Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Qualitätsbericht 2021

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:	18.05.2022	Version 1
Durch:	Markus Merz, CEO	

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Psychiatrie

www.pukzh.ch

Impressum

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

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

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

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

Zielpublikum

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

Kontaktperson Qualitätsbericht 2021

Dipl.-Ing.
Anna Mirza
Leitung Unternehmensentwicklung
058 384 24 96
anna.mirza@pukzh.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen

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

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

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

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

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

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

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

Freundliche Grüsse

Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum **2**

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen **3**

1 Einleitung **6**

2 Organisation des Qualitätsmanagements **7**
2.1 Organigramm 7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement 8

3 Qualitätsstrategie **9**
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2021 9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021 10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 11

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten **12**
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen 12
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen
Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen 13
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte 14
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen 16
4.5 Registerübersicht
Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.
4.6 Zertifizierungsübersicht
Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurde kein geeignetes Zertifikat identifiziert.

QUALITÄTSMESSUNGEN **17**

Befragungen **18**

5 Patientenzufriedenheit **18**
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie 18
5.2 Eigene Befragung 20
5.2.1 Patienten und Elternbefragung Kinder- und Jugendpsychiatrie 20
5.2.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie ambulant 21
5.3 Beschwerdemanagement 21

6 Angehörigenzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.

7 Mitarbeiterzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.

8 Zuweiserzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.

Behandlungsqualität **22**

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 Dekubitus
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen **22**
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie 22

15 Psychische Symptombelastung **24**
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie 24
15.2 Nationale Messung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 26

16 Zielerreichung und Gesundheitszustand

Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.
17 **Weitere Qualitätsmessungen**
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.
18 Projekte im Detail 28
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 28
18.1.1 Qualitätssicherung bei der HoNOS Erfassung 28
18.1.2 Standardisierung Schlüsselprozesse bei der Einführung einheitliches KIS 28
18.1.3 Sicherheitskultur PUK 28
18.1.4 Risikomanagement PUK 29
18.1.5 Prozessmanagement/KVP 29
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021 29
18.2.1 Einführung Massnahmenmanagement innerhalb Meldeportal PUK 29
18.2.2 Digitalisierung des Projektportfoliomanagement 29
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 29
18.3.1 Zertifizierung 29
19 Schlusswort und Ausblick 30
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 31
Psychiatrie 31
Herausgeber 32

1 Einleitung

Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) dient der regionalen und überregionalen medizinisch-psychiatrischen Versorgung. 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

Für Risiko- und Qualitätsmanagement innerhalb der Unternehmensentwicklung der PUK stehen 80 Stellenprozente und für Prozessmanagement und KVP 180 Stellenprozente zur Verfügung. In den Kliniken stehen für Qualitäts- und Datenmanagement insgesamt 350 Stellenprozente zur Verfügung.

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:
Das Risiko- und Qualitätsmanagement ist Teil der Unternehmensentwicklung, welche dem CEO unterstellt ist. Das klinische Qualitäts- und Risikomanagement ist dezentral innerhalb der Kliniken angesiedelt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **610** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Dr. phil. Nathalie Brackmann
Qualitäts- und Forschungsbeauftrage KFP
058 384 25 89
nathalie.brackmann@pukzh.ch

Herr Dr. phil. André Della Casa
Leitung Qualitätsmanagement KJPP
043 499 26 26
andre.dellacasa@pukzh.ch

Herr Dr. med. Stephan Egger
Oberarzt KPPP / Fachverantwortung HoNos
052 304 93 40
stephan.egger@pukzh.ch

Herr Dr. med. Florian Hotzy
Oberarzt KPPP / Fachverantwortung Kompetenzzentrum KESR
044 296 73 63
florian.hotzy@pukzh.ch

Frau Mira Kirst
Leitung Medizincontrolling
058 384 26 32
mira.kirst@pukzh.ch

Frau Dipl.-Ing. Anna Mirza
Leitung Unternehmensentwicklung, Risk Managerin PUK
058 384 24 96
anna.mirza@pukzh.ch

Herr Tieni Moser
Pflegeexperte HöFa II/ Aggressionsmanagement
058 384 29 50
tieni.moser@pukzh.ch

Frau Elisabeth Gohles
Projektleitung klinisches Qualitätsmanagement
058 384 22 61
elisabeth.gohles@pukzh.ch

3 Qualitätsstrategie

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.

Vision 2025: *Leuchtturm der Psychiatrie,* als Universitätsklinik gestalten wir die moderne Psychiatrie.

Qualitätsstrategie 2019-2025: *Die Qualität wird für Patienten und Mitarbeitende erlebbar gemacht.*

Hohe Qualität und Effizienz sicherstellen durch kontinuierliche Verbesserung:

- **Patient first,** Transparenz der ausgewiesenen Qualität der Leistungen und Patientensicherheit fördern
- **Zusammenwachsen,** Entwicklung eines gemeinsamen Qualitätsverständnisses
- **Digitalisierung** für effiziente Patientenversorgung und Zusammenarbeit
- **Innovation** fördern
- **Unternehmenskultur** und Leitung zukunftsfähig gestalten

Die Qualitätsziele unter dem Schwerpunkt „hohe Qualität und Effizienz“ sind auf die Etablierung der Qualitätsindikatoren im Bereich Patientensicherheit, Austrittberichte, Symptombelastung und Strukturentwicklung/Qualitätssicherung als Auslöser von KVP-Massnahmen (Massnahmenmanagement) fokussiert.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2021

Das im 2019 initialisierte Programm **Digitale Transformation DigiT** konnte im 2021 mit Change Initiativen umgesetzt werden und hat sichtbare Veränderungen für alle Mitarbeitende mit sich gebracht, beispielweise die Einführung einer neuen Leistungs- und Entwicklungsvereinbarung, die Weiterentwicklung des Prozesses für die jährliche Zielsetzung der PUK und allen Divisionen und die regelmässigen Gespräche des CEO mit Kadermitarbeitenden. Im vergangenen Jahr wurden mehrere grosse und für die Entwicklung der PUK wichtige Infrastrukturprojekte realisiert, wie zum Beispiel die Projekte **Next Generation Workplace**, **Telefonie@puk** sowie die Modernisierung der Eingangshalle und die Schaffung von Co-Working Spaces an der Lenggstrasse. Damit wurde die Grundlage dafür gelegt, bereits laufende komplexe Projekte wie die Einführung eines neuen einheitlichen Klinikinformationssystems, **Projekt K4K**, und die Entwicklung von klinikübergreifenden aufsuchenden Angeboten, Projekte **Jupiter** und **Home Treatment Plus**, erfolgreich zu realisieren. Diese Projekte sind konkrete Ergebnisse des Zusammenwachsens der Kliniken und der Förderung der interklinischen Zusammenarbeit.

Zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Organisation durch eine Qualitäts- und Effizienzsteigerung, wurden Rollenkonzepte als integrierende Methodik einheitlich und gesamthaft umgesetzt (Risk Management, Qualitäts- und Leistungskennzahlen). Dies ermöglicht eine Steuerung in den entsprechenden Gremien wie dem **Q-Kennzahlen Zirkel**, den Integrationsmeetings und den Reviews zwischen den Kliniken.

Die im Vorfeld entwickelten konzeptuellen Fundamente für die Risikopolitik und das Risikomanagement der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich hatten 2021 die vollständige Umsetzung des **Risk Managements** als kontinuierlichen Prozess zur Folge. Die ausgearbeiteten Massnahmen zur Risikoreduktion für strategische und klinische Risiken bilden einen wichtigen Teil der Sicherheitskultur innerhalb der PUK. Die Massnahmen zur Risikoreduktion bei nicht klinischen Risiken bilden zudem ein wichtiges Element in der strategischen Steuerung der Organisation.

Im Berichtsjahr wurde zudem ein neues Konzept für die Patienten-, Angehörigen- und Mitarbeitenden-Sicherheit ausgearbeitet und dessen Implementierung eingeleitet. Damit rückt die **Sicherheitskultur**

in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich verstärkt in den Fokus der Führungskräfte und Mitarbeitenden. Ein gelebtes Risikomanagement im Gesundheitswesen zeigt nicht nur Verbesserungspotenziale auf und steigert die Effizienz, es kann auch Risiken für Patientinnen und Patienten, Mitarbeitende sowie für Einrichtungen des Gesundheitswesens wesentlich reduzieren. Im Sinne der Kundenzufriedenheit zählt die Patientensicherheit zu den Erfolgsfaktoren.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2021

Projektmanagement PUK
Das Projektportfolio- und Projektmanagement sind die treibenden Kräfte für die laufenden Veränderungen. Das Projektmanagement PUK wurde komplett überarbeitet, digitalisiert und auf die Bedürfnisse der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich zugeschnitten. Es unterstützt das Zusammenwachsen der Kliniken sowie die Umsetzung wichtiger strategischer Initiativen. Das Projektportfolio wurde gestrafft und gewährleistet die Steuerung der Strategieumsetzung.

Kennzahlenbasierte Massnahmenplanung
Mit der Einführung eines Qualitätskennzahlen Zirkels im Berichtsjahr reagierte die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich auf die am 1. April 2021 in Kraft getretene KVG-Revision «Qualität und Wirtschaftlichkeit» und etablierte folglich ein klinikübergreifendes Gremium. Dieses gewährleistet die Qualitätsentwicklung in der PUK mit Hilfe kontinuierlicher Verbesserung und Betriebsdurchdringung. Im Q-Kennzahlen Zirkel sind alle Kliniken und Divisionen aus dem klinischen Bereich, unter der Co-Leitung Unternehmensentwicklung und Medizincontrolling, vertreten. Die Verantwortlichkeiten für die Weiterentwicklung der Qualitätskennzahlen werden auf klinikübergreifender Ebene mit den Delegierten der Kliniken für den Q-Kennzahlen Zirkel definiert und die Themenbereiche mit der PDCA-Methodik bearbeitet.

New Generation Führungssystem
Das neue New Generation Führungssystem wurde im Berichtsjahr erfolgreich pilotiert.

Risikomanagement PUK
Die im Vorfeld entwickelten konzeptuellen Fundamente für die Risikopolitik und das Risikomanagement der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich hatten im Berichtsjahr die vollständige Umsetzung des Risk Managements als kontinuierlichen Prozess zur Folge. Die ausgearbeiteten Massnahmen zur Risikoreduktion für nicht klinische und klinische Risiken bilden einen wichtigen Teil der Sicherheitskultur innerhalb der PUK.

Modernisierung Meldeportal
Konkret bedeutet die Modernisierung der Melde- und Kommunikationswege für Nonkonformitäten sowie des Lernsystems CIRS auch eine Sensibilisierung der Mitarbeitenden für den Aufbau der Systemanalyse und die Etablierung der Lerngefässe (qualitatives Reporting aller Ereignisse im Kontext des klinischen Risk Managements).

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Neuplanung des Programmes Excellence2Go!
Die Modernisierung der Qualitätsprozesse sowie des Datenmanagementsystems ist in naher Zukunft von grosser Bedeutung. Es wird eine Standardisierung bzw. Optimierung der gesamten betrieblichen Prozesse angestrebt und die Etablierung eines zentralen Massnahmenmanagements verfolgt. Der Fokus liegt auf der Optimierung der Analyse der Patientenzufriedenheit und der Etablierung des Qualitätskennzahlen Cockpit zur Ergebnisverbesserung der Qualitätskennzahlen.

Fortführung des Programmes DigiT
Das Programm Digitale Transformation DigiT wird mit der Umsetzung der Projekte Strategie-, Struktur-, Kultur- und ICT-Entwicklung fortgesetzt.

Weiterentwicklung Bereich Unternehmensentwicklung
Als strategischer Transformationspartner fördert die Unternehmensentwicklung aktiv die interne Zusammenarbeit und Vernetzung aller Bereiche der PUK und unterstützt diese im Prozess der digitalen Transformation mit Hilfe des Projektportfoliomanagements als Teil des Strategieprozesses. Das Projekt- und Prozessmanagement gewinnt in der Organisationsentwicklung an Bedeutung.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
Psychiatrie
▪ 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

Bemerkungen

Im nationalen Messplan ist die Messung der Patientenzufriedenheit Kinder- und Jugendpsychiatrie, die erstmals schweizweit durchgeführt wurde, nicht abgebildet. Die Ergebnisse dieser Messung sind im Kapitel 5.2.1 publiziert.
Das in Kooperation mit den Universitäten Basel und Lausanne entwickelte Instrument, an dessen Entwicklung und Publikation die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, unter der Leitung von Dr. phil. André Della Casa, massgeblich beteiligt war, wird ab 2021 von der ANQ flächendeckend eingesetzt.

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:
Patientenzufriedenheit
▪ Patienten und Elternbefragung Kinder- und Jugendpsychiatrie
▪ Kinder- und Jugendpsychiatrie ambulant

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Programm Digitale Transformation DigiT

Ziel	Agilität erhöhen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamte PUK
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2019 - 2025
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Organisation auf digitale Transformation vorbereiten
Methodik	Als Programm gegliedert, Bearbeitung der Themen in 4 Teilprojekten (Strategie-, Struktur- und Kulturentwicklung, IT-Entwicklung)
Involvierte Berufsgruppen	Interprofessionelle Teams
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Fundament für die PUK-Transformation wurde 2020 gelegt. In der nächsten Entwicklungsphase 2021-2023 kommen Change-Initiativen zur Umsetzung.

Programm Excellence2Go!

Ziel	Steigerung des Reifegrads mittels kontinuierlicher Verbesserung
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamte PUK
Projekt: Laufzeit (von…bis)	2020 - 2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Etablierung eines PUK-weit standardisiertem QM-System
Methodik	als Programm gegliedert
Involvierte Berufsgruppen	Interprofessionnelle Teams
Evaluation Aktivität / Projekt	Programm im 2020 als Fortsetzung von "PUK to Excellence" gestartet, Projekte laufen gemäss Plan

Mitarbeiterbefähigung Leadership New Generation Führungssystem

Ziel	Kompetenzerweiterung der Mitarbeitenden
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamte PUK
Projekt: Laufzeit (von…bis)	Laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Vorbereitung auf digitale Transformation
Methodik	Arbeitsgruppen, Projektgruppen, Schulungen
Involvierte Berufsgruppen	Alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Wiederkehrende Durchführung CAS Leadership, Entwicklung eines attraktiven, zukunftsorientierten Angebots im Bereich Schulung, Coaching, Peergruppe und Beratung

Vermeidung von Zwang in der Psychiatrie (Kompetenzzentrum KESR)

Ziel	Reduktion von Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie
Bereich, in dem das Projekt läuft	Akutpsychiatrie
Projekt: Laufzeit (von…bis)	Laufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes/externes 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 interprofessioneller Reviews in der Psychiatrie
Bereich, in dem das Projekt läuft	Psychiatrie
Projekt: Laufzeit (von…bis)	Laufend
Art 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
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamte PUK
Projekt: Laufzeit (von…bis)	fortlaufend
Art 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	Erhebung von Qualitätskennzahlen konnte im Berichtsjahr nicht durchgeführt werden.

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.

Bemerkungen
Im Rahmen des Programms Excellence2Go! wird auch der CIRS-Prozess überprüft und wo erforderlich überarbeitet. Seit der Einführung einer neuen Qualitätssoftware im 2021 steht zusätzlich ein übergeordnetes Massnahmenmanagement zur Verfügung, in welchem Verbesserungen systematisch erfasst und nachverfolgt werden können. Zudem sind im neu initiierten Patientensicherheitsboard der PUK, Fachverantwortliche aller Kliniken und Divisionen vertreten.

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 Jahr 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie durchgeführt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patienten-befragungen 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	Vorjahreswerte 2018	Vorjahreswerte 2019	Zufriedenheitswert, Mittelwert 2021 (CI* = 95%)
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich			
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?	4.07	3.88	3.85 (3.73 - 3.98)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?	4.59	4.50	4.42 (4.31 - 4.53)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.47	4.40	4.37 (4.26 - 4.48)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?	4.11	4.00	3.92 (3.74 - 4.09)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?	4.42	4.22	4.06 (3.91 - 4.21)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?	4.40	4.21	4.13 (4.00 - 4.27)
Anzahl angeschriebene Patienten 2021			1015
Anzahl eingetroffener Fragebogen	245	Rücklauf in Prozent	24 %

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

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

Die für das Jahr 2020 geplanten Patientenbefragungen in der Rehabilitation und Psychiatrie wurden infolge der Covid-19-Pandemie auf das Folgejahr (2021) verschoben. Danach gilt der reguläre

2-Jahres-Rhythmus wonach von Seiten ANQ in diesen Bereichen jeweils in den geraden Jahren eine Patientenbefragung stattfindet.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 16 Jahre) beim Austritt abgegeben, die von April bis Juni 2021 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

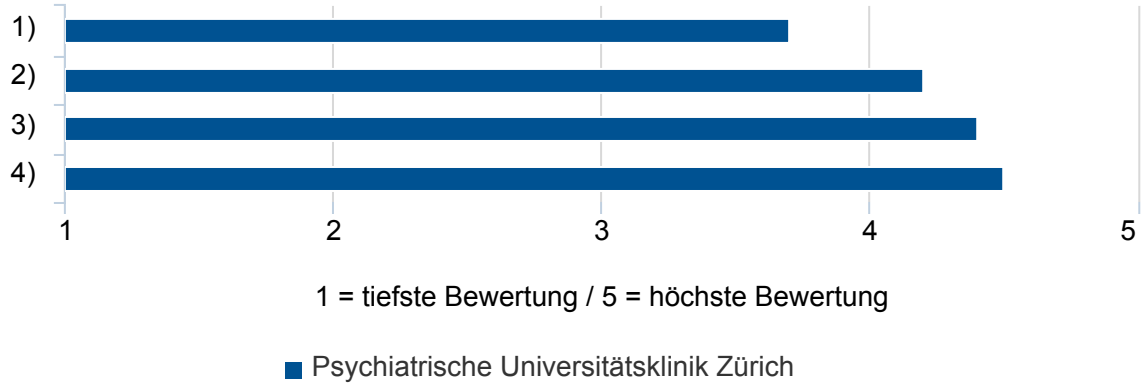
5.2.1 Patienten und Elternbefragung Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die ANQ hat die Patientenzufriedenheitsmessung in der KJP 2021 erstmals auf nationaler Ebene durchgeführt. Das Instrument wurde mit drei Universitätskliniken im Auftrag der Fachgesellschaft (SGKJPP) entwickelt und wurde in einer multizentrischen Pilotstudie evaluiert (Publikation der Ergebnisse 2022). Es handelt sich um ein Instrument, das die Zufriedenheit mit einzelnen Schritten und Aspekten des Behandlungsprozesses auf einer fünfstufigen Lilkertskala abbildet und in einer Version für Jugendliche (29 Items) und deren Eltern (31 Items) besteht. Die Ergebnisse sollen über einen Benchmark einen differenzierten Einblick in die Zufriedenheit mit den einzelnen Behandlungsaspekten vermitteln und damit eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung anstossen.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.
Die Befragungen finden im stationären, teilstationären Bereich kontinuierlich statt. Im ambulanten Bereich jedes 2. Jahr als Zeitpunktmessung in einem Monat.
Befragt wurden alle Patienten älter als 11 Jahren und deren Eltern. Die Befragung erfolgte anonym.
Die stationäre Patienten- und Elternbefragung erfolgte im Rahmen der ANQ Zufriedenheitsbefragung.
Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

1) Patienten Stationär: Weiterempfehlung
2) Eltern Stationär: Weiterempfehlung
3) Patienten Teilstationär: Weiterempfehlung
4) Eltern Teilstationär: Weiterempfehlung



Messergebnisse in Zahlen						
	Mittelwerte pro Messthemen				Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)	3)	4)		
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	3.70	4.20	4.40	4.50	95	24.00 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	In Kooperation mit Uni Basel und Lausanne entwickeltes Instrument, wird ab 2021 von der ANQ flächendeckend eingesetzt.

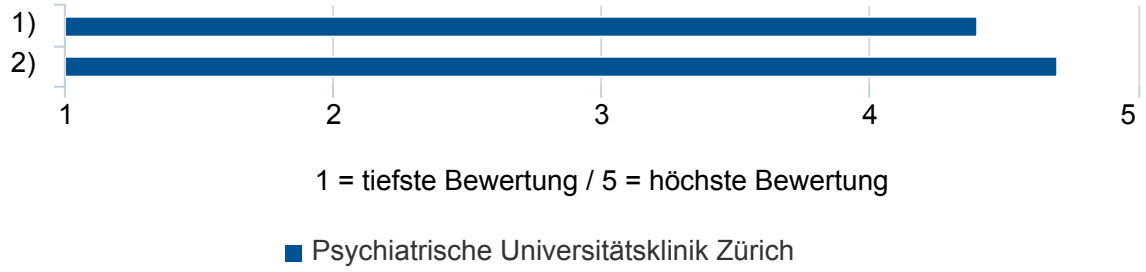
5.2.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie ambulant

Im 2020 wurde in allen 8 Ambulatorien und der Fachstelle Autismus der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kantons Zürich eine Patienten- und Elternzufriedenheitsbefragung durchgeführt. Diese Befragung erfolgt alle zwei Jahre.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2021 durchgeführt.
Befragt wurden alle Patienten älter als 11 Jahre, welche im Messmonat bereits mindestens 5 Mal in Behandlung waren und alle Eltern.
Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

1) Patienten: Weiterempfehlung
2) Eltern: Weiterempfehlung



Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Messthemen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)		
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	4.40	4.70		- %

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Ombudsmann des Kantons Zürich
Jürg Trachsel
Ombudsmann des Kantons Zürich
044 269 40 70
Kontaktformular
Mo - Fr 08:00h - 11:30h / 13:30h - 16:00h

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	2017	2018	2019	2020
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich				
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	6.48	7.95	8.13	8.12
Gesamte Anzahl Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie 2020				

Kinder- und Jugendpsychiatrie	2017	2018	2019	2020
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich				
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	12.85	9.24	16.20	12.50
Gesamte Anzahl Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2020				415

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 hat ein Konzept für freiheitsbeschränkende Massnahmen, welches sich nach dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht richtet.

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.

Bemerkungen

Der BSCL wird in der Forensik nicht erhoben und die dargestellten Ergebnisse des HoNOS beziehen die Daten der Forensik nicht ein.

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

HoNOS Adults	2017	2018	2019	2020
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	4.28	5.41	3.82	3.38
Standardabweichung (+/-)	6.59	7.53	6.33	5.90
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-5.41	-5.63	-7.1	-4.5
Anzahl auswertbare Fälle 2020				2028
Anteil in Prozent				42.8 %

Wertung der Ergebnisse:
- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2017	2018	2019	2020
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	31.67	35.36	28.39	31.95
Standardabweichung (+/-)	32.85	36.67	31.36	34.32
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	1.05	0.42	-1.79	2.6
Anzahl auswertbare Fälle 2020				361
Anteil in Prozent				7.6 %

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 Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten (Selbstbewertung).

Messergebnisse

HoNOSCA	2017	2018	2019	2020
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich				
HoNOSCA Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	9.88	7.13	5.20	6.13
Standardabweichung (+/-)	7.40	7.80	6.70	6.70
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	1.1	-0.35	-3.82	-1.3
Anzahl auswertbare Fälle 2020				355
Anteil in Prozent				94.55 %

Wertung der Ergebnisse:
- 52 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
+ 52 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

HoNOSCA-SR	2017	2018	2019	2020
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich				
HoNOSCA-SR Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	6.95	7.73	6.57	5.32
Standardabweichung (+/-)	8.91	8.72	8.17	9.14
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-1.54	-0.88	-0.65	-0.5
Anzahl auswertbare Fälle 2020				88
Anteil in Prozent				47.6 %

Wertung der Ergebnisse:
- 52 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
+ 52 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	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)

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

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Qualitätssicherung bei der HoNOS Erfassung

Die Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) ist ein Instrument zur differenzierten Erfassung der Schwere einer psychischen Störung. Als solche wird die HoNOS nicht im nur klinischen Alltag angewandt, sondern dient auch als Kriterium für eine höhere Kostengewichtung im Rahmen der Tarifstruktur Tarpsy. Ein korrekt erfasster HoNOS dient somit nicht nur zur Messung der Qualität der Behandlung, sondern hat auch eine erhebliche finanzielle Relevanz. Anhand des HoNOS wird der Schweregrad der Erkrankung definiert und entsprechend finanziell durch die Kostenträger gewürdigt. Um dies zu verwirklichen ist die sorgfältige und rechtzeitige Erhebung von HoNOS unabdingbar. Durch verschiedene Massnahmen wie Optimierungen im System und Kompetenzentwicklung sollen Verbesserungen in diesem Bereich erzielt werden. Begleitet werden die Massnahmen durch eine kontinuierliche Prüfung der Erfassungsqualität.

18.1.2 Standardisierung Schlüsselprozesse bei der Einführung einheitliches KIS

Im Rahmen des Projekts K4K zur Einführung eines neuen Klinikinformationssystems für alle 4 Kliniken, wurde dem Thema der Prozessorientierung ein eigenes Arbeitspaket zugeordnet.
In diesem Sinne sind Schlüsselprozesse der Psychiatrie definiert worden, welche für den Unternehmenserfolg entscheidend sind und zukünftig vom neuen Klinikinformationssystem unterstützt werden. Ziel ist es eine Standardisierung über alle 4 Kliniken zu erreichen und somit einen Beitrag zur einheitlichen Arbeitsweise zu leisten.
Im besagten Arbeitspaket werden für jeden Schlüsselprozess Workshops geplant, wo mit Vertreter aus verschiedenen Kliniken die Aufnahme und Evaluierung der einzelnen Prozesschritte erarbeitet werden. Die Workshops werden durch den Fachbereich Prozessmanagement geleitet und methodisch unterstützt.

18.1.3 Sicherheitskultur PUK

Die Patienten- und die Mitarbeitendensicherheit gilt als eine interdisziplinäre und multifunktionale Aufgabe. Dazu existieren verschiedene Elemente, welche die fortwährende Entwicklung der Sicherheitskultur PUK sicherstellen:

- **Risk Management PUK**, in diesem Kontext insbesondere das Management der klinischen Risiken
- **Neues Meldeportal PUK,** für CIRS-Meldungen und meldepflichtige Ereignisse
- Qualitätsmanagement, in diesem Kontext insbesondere die **Systemanalyse, KVP und das Massnahmenmanagement**
- Wissensmanagement, Schulungen und Knowhow Sharing
- Strukturen schaffen, um Beteiligten Hilfen und Unterstützung anzubieten (Meldestelle für Patienten und Angehörige, Care Organisation, Rechtsdienste und Beratung, usw.)

Die Integration dieser Elemente in das Tagesgeschehen und die Erweiterung und Verstärkung der Systemanalyse sind Ziele, welche die Entwicklung der Sicherheitskultur PUK positiv beeinflussen Risiken minimieren können.

18.1.4 Risikomanagement PUK

Das Risikomanagement System der PUK ist auf der Basis der ISO-Norm 31000 Risikomanagement aufgebaut, die den organisatorischen Rahmen und die Tätigkeit des Managements für den Umgang mit Risiken festlegt.
Für die Erarbeitung der Massnahmen zur Risikoreduktion wurde die Rolle der Massnahmenowner in der Organisation umgesetzt. Die Massnahmenowner, welche sich aus Vertretern aller Direktionen zusammensetzen, haben sich, nach deren Ernennung durch die Riskowner, Vertreter der Stufe Geschäftsleitung, mit der entsprechenden Thematik sehr intensiv und systematisch auseinandergesetzt und sowohl vorhandene wie auch gegebenenfalls weitere notwendige Massnahmen zur Risikoreduktion ausgearbeitet. Die ausgearbeiteten Massnahmen beinhalten auch die Umsetzungsplanung für das Berichtsjahr 2022.

18.1.5 Prozessmanagement/KVP

Herausragende Unternehmen verbessern ihre Prozesse, um den Nutzen für alle Interessengruppen zu optimieren. Einen entscheidenden Punkt stellt dabei der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) dar. Hierbei handelt es sich um eine Kultur oder auch Philosophie, die mit stetiger Verbesserung in kleinen Schritten die Wettbewerbsfähigkeit der Psychiatrie stärken soll. Die Umsetzung von KVP erfolgt anhand spezifischer KVP Workshops, wo mittels gezielter Methodik die Prozesse analysiert und laufend verbessert werden können. Dabei wird nach dem PDCA-Zyklus vorgegangen.
Die Fachstelle Prozessmanagement konnte in diesem Zusammenhang einen zusätzlichen Mitarbeiter rekrutieren, welche die bestehende Expertise im Team perfekt ergänzt.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2021

18.2.1 Einführung Massnahmenmanagement innerhalb Meldeportal PUK

Im Rahmen des Programmes Excellence2Go! wird auch der CIRS-Prozess überprüft und wo erfolderlich überarbeitet. Seit der Einführung einer neuen Qualitätssoftware im 2021 steht zusätzlich ein übergeordnetes Massnahmenmanagement zur Verfügung, in welchem Verbesserungen systematisch erfasst und nachverfolgt werden können. Zudem sind im neu initiierten Patientensicherheitsboard der PUK, Fachverantwortliche aller Kliniken und Divisionen vertreten.

18.2.2 Digitalisierung des Projektportfoliomanagement

Das Projektportfoliomanagement als auch das Projektmanagement ist als wichtiges Instrument zur Umsetzung der strategischen Unternehmensziele etabliert. Mit der zusätzlichen Einführung eines Multiprojektmanagement-Tools wird Transparenz geschaffen, das Berichtswesen innerhalb des Portfolios als auch der Projekte digitalisiert und automatisiert. Das zentral geführte Portfolio und die Abbildung der Ressourcen ermöglichen eine realistischere Planung der Propjekte im Hinblick auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen. Das Projektportfolio umfasst die laufenden Projekte als auch die Projektideen, welche aus dem jährlichen Strategiereview einfliessen und priorisiert werden. Dieser Prozess deckt durch seine Transparenz Doppelspurigkeiten oder Lücken auf und fördert die bereichsübergreifende Zusammenarbeit der Kliniken.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung

Im Jahr 2020 startete das Programm Excellence2Go!, welches u.a. die Zertifizierung als Ziel hat. Die Zertifizierung wird in 3-4 Jahren angestrebt.

19 Schlusswort und Ausblick

Digitale Transformation - Umsetzung der PUK-Strategie 2025

..deshalb muss die Qualität gesteigert werden, dies in erster Linie durch optimierte Abläufe. Die Werte der PUK spielen hier eine zentrale Rolle. Sie sind gemäss Markus Merz, CEO PUK, «Teil der Lösung» (CEO Herbstgespräch mit Kadermitarbeitenden).

Die Umsetzung der im Jahr 2019 verabschiedeten PUK-Strategie 2025 umfasst verschiedene Komponente. Insbesondere die Führung und die dazugehörigen Führungsinstrumente sowie die Etablierung entsprechender Prozesse ermöglichten es, mit der konkreten Umsetzung der Strategie 2025 zu starten. Die implementierten Zielsetzungsprozesse und die Kommunikation der Führungskräfte trugen zu einer besseren Orientierung der Mitarbeitenden über die Strategieumsetzung 2025 bei. Neu initiierte Gespräche zwischen CEO und Kadermitarbeitenden unterstreichen die Wichtigkeit der Strategieumsetzung und erlauben den Führungskräften einen Gedankenaustausch über die Priorisierung dieses Themas nebst dem Tagesgeschäft. Die Integration der strategischen Zielsetzungen bis hin zu jedem Mitarbeitenden sowie die Pilotierung der Leistungs- und Entwicklungsvereinbarung sichern die Nachhaltigkeit der Führungsprozesse.

Das Programm Excellene2Go! verfolgt die strategischen Zielsetzungen im Bereich Qualität, Patientensicherheit und Leistung. Unsere Ambition «Qualität für Patienten und Mitarbeitende erlebbar machen» wird im nächsten Jahr durch die Kliniken und die Direktion Pflege, Therapien und Soziale Arbeit weiterverfolgt. Die geplante Konsolidierung der klinischen Schlüsselprozesse und die Einführung des einheitlichen Klinikinformationssystems bringen im 2022 auch konkrete Veränderungen für den Tagesablauf von Patienten und Mitarbeitenden und sind Voraussetzung zur Verbesserung von Qualität und Effektivität.

Die vergangenen zwei Jahre Pandemie sowie drei Jahre digitale Transformation dokumentieren eine Zeit neuer Erfahrungen für Mitarbeitende und Führungskräfte, welche viel Energie und Vertrauen beansprucht hat. Energie für einen mehrjährigen Weg mit ständiger Veränderung und Vertrauen in die gemeinsame Verwirklichung der Vision der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich als «Psychiatrie der Zukunft».

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+ herausgeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:
www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/

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

Beteiligte Gremien und Partner

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität (**FKQ**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.
Siehe auch:
www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/

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

Weitere Gremien

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.
Siehe auch: www.anq.ch

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

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