

# Qualitätsbericht 2023

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

05.06.2024  
Martin Birrer, Direktor

Version



Adullam Spital

[www.adullam.ch](http://www.adullam.ch)



Akutsomatik



Rehabilitation

## 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 2023.

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 sind im Inhaltsverzeichnis 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.

Die Risikoadjustierung oder Risikobereinigung ist ein statistisches Verfahren, um Qualitätsindikatoren für Unterschiede im Patientengut der Spitäler (z.B. im Case Mix und Behandlungsangebot) zu korrigieren. Um Spitäler trotz solcher Unterschiede ihrer Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer erbrachten Qualität schweizweit vergleichen zu können, müssen die Indikatoren für bestimmte Patientenrisikofaktoren adjustiert werden.

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 2023

Frau  
Christiane Schambeck  
Leiterin Qualitätsmanagement  
061 266 95 60  
[c.schambeck@adullam.ch](mailto:c.schambeck@adullam.ch)

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

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. Die H+ Qualitatsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten; die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) dargestellt werden können.

Die Herausforderungen für die Spitäler und Kliniken haben erneut zugenommen: Personalmangel, Teuerung und nicht-kostendeckende Tarife verschärfen die Situation weiter. Viele Spitäler und Kliniken müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

In einigen Spitälern und Kliniken laufen bereits erste, interne Vorbereitungen an, für die Umsetzung des Qualitatsvertrags nach Art. 58a. Dieser wird voraussichtlich 2024 in Kraft treten. Wir freuen uns, dass die Spitäler und Kliniken die ersten Leistungserbringer sind, welche diese gesetzliche Vorgabe erfüllen und einen Qualitatsvertrag ausarbeiten konnten.

Der Qualitätsbericht 2023 ist optimiert aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Zudem werden im aktuellen Qualitätsbericht erstmals die Ergebnisse der Rehospitalisationen mit der neuen Methode ausgewiesen. Diese Ergebnisse wurden basierend auf den BFS-Daten 2021 ausgewertet, mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken weiterhin die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Das Ausfüllen und die Ausgabe wurden zusätzlich optimiert.

Im Qualitätsbericht sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich, inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das grosse Engagement, das mit den vielfältigen Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicherstellt. Dank der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>8</b>
2.1 Organigramm .....	8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	9
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>10</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023 .....	10
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023 .....	11
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	12
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>13</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	13
4.2 Durchführung von kantonale vorgegebenen Messungen .....	13
4.3 Durchführung von zusätzlichen Spital- und klinikeigenen Messungen .....	14
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte .....	15
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen .....	18
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht .....	19
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>20</b>
<b>Zufriedenheitsbefragungen</b> .....	<b>21</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>21</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik .....	21
5.2 Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation .....	22
5.3 Eigene Befragung .....	24
5.3.1 Patientenbefragung Mecon .....	24
5.3.2 Kontinuierliches einholen von Patientenfeedback mittels Feedbackkarte .....	25
5.4 Beschwerdemanagement .....	25
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> .....	<b>26</b>
6.1 Eigene Befragung .....	26
6.1.1 Angehörigenbefragung Mecon .....	26
<b>7 Mitarbeitendenzufriedenheit</b> .....	<b>28</b>
7.1 Eigene Befragung .....	28
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit .....	28
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Es finden regelmässige Gespräche mit den Zuweisern statt, dort ist die Zufriedenheit in der Zusammenarbeit ein Fixtraktandum	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>29</b>
<b>Messungen in der Akutsomatik</b> .....	<b>29</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Rehabilitation nicht relevant.	
<b>10 Operationen</b> Das Adullam Spital führt keine Operationen durch	
<b>11 Infektionen</b> .....	<b>29</b>
11.1 Eigene Messung .....	29
11.1.1 Punktprävalenz Erhebung der healthcare-assoziierten Infektionen .....	29
<b>12 Stürze</b> .....	<b>30</b>
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz .....	30
12.2 Eigene Messung .....	32
12.2.1 Sturzereignisse .....	32
<b>13 Dekubitus</b> .....	<b>33</b>
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus .....	33

<b>Messungen in der Psychiatrie</b> .....	<b>0</b>
<b>14</b> <b>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b>	
Die ANQ Stichproben Messung wurde vom ANQ eingestellt, bis jetzt wurde keine Ersatzmessung durchgeführt.	
<b>15</b> <b>Symptombelastung psychischer Störungen</b>	
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.	
<b>Messungen in der Rehabilitation</b> .....	<b>36</b>
<b>16</b> <b>Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit</b> .....	<b>36</b>
16.1      Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation .....	36
<b>Weitere Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>0</b>
<b>17</b> <b>Weitere Qualitätsmessungen</b>	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
<b>18</b> <b>Projekte im Detail</b> .....	<b>38</b>
18.1      Aktuelle Qualitätsprojekte .....	38
18.1.1    Einführung PROMS.....	38
18.2      Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023 .....	39
18.2.1    Pilotprojekt Kaizenboards .....	39
18.3      Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	39
18.3.1    EFQM.....	39
<b>19</b> <b>Schlusswort und Ausblick</b> .....	<b>40</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot</b> .....	<b>41</b>
Akutsomatik .....	41
Rehabilitation.....	41
<b>Herausgeber</b> .....	<b>45</b>

# 1 Einleitung

## Porträt

**" Mit individueller Medizin, Therapie und Pflege für Lebensqualität bis ins hohe Alter - menschlich kompetent. Adullam mir zuliebe."**

Das **Adullam Spital** ist ein Betrieb der privaten, gemeinnützigen Adullam-Stiftung Basel, welche in den Bereichen Altersmedizin und Alterspflege öffentliche Leistungsaufträge wahrnimmt.

Als attraktive Arbeitgeberin beschäftigt die Adullam-Stiftung rund 800 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

An den beiden Standorten Basel und Riehen betreibt die Adullam-Stiftung insgesamt 150 Spitalbetten und 223 Pflegeplätze sowie einen Therapiebereich für ambulante Therapien (*ambalance*) und die Mobile Heimarzt-Praxis.

Das **Adullam Spital** erbringt spezialisierte geriatrische Leistungen im ambulanten und stationären Bereich. Das Angebot umfasst die kurative und palliative Behandlung, Pflege und Betreuung von betagten Einwohnerinnen und Einwohner der Region Nordwestschweiz.

Das Adullam Spital führt Betten aller Versicherungsklassen. Der Anteil der Betten für Allgemeinversicherte liegt bei rund 70%. Etwa 30% der Patienten und Patientinnen sind privat oder halbprivat versichert.

## Leistungsangebot im Adullam Spital

- **Akutgeriatrie**, d.h. Behandlung von akuten Erkrankungen bei betagten, meist mehrfach erkrankten Patienten und Patientinnen.
- **Geriatrische Rehabilitation**, meist mehrfach erkrankte Patientinnen und Patienten werden durch einen umfassenden und zielorientierten Behandlungsprozess zur bestmöglichen Selbständigkeit zurückgeführt, vor allem nach internistischen, neurologischen oder orthopädischen Erkrankungen.

## Überblick über die wichtigsten Qualitätsaktivitäten

2023 wurde die Adullam-Stiftung erfolgreich auf der Stufe recognised by EFQM rezertifiziert. Im März 23 wurde eine ausführliche Dokumentation über den Betrieb und seine Kennzahlen eingereicht und im Juni 2023 fand das externe Assessment statt. 2 erfahrene Assessoren führten während 2 Tagen 26 Interviews. Wir erhielten einen ausführlichen Schlussbericht mit Stärken und Verbesserungsmöglichkeiten und erhielten 3 Sterne.

Das Adullam Spital ist mit dem Label «SIWF-zertifizierte Weiterbildungsstätte» des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF ausgezeichnet und ist als Weiterbildungsstätte in Geriatrie Kategorie A und in allgemeiner Innerer Medizin Kategorie C anerkannt.

Im Berichtsjahr wurde die Einführung weiterer Elemente aus dem Leanmanagement gestartet. Auf 4 Pilotstationen wurde der Einsatz von Kaizenboards in einem Projekt getestet.

Die Ergebnisse der ANQ Patientenbefragung zeigte eine erfreulich hohe Zufriedenheit der Patienten.

Ca.10% der aus dem Spital austretenden Patienten geben uns ein schriftliches Feedback. 95% dieser Rückmeldungen sind positiv. Etwa ein Drittel der Patient:innen teilen uns zudem Anregungen mit, welche uns helfen, unser Angebot noch besser auf die Kundenbedürfnisse auszurichten.

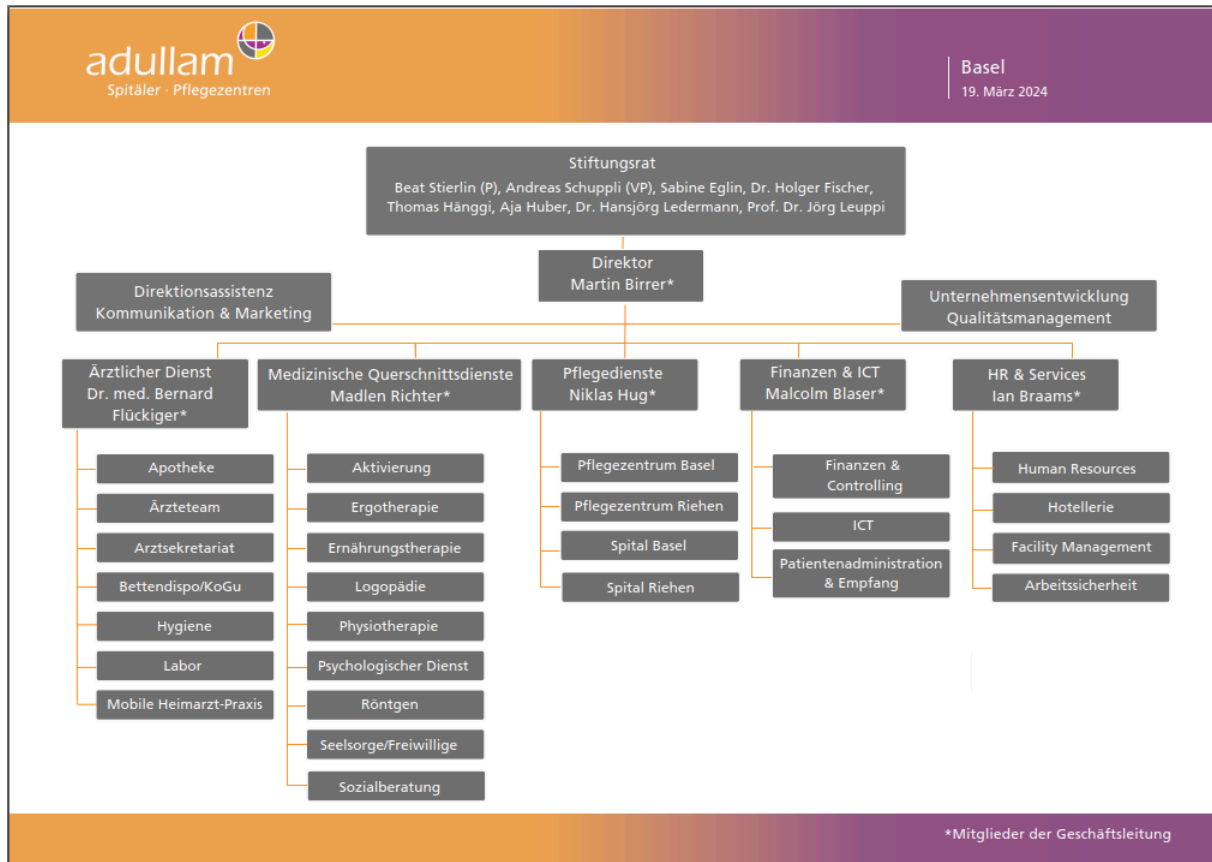
Das ambulante Therapieangebot wurde im 2023 weiter ausgebaut und stösst auf grosse Nachfrage.

Ebenfalls im ambulanten Bereich wurde das Angebot "Mobile Heimarzt-Praxis" entwickelt. Ein Angebot für Bewohnerinnen und Bewohnern anderer Pflegeheime, von Fachärzten des Adullam Spitals häusärztlich betreut zu werden. Der Bedarf ist hoch und im Berichtsjahr konnten mit weiteren Pflegeheimen eine Zusammenarbeitsvereinbarung abgeschlossen werden.

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

## 2 Organisation des Qualitätsmanagements

### 2.1 Organigramm



#### Struktur und Organisation des Qualitätsmanagement

Die Geschäftsleitung ist als oberstes Führungsgremium verantwortlich für die Einhaltung von Qualitätsstandards und die Umsetzung von Qualitätsmassnahmen in Bezug auf Patientinnen und Patienten und Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Themen aus dem Qualitätsmanagement werden bei Bedarf in der Geschäftsleitung traktandiert und besprochen.

3 x jährlich treffen sich Geschäftsleitung, Bereichsleitungen aller Bereiche und die Leiterin Qualitätsmanagement zu einem Qualitätshalbtage um Themen des Qualitätsmanagements interprofessionell abzustützen und Weiterentwicklungsmassnahmen festzulegen.

Die Leitung Qualitätsmanagement informiert die Geschäftsleitung und die Mitglieder des Qualitätshalbtages über Ergebnisse von internen Audits, Befragungen und Messungen. Notwendige Massnahmen aus den Ergebnissen werden besprochen und die Umsetzung geplant.

Das Qualitäts- und Prozessmanagement ist als Teil der Unternehmensentwicklung im Direktionsstab angesiedelt. Die Aufgaben der Leitung Qualitätsmanagement sind die Qualitätsansprüche und Qualitätsmassnahmen des Spitals zu koordinieren, Qualitätsentwicklungsprojekte umzusetzen, das Qualitäts- und Prozessdenken im Spital zu fördern und weiter zu entwickeln.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird in den Prozessen und in der Prozesslandkarte des Spitals abgebildet.

Einmal pro Jahr wird durch die internen Assessoren ein internes EFQM Assessment zu einem Kriterium oder mehreren Teilkriterien durchgeführt. Zu den erkannten Verbesserungspotentialen werden Massnahmen priorisiert, formuliert und in einer Massnahmenliste geführt und überwacht.



Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist der Unternehmensentwicklung unterstellt und diese als Stabsfunktion dem Direktor

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **80** Stellenprozente zur Verfügung.

## **2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement**

Frau Christiane Schambeck  
Leiterin Qualitätsmanagement  
061 266 95 60  
[c.schambeck@adullam.ch](mailto:c.schambeck@adullam.ch)

### 3 Qualitätsstrategie

Der Qualitätsgedanke ist in der Vision und im Unternehmensleitbild der Stiftung verankert und ebenfalls Teil der Unternehmensstrategie. Qualität bildet sich auch in den Unternehmenszielen ab.

"Wir erbringen spezialisierte geriatrische Leistungen im ambulanten und im stationären Bereich. Unser Angebot umfasst die kurative und palliative Behandlung, Pflege und Betreuung von betagten Einwohnerinnen und Einwohnern der Region Nordwestschweiz.

In unserem Spital mit Leistungsaufträgen für Akutgeriatrie und Rehabilitation führen wir betagte, meist mehrfach erkrankte Patientinnen und Patienten durch einen umfassenden und zielorientierten Behandlungsprozess zur bestmöglichen Selbstständigkeit zurück. Wir verstehen die Krankheit von Betagten als mehrdimensionales Kranksein. Wir handeln als spezialisiertes Team von Ärztinnen, Ärzten, Therapeutinnen, Therapeuten, Sozialberaterinnen und -beratern und Pflegenden interprofessionell.

Mit unseren angegliederten Pflegezentren schaffen wir für pflegebedürftige Menschen ein individuelles Zuhause. Unsere Dienstleistungen basieren auf einem ganzheitlichen Pflege- und Betreuungsverständnis, welches die persönliche Lebensgestaltung, die Autonomie und das soziale Umfeld der Bewohnerinnen und Bewohner achtet.

Im Mittelpunkt unseres professionellen Denkens und Handelns stehen die uns anvertrauten Menschen. Wir gehen vertrauensvoll, achtsam und mit Respekt vor deren Integrität auf ihre individuellen Bedürfnisse ein. Mit Angehörigen, Zuweisern und Partnerinstitutionen pflegen wir eine zuverlässige, flexible und lösungsorientierte Zusammenarbeit. Hohe Qualität ist unser Anspruch.

Die Adullam-Stiftung hat den Anspruch mit einem hohen Qualitätsstandard die Patientenzufriedenheit zu gewährleisten. Um dieses Ziel zu erreichen, wird ein Set von unterschiedlichen Instrumenten angewendet:

- EFQM: Als Total Quality Managementsystem unter Benutzung einer Prozesslandschaft, einem Kennzahlensystem und mit der Verwendung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses wird der Excellence-Gedanke des EFQM umgesetzt.
- Befragungen von Patienten und Patientinnen und Angehörigen: Mit standardisierten und validierten Fragebögen werden die Wahrnehmung der Patienten und Patientinnen und der Angehörigen in mündlicher und schriftlicher Form ermittelt. Die Ergebnisse werden ausgewertet und durch einen geeigneten Benchmark mit anderen Spitälern verglichen.
- Befragungen und Datenerhebungen ANQ: Die Datenerhebungen sind im elektronischen Klinikinformationssystem integriert. Die Daten werden ausgewertet und für den Behandlungsprozess benutzt oder zur Kontrolle der erreichten Qualität verwendet.
- Ein funktionierendes Beschwerdemanagement ist vorhanden.
- Es wird ein CIRS-System eingesetzt.
- Aus- und Weiterbildung Personal: Es besteht ein internes interdisziplinäres Weiterbildungsangebot.
- Die Weiterentwicklung der Struktur- und Prozessqualität nimmt einen hohen Stellenwert ein.

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023

##### Qualitätsmanagement

- EFQM Assessment R4E erfolgreich bestehen
- weitere Instrumente aus Leanmanagement einführen
- Einführung PROM am Standort Riehen

##### Strategiefeld Leistungsausbau und Wachstum

- Ausbau des Angebotes mobile Heimarztpraxis
- Ausbau der Bettenkapazität
- Sanierung der Küche

## 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023

### Qualitätsmanagement

#### EFQM Zertifizierung

Im Juni 2023 wurde das geplante EFQM Assessment Recognised for Excellence durchgeführt. An 2 Tagen prüften 2 externe Assessoren unser Qualitätssystem. Sie führten mit über 70 Personen Interviews.

Wir erreichten 3 Sterne und erhielten einen ausführlichen Feedbackbericht.

#### Rezertifizierung als ärztliche Weiterbildungsstätte für Geriatrie, Kat. A

verlief sehr erfolgreich

#### Etablieren von ausgewählten Lean - Instrumenten

Pilotprojekt mit Kaizenboards wurde erfolgreich durchgeführt und ausgewertet. Die positive Auswertung des Pilotprojekts führte zur Entscheidung einer Ausweitung im 2024.

#### PROM

Das Ziel das Pilotprojekt abzuschliessen konnte nicht erreicht werden, da die Softwarefirma den Vertrag kündete und wir mit einer neuen Evaluation beginnen mussten.

### Strategiefeld Leistungsausbau und Wachstum

#### Ausbau der Mobilen Heimarzt-Praxis mit Angebot an Pflegeheime

verlief sehr positiv, es konnten 2 zusätzliche Heime gewonnen werden. Ende 2023 wurden ca. 500 Bewohnerinnen und Bewohner in 10 Heimen hausärztlich durch die Mobile Heimarzt-Praxis betreut. (Zunahme der behandelten Bewohner:innen 400)

#### Ausbau der Bettenkapazität im Spital

Die Bettenkapazität konnte ausgebaut werden, mit einer guten Bettenauslastung von 93.8%

#### Sanierung der Küche

Die Küchensanierung konnte Ende Jahr erfolgreich abgeschlossen werden. Mitte Jan 24 wurden die neuen Räumlichkeiten bezogen.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

#### **Kontinuierliche Weiterentwicklung mit dem EFQM Modell for Excellence**

Die ständige Weiterentwicklung sowie die Bereitschaft sind der Motor der Qualitätsansprüche der Adullam-Stiftung.

Den Feedbackbericht zu Stärken und Verbesserungspotential aus dem Zertifizierungsverfahren werden wir nutzen, um weitere Entwicklungsschritte zu machen. Wir wollen das Denken und Handeln nach RADAR stärker in unser Alltagshandeln integrieren insbesondere bei der Projektarbeit.

Wir planen ein jährliches internes Assessment zu einem Kriterium oder zu 3-5 Teilkriterien um Fortschritte aufzuzeigen, aber auch um Entwicklungspotential zu erkennen.

#### **ANQ Messergebnisse**

Aufrechterhalten der guten Datenqualität der ANQ Daten.

Die ANQ Messergebnisse werden weiterhin ausgewertet und zur kontinuierlichen Weiterentwicklung und Optimierung der Abläufe und der Behandlungsqualität genutzt.

#### **PROMs**

Die Arbeit mit PROMs (Patient reporting outcome measures) ist weiter ein Ziel. Mit PROMs wird die Patientensicht zum subjektiven Behandlungserfolg und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität stärker in den Fokus gerückt und gibt zusammen mit den Ergebnissen aus den Assessments und den Behandlungszielen ein Gesamtbild und trägt zu einer optimalen Patientenbehandlung bei. Im 2024 wird am Standort Riehen der PROM EQ- 5D – 5L + 2 Fragen zum Schmerzerleben eingeführt. Ende 2024 werden wir diese Ergebnisse auswerten.

#### **weitere Instrumente aus Leanmanagement implementieren**

Eine stärkerer Einbezug der Verbesserungsideen von Mitarbeiterseite ist schon länger ein Feld mit Entwicklungspotential.

Wir betrachten die Arbeit mit Kaizen Boards als effektive, niederschwellige Methode mit guten, sichtbaren Erfolgen. Im 2024 wird der gesamte Pflegedienst, der ärztliche Dienst und die therapeutischen Dienste in die Arbeit mit Kaizen Boards eingeführt.

#### **Evaluation und Einführung eines neuen KIS und ERP**

in den nächsten 2 Jahren ist die Evaluation und Einführung eines neuen KIS und ERP geplant

#### **Qualitätsmanagement**

Delirmanagement umsetzen

Weiterentwicklung der patientenorientierten interprofessionellen Besprechung  
Schmerztherapie geriatrischer Patienten interprofessionel weiterentwickeln

#### **Strategiefeld Leistungsausbau und Wachstum**

Ausbau ambulante Therapien am Standort Riehen

## 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](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Akutsomatik</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz</li> <li>▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus</li> </ul>
<i>Rehabilitation</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation</li> <li>▪ Bereichsspezifische Messungen für               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Geriatrische Rehabilitation</li> </ul> </li> </ul>

### 4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umsetzung PROMs (Patient Reporting Outcome Measurements)</li> <li>▪ Umsetzung Mindestanforderungen Swissnoso</li> <li>▪ Betrieb eines spitalweiten CIRS (Critical Reporting Systems) - ist bereits umgesetzt</li> </ul>

### 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>Patientenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Patientenbefragung Mecon</li><li>▪ Kontinuierliches einholen von Patientenfeedback mittels Feedbackkarte</li></ul>
<i>Angehörigenzufriedenheit</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Angehörigenbefragung Mecon</li></ul>

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Infektionen</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Punktprävalenz Erhebung der healtcare-assozierten Infektionen</li></ul>
<i>Stürze</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sturzereignisse</li></ul>

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Implementierung PROMs (Patient Reporting Outcome Measurement)

<b>Ziel</b>	Implementierung des PROM EQ-5D-5L
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	am Standort Riehen bei Rehapatienten des Zuweisers Merian Iselin
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	Okt 23 - Dez 24
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	In der Leistungsvereinbarungen ist neu die Verpflichtung zur Arbeit mit PROMs aufgeführt
<b>Methodik</b>	Projektorganisation
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Ärzte, Pflege, Therapie, ICT
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Evaluation von neuem Softwareanbieter, Schulung der MA, Re-Start der Erfassung, Ende 2024 werden erste Ergebnisse vorliegen.

#### Aufbau Ideenmanagement

<b>Ziel</b>	einführen von Kaizenboards
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	ausgewählte Teams mit Interesse
<b>Projekt: Laufzeit (von...bis)</b>	2022 - 2024
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
<b>Begründung</b>	Ideen der Mitarbeitenden sind wertvoll und sollen möglichst einfach und wirkungsvoll umgesetzt werden
<b>Methodik</b>	Projektorganisation
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	interprofessionel
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Projektelevaluation mit beteiligten Personen fand Ende 2023 statt, für 2024 wurde eine Ausweitung auf den gesamten Pflegedienst, den ärztlichen Dienst und den therapeutische Dienste beschlossen

### Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

#### Beschwerdemanagement

<b>Ziel</b>	Aktiver Umgang mit Beschwerden von Patienten/-innen und Angehörigen, um im Einzelfall eine befriedigende Lösung zu finden und in Zukunft Verbesserungen herzuleiten
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	ganze Adullam Stiftung (Spital und Pflegezentren)
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	laufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Beschwerden sind eine von vielen möglichen Quellen um Erwartungen unserer Kunden zu erkennen und Verbesserungspotential abzuleiten
<b>Methodik</b>	regelmässige Analyse aller Beschwerden und ermitteln von Bereichen mit Verbesserungspotential
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Mitarbeitenden der Adullam Stiftung
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Alle 3 Monate Bericht an Linienverantwortliche über Stand und Learning aus den Beschwerden. Aus den Beschwerden werden Verbesserungen abgeleitet und nach deren Prüfung durch Linie umgesetzt.

#### Schulungen Brandschutz

<b>Ziel</b>	Sicherheit gewinnen im richtigen Verhalten im Brandschutz
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	ganze Adullam Stiftung
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	laufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Methodik</b>	regelmässige Schulungen der Theorie über easylern mit anschliessender praktischer Übung
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle neu eintretenden Mitarbeitenden, Refresher alle 3 Jahre für alle festangestellten Mitarbeitenden



## CIRS Meldesystem

<b>Ziel</b>	Optimieren der Lerneffekte aus den CIRS Meldungen
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Adullam Spital und Pflegezentren, alle Bereiche
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	laufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Aus Fehlern zu lernen ist für die Patientensicherheit zentral
<b>Methodik</b>	Analyse aller Meldungen nach Londonprotokoll
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Mitarbeitenden der Adullam Stiftung
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Regelmässig Bericht (alle 3 Monate) an Linienverantwortliche über Stand und Learning aus den CIRS Meldungen und Schulung der Mitarbeitenden. Aus der Analyse der einzelnen Meldungen werden Verbesserungsmassnahmen der Linie vorgeschlagen und nach deren Prüfung umgesetzt. An der CIRS Konferenz werden spannende Fälle interessierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorgestellt.

## Weiterentwicklung Prozessmanagement

<b>Ziel</b>	Den Mitarbeitenden steht ein aktuelles und übersichtliches Handbuch mit allen aktuellen Prozessen und dazu gehörigen Dokumenten auf dem Intranet zur Verfügung
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	Adullam Spital und Pflegezentren, alle Bereiche
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	laufend
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Es ist wichtig, dass die Prozesse / Abläufe beschrieben sind, aktuell sind und den Mitarbeitenden als Arbeitsinstrumente zur Verfügung stehen.
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Adullam Stiftung Spital und Pflegezentren, alle Bereiche
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Alle Prozesse wurden ins Intranet übertragen und stehen den Mitarbeitenden zur Verfügung. Zum Prozess zugehörige Dokumente werden mit den Prozessen verknüpft. Neue Prozesse die aus Projekten entstehen, werden ins Prozessmanagement übernommen. Im 2023 wurden dabei speziell die Prozesse Labor, mobile Heimarztpraxis und Care Gastronomie bearbeitet.

## EFQM Modell for Excellence (R4E Anerkennung)

<b>Ziel</b>	Kontinuierliche Verbesserung des gesamten Betriebes
<b>Bereich, in dem die Aktivität läuft</b>	ganze Adullam Stiftung
<b>Aktivität: Laufzeit</b> (seit...)	seit 2009 laufende Fortführung
<b>Art der Aktivität</b>	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
<b>Begründung</b>	Um das Ziel einer Zertifizierung R4E im 2023 zu erreichen, benötigt es den Aufbau von Wissen und ein Bewusstsein für das EFQM Modell.
<b>Methodik</b>	interne Assessoren ausbilden, jährliches Selfassessment durchführen, Weiterentwicklung mittels Verbesserungsplan
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	alle Berufsgruppen des Adullams
<b>Evaluation Aktivität / Projekt</b>	Interne Assessoren wurden ausgebildet und ein erstes Selfassessment über alle Kriterien durchgeführt. Die Rezertifizierung wurde im Juni 23 durchgeführt und erfolgreich bestanden. Im 2024 werden weitere interne Assessoren ausgebildet und ein internes Assessment geplant.

## 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 2005 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**

CIRS (Critical Incident Reporting System) 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.

Eine feste Arbeitsgruppe analysiert alle Meldungen nach Londonprotokoll und erarbeitet Empfehlungen zur Verbesserung zu Handen der Linie.

Die Meldungen mit dem grössten Lernpotential werden 2x Jährlich an einer CIRS Konferenz den Mitarbeitenden vorgestellt.

Eine Zusammenfassung der analysierten Meldungen und den entsprechenden Empfehlungen sind für alle Mitarbeitenden einsehbar.

## 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
EFQM	R4E	2004	2023	Am 23.06.2023 wurde das EFQM Assessment erfolgreich durchgeführt und mit einem sehr guten Ergebnis bestanden
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz H+ Branchenlösung	Technik und Sicherheit	-	2023	
«SIWF-zertifizierte Weiterbildungsstätte»	ärztlicher Dienst	2021	2023	
REKOLE	Rechnungswesen	-	2023	

# QUALITÄTSMESSUNGEN

## Zufriedenheitsbefragungen

### 5 Patientenzufriedenheit

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

Infolge des neuen 2-Jahres-Rhythmus haben in den Jahren 2020 und 2022, für die Akutsomatik, regulär keine Zufriedenheitsbefragungen (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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Messergebnisse in diesem Qualitätsbericht.

#### Begründung

Aufgrund der vom ANQ definierten Ein- und Ausschlusskriterien und der Grösse unserer Klinik, können wir im jeweiligen vorgegebenen Stichmonat nur eine kleine Anzahl Patienten anschreiben. Die Ergebnisse beziehen sich auf Antworten von 19 Patienten (Standort Riehen 10 Patienten/ Standort Basel 9 Patienten).

Die Ergebnisse 2023 haben sich gegenüber 2021 positiv entwickelt.

Durch diese kleine Grundgesamtheit und die Aufteilung der Ergebnisse auf 2 Standorte sind die Ergebnisse wenig signifikant und erlauben leider keine verlässlichen Schlüsse im Längs- und Quervergleich. Deshalb verzichten wir auf eine Publikation.

Um bessere Aussagen zur Zufriedenheit unserer Akutpatienten zu erhalten, führen wir alle 3 Jahre eine **mündliche** Patientenbefragung durch.

Wir sehen diese ANQ - Befragung als Ergänzung zur eigenen Patientenbefragung, die wir alle 3 Jahre durchführen.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	---------------------------

## 5.2 Nationale Patientenbefragung in der Rehabilitation

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe entwickelt.

Der Fragebogen beinhaltet sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Zwei Fragen sind praktisch identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die anderen vier Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Rehabilitation angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

### Messergebnisse

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2023 (CI* = 95%)
	2019	2021	2022	
<b>Adullam Spital</b>				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung durch das Reha-Team (ärztliches und therapeutisches Personal, Pflegefachpersonen, Sozialdienst)?	3.58	3.96	3.84	– (–)
Wurden Sie zu Beginn Ihres Reha-Aufenthalts verständlich über Ablauf und Ziele Ihrer Rehabilitation informiert?	3.73	4.28	3.78	– (–)
Wurden Sie während Ihres Reha-Aufenthalts ausreichend in Entscheidungen einbezogen?	4.00	4.20	3.97	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.26	4.58	4.20	– (–)
Entsprachen die Therapien Ihren Erwartungen (Umfang, Ablauf usw.)?	3.73	4.25	3.92	– (–)
Wie war die Organisation aller für Sie und Ihre Angehörigen wichtigen Massnahmen für die Zeit nach dem Reha-Aufenthalt (Betreuung, Spitex, Therapien usw.)?	3.50	3.65	3.50	– (–)
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2023				–
Anzahl eingetreffener Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

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.

Die für das Jahr 2020 geplanten Patientenbefragungen in der Rehabilitation und Psychiatrie wurden infolge der Covid-19-Pandemie auf das Folgejahr (2021) verschoben. Danach gilt der reguläre 2-Jahres-Rhythmus wonach von Seiten ANQ in diesen Bereichen jeweils in den geraden Jahren eine Patientenbefragung stattfindet.

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/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/).

### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

In der Darstellung auf der vorderen Seite wurden die Ergebnisse für den Standort Basel publiziert.

Nachfolgend die Ergebnisse 2022 für den Standort Riehen:

Frage	Zufriedenheitswert	Vertrauensintervall
Frage 1	3.9	3.70 - 4.20
Frage 2	4.04	3.74 - 4.33
Frage 3	4.08	3.78 - 4.39
Frage 4	4.14	3.88 - 4.40
Frage 5	4.04	3.77 - 4.30
Frage 6	3.84	3.56 - 4.13
Rücklauf	46%	

### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	---------------------------

### Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patientinnen und Patienten ( $\geq 16$ Jahre) versendet, die im April und Mai – aus einer Rehabilitationsklinik oder Rehabilitationsabteilung eines Akutspitals ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ In der Klinik verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

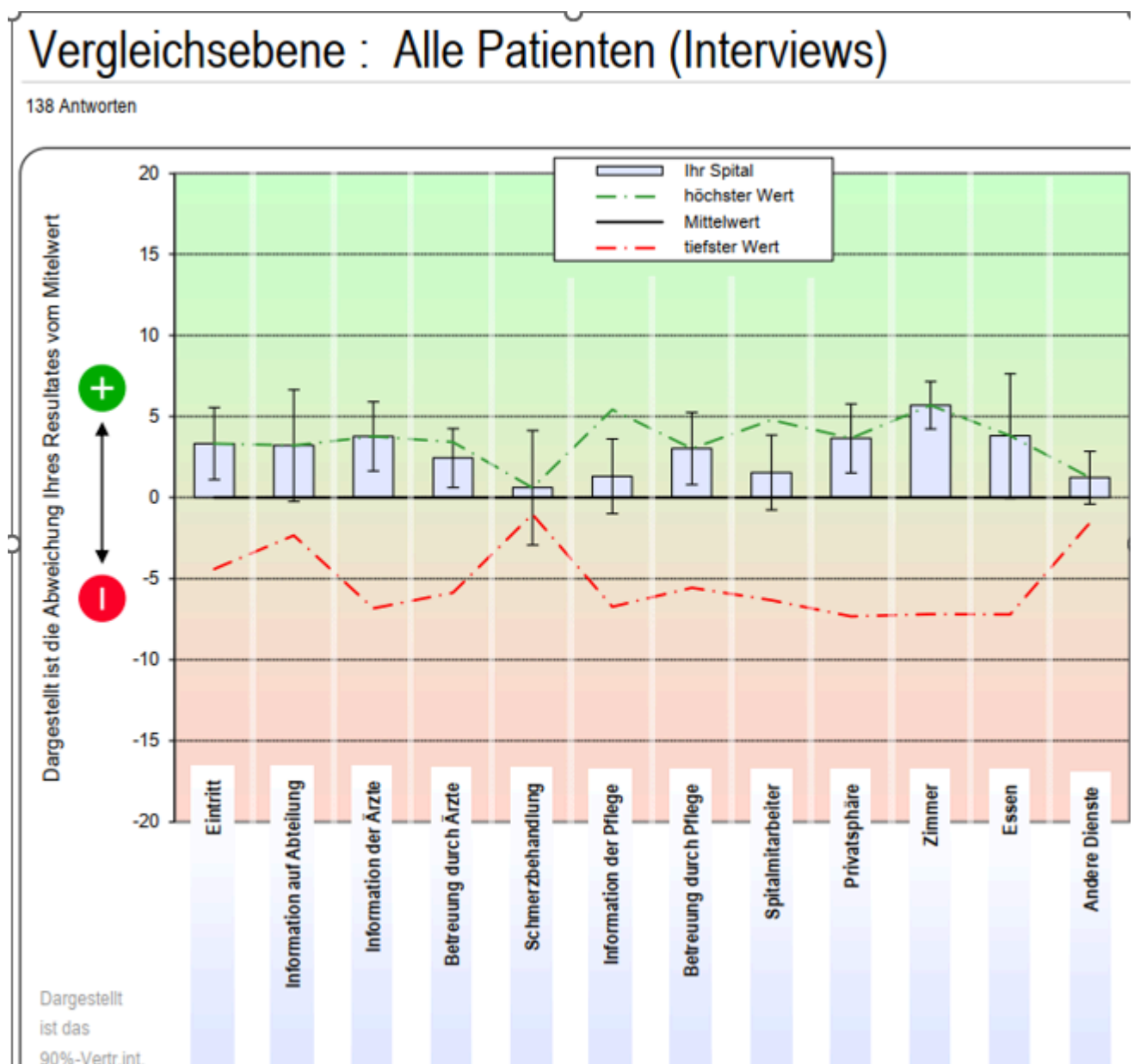
### 5.3 Eigene Befragung

#### 5.3.1 Patientenbefragung Mecon

Mündliche Patientenbefragung

Interview mit Mecon Fragebogen Patientenzufriedenheit durch eine externe Person.

Diese Patientenbefragung haben wir vom Sept. 23 bis Nov. 23 durchgeführt.  
 an beiden Standorten/ auf allen Stationen / bei Akut- und Rehapatienten  
 140 Reha- und Akutpatienten. Pro Station 20 Patienten  
 Vergleich zwischen 3 Geriatrischen Spitälern





## Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Mecon Standardfragebogen

### Bemerkungen

Die Ergebnisse des Adullam liegen in allen Punkten über dem Mittelwert der teilnehmenden Spitäler. Das Adullam zeigt in 9 von 12 Themen den besten Wert.

Gegenüber der Befragung im 2020 fand eine Verbesserung der Ergebnisse statt.

Das Thema Schmerzbehandlung haben wir uns als Verbesserungsthema ausgewählt und werden dies im 2024 interprofessionell bearbeiten.

### 5.3.2 Kontinuierliches einholen von Patientenfeedback mittels Feedbackkarte

Am Ende des Spitalaufenthaltes geben wir den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, uns ein Feedback zu ihrem Aufenthalt zu geben.

Diese Rückmeldungen ermöglichen uns, zu sehen, auf was die Patientinnen und Patienten wertlegen und können unsere Dienstleistungen darauf ausrichten.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.

alle Abteilungen

Alle Austretenden Akut- und Rehapatienten erhalten noch während dem Spitalaufenthalt die Feedbackkarte, mit der Bitte diese auszufüllen.

Auf der Feedbackkarte "Ihre Meinung ist uns wichtig" können die Patientinnen und Patienten im Freitext ihre Rückmeldungen geben.

Ca. 11% der Patientinnen und Patienten nutzen diese Möglichkeit uns ein Feedback zu geben. 95% der Karten enthalten positive Rückmeldungen. Besonders hervorgehoben wird die Freundlichkeit und die Hilfsbereitschaft des Personals. Besonders geschätzt werden die Einzelzimmer, die kompetenten Therapeuten, die gute Information über Behandlung und die Austrittsplanung sowie die Sauberkeit der Räumlichkeiten.

Bei 32% der abgegebenen Karten nutzen die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit uns eine Anregung mitzuteilen.

### Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Feedbackkarte
---	---------------

## 5.4 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

### Adullam Spital

Qualitätsmanagement

Ch. Schambeck

Leiterin Qualitätsmanagement

061 266 95 60

[c.schambeck@adullam.ch](mailto:c.schambeck@adullam.ch)

Mo - Do

## 6 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patientinnen und Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

### 6.1 Eigene Befragung

#### 6.1.1 Angehörigenbefragung Mecon

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Angehörigen den Aufenthalt des Patienten erlebt haben. Dies ermöglicht dem Spital, allfällige Probleme frühzeitig zu erkennen und wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

Es handelt sich um eine schriftliche Befragung der Angehörigen mit 19 Fragen zu 11 Themenbereichen. Die Ergebnisse werden im Benchmark dargestellt.

Diese Angehörigenbefragung haben wir vom Aug. 23 bis Okt. 23 durchgeführt.

an beiden Standorten, alle Abteilungen, bei allen Akut- und Rehapatienten

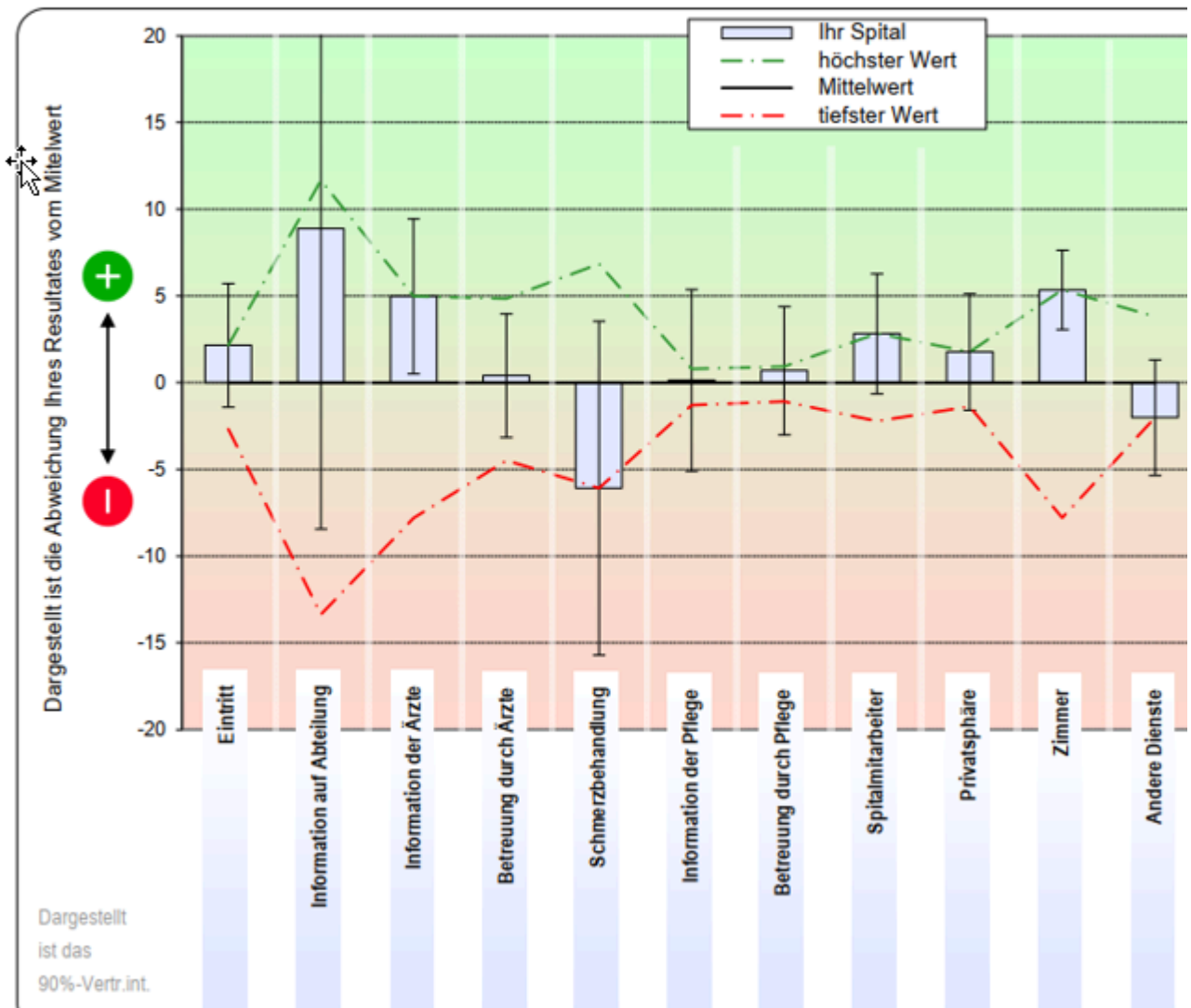
Angehörige aller in den Monaten August- Oktober ausgetretenen Patienten.

Der Rücklauf betrug 31.9% und lag 4.2% höher als im 2021. Die Ergebnisse stützen sich auf 93 ausgefüllte Fragebögen.

Das Ergebnis des Adullam liegt über dem Benchmark der teilnehmenden Spitäler. In 2 Bereichen liegen wir unter dem Benchmark. Das Thema Schmerztherapie wird interprofessionell aufgenommen und Verbesserungsmaßnahmen werden erarbeitet und umgesetzt.

# Vergleichsebene : Ganzes Spital

93 Antworten



### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	Mecon Standardfragebogen

### Bemerkungen

## 7 Mitarbeitendenzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeitendenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden das Spital als Arbeitgeber/in und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden ihre Arbeitssituation empfinden. Dies ermöglicht dem Spital, allfällige Probleme frühzeitig zu erkennen und wenn nötig, zielgerichtete Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

Es handelt sich um eine schriftliche Befragung der Mitarbeitenden. Die Mitarbeitenden konnten wählen zwischen einer Online und einer Papierversion.

Die Befragung bestand aus 17 Fragen zu 6 Themenkreisen (Arbeitsplatz, Arbeitszeit, Anstellungsbedingungen / Vorgesetzte Person / Betriebskultur / Institution / persönliches Befinden / Institutionseigene Fragen)

Die Ergebnisse werden im Benchmark dargestellt.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.

Die nächste Mitarbeitendenbefragung erfolgt im Jahr 2024.

Es wurden die Mitarbeitenden der ganzen Institution (Spital und Pflegezentren) befragt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Qualis
Methode / Instrument	Zufriedenheitsbefragung Mitarbeiter im Fokus

## Behandlungsqualität

### Messungen in der Akutsomatik

#### 11 Infektionen

##### 11.1 Eigene Messung

###### 11.1.1 Punktprävalenz Erhebung der healtcare-assoziierten Infektionen

Im Adullam Spital erworbene nosokomiale Infektionen.  
Es werden alle an einem Stichtag anwesenden Patienten geprüft.

Diese Messung haben wir im Monat Mai durchgeführt.  
Ganzes Spital, beide Standorte, Akut - und Rehapatienten

**Methodik:**

Erfassen von allen Infekten bei allen Patient:innen gemäss mündlichem Bericht, Krankengeschichte und Patientendokumentation.

Suchkriterien: Fieber, DK, Antibiotika

Bei jedem dieser Infekte Konsultation der CDC Kriterien. Infekt wird nur akzeptiert, wenn CDC Kriterien erfüllt.

Nosokomiale Infektionen lagen bei der Messung 2023 bei 0.69% und liegt deutlich unter dem Benchmark (5.9%).

#### Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Wir führen das sehr gute Ergebnisse auf den Ausbau der interprofessionellen Zusammenarbeit vorallem zwischen Pflege, Therapiedienste und Hauswirtschaft zurück.

Eine ebenso wichtige Bedeutung haben die Multiplikatoren auf jeder Station. Diese Personen sorgen für den Wissenstransfer im Alltag.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	swissnoso
Methode / Instrument	snip02

## 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 Patientinnen und 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](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://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.

#### Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 2023

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. *Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung für 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.*

#### Messergebnisse

	2018	2019	2022	2023
<b>Adullam Spital</b>				
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	11	15	3	–
In Prozent	16.20%	17.90%	3.10%	–
Residuum* (CI** = 95%)	0.13 (-0.25 - 0.52)	0.23 (-0.23 - 0.69)	-0.17 (-0.75 - 0.42)	– (–)
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023	–	Anteil in Prozent (Antwortrate)		–

\* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Stürzen auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Sturzereignissen hin. Negative Werte lassen eine geringere Anzahl Sturzereignisse 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.

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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

**Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten**

Kommentar Ergebnisse 2022:

Die Literatur zeigt, dass über 50% der über 80-Jährigen mindestens 1x pro Jahr stürzen.

Das Durchschnittsalter unserer Patienten beträgt 84 Jahre.

Während einem Spitalaufenthalt befinden sich die Patienten in einer besonderen Situation.

Die Detailanalyse hat gezeigt, dass die Multimorbidität der im Adullam betreuten Patienten, deutlich höher ist als im Nationalen Durchschnitt. Was einen deutlichen Einfluss auf Sturzrisiko und Dekubitusrisiko hat. Ebenfalls haben Patienten die im Adullam behandelt werden ca. doppelt so oft einen Sturz in der Anamnese wie Patienten im Nationalen Durchschnitt. Sehr oft ist dies sogar der Eintrittsgrund.

Gegenüber dem Vorjahr ist die Sturzrate deutlich gesunken.

Im Adullam gibt es ein Sturzkonzept, welches für beide Standorte Gültigkeit hat.

Im Adullam Spital betrachten wir alle Patienten als Risikopatienten und führen eine entsprechende individuelle Sturzrisikoanalyse durch und planen aufgrund dieser individuelle Sturzpräventionsmassnahmen. An diesem Prozess sind alle Berufsgruppen des interdisziplinären Behandlungsteams beteiligt.

Falls ein Patient im Spital stürzt, wird ein Sturzprotokoll ausgefüllt und interprofessionell werden die bereits eingeleiteten Massnahmen überprüft und dort wo nötig angepasst. Patienten erhalten einen Flyer zur Sturzprävention, dieser wird im Rahmen der Therapie mit ihnen besprochen. Auf der Ebene der Qualitätsindikatoren erfüllt das Adullam 100%

Verbesserungspotential sehen wir in der regelmässigen Schulung des Sturzkonzeptes.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

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

## 12.2 Eigene Messung

### 12.2.1 Sturzereignisse

Sturzereignisse werden laufend in Form von Sturzprotokollen im elektronischen Patientendokumentationssystem erfasst.  
Jährlich werten wir die Sturzprotokolle aus.

Diese Messung haben wir im Jahr 2023 durchgeführt.  
alle Abteilungen

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Daten sind ausschliesslich für den internen Nutzen aufbereitet, wir verzichten auf eine Publikation an dieser Stelle.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	



## 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 Patientinnen und 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](http://www.anq.ch) und [www.lpz-um.eu](http://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.

#### Ablösung der heutigen Messmethode – keine Messung im Jahr 2023

Im November 2022 entschied der ANQ, in die Weiterentwicklung der Messung zu investieren und die bisherige, seit 2011 gültige Messmethode der Universität Maastricht LPZ, abzulösen. Für die Spitäler und Kliniken war die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus jeweils mit grossem personellem Aufwand verbunden. Auf ihre Initiative hin, ist der ANQ daran, andere Methoden zur Datenerhebung zu prüfen. Das Ziel ist, klinische Routinedaten, das heisst Daten aus der elektronischen Patientendokumentation, für kostengünstigere nationale Qualitätsmessungen nutzbar zu machen. *Mit Blick auf die anstehenden methodischen Veränderungen hat der ANQ beschlossen, die nationale Messung für 2023 zu sistieren. Die Qualitätsindikatoren Sturz und Dekubitus bleiben jedoch fester Bestandteil des ANQ-Messplans. Um mittelfristig eine auf Routinedaten basierende Messung aufbauen zu können, investiert der ANQ in die Weiterentwicklung der Messung. Dafür unterstützt er das Projekt Vis(q)ual Data der Berner Fachhochschule BFH.*

#### Messergebnisse

		Vorjahreswerte			2023	In Prozent
		2018	2019	2022		
<b>Adullam Spital</b>						
Nosokomiale Dekubitusprävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4	1	5	2	–	–
	Residuum*, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0 (-0.30 - 0.30)	0.54 (-0.18 - 1.25)	-0.2 (-1.00 - 0.59)	–	–
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2023		–	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/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messergebnisse-akutsomatik/).

#### Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Kommentar Messung 2022:

Bei der Gruppe der hochaltrigen Patienten stellen wir öfter eine Mangelernährung fest. Bekanntlich hat der Ernährungszustand auf das Dekubitusrisiko einen grossen Einfluss.

Die Ergebnisse der ANQ Messung Sturz und Dekubitus wurden im Pflegedienst diskutiert. In den letzten zwei Jahren ist eine zunehmende Anzahl nosokomial erworbener Dekubitus feststellbar. Wahrscheinliche Gründe dafür sehen die Fachpersonen wie folgt:

- keine internen Fortbildung zum Thema Dekubitus in den letzten Jahren durchgeführt (z.B. Bewegtes Lagern),
- Verlagerung der Aufgaben von Fachpersonen weg von der direkten Pflege hin zu Koordinationsaufgaben,
- veraltete Matratzen am Standort Basel,
- Wissensstand Assistenzpersonal.

Es wurde ein deutlicher Handlungsbedarf in der Dekubitusprophylaxe (Hautassessment, Ausfüllen der Norton-Skala, Positionsunterstützung, Hautpflege, subjektive Einschätzung) festgestellt.

Es wurden folgende Interventionen geplant und umgesetzt:

- 28 Matratzen Motus (Nachfolgemodell Hospisoft) wurden für das Spital Basel bestellt und geliefert.
- Material für Positionsunterstützung wurde evaluiert und beschafft
- Aktuelles Material aus Hilfsmittellager wird neu wieder auf den Spitalstationen gelagert => nahe am Bedarf
- eine neue Pflegerichtlinie „Positionsunterstützung“ (Material, Durchführung, Lagerort) wurde erstellt
- Schulung für Positionsunterstützung/bewegtes Lagern wurden durchgeführt
- Sensibilisierung mittels Fachentwicklungs-Teamsitzungen mit Leitlinie Dekubitusprophylaxe wurde durchgeführt

Die Ergebnisse beider Standorte haben sich gegenüber der letzten Messung deutlich verbessert, liegen noch leicht über dem nationalen Durchschnitt.

#### Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

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

## Messungen in der Rehabilitation

### 16 Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit

#### 16.1 Nationale bereichsspezifische Messungen in der Rehabilitation

Die ANQ-Messvorgaben in der Rehabilitation gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (Rehabilitationskliniken und Rehabilitationsabteilungen der Akutspitäler), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patientinnen und Patienten werden entsprechende Messinstrumente je nach Rehabilitationsart bei Ein- und Austritt eingesetzt. Dabei wird untersucht wie sich der Schweregrad der körperlichen und sozio-kognitiven Beeinträchtigung, die Funktions-, Leistungsfähigkeit, Lebensqualität oder der Gesundheitszustand während des Rehabilitationsaufenthaltes verändert haben. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung von Ein- zu Austritt ausgewertet. Je nach Rehabilitationsart kommen andere Messinstrumente zum Einsatz.

Weiterführende Informationen zu den bereichsspezifischen Messungen im Bereich der Rehabilitation finden Sie unter [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Das **FIM**<sup>®</sup>- Instrument (Functional Independence Measure) und der Erweiterte Barthel-Index (**EBI**) sind unterschiedliche Messmethoden (Fremdbeurteilungsinstrumente) um die Funktionsfähigkeit bei Alltagsaktivitäten (in motorischen und sozio-kognitiven Bereichen) zu bestimmen. Es wird jeweils eines der beiden Instrumente pro Klinik in der geriatrischen, internistischen, muskuloskelettalen sowie onkologischen Rehabilitation eingesetzt. Um unabhängig von der Wahl des eingesetzten Instruments (FIM<sup>®</sup> oder EBI) die Ergebnisqualität über alle Kliniken vergleichen zu können, wurde ein Umrechnungsalgorithmus von FIM<sup>®</sup> bzw. EBI in einen gemeinsamen ADL-Score (Activities of Daily Life) entwickelt.

#### Messergebnisse

Zusätzlich zu den obigen Messungen werden die Partizipationsziele (Hauptziel und Zielerreichung) erfasst. Da keine klassische indirekte Veränderungsmessung möglich ist, werden die Ergebnisse auf nationaler Ebene lediglich deskriptiv berichtet.

Geriatrische Rehabilitation	2019	2020	2021	2022
<b>Adullam Spital</b>				
Vergleichsgrösse* (CI** = 95%), ADL-Score	-0.590 (-1.470 - 0.290)	-0.650 (-1.520 - 0.230)	-1.200 (-2.290 - -0.110)	0.000 (-1.430 - 0.490)
Anzahl auswertbare Fälle 2022				775
Anteil in Prozent				84.9%

\* Vergleichsgrösse: Für jede Klinik wird die Differenz zwischen dem klinikeigenen und dem nach Fallzahlen gewichteten Mittelwert der Qualitätsparameter der übrigen Kliniken berechnet. Positive Werte weisen auf eine grössere Veränderung hin als in Anbetracht ihrer Patientenstruktur zu erwarten gewesen wäre. Negative Werte lassen eine kleinere Veränderung des Gesundheitszustandes, der Funktions- oder Leistungsfähigkeit als erwartet 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.

Die ANQ-Messungen sind für Spital- und Klinikvergleiche pro Jahr konzipiert. Die Ergebnisse einzelner Spitäler und Kliniken und Vergleiche zum Vorjahr sind nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ

publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: [www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/](http://www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/messergebnisse-rehabilitation/).

**Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten**

In der ersten Darstellung wurde der Standort Basel abgebildet und an dieser Stelle der Standort Riehen 2021

Vergleichsgrösse

	2021	2022	2023
Vergleichsgrösse ADL Score	-0.93 (-1.98 - 0.12)	-0.26 (-1.31 - 0.79)	
Anzahl auswertbare Fälle	530	648	
Anteil in Prozent	78.8	85.6	

Im 2022 wurden Massnahmen eingeleitet um die Anzahl auswertbarer Fälle beim ADL Score zu verbessern (Eintritts FIM innerhalb von 72 Std.). Im 2023 wurden FIM Schulungen durchgeführt, damit die Eintritts FIM Beurteilung in allen Punkten auf Beobachtungen beruht.

**Angaben zur Messung**

Nationales Auswertungsinstitut	Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie, Abteilung Rehabilitationsforschung.
--------------------------------	---

**Angaben zum untersuchten Kollektiv**

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Erhebungszeitraums stationär behandelt wurden.
---	---------------------	---

## 18 Projekte im Detail

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

### 18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

#### 18.1.1 Einführung PROMS

Projektart

Entwicklungsprojekt

Projektziel

Auswahl und Umsetzung eines PROM's im Spital nach Vorgaben des Gesundheitsdepartementes

Projekttablauf

**Projektstart**

**Termine Meilensteine**

Nov 21	<b>Meilenstein 1:</b> Entscheid über gewählter PROM und über den Leistungsbereich / Krankheitsbilder in welchem der PROM eingesetzt wird
Dez 21	<b>Meilenstein 2:</b> Voraussetzungen und Kosten für die Anbindung eines Erfassungstools liegen vor und Entscheid zur Umsetzung ist gefällt
Jan-März 22	<b>Meilenstein 3:</b> Abläufe und Verantwortungen sind festgelegt technische Installationen vorgenommen Test durchgeführt
April 21	<b>Meilenstein 4:</b> Involvierte Mitarbeitende sind geschult
Juli 22	<b>Meilenstein 5:</b> Beginn Datenerfassung PROM
Okt 22	<b>Auswertung</b> Auswertung der ersten 3 Mt.
Nov 22 - Aug 23 Sept 23	<b>Projektpause</b> <i>wegen Ressourcenengpass Pflegedienst und ICT</i> <b>Anbindung heartbeat an KIS,</b> so dass Ergebnisse direkt im Patientenkontext vom Arzt angesehen werden können
Okt 23 - April 24	<b>Evaluation neuer Softwareanbieter</b> schaffen der technischen Voraussetzungen, testen der Anwendung Umsetzungsprojekt neu planen
Mai / Juni 24	<b>Re Start Umsetzung</b> <b>Schulungen</b> alle neuen involvierten Mitarbeitende sind geschult
Juni 24 - Dez 24	<b>Datenerfassung</b>
Dez 24	<b>erste Ergebnisauswertung</b> Erster Bericht über Resultate ist erstellt und an GSV und AfG geschickt
<b>Projektende</b>	Dezember 24

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023

### 18.2.1 Pilotprojekt Kaizenboards

Projektart	Pilotprojekt
Projektziel	Instrument für ein niederschwelliges Ideenmanagement testen und evaluieren
Projektablauf	<p>Vorgehen: März 22 - Juli 22</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaderinformation zum Instrument Kaizen</li> <li>- Schulung des Kaizen in ausgewählten Teams</li> </ul> <p>Umsetzung: Juli 22 - Feb 23</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anwendung des Kaizen in ausgewählten Teams</li> </ul> <p>Bewerten: Feb - Mai 23</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auswertung Pilotphase</li> </ul> <p>Verbessern: Sept 23</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- entscheid Weiterführung oder Abbruch</li> <li>- allfällige Anpassungen am Konzept / Prozess vornehmen</li> <li>- bei pos. entscheid Roll-out auf weitere Teams planen</li> </ul>
Projekt Ende	Dez 23
Bemerkung	Die Evaluation war positiv, so dass für 2024 ein Roll-out auf weitere Stationen geplant werden konnte

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 EFQM

Projektart:	Zertifizierungsprojekt
Projektziel:	Re-Zertifizierung im 2.Quartal 2023 erfolgreich bestehen
Projektablauf	<p>Datensammlung und Selbsteinschätzung</p> <p>Verbesserungsprojekt aus Erkenntnissen der Selbsteinschätzung</p> <p>Bewerbung anmelden und Bewerbungsdossier erstellen</p> <p>Mitarbeitende auf externes Assessment vorbereiten</p> <p>Externes Assessment durchführen</p>
involvierte Berufsgruppen	gesamter Betrieb, alle Geschäftszweige: Geschäftsleitung, Ärzte, Therapeuten, Pflege, Verwaltung, Hotellerie, Facility Management, HR, Finanzen
Projektelevaluation	<p>Projektziel wurde erreicht</p> <p>nächste Schritte sind nun aus dem aufgezeigten Verbesserungspotential Themen aufzunehmen und weiterzuentwickeln</p>

## 19 Schlusswort und Ausblick

### **Umfassende Qualitätsorientierung**

Das Adullam Spital orientiert sich - wie alle Betriebe der Adullam-Stiftung Basel - seit mehr als fünfzehn Jahren am Grundsatz eines ganzheitlichen Qualitätsmanagements mit dem Ziel, die Dienstleistungen laufend zu verbessern. Der vorliegende, nach den Vorgaben von „H+ qualité“ strukturierte Bericht bildet nur einen Teil aller Aktivitäten im Qualitätsmanagement ab.



## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal [spitalinfo.ch](http://spitalinfo.ch) und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

### Akutsomatik

Angeborene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
<b>Basispaket</b>
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin

### Bemerkungen

#### Akutgeriatrisches Kompetenzzentrum: allgemeine innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie

Das Adullam Spital erbringt die Leistungen an 2 Standorten (Basel und Riehen).

Folgende Kennzahlen weist die Akutgeriatrie des Adullam Spitals auf:

Die Anzahl Akutfälle lag 2023 bei 952 und nahm gegenüber Vorjahr (877) zu.

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Akutgeriatrie betrug 12.5 Tage (Vorjahr 12.7 Tage).

Der CMI lag bei 1.64 und nahm gegenüber dem Vorjahr (1.57) zu.

Der DMI lag 2023 bei 1.039 und nahm gegenüber Vorjahr (1.034) zu.

### Rehabilitation

#### Leistungsangebot in der Rehabilitation

Arten der Rehabilitation	
Geriatrische Rehabilitation	a,s
Internistische Rehabilitation	s
Kardiovaskuläre Rehabilitation	s
Muskuloskelettale Rehabilitation	s
Neurologische Rehabilitation	s
Onkologische Rehabilitation	s
Psychosomatische Rehabilitation	s
Pulmonale Rehabilitation	s

a = ambulant, s = stationär

## Kennzahlen der stationären Rehabilitation

Die **Anzahl Austritte** und **Anzahl Pflage tage** geben zusammen betrachtet einen Hinweis, wie gross die Erfahrungen in einem Fachbereich und wie komplex die Behandlungen der Patientinnen und Patienten sein können. Zwei ungefähr gleich grosse Kliniken (Anzahl Pflage tage) können durchaus eine unterschiedliche Anzahl Austritte ausweisen, wenn die Patientinnen und Patienten unterschiedlich schwer erkrankt oder verletzt sind. Schwerer Verletzte benötigen länger, bis sie wieder eine gewisse Selbständigkeit im alltäglichen Leben erreichen. So ergeben sich längere Aufenthalte und bei gleicher Anzahl Pflage tage geringere Austrittszahlen.

Anhand der **Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient/in** kann abgeschätzt werden, welche Intensität an Behandlung ein/e Patient/in in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Als Basis hierfür dient das Grundsatzpapier [«DefReha© Version 3.0, Stationäre Rehabilitation: Definition und Mindestanforderungen»](#), welches Leistungen und die Arten der Leistungserbringung in der stationären Rehabilitation beschreibt.

Angebote ne stationäre Fachbereiche	Durchschnittliche Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient	Anzahl Austritte	Geleistete Pflage tage
Geriatrische Rehabilitation	1.45	1576	41057

### Bemerkungen

Die Aufenthaltsdauer 2023 lag bei 22.6 Tagen, eine leichte Abnahme gegenüber dem Vorjahr (23.5 Tage).

Dank der Einführung einer zentralen Therapieplanung und der Intensivierung der Therapien in Kleingruppen, konnte die durchschnittliche Anzahl Behandlungen pro Tag und Patient gegenüber dem Vorjahr gesteigert werden.

## Kennzahlen der Tageskliniken (ambulante Rehabilitation)

Anhand der Anzahl Behandlungen / Sitzungen pro Tag und Patient/in kann abgeschätzt werden, welche **Intensität an Behandlung** ein/e Patient/in in der Klinik im jeweiligen Fachbereich durchschnittlich erwarten darf.

Als Basis hierfür dient das Grundsatzpapier [«DefReha© Version 3.0, Stationäre Rehabilitation: Definition und Mindestanforderungen»](#), welches Leistungen und die Arten der Leistungserbringung in der stationären Rehabilitation beschreibt.

### Bemerkungen

Das Adullam Spital führt keine Tagesklinik, sondern bietet ambulante Therapieeinheiten (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ernährungsberatung) in den neugeschaffenen Räumlichkeiten der *ambalance* an.

Im 2023 wurden 9054 ambulante Therapieeinheiten erbracht, eine Steigerung um 7% gegenüber dem Vorjahr.

## Zusammenarbeit im Versorgungsnetz

Rehabilitationskliniken können ihr **Fachwissen** und ihre **Infrastruktur** auch extern anbieten, dies z.B. in Form von Rehabilitationsabteilungen in akutsomatischen Spitälern (von einer Rehaklinik betrieben) oder als selbständige Tageskliniken in Städten / Zentren. Von solchen Angeboten profitieren Patientinnen und Patienten, da eine unmittelbare, einfachere Behandlung mit weniger Therapieunterbrüchen angeboten werden kann.

Für spezialisierte Leistungen mit komplexeren Patienten bedarf es oft einer **engen, ortsnahen Zusammenarbeit** mit anderen Spitälern, die eine entsprechende **Infrastruktur** führen. Die Nähe zwischen Rehabilitationskliniken und spezialisierten Partnern vereinfacht die Zusammenarbeit vor und nach der rehabilitativen, stationären Behandlung sehr.

Für eine sehr **spezifische Betreuung** ist es oft notwendig, nach Bedarf mit **externen Spezialistinnen und Spezialisten** zusammenzuarbeiten (vertraglich genau geregelte „Konsiliardienste“ zum Beispiel mit Schluck-therapeuten oder Nasen-Ohren-Augen-Spezialistinnen bei einer neurologischen Rehabilitation). Diese **Vernetzung** mit vor- und nachgelagerten Fachkräften leistet einen wesentlichen Beitrag zur Qualität einer optimalen Behandlung.

Eigene externe Angebote in anderen Spitälern / Kliniken	stationär	ambulant
Physikalische Medizin und Rehabilitation (Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, ohne Operation)	√	
Palliativmedizin (lindernde Behandlung unheilbar Schwer(st)kranker)	√	

Nächstgelegenes Spital, Ort	Leistungsangebot / Infrastruktur	Distanz (km)
<b>Adullam Spital</b>		
Universitätsspital Basel	Intensivstation in akutsomatischem Spital	1 km
Universitätsspital Basel	Notfall in akutsomatischem Spital	1 km

Vernetzung mit externen Spezialisten / Kliniken	Fachgebiet
Merian Iselin Spital	Orthopädie und Ortho Notfall
Universitätsspital, Basel	Allergologie und Immunologie
Universitätsspital, Basel	allgemeine Chirurgie
St. Claraspital, Basel	allgemeine Chirurgie
St. Claraspital, Basel	Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)
Universitätsspital Basel	Anästhesiologie und Reanimation (Anwendung von Narkoseverfahren, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie)
Universitätsspital Basel	Gynäkologie und Geburtshilfe (Frauenheilkunde)
Universitätsspital, Basel	Medizinische Genetik (Beratung, Diagnostik und Therapie von Erbkrankheiten)
Universitätsspital, Basel	Handchirurgie
Universitätsspital, Basel	Herzgefässchirurgie
Universitätsspital, Basel	Neurochirurgie
Universitätsspital, Basel	Ophtalmologie
Universitätsspital, Basel	Orthopädie und Traumatologie
Universitätsspital, Basel	Oto-Rhino-Laryngologie ORL
Universitätsspital, Basel	Urologie (Behandlung von Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane)

Universitätsspital, Basel	Dermatologie und Venerologie (Behandlung von Haut und Geschlechtskrankheiten)
Klinik Sonnhalde Basel und Riehen	Psychiatrie und Psychotherapie
St. Claraspital, Basel	Radiologie (Röntgen und andere bildgebende Verfahren)

## Personelle Ressourcen in der Rehabilitation

Vorhandene Spezialisierungen	Stellenprozente
<b>Adullam Spital</b>	
Facharzt Geriatrie / Innere Medizin	1,150.00%
Assistenzärzte	2,200.00%

Spezifische ärztliche Fachpersonen sind für eine adäquate Therapie notwendig. Gerade die Kombination von verschiedenen Spezialistinnen und Spezialisten machen komplexe Behandlungen erst möglich.

Pflege-, Therapie- und Beratungsfachkräfte	Stellenprozente
<b>Adullam Spital</b>	
Pflege	14,075.00%
Physiotherapie	3,575.00%
Logopädie	200.00%
Ergotherapie	1,245.00%
Ernährungsberatung	405.00%
Neuropsychologie	445.00%
Sozialdienst	580.00%
Seelsorge	160.00%

Die Tätigkeiten der Pflege und des therapeutischen Personals unterscheiden sich in der Rehabilitation deutlich von den Tätigkeiten in einem akutsomatischen Spital. Deshalb finden Sie hier Hinweise zu den diplomierten, rehabilitationsspezifischen Fachkräften.

Als Stichtatum für die Anzahl Stellenprozente gilt jeweils der 31.12. des betreffenden Jahres.

### Bemerkungen

Mit diesen personellen Ressourcen werden die Akut- und Rehapatienten des Adullamspitals Standort Basel und Riehen betreut.

Lernende und Studierende werden je zu 30% im Stellenplan mitgerechnet.

Gegenüber dem Vorjahr wurden die personellen Ressourcen erhöht, da auch die Bettenzahl erhöht wurde.

## Herausgeber



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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/](http://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/](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.samw.ch).