensicherheit hat in der Klinik Stephanshorn einen sehr hohen Stellenwert. Daraus entstehen regelmässig neue Ideen seitens der Mitarbeitenden und der Führungspersonen, welche im Sinne der Patientensicherheit umgesetzt werden.

Im Jahr 2022 wird das Schwerpunktthema die Anpassung des Organisationsdesigns der Hirslanden Gruppe auf die Versorgungsregion Ostschweiz sein.

Auf diese, wie aber auch weitere Herausforderungen, sind wir gespannt und freuen uns, stets Projekte und Ideen angehen zu können, um die Qualität in den Kliniken weiterhin auf hohem Niveau halten zu können.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Hals- und Gesichtschirurgie
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)
Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
Nerven chirurgisch (Neurochirurgie)
Spinale Neurochirurgie
Periphere Neurochirurgie
Hormone (Endokrinologie/Diabetologie)
Endokrinologie
Magen-Darm (Gastroenterologie)
Gastroenterologie
Spezialisierte Gastroenterologie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Bariatrische Chirurgie
Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)
Gefäße
Gefäßchirurgie periphere Gefäße (arteriell)
Interventionen periphere Gefäße (arteriell)
Interventionelle Radiologie (bei Gefäßen nur Diagnostik)
Herz
Kardiologie (inkl. Schrittmacher)
Nieren (Nephrologie)
Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Isolierte Adrenalektomie
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters

Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial
Lunge medizinisch (Pneumologie)
Pneumologie
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Wirbelsäulenchirurgie
Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
Plexuschirurgie
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum
Geburtshilfe
Grundversorgung Geburtshilfe (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)
Neugeborene
Grundversorgung Neugeborene (ab 35. Woche und $\geq 2000g$)
Strahlentherapie (Radio-Onkologie)
Onkologie

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität (FKQ), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinfo.ch nahe zu legen.

Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: www.anq.ch



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW):

www.samw.ch.