



Integrierte Psychiatrie

Winterthur – Zürcher Unterland

Qualitätsbericht 2013



Psychiatrie

Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland

Wieshofstrasse 102

Postfach 144

8408 Winterthur

www.ipw.zh.ch

**Freigabe am:
durch:**

31.12.2014

Christopher Schuetz, Qualitätsbeauftragter ipw

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, Rehabilitation und Langzeitpflege für das Berichtsjahr 2013.

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 Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zu Angebot und Kennzahlen der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

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

Bezeichnungen

Um die Lesbarkeit des Qualitätsberichts zu vereinfachen wird meist nur die männliche Bezeichnung verwendet.

Inhaltsverzeichnis

A	Einleitung	1
	A1 Qualitätsziele der ipw.....	2
	A2 Die Bausteine des Qualitätsmanagement in der ipw.....	2
B	Qualitätsstrategie	3
	B1 Qualitätsstrategie und -ziele	3
	B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013	3
	B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013	3
	B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	4
	B5 Organisation des Qualitätsmanagements.....	4
	B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	4
C	Betriebliche Kennzahlen und Angebot	5
	Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland → Kapitel „Leistungen“. C1	
	Angebotsübersicht.....	5
	C2 Kennzahlen 2013	5
	C3 Kennzahlen Psychiatrie 2013	6
D	Zufriedenheitsmessungen	7
	D1 Patientenzufriedenheit	7
	D2 Angehörigenzufriedenheit	9
	D3 Mitarbeiterzufriedenheit.....	10
	D4 Zuweiserzufriedenheit	12
E	Nationale Qualitätsmessungen ANQ	13
	E2 Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie	13
	E2-1 Erwachsenenpsychiatrie.....	14
	E2-2 Kinder- und Jugendpsychiatrie	16
	F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ).....	18
	F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	19
H	Verbesserungsaktivitäten und -projekte	20
	H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte	20
I	Organisation der ipw	21

A

Einleitung

Das übergeordnete Ziel des Qualitätsmanagements ist eine umfassende Anspruchsgruppen-Orientierung und die kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der zu erbringenden Leistungen:

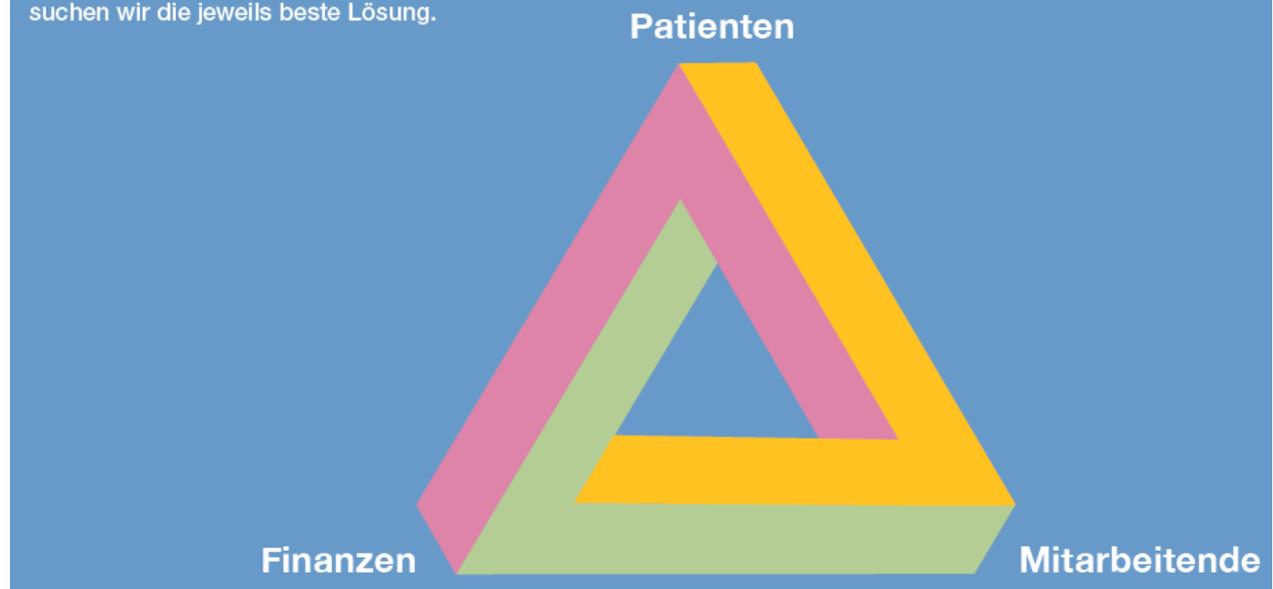
- Die Erwartungen der Anspruchsgruppen werden erfüllt.
- Die Motivation und das Engagement bei den Mitarbeitenden steigen.
- Die Leistungen, Prozesse und Abläufe sind klar strukturiert.
- Der Umgang mit Fehlern, Reklamation und Beschwerden ist geregelt.

Qualitätsmanagement ist das Führen einer Organisation, das Gestalten deren Dienstleistungen und die Gewährleistung der Fachkompetenz ihrer Mitarbeitenden unter dem Aspekt der Qualität. Qualitätsmanagement heisst also „das Richtige richtig machen“.

Dies bedeutet im Wesentlichen das Erfassen, Bewerten, Sicherstellen, Fördern, Verbessern und Entwickeln der vereinbarten Qualität von Dienstleistungen bzw. der Fähigkeit einer Organisation die vereinbarte Qualität zu erreichen oder gar zu übertreffen ("Qualitätsfähigkeit" einer Organisation). Mit geeigneten Methoden und Instrumenten werden die Ist- und die Soll-Situation, sowie Schwachstellen analysiert und Verbesserungen eingeleitet.

Ziel-Triangel ipw

Im Spannungsfeld zwischen den zur Verfügung stehenden Mitteln, den Bedürfnissen unserer Patientinnen und Patienten sowie den Ansprüchen unserer Mitarbeitenden und Netzwerkpartner suchen wir die jeweils beste Lösung.



In der täglichen Arbeit ist einem möglichst optimal ausbalancierten Verhältnis zwischen Patient/in – Mitarbeiter/in – Finanzen erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken.

A1 Qualitätsziele der ipw

- Wir kennen unsere Anspruchsgruppen, deren Erwartungen und Meinungen.
- Die Qualität unserer Dienstleistungen ist mit fachlichen Konzepten und Methoden abgesichert.
- Wir definieren unsere kurz- und mittelfristigen Qualitätsziele und bestimmen die dazu passenden Kriterien, Indikatoren und Methoden zum Nachweis der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.
- Wir stellen die kontinuierliche Verbesserung vor Ort und im übergreifenden Bereich ständig sicher und lösen die nötigen Verbesserungen aus.
- Wir sind in der Lage, mit Hilfe von Reportings, Evaluationen, Controlling, Kennzahlen, die Qualität der erbrachten Dienstleistungen nachzuweisen.

A2 Die Bausteine des Qualitätsmanagements in der ipw

1. Abteilung Behandlungsevaluation der ärztlichen Direktion

Die ipw führt systematische Ergebnis-, Prozessqualitätsmessungen und Patientenzufriedenheitsbefragungen und punktuelle wissenschaftliche Evaluationsstudien der Behandlungsleistungen durch und stellt dazu Ressourcen zur Verfügung. Sie führt eine Abteilung für Behandlungsevaluation zur laufenden Entwicklung und ständigen Überprüfung und Bewertung ihres Versorgungsangebotes und arbeitet in Evaluations- und Forschungsstudien mit Forschungspartnern zusammen. Die langjährigen Erfahrungen in konzeptionellen Fragen zu bzw. der praktischen Umsetzung von Qualitätsmessung bei psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen haben ihren Niederschlag in verschiedenen regionalen und nationalen Projekten gefunden.

2. Die Fachkonzepte unserer Organisation

Ein Fachkonzept hält unter anderem fest, welche Rahmenbedingungen bei der Leistungserbringung eine Rolle spielen, welche fachlichen Voraussetzungen (Grundwissen, Handlungskompetenzen, methodische Kenntnisse etc.) die Mitarbeitenden erfüllen müssen, um die Dienstleistung in der gewünschten Qualität erbringen zu können, nach welchen Methoden und mit welchen Instrumenten die Organisation die Dienstleistungen erbringt und weshalb sie sich für diese Methoden und Instrumente entschieden hat (wissenschaftliche Erkenntnisse, Erfahrungen aus der Praxis etc.). Zu einem Fachkonzept gehören auch klare Vorgaben für die Reflexion der eigenen Arbeit.

3. Die Prozessarchitektur

Prozesse sind geregelte Folgen von Tätigkeiten oder Handlungen, welche bei der Erbringung einer Dienstleistung einzuhalten sind. Mit dem Beschreiben der Prozesse wird der Gesamtablauf der Organisation sicht- und für die Empfänger der Dienstleistung nachvollziehbar. Komplizierte, nicht effektive oder falsche Abläufe können auf diese Weise verhindert werden. Wir unterteilen diese Prozesse in Steuerungs-, Kern- und Supportprozesse. Der Kernprozess (Patientenversorgung) ist in der ipw bereits identifiziert. Im Rahmen der Arbeiten im Qualitätsmanagement ist die Ist-Situation der ipw Prozessarchitektur zu erheben und bei Bedarf sind Prozesse anzupassen oder neu aufzustellen

B1 Qualitätsstrategie und -ziele**1. Behandlungsevaluation der Ärztlichen Direktion**

Die ipw führt systematische Ergebnis-, Prozessqualitätsmessungen und Patientenzufriedenheitsbefragungen und punktuelle wissenschaftliche Evaluationsstudien der Behandlungsleistungen durch und stellt dazu Ressourcen zur Verfügung. Sie führt eine Abteilung für Behandlungsevaluation zur laufenden Entwicklung und ständigen Überprüfung und Bewertung ihres Versorgungsangebotes und arbeitet in Evaluations- und Forschungsstudien mit Forschungspartnern zusammen. Die langjährigen Erfahrungen in konzeptionellen Fragen zu bzw. der praktischen Umsetzung von Qualitätsmessung bei psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen haben ihren Niederschlag in verschiedenen regionalen und nationalen Projekten gefunden.

2. Messung der Ergebnisqualität (Outcome)

Das klinische Qualitätsmanagement der ipw wurde als Konzept Qualip-W in einem Teilprojekt der Integrierten Psychiatrie Winterthur 2001-2003 entwickelt. Es fokussiert nach einem international etablierten Ansatz die Leistungen der ipw an den Patienten und ist ergebnisorientiert. Das Prinzip ist die Messung von Behandlungseffekten mittels standardisierten Fragebögen und die fortwährende aktuelle Auswertung und Rückmeldung der Ergebnisse an Fallführende, Teams und Leitungsverantwortliche. Auswertung und Rückmeldung erfolgen sowohl auf Einzelfallebene während und nach einem Behandlungsprozess, wie auch gruppenstatistisch z.B. als Kennziffern für alle Behandlungsfälle auf einer Station während eines halben Jahres. Zentrales Instrument im Konzept Qualip-W ist die Software qTools, in welche die Basisdokumentation und die Messinstrumente bzw. die Erhebungsregeln integriert sind und welche von allen Standorten der ipw aus direkt und unmittelbar Dateneingabe, Ergebnisfeedback und statistische Analysen erlaubt (Daten und Grafiken). Die Datenerhebungen werden durch die fallführenden Ärzte oder Psychologen durchgeführt (Einschätzung der Symptombelastung und des Wohlbefindens mittels Fremdratings) bzw. durch Patientenbefragungen (Einschätzung der Symptombelastung, des Wohlbefindens und der Lebensqualität durch validierte Messinstrumente).

3. Messung der Prozessqualität

Das Behandlungsmonitoring im Sinne der kontinuierlichen fallbezogenen Ergebnissrückmeldung steht im Zentrum der Prozessqualität. Es ermöglicht den Behandelnden, Schwächen und Probleme im therapeutischen Prozess zu erkennen und ihre eigene Arbeit qualitätssichernd durch fragebogengestütztes Datenmaterial zu begleiten. Die Abteilung Behandlungsevaluation unterstützt die Angebote bei der Konzeption und Umsetzung eines zweckmässigen Monitorings. Die angebotsspezifischen Messinstrumente (Selbst- und Fremdrating) werden in die qTools integriert, die Messergebnisse sind dadurch jederzeit und unmittelbar zugänglich.

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

B2 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2013

- Einführung des neuen Klinikinformationssystems
- Einführung ANQ-Messungen (ohne EFM-Erhebungen) auch bei ambulanten und tagesklinischen Behandlungen
- Implementierung der ANQ-Messungen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Reorganisation Patientenarchiv: Vereinheitlichung des ipw-weiten Archives, Optimierung hinsichtlich Erfüllung gesetzlicher Vorgabe zur Aktenaufbewahrungspflicht

B3 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2013

- Einführung neues Klinikinformationssystem
- Reorganisation Patientenarchiv
- Optimierung ANQ-Datenerhebungen

B4 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Angebots- und Qualitätsentwicklung 2018: Umsetzung neues Versorgungs- und Behandlungskonzept
- Optimierung und Anpassungen der laufenden Qualitäts- und Datenprozesse an veränderte Rahmenbedingungen (Spitalfinanzierung ab 2012, Einführung Fall-/Tagespauschalen TARPSY).
- Ausbau und Optimierung bestehender Outcome- und Prozessqualitätsmessungen in den ambulanten und tagesklinischen Angeboten der ipw.
- Schulung und Weiterentwicklung der Matrix-Führungstruktur der ipw
- Konsolidierung und Weiterentwicklung des Klinikinformationssystems
- Weiterentwicklung des Qualitätskonzeptes durch die Geschäftsleitung, Evaluation einer Ausrichtung am Fokus von Business Excellence nach dem Total Quality Modell der EFQM (European Foundation for Quality Management) .

B5 Organisation des Qualitätsmanagements

<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input type="checkbox"/>	Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere Organisationsform: Der Qualitätsbeauftragte ist als Stabsfunktion der Ärztlichen Direktion unterstellt.
Für obige Qualitätseinheit stehen insgesamt	140% Stellenprozenzte zur Verfügung.

B6 Angabe zu Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, NAME	Telefon (direkt)	E-Mail	Stellung / Tätigkeitsgebiet
lic. phil. Christopher Schuetz	052 224 35 20	christopher.schuetz@ipw.zh.ch	Qualitätsbeauftragter, Leiter Behandlungsevaluation

C

Betriebliche Kennzahlen und Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über die Grösse des Spitals und sein Angebot.

Unter diesem Link finden Sie den aktuellen Jahresbericht aufgeschaltet:

http://www.ipw.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/ipw/de/ueber_uns/veroeffentlichungen.html

Weitere Informationen über unser medizinisches, therapeutisches und spezialisiertes Leistungsangebot finden Sie auch auf dem Spitalportal unter: www.spitalinformation.ch → Spitalsuche → Regionale Suche → Klinikname → Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland → Kapitel „Leistungen“. C1 Angebotsübersicht

Angebotene medizinische Fachgebiete	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, Belegärzten etc.)
Psychiatrie und Psychotherapie	Alle Standorte	
Erwachsenenpsychiatrie	Alle Standorte	
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Alle Standorte	
Alterspsychiatrie	Alle Standorte	
Allg. Innere Medizin	Alle Standorte	
Geriatric	Alle Standorte	
Neurologie	Alle Standorte	

Angebotene therapeutische Spezialisierungen	An den Standorten	Zusammenarbeit im Versorgungsnetz (mit anderen Spitälern / Institutionen, niedergelassenen Therapeuten etc.)
Ergo-, Bewegungs-, Kunst- & Aktivierungstherapie	Alle Standorte	
Psychotherapie	Alle Standorte	
Sozialarbeit	Alle Standorte	Ja
Case Management	Alle Standorte	Ja
Neuropsychologie	Alle Standorte	
Konsiliar- & Liaisondienst	Alle Standorte	KSW, Jugendheime, Alters- & Pflegeheime
Gruppentherapien	Alle Standorte	Ja
Physiotherapie	Alle Standorte	
Suchttherapien, substanzspezifische Spezialsprechstunden	Alle Standorte	In Kooperation mit der Integrierten Suchthilfe Winterthur ISW

C2 Kennzahlen 2013

Die Kennzahlen 2013 finden unter diesem Link im aktuellen Jahresbericht:

http://www.ipw.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/ipw/de/ueber_uns/veroeffentlichungen.html#subtitle-content-internet-gesundheitsdirektion-ipw-de-ueber_uns-veroeffentlichungen-jcr-content-contentPublication_1295876795813

C3 Kennzahlen Psychiatrie 2013

Kennzahlen ambulant			
	Anzahl Konsultationen	Anzahl angebotene Betreuungsplätze	Durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen
Ambulant	63'976	---	---
Tagesklinik	417	64	

Kennzahlen stationär				
	Durchschnittlich betriebene Betten	Anzahl behandelter Patienten	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	Geleistete Pflegetage
Stationär	228	2'560	30.9	79'166
Fürsorgerische Unterbringung bei Eintritt (unfreiwilliger Eintritt)	---			

Hauptaustrittsdiagnose stationäre Patienten			
ICD-Nr.	Diagnose	Anzahl Patienten	In Prozent
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen	209	8.2
F1	Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	405	15.8
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	440	17.2
F3	Affektive Störungen	741	28.9
F4	Neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störung	471	18.4
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	6	0.2
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	202	7.9
F7	Intelligenzminderung	12	0.5
F8	Entwicklungsstörungen	4	0.2
F9	Verhaltensstörungen und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend	70	2.7
		Total	2'560
			100%



Zufriedenheitsmessungen

Beim Vergleich von Zufriedenheitswerten verschiedener Spitäler ist Vorsicht geboten. Es können nur Spitäler miteinander verglichen werden, welche die Zufriedenheit nach der gleichen Methodik messen (Messinstrument, Vorgehensweise → Siehe dazu Informationen für das Fachpublikum) und eine ähnliche Struktur haben (Grösse, Angebot → Siehe dazu Kapitel C betriebliche Kennzahlen und Angebot).

D1 Patientenzufriedenheit

Die Messung der Patientenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Patienten das Spital (resp. die Institution) und die Betreuung empfunden haben.

Wird die Patientenzufriedenheit im Betrieb gemessen?				
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit nicht .			
	Begründung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Patientenzufriedenheit.			
	<input checked="" type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.		
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:	
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?				
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:	In allen stationären Angeboten der ipw
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	
Messergebnisse der letzten Befragung				
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
Gesamter Betrieb		Die ZUF-8-Skala weist einen Summenwertebereich von 8 bis 32 auf, wobei 8 als tiefstmöglicher Wert, 32 als höchstmöglicher Wert zu erreichen ist. Der in der ipw für das Jahr 2013 gemessene mittlere Summenscore von 26.27 beträgt 82% des maximal möglichen Zufriedenheitswerts.		
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen		
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:			
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.			
<input type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
	Begründung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).			
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung				
<input type="checkbox"/>	Mecon	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes externes Messinstrument		
<input type="checkbox"/>	Picker	Name des Instruments	Zürcher Patientenzufriedenheit ZüPaZ	Name des Messinstituts
<input type="checkbox"/>	PEQ			
<input type="checkbox"/>	MüPF(-27)			
<input type="checkbox"/>	POC(-18)			
<input type="checkbox"/>	PZ Benchmark			
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument			
Beschreibung des Instruments		Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären patienten werden bei Behandlungsabschluss befragt	
	Ausschlusskriterien	Sprachliche Gründe, krankheitsbedingte Gründe, Ablehnung durch Patienten	
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Kritik und Lob der Patienten liefern den Betrieben - zusätzlich zu den Patienten-Zufriedenheits-Messungen – konkrete Hinweise, worin sie sich weiter verbessern können. Deshalb haben viele Spitäler ein Beschwerdemanagement oder eine Ombudsstelle eingerichtet.

Hat ihr Betrieb ein Beschwerdemanagement oder eine Patienten-Ombudsstelle?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb hat kein Beschwerdemanagement / keine Ombudsstelle.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle .
Bezeichnung der Stelle	Ombudsstelle ipw
Name der Ansprechperson	Ljaskowsky Larissa
Funktion	
Erreichbarkeit (Telefon, E-Mail, Zeiten)	052 224 34 89
Bemerkungen	

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D2 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der 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.

Wird die Angehörigenzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Angehörigenzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Memory Clinic ipw, Bülach
Messergebnisse der letzten Befragung			
	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb			
Resultate pro Bereich	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:		
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung	Zurzeit noch Evaluation des Instrumentes	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments	Befragung der Angehörigen und Zuweiser bei Behandlungsbeginn, nach der Erstuntersuchung und katamnestisch nach 6 Monaten	
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Angehörigen	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Wird die Mitarbeiterzufriedenheit im Betrieb gemessen?	
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit nicht . Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Mitarbeiterzufriedenheit. <input checked="" type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt. <input type="checkbox"/> Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt. Die letzte Messung erfolgte im Jahr: Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?	
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse der letzten Befragung		
	Zufriedenheits-Werte	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
Gesamter Betrieb	Gut ¾ aller ipw-Mitarbeitenden (76%) gaben im Juni 2013 an, insgesamt mit der Arbeit zufrieden zu sein. Dieser hohe Wert bezüglich Zufriedenheit ist ähnlich hoch wie in den grossen Vergleichsfirmen. „Resignative Zufriedenheit“ wird in der ipw deutlich weniger angegeben als in anderen vergleichbaren Betrieben.	Mit der Mitarbeiterbefragung wurden die persönliche Einstellung (Zufriedenheit und Zugehörigkeitsgefühl zur ipw) und die organisatorischen Rahmenbedingungen gemessen. Die Werte wurden im Sinne eines Benchmarks mit 12 ebenfalls 2013 mit der gleichen Methode befragten Grossunternehmen verglichen. Die Rücklaufquote der Befragung beträgt 71% aller Mitarbeiter der ipw. Dies ist eine sehr gute Rücklaufquote. Wir verstehen dies als grosses Interesse von ihnen an der ipw und an der Mitarbeit bei deren Weiterentwicklung.
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert:	
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.	
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. Begründung Die Ergebnisse werden vorerst nur betriebsintern kommuniziert	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).	

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input checked="" type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	i-commit	Name des Messinstituts
			i-commit
<input type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
	Beschreibung des Instruments		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv	
Gesamtheit der zu untersuchenden	Einschlusskriterien

Mitarbeiter	Ausschlusskriterien			
Anzahl vollständige und valide Fragebogen				
Rücklauf in Prozent			Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

D4 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweiser (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

Wird die Zuweiserzufriedenheit im Betrieb gemessen?			
<input type="checkbox"/>	Nein , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit nicht .		
	Begründung		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja , unser Betrieb misst die Zuweiserzufriedenheit.		
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde eine Messung durchgeführt.	
	<input type="checkbox"/>	Im Berichtsjahr 2013 wurde allerdings keine Messung durchgeführt.	
	Die letzte Messung erfolgte im Jahr:		Die nächste Messung ist vorgesehen im Jahr:
An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/>	...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/>	...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
			Memory Clinic ipw, Bülach
Messergebnisse der letzten Befragung			
Messergebnisse	Zufriedenheits-Wert	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
Gesamter Betrieb			
Resultate pro Bereich	Ergebnisse	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen	
<input type="checkbox"/>	Die Ergebnisse wurden bereits in folgenden Qualitätsberichten publiziert.		
<input type="checkbox"/>	Die Auswertung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
	Begründung	Das Befragungsinstrument ist noch in der Evaluationsphase	
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitalern verglichen (Benchmark).		
Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument bei der letzten Befragung			
<input type="checkbox"/>	Externes Messinstrument		
	Name des Instruments	Name des Messinstituts	
<input checked="" type="checkbox"/>	Eigenes, internes Instrument		
Beschreibung des Instruments	Befragung der Angehörigen und Zuweiser bei Behandlungsbeginn, nach der Erstuntersuchung und katamnestisch nach 6 Monaten		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Zuweiser	Einschlusskriterien		
	Ausschlusskriterien		
Anzahl vollständige und valide Fragebogen			
Rücklauf in Prozent		Erinnerungsschreiben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)



Nationale Qualitätsmessungen ANQ

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQs 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 Qualitätsmessungen werden in den stationären Abteilungen der Fachbereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation durchgeführt.

Der ANQ veröffentlicht gewisse Messergebnisse vorerst noch in pseudonymisierter Form, da die Datenqualität noch nicht in ausreichendem Masse gegeben ist. Den Spitälern und Kliniken ist es selbst überlassen, ob sie ihre Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht publizieren möchten. Bei solchen Messungen besteht die Option auf eine Publikation zu verzichten.

E2 Nationale Qualitätsmessungen in der Psychiatrie

Am 1. Juli 2012 starteten die nationalen Qualitätsmessungen in den psychiatrischen Kliniken. Die ANQ-Messvorgaben gelten für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulante Angebote. Bei allen Patienten wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet. Zusätzlich werden freiheitsbeschränkende Massnahmen erhoben, insofern eine Klinik solche einsetzt.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messbeteiligung			
Der Messplan 2013 des ANQs beinhaltet folgende Qualitätsmessungen und -auswertungen für die stationäre Psychiatrie:	Unser Betrieb nahm an folgenden Messthemen teil:		
	Ja	Nein	Dispens
Erwachsenenpsychiatrie			
Symptombelastung mittels HoNOS Adults (Fremdbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptombelastung mittels BSCL (Selbstbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebung der Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder- und Jugendpsychiatrie			
Symptombelastung mittels HoNOSCA (Fremdbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptombelastung mittels HoNOSCA-SR (Selbstbewertung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung			

Informationen für das Fachpublikum	
Auswertungsinstanz	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

Da die Psychiatriekliniken sehr unterschiedliche Patientengruppen haben, lassen sich die klinikindividuellen Messergebnisse nur punktuell vergleichen. Nationale Vergleichswerte von Kliniken finden sich im Nationalen Vergleichsbericht Outcome des ANQ.

National vergleichende Messergebnisse
Der nationale Vergleichsbericht Outcome (Messungen 2013) wird im Herbst 2014 auf der ANQ Webseite veröffentlicht: www.anq.ch/psychiatrie

E2-1 Erwachsenenpsychiatrie

Die nationalen Qualitätsmessungen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie erfolgen seit dem 1. Juli 2012.

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung)
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Bemerkung		

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/> Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:	
<input type="checkbox"/> In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:	

Symptombelastung mittels HoNOS Adults

HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 12 Items. Die Erhebung basiert auf der Befunderhebung der Fallführenden (Fremdbewertung).

Klinikindividuelle Ergebnisse			
HoNOS Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ¹	Maximal mögliche Verbesserung
		- 48 Punkte	+ 48 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	Die ANQ-Ergebnisdaten werden 2015 schweizweit veröffentlicht		

¹ Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOS auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des/der Behandelnden. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 12 symptombezogenen HoNOS- Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. „+ 48 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

Symptombelastung mittels BSCL

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 53 Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten.

Klinikindividuelle Ergebnisse			
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ²	Maximal mögliche Verbesserung
		- 212 Punkte	+ 212 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung		Die ANQ-Ergebnisdaten werden 2015 schweizweit veröffentlicht	

Freiheitsbeschränkende Massnahmen mittels EFM

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Diese sollten selten und nur gut begründet und v.a. unter zwingender Beachtung der nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen eingesetzt werden. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie gerontotypische Sicherheitsmassnahmen wie Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse zu den freiheitsbeschränkenden Massnahmen
National vergleichende Ergebnisse finden Sie im nationalen Vergleichsbericht auf der ANQ Webseite: www.anq.ch/psychiatrie
Deskriptive Angaben zur Erhebung finden sich im Kapitel F4.

Verbesserungsaktivitäten in der Erwachsenenpsychiatrie

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

² Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim BSCL auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht der Patientin resp. des Patienten. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient bei Eintritt in seiner Selbsteinschätzung komplett ohne Symptome eintritt und bei Austritt in seiner Selbsteinschätzung bei allen 53 symptombezogenen BSCL-Fragen eine totale Verschlechterung eingetreten ist. „+ 212 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Patient in der Selbsteinschätzung bei Klinikeintritt maximal symptombelastet ist und sich bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

E2-2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden spezifische Qualitätsmessungen erarbeitet. Diese Messungen haben am 1. Juli 2013 begonnen.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde die letzte Befragung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Symptombelastung mittels HoNOSCA

HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 13 Items. Die Erhebung basiert auf der Befunderhebung der Fallführenden (Sicht der Behandelnden, Fremdbewertung).

Klinikindividuelle Ergebnisse			
HoNOSCA Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximale mögliche Verschlechterung ³	Maximal mögliche Verbesserung
		- 52 Punkte	+ 52 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	Die ANQ-Ergebnisdaten der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden 2016 schweizweit veröffentlicht		

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Vollerhebung)
	Ausschlusskriterien	Patienten der Erwachsenenpsychiatrie
Bemerkung		

³ Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOSCA auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des/der Behandelnden. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 52 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 13 symptombezogenen HoNOSCA- Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. „+ 52 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

Symptombelastung mittels HoNOSCA-SR

HoNOSCA-SR (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 13 Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten (Selbstbewertung).

Klinikindividuelle Ergebnisse			
HoNOSCA-SR Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	Standardabweichung (+/-)	Maximal mögliche Verschlechterung ⁴	Maximal mögliche Verbesserung
		- 52 Punkte	+ 52 Punkte
Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen			
<input checked="" type="checkbox"/> Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.			
Begründung	Die ANQ-Ergebnisdaten der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden 2016 durch die ANQ schweizweit veröffentlicht		
Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab 14 Jahren (Vollerhebung)	
	Ausschlusskriterien	Patienten der Erwachsenenpsychiatrie, Patienten unter 14 Jahren	
Bemerkung			

Verbesserungsaktivitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

⁴ Eine mögliche Verschlechterung resp. mögliche Verbesserung bezieht sich beim HoNOSCA-SR auf den Vergleich von Eintritts- und Austrittserhebung, und zwar aus Sicht des Patienten. Tritt eine Verbesserung zwischen Ein- und Austritt ein, so steigt die Anzahl an Punkten, tritt eine Verschlechterung ein, so fällt die Anzahl der Punkte. „- 52 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder bei Eintritt den Patienten komplett ohne Symptome einschätzt und bei Austritt bei allen 13 symptombezogenen HoNOSCA-SR Fragen eine totale Verschlechterung einschätzt. „+ 52 Punkte“ treten dann ein, wenn ein Behandelnder den Patienten bei Klinikeintritt maximal symptombelastet und bei Klinikaustritt als vollständig unbelastet erachtet.

F2 Stürze (andere als mit der Methode LPZ)

Messthema	Stürze (andere als mit der Methode LPZ)
Was wird gemessen?	

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
<input type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input checked="" type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:
		Alterspsychiatrische Stationen

Messergebnisse			
Anzahl Stürze total	Anzahl mit Behandlungsfolgen	Anzahl ohne Behandlungsfolge	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung 2013 ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.		
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.		
Begründung	Die erhobenen Daten werden nur für interne Auswertungen und Qualitätsüberprüfungen verwendet		
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).		

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013			
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:	
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:	

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl tatsächlich gestürzte Patienten		
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

F4 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Messthema	Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Was wird gemessen?	Dokumentation der Intensität von Isolation und Fixierung (Intensität = Häufigkeit * Dauer pro Fall) sowie Dokumentation der Häufigkeit von Zwangsmedikation oral, Zwangsmedikation Injektion, Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und Sicherheitsmassnahmen im Bett.

An welchen Standorten / in welchen Bereichen wurde im Berichtsjahr 2013 die Messung durchgeführt?		
<input checked="" type="checkbox"/>	Im ganzen Betrieb / an allen Standorten, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur an folgenden Standorten:
<input type="checkbox"/>	In allen Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen, oder... →	<input type="checkbox"/> ...nur in folgenden Kliniken / Fachbereichen / Abteilungen:

Messergebnisse	
Freiheitsbeschränkende Massnahmen	Wertung der Ergebnisse / Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Die Messung ist noch nicht abgeschlossen . Es liegen noch keine Ergebnisse vor.
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse. Begründung Die Daten werden 2015 durch die ANQ schweizweit veröffentlicht
<input type="checkbox"/>	Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Spitälern verglichen (Benchmark).

Informationen für das Fachpublikum: Eingesetztes Messinstrument im Berichtsjahr 2013		
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde betriebsintern entwickelt.	Name des Instruments:
<input checked="" type="checkbox"/>	Das Instrument wurde im Rahmen einer ANQ Messung eingesetzt.	Name des Instruments:
		<input checked="" type="checkbox"/> EFM <input type="checkbox"/> Modul Freiheitsbeschränkende Massnahmen (LPZ)
<input type="checkbox"/>	Das Instrument wurde von einer betriebsexternen Fachinstanz entwickelt.	Name des Anbieters / der Auswertungsinstanz:

Informationen für das Fachpublikum: Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	
	Ausschlusskriterien	
Anzahl Patienten mit einer Freiheitsbeschränkender Massnahme		
Bemerkung		

Verbesserungsaktivitäten			
Titel	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

H

Verbesserungsaktivitäten und -projekte

H2 Übersicht über laufende Aktivitäten und Projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte (auch zur Patientensicherheit), welche nicht bereits in vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurden.

Aktivität oder Projekt (Titel)	Ziel	Bereich	Laufzeit (von ... bis)

Hat der Betrieb ein CIRS eingeführt?

Nein, unser Betrieb hat kein CIRS?

Begründung **Bitte begründen**

Ja, unser Betrieb hat ein CIRS eingeführt.

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

Bemerkung



Organisation der ipw

Spitaldirektion	Adoleszenten- psychiatrie	Erwachsenen- psychiatrie	Alterspsychiatrie
Stab Spitaldirektion			
Ärztliche Direktion			
Ärztesekretariat	Adoleszentenstation	5 Akutstationen	2 Akutstationen
Behandlungsevaluation			
Bildung Ärzte	Psychotherapiestation für junge Erwachsene	Spezialstation für Traumafolgestörungen	Akutstation für demenzielle Erkrankungen
Soziales und Netzwerk			
Ärztliche Co-Direktion			
Ergo-, Aktivierungs- und Kunsttherapie	Beratungsstelle für Jugendliche	Depressions- und Angststation	Psychotherapiestation Alter
Fachstelle für Psychiatrische Gutachten	Spitalschule	Gemeindepsychiatrisches Zentrum Winterthur	Gemeindenaher alterspsychiatrische Ambulanz und Tagesklinik Winterthur
Integrierte Suchthilfe Winterthur	Pädagogik und Prävention	Gemeindepsychiatrisches Zentrum Bülach	
Medizinischer Dienst	Psychiatrisch-psychologischer Dienst in Jugendheimen	Ambulatorium Glattal	Gemeindenaher alterspsychiatrische Ambulanz und Tagesklinik Zürcher Unterland
Physio- und Bewegungstherapie		Ambulatorium Dielsdorf	
Psychologie		Psychiatrische Poliklinik	Memory Clinic
Direktion Pflege			
Bildung, Beratung und Entwicklung		Kriseninterventionszentrum	
Informatik			
Seelsorge			
Direktion Finanzen und Logistik			
Finanzen und Betriebswirtschaft		Triagezentrum	
Materialwirtschaft und Transport			
Technischer Dienst, Gebäudeunterhalt			
Hauswirtschaft			
Gastronomie			
Direktion Human Resources			
Kinderkrippe			
Personaldienst			
Personalentwicklung			

In Winterthur



1
Klinik Schlosstal
Stationäre Angebote
Verwaltung



2
KIZ Kriseninterventions-
zentrum
TAZ Triagezentrum



3
GAT Winterthur



4
GEZ Gemein-
psychiatrisches Zentrum
Winterthur



5
BSJ Beratungsstelle
für Jugendliche



6
ISW Integrierte Suchthilfe
Winterthur
(zwei Standorte)



7
Koordinations- und
Beratungsstelle
Fachstelle für psychia-
trische Gutachten
Case Management



8
Psychiatrische Poliklinik
(beim KSW)

Winterthur



Im Zürcher Unterland



● ● ●
 Zentrum Hard
 Stationäre Angebote
 GAT Zürcher Unterland



● ●
 Ambulatorium Glattal
 BSJ Beratungsstelle
 für Jugendliche



●
 Ambulatorium Dielsdorf



● ● ●
 GEZ Gemeindepsychia-
 trisches Zentrum Bülach
 Memory Clinic
 Koordinations- und
 Beratungsstelle



●
 Fachstelle für Alkohol-
 probleme



Standorte ipw Region Winterthur

- 1 Klinik Schlosstal**
Wieshofstrasse 102, 8408 Winterthur
Telefon Zentrale 052 224 33 33, info@ipw.zh.ch
Telefon Ärztesekretariat 052 224 35 00
aerztesekretariat@ipw.zh.ch
- 2 KIZ Kriseninterventionszentrum**
Bleichestrasse 9, 8400 Winterthur
Telefon 052 224 37 00 (24h), kiz@ipw.zh.ch
- 3 GAT Winterthur**
Gemeindenähe alterspsychiatrische
Ambulanz und Tagesklinik
Salstrasse 48, 8400 Winterthur
Telefon 052 222 22 45, gat.winterthur@ipw.zh.ch
- 4 GEZ Gemeindepsychiatrisches
Zentrum Winterthur**
Ambulatorium und Tagesklinik
Rudolfstrasse 19, 8400 Winterthur
Telefon 052 224 37 37, gez.winterthur@ipw.zh.ch
- 5 BSJ Beratungsstelle für Jugendliche**
Trollstrasse 18, 8400 Winterthur
Telefon 052 267 68 55, bsj@ipw.zh.ch
- 6 ISW Integrierte Suchthilfe Winterthur**
(Gemeinsames Angebot ipw/Stadt Winterthur)
Tösstalstrasse 19 und Tösstalstrasse 53
8400 Winterthur
Telefon 052 267 59 59, isw@win.ch
- 7 Koordinations- + Beratungsstelle
Sektor Winterthur**
Nägelsee-Standort 19
Schlachthofstrasse 19a, 8406 Winterthur
Telefon 052 224 37 90
koordinationsstelle@ipw.zh.ch

Fachstelle für psychiatrische Gutachten
Nägelsee-Standort 19
Schlachthofstrasse 19a, 8406 Winterthur
Telefon 052 224 37 86
fpg@ipw.zh.ch

Case Management
Nägelsee-Standort 19
Schlachthofstrasse 19a, 8406 Winterthur
Telefon 052 224 37 80
casemanagement@ipw.zh.ch
- 8 Psychiatrische Poliklinik**
Haldenstrasse 63, 8400 Winterthur
Telefon 052 266 28 84, psychpol@ipw.zh.ch

Standorte ipw Region Zürcher Unterland

- 9 Zentrum Hard**
Römerweg 51, 8424 Embrach
Telefon 044 866 11 11, info@ipw.zh.ch

GAT Zürcher Unterland
Gemeindenähe alterspsychiatrische
Ambulanz und Tagesklinik
Römerweg 51, 8424 Embrach
Telefon 044 866 14 02, gat.unterland@ipw.zh.ch
- 10 Ambulatorium Glattal**
Winterthurerstrasse 501, 8051 Zürich
Telefon 044 325 12 50
ambulatorium.glattal@ipw.zh.ch

BSJ Beratungsstelle für Jugendliche
Winterthurerstrasse 501, 8051 Zürich
Telefon 052 267 68 55
bsj@ipw.zh.ch
- 11 Ambulatorium Dielsdorf**
Geerenstrasse 6, 8157 Dielsdorf
Telefon 044 854 05 40
ambulatorium.dielsdorf@ipw.zh.ch
- 12 GEZ Gemeindepsychiatrisches
Zentrum Bülach**
Ambulatorium und Tagesklinik
Gartematt 6, 8180 Bülach
Telefon 044 866 37 00, gez.buelach@ipw.zh.ch

Memory Clinic
Gartematt 6, 8180 Bülach
Telefon 044 866 37 00, memoryclinic@ipw.zh.ch
- Koordinations- + Beratungsstelle
Sektor Unterland**
Gartematt 6, 8180 Bülach
Telefon 044 866 37 21, koordinationsstelle@ipw.zh.ch
- 13 Fachstelle für Alkoholprobleme
Bezirk Bülach (fabb)**
(Gemeinsames Angebot ipw/fabb)
Bahnhofstrasse 6, 8302 Kloten
Telefon 044 804 11 66, www.fabb.ch

Postadresse für alle Angebote

**Integrierte Psychiatrie
Winterthur-Zürcher Unterland**
Name des Angebots
Postfach 144
8408 Winterthur

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/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von QABE (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitätern im Kanton Bern) erarbeitet.

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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



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.spitalinformation.ch nahe zu legen.



Die Qualitätsmessungen des ANQs (de: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken; fr: Association nationale pour le développement de qualité dans les hôpitaux et les cliniques) wurden aufgenommen und sind im Kapitel E beschrieben.

Siehe auch: www.anq.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 Wissenschaften (SMAW) und der SSM. Die Begleitqualitätsassessoren des ANQ prüfen die Qualitätsberichte. Qualitätsberichte sind über die Website www.hplus.ch veröffentlicht. Die Vorlage ist eine H+-Vorlage.