



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Qualitätsbericht 2019

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

Version



Psychiatrische Universitätsklinik
Zürich

www.pukzh.ch



Psychiatrie

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 2019.

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

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2019

Dipl.-Ing.
Anna Mirza
Leiterin Unternehmensentwicklung
044 384 24 96
anna.mirza@puk.zh.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Den Spitälern und Kliniken der Schweiz ist es ein Anliegen, ihre Massnahmen zur Qualitätsförderung stetig weiterzuentwickeln und transparent auszuweisen. Dank den Qualitätsberichten erhalten alle Interessierten einen Einblick.

Alle Schweizer Spitäler und Kliniken nehmen heute an verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ mit transparenter Ergebnispublikation teil.

Nach Akutsumatik und Psychiatrie wurden nun auch die Ergebnisse der bereichsspezifischen Messung in der Rehabilitation schweizweit transparent veröffentlicht. Der ANQ dessen Messungen sich zwischenzeitlich etabliert haben, konnte 2019 sein 10-jähriges Jubiläum feiern.

Mittels Zertifikate weisen Spitäler und Kliniken ihre Qualitätsaktivitäten aus und bestätigen, dass bestimmte Qualitätsanforderungen und Normen eingehalten werden. Es stehen heute über 100 Zertifizierungen und Anerkennungsverfahren zur Auswahl. Einige sind aufgrund gesetzlicher Vorschriften obligatorisch, die Mehrheit jedoch basiert auf freiwilligem Engagement. Die Auswahl reicht von Zertifizierungen für Qualitätsmanagement-Systeme (QMS) – nach ISO 9001, EFQM, JCI oder sanaCERT– bis zu klinikabteilungsspezifischen Zertifizierungen von Qualittsprogrammen, zum Beispiel in Brustkrebs- oder Schlaflaborzentren. Die Spitäler wählen schlussendlich, welche Zertifizierungen einerseits die rechtlichen Rahmenbedingungen erfüllen und andererseits am besten auf ihre Patientinnen und Patienten abgestimmt sind.

Mit Morbiditäts- und Mortalittskonferenzen (M&M) werden medizinische Komplikationen, ungewöhnliche Verläufe und unerwartete Todesfälle von Patientinnen und Patienten aufgearbeitet. Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz hat dazu einen Leitfaden mit Materialien für die Praxis entwickelt und in ausgewählten Spitälern getestet und optimiert. Weitere Informationen sowie den Leitfaden zum kostenlosen Download finden Sie auf: www.patientensicherheit.ch/momo.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der Qualittsberichtsvorlage eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Spitälern und Kliniken.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. [Anhang 1](#)) hnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Andererseits verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.

Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019	9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	11
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	15
4.5 Registerübersicht	
Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht	
Organisation befindet sich in Vorbereitungsphase für die EFQM-Zertifizierung.	
QUALITÄTSMESSUNGEN	16
Befragungen	17
5 Patientenzufriedenheit	17
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie	17
5.2 Eigene Befragung	18
5.2.1 ZüPAZ	18
5.2.2 Patienten und Elternbefragung Kinder- und Jugendpsychiatrie	18
6 Angehörigenzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
8 Zuweiserzufriedenheit	19
8.1 Eigene Befragung	19
8.1.1 Zuweiserbefragung Kinder- und Jugendpsychiatrie	19
Behandlungsqualität	20
9 Wiedereintritte	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
10 Operationen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
11 Infektionen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
12 Stürze	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
13 Wundliegen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	20
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	20
15 Psychische Symptombelastung	21
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	21
15.2 Nationale Messung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	23
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	

17	Weitere Qualitätsmessung	24
17.1	Weitere eigene Messung	24
17.1.1	Qualitätstransparenz Psychiatrie	24
18	Projekte im Detail	25
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	25
18.1.1	Führen mit Kennzahlen Q-Monitor	25
18.1.2	Weiterentwicklung Q-System	25
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019	26
18.2.1	Prozessmanagement	26
18.2.2	Projektportfoliomanagement	26
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	26
18.3.1	Zertifizierung	26
19	Schlusswort und Ausblick	27
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		28
Psychiatrie		28
Herausgeber		29

1 Einleitung

Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) gewährleistet innerhalb ihres Leistungsauftrags die psychiatrische Grundversorgung von 485'000 Einwohnerinnen und Einwohnern im Raum Zürich inklusive Limmattal. Das Angebotsspektrum umfasst die Behandlung aller psychiatrischer Erkrankungen über die gesamte Lebensspanne. Sie bietet zudem im Rahmen von überregionalen ambulanten, tagesklinischen und stationären Schwerpunkten spezialisierte Therapiekonzepte an. Umfassende psychiatrische Behandlungs- und Therapieangebote in der Forensischen Psychiatrie vervollständigen das Leistungsspektrum. Die PUK ist an 21 verschiedenen Standorten im Kanton Zürich vertreten. Als Universitätsklinik ist sie zudem in der Lehre und Forschung engagiert und international sehr gut vernetzt.

Die psychiatrische Therapie hat den Menschen als Ganzen im Blick, ist dabei multidimensional, interdisziplinär und individuell ausgerichtet. An der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich erfolgt sie auf universitärem Niveau und orientiert sich an neusten wissenschaftlichen Standards und nationalen wie internationalen Leitlinien. Der Behandlungsrahmen umfasst die intensive stationäre Akutbehandlung über tagesklinische, rehabilitativ ausgerichtete Angebote bis hin zur ambulanten Grund- und Spezialversorgung in allen Phasen psychischer Erkrankungen. Dabei werden psychotherapeutische, pharmakologische, spezialtherapeutische, somatische und psychosoziale Therapieverfahren eingeschlossen. Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich arbeitet zudem eng mit allen an der Behandlung psychisch erkrankter Menschen beteiligten Institutionen in der Region Zürich zusammen.

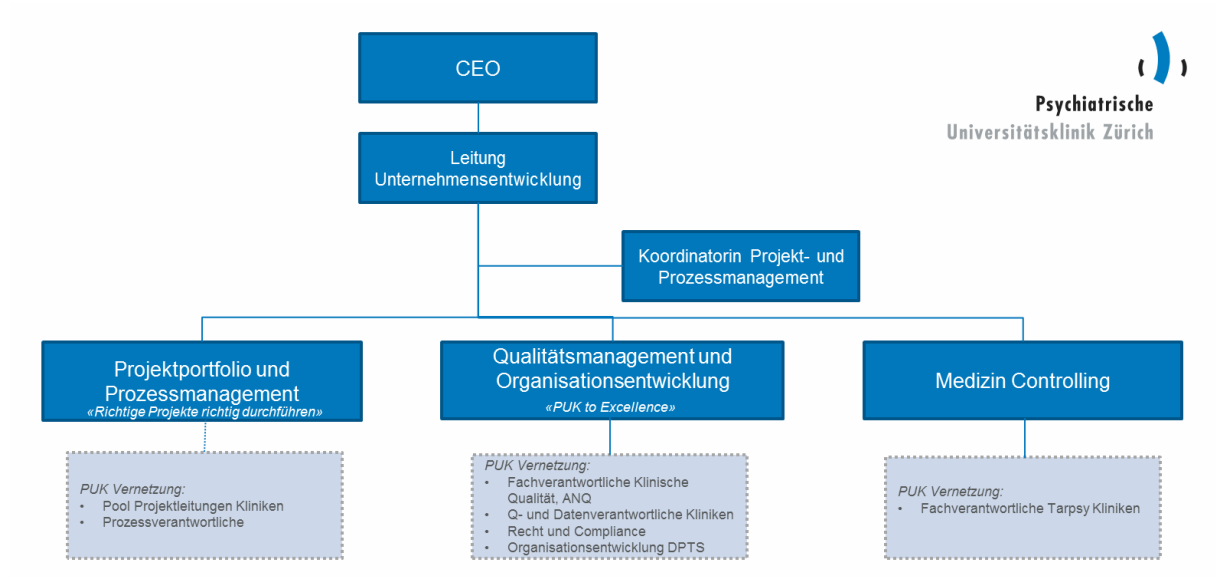
Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt

Unsere ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungsangebote sind nahtlos aufeinander abgestimmt, um gemeinsam mit unseren Patientinnen und Patienten ihre Genesung herbeizuführen. Unser therapeutisches Angebot reflektiert einen ganzheitlichen Ansatz und berücksichtigt biologische, psychische, soziale und kulturelle Aspekte.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Im 2019 wurde die Abteilung Unternehmensentwicklung neu aufgestellt. Dies brachte einerseits die Zusammenführung von bisher dezentral organisierten Bereichen mit sich, andererseits wurden zwei zusätzliche Stellen geschaffen. Im Vordergrund stand die konsequente Ausrichtung auf die Zusammenarbeit und Vernetzung. Die neu geschaffene Abteilung versteht sich als Transformationspartner und unterstützt den Betrieb aktiv in seiner Weiterentwicklung.

Ergänzend zur Abteilung Unternehmensentwicklung ist das Qualitätsmanagement weiterhin in den einzelnen Kliniken respektive Bereichen organisatorisch verankert.

Das Qualitätsmanagement ist als Linienfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **330** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Bettina Rüfenacht
Koordinatorin Projekt- und
Prozessmanagement
044 384 26 90
bettina.ruefenacht@puk.zh.ch

Herr Dr. phil. Mario Müller
Klinisches Daten- und Qualitätsmanagement
044 384 26 34
mario.mueller@puk.zh.ch

Frau Dipl.-Ing. Anna Mirza
Leiterin Unternehmensentwicklung
044 384 24 96
anna.mirza@puk.zh.ch

Frau PD Dr. med. Anastasia Theodoridou
Klinisches Qualitätsmanagement Medizin
044 384 26 48
anastasia.theodoridou@puk.zh.ch

Frau Verena Riedo
Qualitäts- und Datenmanagement KJPP
043 499 27 30
verena.riedo@puk.zh.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualität als Ziel und Herausforderung

Als lernende Organisation überprüfen und verbessern wir unsere Dienstleistungen und Abläufe kontinuierlich. Wir pflegen einen konstruktiven Umgang mit Fehlern, indem wir sie erkennen, kommunizieren und zur ständigen Optimierung der Qualität beheben.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2019

Im Berichtsjahr 2019 wurde das mehrjährige Programm DigiT zur Unterstützung der digitalen Transformation erfolgreich lanciert. Im Auftrag des Spitalrats werden in vier Teilprojekten die Strategie-, Struktur- beziehungsweise Qualitäts- und Kulturentwicklung sowie die ICT-Entwicklung umfassend vorangetrieben.

Für eine bessere Steuerung und höhere Transparenz der laufenden Projekte wurde ein unternehmensweites, stringentes Projektportfoliomanagement als wichtiges Führungsinstrument etabliert. Unter Berücksichtigung der PUK-Strategie erfolgte eine Priorisierung der Projekte, welche neu in regelmässigen Abständen überprüft wird.

Das Prozessmanagement wurde im 2019 weiter ausgebaut. Durch den Einsatz einer zeitgemässen Prozess-Software können Prozesse einheitlich abgebildet und für alle Mitarbeitenden zugänglich gemacht werden.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2019

- Überarbeitung des Strategiereview-Prozesses
- Festlegung von unternehmensweiten PUK-Werten zur Förderung der Zusammenarbeit
- Überarbeitung und Neuausrichtung der IT-Strategie
- Einführung eines unternehmensweiten Projektportfoliomanagements zur besseren Steuerung von laufenden Projekten
- Einsatz einer zeitgemässen Prozess-Software zur einheitlichen Abbildung von Prozessen

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- **Fortführung des Programmes "PUK to Excellence"**
 - Modernisierung der Qualitätsprozesse
 - Standardisierung/Optimierung der betrieblichen Prozesse
 - Etablierung eines zentralen Massnahmenmanagements
 - Modernisierung Datenmanagementsystem
 - Optimierung Analyse Patientenzufriedenheit / Etablierung Q-Cockpit
- **Fortführung des Programmes "DigiT"**
 - Durchführung einer Mitarbeiterumfrage
 - Aufbau eines Coaching-Angebots für Projektleitende
- **Weiterentwicklung Bereich Unternehmensentwicklung als strategischer Transformationspartner**
 - aktive Förderung interne Zusammenarbeit/Vernetzung
 - PUK im Prozess der digitalen Transformation unterstützen
 - Projektportfoliomanagement als Teil des Strategieprozesses
- **Pilot Innovationsmanagement**
 - erste Innovationsansätze initiieren

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 und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Psychiatrie</i>
▪ Erwachsenenpsychiatrie
– Symptombelastung (Fremdbewertung)
– Symptombelastung (Selbstbewertung)
– Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen
– Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie
▪ Kinder- und Jugendpsychiatrie
– Symptombelastung (Fremdbewertung)
– Symptombelastung (Selbstbewertung)
– Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ Zürcher Fragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit (ZüPaZ)

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>
▪ ZüPAZ
▪ Patienten und Elternbefragung Kinder- und Jugendpsychiatrie
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Zuweiserbefragung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Weitere Qualitätsmessung</i>
▪ Qualitätstransparenz Psychiatrie

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Programm "PUK to Excellence"

Ziel	Steigerung des Reifegrads mittels kontinuierlicher Verbesserung gemäss EFQM
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte PUK
Projekte: Laufzeit (von...bis)	forlaufend
Begründung	Weiterentwicklung der PUK-Qualitäts-DNA
Methodik	als Programm gegliedert
Involvierte Berufsgruppen	interprofessionelle Teams
Evaluation Aktivität / Projekt	Einführungsphase abgeschlossen, Programm geht in die Weiterentwicklungsphase über

Programm "DigiT"

Ziel	Agilität erhöhen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte PUK
Projekte: Laufzeit (von...bis)	2019 - 2025
Begründung	Organisation auf digitale Transvormation vorbereiten
Methodik	als Programm gegliedert, Bearbeitung der Themen in 4 Teilprojekten (Strategie-, Struktur- und Kulturentwicklung, IT-Entwicklung)
Involvierte Berufsgruppen	interprofessionelle Teams
Evaluation Aktivität / Projekt	Projekt im 2019 erfolgreich initialisiert

Mitarbeiterbefähigung

Ziel	Kompetenzerweiterung der Mitarbeitenden
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte PUK
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Begründung	Qualitätssteigerung im Arbeitsprozess, Vorbereitung auf digitale Transformation
Methodik	Schulungen
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	widerkehrende Durchführung CAS Leadership, Aufbau Coachingangebot

Prozessstandardisierung Patientdatenenerfassung (BSCL & ZüPaZ)

Ziel	Erhöhung der Rücklaufquote auf 95 - 100%
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Stationen der Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 1. Quartal 2019 fortlaufend
Begründung	Niedrige Rücklaufquote
Methodik	Workshops und regelmässige Quotenfeedbacks
Involvierte Berufsgruppen	Leitungen Pflege und Stationsleitungen
Evaluation Aktivität / Projekt	Quartalsweise

Vermeidung von Zwang in der Psychiatrie

Ziel	Reduktion von Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Akutepsychiatrie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Qualitätssicherung, erlebter Zwang im Rahmen der psychiatrischen Behandlung hat negative Folgen für Patientinnen und Mitarbeitende
Methodik	Auswertung der klinikinternen Daten
Involvierte Berufsgruppen	interprofessionell

Peer Review in der Psychiatrie

Ziel	Implementierung interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Psychiatrie
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
Begründung	Qualitätssicherung
Methodik	Auswertung der klinikinternen Routinedaten
Involvierte Berufsgruppen	interprofessionell

Aggressionsmanagement als Teil des Sicherheitsmanagements

Ziel	Strukturierter Ausbau des Aggressionsmanagements und Erhebung Qualitätskennzahlen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte PUK
Projekte: Laufzeit (von...bis)	fortlaufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Ausbau von Kompetenzen der Mitarbeitenden im Bereich Aggressionsmanagement
Methodik	Schulung und Beratung
Involvierte Berufsgruppen	Mitarbeitende mit Patientenkontakt
Evaluation Aktivität / Projekt	Meilensteine gemäss Projektauftrag

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 2007 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.

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

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 erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Herbst 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie durchgeführt.

Im Jahr 2018 wurde die Befragung dann bereits im Frühjahr durchgeführt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patientenbefragungen angebunden werden. Die ersten drei Fragen sind identisch mit den Fragen in der Akutsomatik, die letzten drei Fragen wurden auf die Bedürfnisse einer Psychiatrie angepasst. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus und subjektive Gesundheitseinschätzung abgefragt.

Messergebnisse

Fragen			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2018 (CI* = 95%)
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?			4.07 (3.98 - 4.16)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?			4.59 (4.51 - 4.68)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?			4.47 (4.39 - 4.56)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?			4.11 (3.97 - 4.24)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?			4.42 (4.31 - 4.52)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?			4.40 (4.29 - 4.50)
Anzahl angeschriebene Patienten 2018			1346
Anzahl eingetreffener Fragebogen	362	Rücklauf in Prozent	29.8 %

Wertung der Ergebnisse: 0 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert

* 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/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie.

Kommentar zur Patientenbefragung und Verbesserungsaktivitäten

Sowohl der Rücklauf ausgefüllter und verwertbarer Befragungsbögen hat sich im Vergleich zum Vorjahr erhöht, als auch die Zufriedenheitswerte in allen sechs erfragten Bereichen. Darüber hinaus ist die Zufriedenheit in unserer Klinik bei allen sechs Fragen höher als im Mittel des Gesamtkollektivs aller 77 in den Vergleich eingeschlossenen psychiatrischen Kliniken.

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOP, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	--------------------------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 18 Jahre) versendet, die von April bis Juni 2018 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	▪ Patienten der Forensik. ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 ZüPAZ

Der ZÜPAZ-Fragebogen erfasst die Zufriedenheit von psychiatrischen Patientinnen und Patienten in stationären Einrichtungen. Der Fragebogen umfasst folgende Aspekte der Patientenzufriedenheit: Eintrittsprozedur, Aufenthalt, Behandlung, Vorbereitung auf den Austritt.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.
Im stationären Bereich der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie.

Die Befragung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Selbstbeurteilungsfragebogen
---	------------------------------

5.2.2 Patienten und Elternbefragung Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Patienten und Elternbefragung wird jährlich regelmässig durchgeführt. Die Ergebnisse werden zur internen Qualitätsverbesserung eingesetzt. Die bereits sehr guten Werte verbessern sich kontinuierlich.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2019 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden ausschliesslich zur internen Qualitätsprüfung und Verbesserung verwendet.

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (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.

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Zuweiserbefragung Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Zuweiserbefragung wird regelmässig alle drei Jahre bei allen Zuweisenden durchgeführt. Die Ergebnisse werden zur internen Qualitätsverbesserung eingesetzt. Die letzte Zuweiserbefragung wurde im Jahr 2019 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Veröffentlichung der Ergebnisse in diesem Qualitätsbericht. Wird zur internen Qualitätsprüfung und Verbesserung verwendet Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument

Diese Zuweiserbefragung haben wir im Monat November durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden ausschliesslich zur internen Qualitätsprüfung und Verbesserung verwendet.

Behandlungsqualität

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Erfasst werden von den fallführenden Pflegefachpersonen bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett, wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

Erwachsenenpsychiatrie	2015	2016	2017	2018
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich				
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	5.40	6.15	6.48	7.95
Gesamte Anzahl Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie 2018				

Kinder- und Jugendpsychiatrie	2016	2017	2018
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich			
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	24.20	12.85	9.24
Gesamte Anzahl Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2018			

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/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	EFM

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Erwachsene	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Patienten der Erwachsenenpsychiatrie.

15 Psychische Symptombelastung

15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

Die ANQ Messvorgaben in der Erwachsenenpsychiatrie gelten seit Juli 2012 für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Bereiche der Tageskliniken und ambulanten Angebote.

Bei allen Patienten in der Psychiatrie 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.

Die Fallführenden wie auch die Patienten beurteilen die Symptombelastung bei Ein- und Austritt mit je einem dafür bestimmten Fragebogen.

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

Im Jahr 2016 wurde die Methode zur Berechnung des risikobereinigten Differenzwerts überarbeitet, weshalb die Vorjahreswerte nicht mehr dargestellt werden.

HoNOS Adults	2015	2016	2017	2018
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	5.24	6.04	4.28	5.41
Standardabweichung (+/-)	6.21	7.00	6.59	7.53
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	-5.41	-5.63
Anzahl auswertbare Fälle 2018				2433
Anteil in Prozent				62.6 %

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2015	2016	2017	2018
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	34.61	36.26	31.67	35.36
Standardabweichung (+/-)	30.05	32.07	32.85	36.67
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-	1.05	0.42
Anzahl auswertbare Fälle 2018				476
Anteil in Prozent				12.2 %

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

* Die Vergleichsgrösse für eine Klinik ist die Differenz aus ihrem Qualitätsparameter und dem (nach Fallzahlen gewichteten) Mittelwert der Qualitätsparameter der anderen Kliniken.

Positive Werte weisen auf eine grössere Veränderung der Symptombelastung einer Klinik im Vergleich mit den anderen hin. Negative Werte lassen eine geringere Veränderung, als aufgrund der Kontrollvariablen zu erwarten war, erkennen.

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/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) und BSCL (Brief Symptom Checklist)

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

15.2 Nationale Messung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die ANQ Messvorgaben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gelten seit Juli 2013 für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken), nicht jedoch für Tageskliniken und ambulanten Angebote.

Bei allen Patienten in der Psychiatrie 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.

Die Fallführenden wie auch die Patienten beurteilen die Symptombelastung bei Ein- und Austritt mit je einem dafür bestimmten Fragebogen.

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

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

Messergebnisse

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/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie.

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

Begründung

Die Ergebnisse werden ausschliesslich zur internen Qualitätsprüfung und Verbesserung verwendet.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	w hoch 2, Bern
Methode / Instrument	HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) und HoNOSCA-SR (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating)

17 Weitere Qualitätsmessung

17.1 Weitere eigene Messung

17.1.1 Qualitätstransparenz Psychiatrie

Qualitätsvergleiche zur stationären Psychiatrie im Kanton Zürich

In dieser Studie im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GD) wurde der Frage nachgegangen, ob zwischen den psychiatrischen Kliniken im Kanton wesentliche Qualitätsunterschiede bestehen. Der Fokus lag dabei auf der Analyse der Ergebnisqualität und teilweise der Prozessqualität in der stationären Psychiatrie.

Im Rahmen dieser Studie wurden Befragungen zum Thema Nachhaltigkeit der Behandlungseffekte sowie zur sozialen Integration durchgeführt.

Diese Messung haben wir vom 2018 bis 2019 durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Ergebnisse werden ausschliesslich zur internen Qualitätsprüfung und Verbesserung verwendet.

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Führen mit Kennzahlen Q-Monitor

Ein den EFQM-Prinzipien verpflichtetes Unternehmen verwendet sowohl finanzielle als nicht finanzielle Kennzahlen, um die strategischen und operativen Leistungen und Ergebnisse zu messen. In einem Q-Monitor sollen geeignete Ergebnisindikatoren in verschiedenen Dimensionen aufbereitet werden. Dazu werden basierend auf bestehende Kennzahlen im 2019 eine einheitliche, standardisierte Struktur entwickelt, welche sich an den PUK Zielen und an Prozesskennzahlen orientiert. Im 2020 sollen die Qualitätszahlen in einem Monitor mit strategischen Prozesskennzahlen dargestellt werden und in der Weiterentwicklung durch regelmässige Erfolgsmessungen die Strategieausrichtung unterstützen.

18.1.2 Weiterentwicklung Q-System

Neue technische Möglichkeiten und die daraus erwachsende Verknüpfung mit weiteren Qualitätsthemen war Anlass, um die Modernisierung des CIRS (Critical Information System) anzugehen. Die Erfahrungen aus den letzten Jahren fliessen dabei ein, um die eingehenden CIRS-Meldungen effizienter zu bearbeiten und nachhaltige Lösungen oder Anpassungen zu initiieren. Dabei sollen durch die Verbindung mit weiteren Qualitätsthemen der Erfahrungsaustausch verbessert werden.

Mithilfe der gleichen IT-Plattform wird das DMS (Dokumenten Management System) weiter entwickelt in Richtung Informationsplattform. Damit sollen den verschiedenen Berufsgruppen besser in deren täglichen Arbeit unterstützt werden, um interne Abläufe, als auch regulatorische Auflagen einfach und effektiv in die Abläufe einfliessen zu lassen die stete Weiterentwicklung zu beschleunigen.

Übergreifend soll die Koordination der laufenden Massnahmen aus CIRS, internen und externen Audits und Inspektionen verbessert und transparent dargestellt werden. Dazu wird ein Massnahmenmanagement zur Umsetzungskontrolle und strukturierter Nach-Evaluation von einzelnen Massnahmen aufgebaut.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2019

18.2.1 Prozessmanagement

Herausragende Unternehmen verbessern ihre Prozesse, um den Nutzen für alle Interessengruppen zu optimieren. Dazu werden aussagekräftige Prozessleistungsindikatoren zur Überprüfung der Effektivität und Effizienz der Prozesse entwickelt und diese Daten verwendet, um auf aktuelle und zukünftige Anforderungen zu reagieren.

Mit der Einführung des Prozessmanagements wurde die Prozesslandkarte der PUK im Intranet allen Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt. Durch den Einsatz einer zeitgemässen Prozess-Software können die Prozesse mit den gültigen ausführungsrelevanten Dokumenten verbunden werden. Die Prozessdarstellungen erleichtern dadurch den Mitarbeitenden die Arbeit. Durch die Kommentarfunktion besteht die Möglichkeit der stetigen Mitarbeit zur Verbesserung durch die Mitarbeitenden. Die identifizierten finanzrelevanten Risiken und Kontrollen wurden in die Prozesse eingebunden und können darüber gesteuert werden.

Bei betrieblichen Veränderungen und Projekten dienen die bestehenden Prozesse zur Erarbeitung von Optimierungen oder der Einführung neuer Anforderungen. Das strategische Ziel der Prozessharmonisierung und Standardisierung über die verschiedenen Kliniken und Standorte hinweg, wird durch das transparente Prozessmanagement nachhaltig unterstützt. Die Definition von Zuständigkeiten und Prozessverantwortlichkeiten ermöglicht die Adressierung der kontinuierlichen Verbesserung und Weiterentwicklung der Abläufe. Die erstellten Prozesse dienen als Basis für die Grossprojekte im Rahmen der betrieblichen Weiterentwicklung und der digitalen Transformation.

18.2.2 Projektportfoliomanagement

Ein unternehmensweites, stringentes Projektportfoliomanagement wurde als wichtiges Führungsinstrument etabliert, um die Unternehmensstrategie mittels Projekte umzusetzen. Die gewonnene Transparenz umfasst die Projektpipeline als auch die laufenden Projekte um die Verzahnung zu verbessern und Doppelspurigkeiten oder Lücken aufzudecken. Ausserdem dient das zentral geführte Projektportfoliomanagement den Führungspersonen als Entscheidungsgrundlage und um Ressourcen am richtigen Ort zu allozieren. Der Prozess des regelmässigen Projektmonitoring ist etabliert und der Projektportfolio Review der Unternehmensführung ist fester Bestandteil der Führungsarbeit.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung

Im Jahr 2019 stand die Neuausrichtung des Programms PUK to Excellence im Vordergrund, dies auf Grund der Ankündigung der Anpassung des EFQM Models Ende 2020. Die Zertifizierung wird in 2-4 Jahren angestrebt und richtet sich nach dem neuen EFQM Model 2020 aus.

19 Schlusswort und Ausblick

Menschen und Qualität im Fokus: PUK to Excellence

Im Fokus jeglicher Bestrebungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich steht die Kundenzentriertheit. Sowohl unsere Patientinnen und Patienten als auch unsere Mitarbeitenden sind dabei in der Rolle der Klienten. Die Aufgabe des Qualitätsmanagements liegt in der stetigen Optimierung der Behandlungsqualität und der internen Abläufe. Die im 2019 mit dieser Prämisse durchgeführte Analyse der Unternehmensentwicklung hat auf dem Weg der kontinuierlichen Veränderung wichtige Stossrichtungen aufgezeigt.

Von der Experten-Organisation zum Transformations-Begleiter

Die neu aufgestellte Abteilung Unternehmensentwicklung nimmt innerhalb der Veränderungsprozesse der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich eine Schlüsselrolle ein. Neue Kompetenzen, die der angestrebte Wandel zur agilen Organisation verlangt, sind neben der Fachspezialisierung im Prozess-, Projekt-, Change- und Qualitätsmanagement sowie insbesondere in der verstärkten Zusammenarbeit und in der Entwicklungsfähigkeit einer jeden Mitarbeiterin und eines jeden Mitarbeiters zu suchen. Um dieses Ziel zu erreichen, begleitet die Unternehmensentwicklung Strategieprozesse und treibt das im Jahr 2014 eingeführte Programm *PUK to Excellence* über die ganze Institution weiter voran.

Weichen für die Zukunft gestellt

Der in den Vorjahren eingeschlagene Weg der Veränderung entlang der Integrations- und Fusionsprozesse wurde 2019 erfolgreich fortgesetzt. Zudem wurden weitere zentrale Themen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) angegangen: So stehen zum Beispiel Themengebiete wie die digitale Transformation, die Einführung eines gesamtheitlichen Klinikinformationssystems, die Modernisierung des Qualitätsmanagements sowie die Entwicklung innovativer Behandlungskonzepte ganz oben auf der Agenda.

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 und im aktuellen Jahresbericht.

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

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzstörungen
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
FX	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

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/



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

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

www.samw.ch