



**Psychiatrische  
Universitätsklinik Zürich**

# Qualitätsbericht 2020

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:  
Durch:

16.06.2021  
Anna Mirza, Leitung Unternehmensentwicklung

Version 1



**Psychiatrische Universitätsklinik  
Zürich**

[www.pukzh.ch](http://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 2020.

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 2020

Dipl.-Ing.  
Anna Mirza  
Leitung Unternehmensentwicklung  
044 384 24 96  
[anna.mirza@pukzh.ch](mailto:anna.mirza@pukzh.ch)

## Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken der Schweiz tragen mit gezielten Massnahmen zur Qualitätsentwicklung bei und bieten mit den Qualitätsberichten allen Interessierten einen Einblick in ihre Aktivitäten.

H+ ermöglicht seinen Mitgliedern mit der H+ Qualitätsberichtsvorlage seit mehr als zehn Jahren eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die Qualitätsaktivitäten in den Schweizer Spitälern und Kliniken. Seit der Umstellung auf die elektronische Vorlage ist es zusätzlich möglich, Qualitätsdaten direkt in den spitaleigenen Profilen auf der Plattform [spitalinfo.ch](https://spitalinfo.ch) zu aktualisieren.

2020 war ein bewegtes Jahr: Covid-19 hielt die Welt in Atem. Dies hatte einen grossen Einfluss auf die Schweizer Spitäler und Kliniken. Besonders der schweizweite Lockdown im Frühling mit dem Behandlungsverbot für die Spitäler und die Einschränkungen der elektiven Behandlungen während der zweiten Welle, aber auch die personelle Belastung während der Pandemie, hat die Spitäler gezwungen ihren Fokus neu auszurichten und ihre Ressourcen anders einzusetzen. Die Ausrichtung der Spitalbetriebe auf den zu erwartenden Notstand beeinflusste auch die Qualitätsmessungen. Um die Institutionen zu entlasten, wurde unter anderem entschieden, die nationale Patientenbefragung in den Fachbereichen Psychiatrie und Rehabilitation wie auch die Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus nicht durchzuführen. Es wurden zudem keine IQM Peer Reviews 2020 organisiert und durchgeführt. Ausserdem wurde die Wundinfektionsmessung von Swissnoso zeitweise unterbrochen.

Im Qualitätsumfeld der Spitäler tat sich trotzdem viel: Etwa die KVG-Revision «Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit», welche am 1. April 2021 in Kraft tritt. Hierzu erstellten die Vertragspartner H+ und die Verbände der Krankenversicherer, santésuisse und curafutura, ein Konzept zur Umsetzung der neuen Vorgaben. Anfang 2020 trat zudem das neue Krebsregistrierungsgesetz in Kraft, mit dem Ziel, erstmals ein flächendeckendes, bundesrechtlich koordiniertes Register zu erhalten.

Im Qualitätsbericht ersichtlich sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ inklusive spital-/klinikspezifischen Ergebnissen. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen dann möglich, wenn deren Ergebnisse pro Klinik und Spital bzw. Standort entsprechend adjustiert werden. Die detaillierten Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf [www.anq.ch](https://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 umfassend auf und trägt so dazu bei, dass ihnen die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zukommt.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer  
Direktorin H+

## Inhaltsverzeichnis

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
<b>Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Organisation des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>7</b>
2.1 Organigramm .....	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement .....	8
<b>3 Qualitätsstrategie</b> .....	<b>9</b>
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020 .....	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020 .....	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren .....	10
<b>4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten</b> .....	<b>11</b>
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen .....	11
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 .....	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 in Vorbereitung	
<b>QUALITÄTSMESSUNGEN</b> .....	<b>16</b>
<b>Befragungen</b> .....	<b>17</b>
<b>5 Patientenzufriedenheit</b> .....	<b>17</b>
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie .....	17
5.2 Eigene Befragung .....	19
5.2.1 ZüPAZ .....	19
5.2.2 Patienten und Elternbefragung Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	20
5.2.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie ambulant .....	21
5.3 Beschwerdemanagement .....	21
<b>6 Angehörigenzufriedenheit</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.	
<b>7 Mitarbeiterzufriedenheit</b> .....	<b>22</b>
7.1 Eigene Befragung .....	22
7.1.1 Great Place to Work .....	22
<b>8 Zuweiserzufriedenheit</b> Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.	
<b>Behandlungsqualität</b> .....	<b>23</b>
<b>9 Wiedereintritte</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>10 Operationen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>11 Infektionen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>12 Stürze</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>13 Wundliegen</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
<b>14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen</b> .....	<b>23</b>
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	23
<b>15 Psychische Symptombelastung</b> .....	<b>25</b>
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie .....	25

15.2	Nationale Messung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	27
16	<b>Zielerreichung und Gesundheitszustand</b> Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
17	<b>Weitere Qualitätsmessungen</b> Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
<b>18</b>	<b>Projekte im Detail .....</b>	<b>29</b>
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte .....	29
18.1.1	Führen mit Kennzahlen Q-Monitor .....	29
18.1.2	Weiterentwicklung Q-System .....	29
18.1.3	Qualitätssicherung bei der HoNOS Erfassung .....	29
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020 .....	30
18.2.1	Prozessmanagement .....	30
18.2.2	Projektportfoliomanagement .....	30
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte .....	30
18.3.1	Zertifizierung .....	30
<b>19</b>	<b>Schlusswort und Ausblick .....</b>	<b>31</b>
<b>Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....</b>		<b>32</b>
Psychiatrie .....		32
<b>Herausgeber .....</b>		<b>33</b>

## 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.

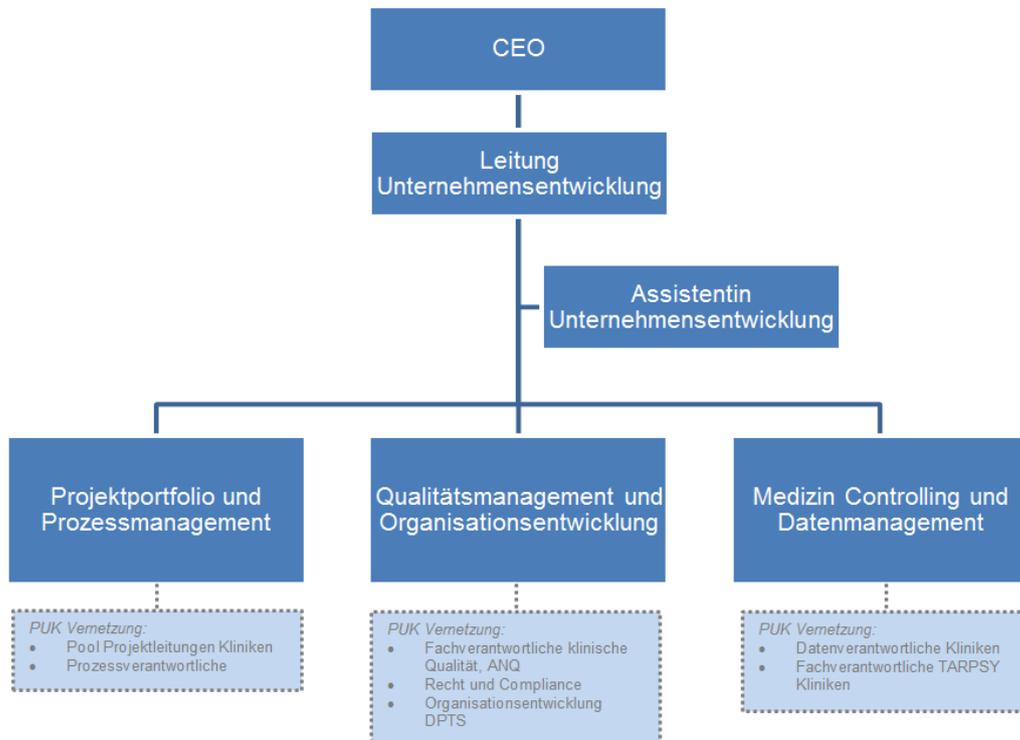
### **Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt**

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



Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Das Qualitätsmanagement ist Teil der Unternehmensentwicklung, die Abteilung Unternehmensentwicklung ist dem CEO unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **200** Stellenprozente zur Verfügung.

## 2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau Dr. phil. Nathalie Brackmann  
Qualitäts- und Forschungsbeauftragte KFP  
052 304 93 07  
[nathalie.brackmann@pukzh.ch](mailto:nathalie.brackmann@pukzh.ch)

Herr Dr. med. Stephan Egger  
Oberarzt KPPP / Fachverantwortung HoNos  
052 304 93 40  
[stephan.egger@pukzh.ch](mailto:stephan.egger@pukzh.ch)

Frau Mira Kirst  
Leitung Medizincontrolling  
044 384 26 32  
[mira.kirst@pukzh.ch](mailto:mira.kirst@pukzh.ch)

Frau Dipl.-Ing. Anna Mirza  
Leitung Unternehmensentwicklung  
044 384 24 96  
[anna.mirza@pukzh.ch](mailto:anna.mirza@pukzh.ch)

Frau Verena Riedo  
Qualitäts- und Datenmanagement KJPP  
043 499 27 30  
[verena.riedo@pukzh.ch](mailto:verena.riedo@pukzh.ch)

Herr Dr. phil. André Della Casa  
Leitung Qualitätsmanagement KJPP  
043 499 26 26  
[andre.dellacasa@pukzh.ch](mailto:andre.dellacasa@pukzh.ch)

Herr Dr. med. Florian Hotzy  
Oberarzt KPPP / Fachverantwortung  
Kompetenzzentrum KESR  
044 296 74 73  
[florian.hotzy@pukzh.ch](mailto:florian.hotzy@pukzh.ch)

Herr Dr. phil. Mario Müller  
Klinisches Datenmanagement PUK  
044 384 26 34  
[mario.mueller@pukzh.ch](mailto:mario.mueller@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.

**Unsere 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.
  - **Zusammen(-)wachsen:** Entwicklung eines gemeinsamen Qualitätsverständnisses
- Digitalisierung für effiziente Patientenversorgung und Zusammenarbeit
- Förderung von Innovation
- Unternehmenskultur und Leitung zukunftsfähig gestalten

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

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

#### 3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2020

Das im 2019 initialisierte Programm **DigiT** konnte im 2020 mit der Kommunikation der Strategie und Werte, Entwicklung der ICT Vision und Strategie, Konzeptionierung der Organisationsentwicklung und Weiterentwicklung des Projektmanagements fortgesetzt werden und damit einen grossen Beitrag zur Unterstützung der Transformation bringen.

Eine im 2019 durchgeführte Systemevaluation in Bereich Qualitäts- und Risiko Management hat ein Potential für die Modernisierung der Prozesse und Fokussierung auf die Patienten gezeigt. Die Erkenntnisse wurden im mehrjährigen Programm **E2Go!** (2020- 2023) aufgenommen, welches die strategischen Zielsetzungen im Bereich Qualität, Patientensicherheit und Leistung verfolgt.

Das Prozessmanagement wurde im 2020 weiterentwickelt. Insbesondere die Initiierung des Projektes **K4K/einheitliches KIS** wird die Standardisierung und Digitalisierung der Schlüsselprozesse in den nächsten drei Jahren enorm beschleunigen.

### 3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2020

- **PUK Projektmanagement**  
Kontinuierliches Führen eines Projektportfolios, Start eines neuen Programms PPM/PM 2.0 zur Weiterentwicklung des Projektmanagements in der PUK, Stabilisierung des ICT Projektmanagements; die Projekte werden nun nach Plan abgewickelt.
- **PUK-Kommunikationsplattform**  
Inbetriebnahme einer neuen Kommunikationsplattform als Führungsinstrument, zur Präsentation von Strategie und Werte, Führungskultur und Unternehmensentwicklung.
- **Mitarbeiterbefragung**  
Durchführung einer Mitarbeiterbefragung (Nullmessung GPTW) im gesamten Betrieb und Trainings GPTW für die Führungskräfte.
- **New Generation Führungssystem**  
Neues New Generation Führungssystem für Pilotierungsphase im 2021 vorbereitet, Konzept und Methoden ausgearbeitet.

### 3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- **Fortführung des Programmes "Excellence2Go!"**
  - Modernisierung der Qualitätsprozesse
  - Standardisierung/Optimierung der betrieblichen Prozesse
  - Etablierung eines zentralen Massnahmenmanagements
  - Modernisierung Datenmanagementsystem
  - Optimierung Analyse Patientenzufriedenheit / Etablierung Q-Cockpit
- **Fortführung des Programmes "DigiT"**
  - Das Fundament für die PUK-Transformation wurde gelegt, in der nächsten Entwicklungsphase kommen Change-Initiativen in die Umsetzung
  - Aufbau eines Coaching-Angebots für Projektleitende
  - Etablierung Expertenboard / Know-How Sharing im Bereich Projektmanagement
- **Weiterentwicklung Bereich Unternehmensentwicklung als strategischer Transformationspartner**
  - aktive Förderung interne Zusammenarbeit/Vernetzung
  - PUK im Prozess der digitalen Transformation unterstützen
  - Projektportfoliomanagement als Teil des Strategieprozesses

## 4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

### 4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ [www.anq.ch](http://www.anq.ch).

Unser Betrieb hat 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

### 4.3 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
▪ Kinder- und Jugendpsychiatrie ambulant
<i>Mitarbeiterzufriedenheit</i>
▪ Great Place to Work

#### 4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Programm "Digitale Transformation DigiT"

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

Programm "Excellence2Go!"

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

## Mitarbeiterbefähigung Leadership New Generation Führungssystem

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

## Vermeidung von Zwang in der Psychiatrie (Kompetenzzentrum KESR)

<b>Ziel</b>	Reduktion von Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Akutpsychiatrie
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Laufend
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Qualitätssicherung, erlebter Zwang im Rahmen der psychiatrischen Behandlung hat negative Folgen für Patientinnen und Mitarbeitende
<b>Methodik</b>	Auswertung der klinikinternen Daten
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Interprofessionell

## Peer Review in der Psychiatrie

<b>Ziel</b>	Implementierung interprofessionelle Reviews in der Psychiatrie
<b>Bereich, in dem das Projekt läuft</b>	Psychiatrie
<b>Projekt: Laufzeit</b> (von...bis)	Laufend
<b>Art des Projekts</b>	Es handelt sich dabei um ein internes/externes Projekt.
<b>Begründung</b>	Qualitätssicherung
<b>Methodik</b>	Auswertung der klinikinternen Routinedaten
<b>Involvierte Berufsgruppen</b>	Interprofessionell

## Aggressionsmanagement als Teil des Sicherheitsmanagements

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

#### **Bemerkungen**

Im Rahmen vom Programm Excellence2Go! wird auch der CIRS-Prozess überprüft und wo erforderlich überarbeitet. Mit der geplanten Einführung einer neuen Qualitätssoftware im 2021 steht künftig zusätzlich ein übergeordnetes Massnahmenmanagement zur Verfügung, in welchem Verbesserungen systematisch erfasst und nachverfolgt werden können.

# **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 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	Vorjahreswerte 2018	Zufriedenheitswert, Mittelwert 2019 (CI* = 95%)
<b>Psychiatrische Universitätsklinik Zürich</b>		
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?	4.07	3.88 (3.80 - 3.96)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?	4.59	4.50 (4.43 - 4.57)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.47	4.40 (4.32 - 4.47)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?	4.11	4.00 (3.89 - 4.11)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?	4.42	4.22 (4.12 - 4.31)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?	4.40	4.21 (4.12 - 4.30)
Anzahl angeschriebene Patienten 2019		1346
Anzahl eingetreffener Fragebogen	496	Rücklauf in Prozent 36.8 %

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.

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

#### Kommentar zur Patientenbefragung und Verbesserungsaktivitäten

Der Rücklauf ausgefüllter und verwertbarer Befragungsbögen hat sich im Vergleich zu den Vorjahren kontinuierlich erhöht, während die Zufriedenheitswerte in allen sechs erfragten Bereichen auf hohem Niveau stabil sind. Die Zufriedenheit in unserer Klinik spiegelt bei allen sechs Fragen das Niveau des Gesamtkollektivs aller 77 in den Vergleich eingeschlossenen psychiatrischen Kliniken wider.

#### 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 ( $\geq 16$ Jahre) beim Austritt abgegeben, die von April bis Juni 2019 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten der Forensik.</li> <li>▪ Im Spital verstorbene Patienten.</li> <li>▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz.</li> <li>▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.</li> </ul>

#### Bemerkungen

Die Ergebnisse beziehen sich gesamthaft auf alle Bereiche der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie. In den kommenden Messungen werden die Erhebungen Zentrums-spezifisch durchgeführt und erlauben somit ein differenzierteres Bild.

## 5.2 Eigene Befragung

### 5.2.1 ZÜPAZ

Die Zufriedenheit mit der stationären Behandlung und dem Aufenthalt wurden anhand entsprechender Subskalen des Zürcher Fragebogens (ZÜPAZ) zur Patientenzufriedenheit zum Zeitpunkt des Austritts bei Patientinnen und Patienten der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie erfasst. Der ZÜPAZ umfasst folgende Aspekte der Patientenzufriedenheit: Eintrittsprozedur, Aufenthalt, Behandlung, Vorbereitung auf den Austritts.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2020 durchgeführt.

Im stationären Bereich der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie.

Befragt wurden alle stationären Patienten der Erwachsenen- und Alterspsychiatrie zum Zeitpunkt ihres Austritts. Den Vorüberlegungen zur kontinuierlichen Zufriedenheitserfassung entsprechend, wurden folgende Kriterien angewandt.

a.) Einschlusskriterium: persönlicher Zustand erlaubt die Bearbeitung eines Fragebogens?

b.) Ausschlusskriterium: unzureichende Deutschkenntnisse bzw. kein Dolmetscher

Insgesamt zeigte sich sowohl in der Erwachsenen- als auch in der Alterspsychiatrie eine hohe Zufriedenheit mit der Behandlung (z.B. „Wie würden Sie die Qualität mit der Behandlung, die sie erhalten haben, beurteilen?“) und dem Aufenthalt (z.B. „Hat das Zimmer ihren Ansprüchen genügt?“). Dabei wurde die Behandlung vor allem in der Erwachsenenpsychiatrie (3.5 von maximal 4 Punkten bei vollster Zufriedenheit mit allen Aspekten der Behandlung) überaus positiv bewertet.

Jeweils neun von 10 Patientinnen oder Patienten der Erwachsenenpsychiatrie und acht von 10 der Alterspsychiatrie würden wieder in unsere Klinik in Behandlung kommen, wenn sie Hilfe bräuchten (eindeutig resp. eher ja: EP=92.3%; AP=82.8%) als auch unsere Klinik einer Freundin oder einem Freund weiterempfehlen (eindeutig resp. eher ja: EP=90.0%; AP=80.0%), wovon vor allem in der Erwachsenenpsychiatrie die Mehrheit eindeutig überzeugt ist.

#### 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. Aus den Ergebnisse werden Massnahmen zur Qualitätsverbesserung eingeleitet. Die bereits sehr guten Werte verbessern sich kontinuierlich.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2020 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 alle Eltern, welche im Messjahr ausgetreten sind. Die Befragung erfolgte anonym.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

### Messthemen

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



1 = tiefste Bewertung / 5 = höchste Bewertung

■ Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Messergebnisse in Zahlen						
	Mittelwerte pro Messthemen				Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)	3)	4)		
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	3.70	4.50	4.30	4.60	156	38.00 %

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

### 5.2.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie ambulant

Im 2020 wurde in allen 13 Ambulatorien der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kanton Zürich eine Patienten- und Elternzufriedenheitsbefragung durchgeführt.

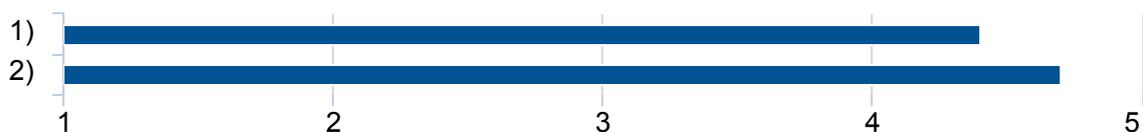
Diese Patientenbefragung haben wir im Monat September durchgeführt.

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



1 = tiefste Bewertung / 5 = höchste Bewertung

■ Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

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

044 269 40 70

Mo - Fr 08:00h - 11:30h / 13:30h - 16:00h

## 7 Mitarbeiterzufriedenheit

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

### 7.1 Eigene Befragung

#### 7.1.1 Great Place to Work

Ziel der Befragung war, die Arbeitsplatzkultur der PUK zu erfassen, Stärken und Entwicklungspotentiale zu identifizieren und die Kultur gemeinsam weiterzuentwickeln.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom September 2020 bis Oktober 2020 durchgeführt. Die Befragung wurde bei allen Mitarbeitenden der PUK durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Ergebnisse werden intern analysiert und gemeinsam in den einzelnen Bereichen und Teams Massnahmen erarbeitet.

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

#### Messergebnisse

Erwachsenenpsychiatrie	2016	2017	2018	2019
<b>Psychiatrische Universitätsklinik Zürich</b>				
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	6.15	6.48	7.95	8.13
Gesamte Anzahl Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie 2019				5105

Kinder- und Jugendpsychiatrie	2016	2017	2018	2019
<b>Psychiatrische Universitätsklinik Zürich</b>				
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	24.20	12.85	9.24	16.20
Gesamte Anzahl Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2019				

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

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

Trotz steigender Tendenz der freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FM) über die Jahre, sind Sie in der PUK Zürich auf vergleichsweise niedrigem Niveau (vgl. ANQ-Benchmark). Dennoch sind FM problematisch und sollen weiter reduziert werden. Vor allem Isolationen werden seltener angesetzt als im nationalen Vergleich, während Zwangsmedikationen darüber liegen, was dem höheren Anteil unfreiwillig Eintretender entspricht. Die Häufigkeit von FM wird von einer Reihe von Faktoren beeinflusst, wie z.B. Diagnose, Vorerfahrungen, aber auch Deeskalationsmanagement oder Stationsausstattung.

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.

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

#### Messergebnisse

Im Jahr 2016 wurde die Methode zur Berechnung des risikobereinigten Differenzwerts überarbeitet.

HoNOS Adults	2016	2017	2018	2019
<b>Psychiatrische Universitätsklinik Zürich</b>				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	6.04	4.28	5.41	3.82
Standardabweichung (+/-)	7.00	6.59	7.53	6.33
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	-5.41	-5.63	-7.1
Anzahl auswertbare Fälle 2019				3133
Anteil in Prozent				61.3 %

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2016	2017	2018	2019
<b>Psychiatrische Universitätsklinik Zürich</b>				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	36.26	31.67	35.36	28.39
Standardabweichung (+/-)	32.07	32.85	36.67	31.36
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	1.05	0.42	-1.79
Anzahl auswertbare Fälle 2019				884
Anteil in Prozent				17.3 %

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

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

Auch dieses Jahr hat sich das durchschnittliche Behandlungsergebnis weiter reduziert - bemessen sowohl am Fremdbeurteilungs HoNOS als auch anhand der Selbstbeurteilung durch die Patienten (BSCL).

Unser Casemix, vor allem Substanzstörungen, psychotische und affektive Erkrankungen, ist charakterisiert durch mehrheitlich chronische Verläufe, d.h. mit einerseits höherer Symptombelastung bei Eintritt sowie geringerer Symptomreduktion während der Behandlung, oftmals gepaart mit kürzeren Aufenthalten. Als grösste Klinik mit gesetzlichem Versorgungsauftrag und einer hohen Zahl von unfreiwillig eintretenden Patienten sind die Ergebnisse daher nachvollziehbar. Eine merkliche Überrepräsentation speziell der oben genannten Diagnosegruppen am Anteil der verwertbaren Daten hat darüber hinaus einen Einfluss auf unsere Ergebnisse und erschwert somit einen nationalen Vergleich.

Bezüglich des BSCL ist der Rücklauf jedoch noch zu niedrig, um unsere Klinik anhand der Werte zu charakterisieren, womit die Aussagekraft der vorhandenen Daten erheblich eingeschränkt ist. Der Anteil der verwertbaren Daten hat sich dennoch seit Vorjahr um ca. 50% erhöht, jedoch nicht in allen Diagnosegruppen gleichmässig, wodurch einige unterrepräsentiert sind.

#### 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

Im Jahr 2016 wurde die Methode zur Berechnung des risikobereinigten Differenzwerts überarbeitet.

HoNOSCA	2016	2017	2018	2019
<b>Psychiatrische Universitätsklinik Zürich</b>				
HoNOSCA Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	8.38	9.88	7.13	5.20
Standardabweichung (+/-)	7.31	7.40	7.80	6.70
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	7.13	6.84	6.91
Anzahl auswertbare Fälle 2019				
Anteil in Prozent				%

Wertung der Ergebnisse:

- 52 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 52 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

HoNOSCA-SR	2016	2017	2018	2019
<b>Psychiatrische Universitätsklinik Zürich</b>				
HoNOSCA-SR Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	5.48	6.95	7.73	6.57
Standardabweichung (+/-)	9.26	8.91	8.72	8.17
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-	7.61	8.16	7.74
Anzahl auswertbare Fälle 2019				
Anteil in Prozent				%

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](http://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 Führen mit Kennzahlen Q-Monitor

Im Sinne eines ganzheitlichen Qualitätsansatzes sind finanzielle als auch nicht finanzielle Kennzahlen relevant, um die strategischen und operativen Leistungen und Ergebnisse zu messen. In einem Q-Monitor sollen geeignete Ergebnisindikatoren in verschiedenen Dimensionen aufbereitet werden. Dazu wurden basierend auf bestehende Kennzahlen im 2020 eine einheitliche, standardisierte Struktur entwickelt, welche sich an den PUK Zielen und an Prozesskennzahlen orientiert. Im 2021 sollen die Qualitätszahlen auf gesamt PUK Ebene 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.

#### 18.1.3 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.

## 18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2020

### 18.2.1 Prozessmanagement

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

Im Berichtsjahr 2020 wurde ein Pilotprojekt im Bereich Gefährdungsmanagement durchgeführt. Der Prozess zur Einschätzung der Selbstgefährdung bei Suizidalität wurde von einem interdisziplinären Fachteam der Klinik für Erwachsenenpsychiatrie KPPP standardisiert. Mit Hilfe von Prozessvisualisierungen und -simulationen wurde dieser Pilot durch die Fachstelle Prozessmanagement begleitet. Der ausgearbeitete Prozess zur Einschätzung der Selbstgefährdung steht allen Mitarbeitenden im Intranet zur Verfügung und wird für Schulungszwecke verwendet.

Im Rahmen eines weiteren Projekts wurden sämtliche Prozesse zur Fürsorgerischen Unterbringung bei volljährigen Personen visualisiert und im Intranet zur Verfügung gestellt. Die Prozesse zeigen anschaulich die Zuständigkeiten, Schnittstellen und rechtlichen Aspekte sowie alle dazugehörigen, relevanten Dokumente und sollen künftig für die Einführung von neuen Mitarbeitenden genutzt werden.

Für eine optimale Begleitung der strategisch relevanten Grossprojekten, wie beispielsweise dem Projekt K4K zur Einführung eines neuen Klinikinformationssystems für alle 4 Kliniken, wurde die Ausrichtung der Fachstelle Prozessmanagement intern evaluiert. In diesem Zusammenhang konnte die Fachstelle durch die erfolgreiche Ausbildung einer internen Mitarbeiterin im Prozessmanagement verstärkt werden.

### 18.2.2 Projektportfoliomanagement

Ein unternehmensweites, stringentes Projektportfoliomanagement ist als wichtiges Führungsinstrument etabliert, um die Unternehmensstrategie mittels Projekte umzusetzen. Das Projektportfolio umfasst die laufenden Projekte als auch die Projektpipeline, welche aus dem jährlichen Strategiereview einfließen und priorisiert werden. Dieser Prozess deckt durch seine Transparenz Doppelspurigkeiten oder Lücken auf. Ausserdem dient das zentral geführte Projektportfoliomanagement den Führungspersonen als Entscheidungsgrundlage um Ressourcen am richtigen Ort zu allozieren. Der Prozess des regelmässigen Projektmonitoring ist etabliert und der Projektportfolio Review ist fester Bestandteil der Führungsarbeit auf allen Ebenen.

## 18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

### 18.3.1 Zertifizierung

Im Jahr 2020 startete das Programm "Excellence2Go!" (Nachfolgeprogramm von "PUK to Excellence"), welches u.a. die Zertifizierung als Ziel hat. Die Zertifizierung wird in 3-4 Jahren angestrebt.

## 19 Schlusswort und Ausblick

### **„Zusammen(-)wachsen“ - 2020 war ein lehrreiches Jahr!**

Die Situation im vergangenen Jahr verlangte, aus Sicht der Unternehmensentwicklung, nach schnellen Lösungen im Notfallmodus, sowie nach konzeptionellen Überlegungen und Entscheidungen für die Zukunft. Das Jahr 2020 war ein lehrreiches Jahr!

In einer Zeit, in welcher eine Pandemie die ganze Welt verändert, ist ein guter Rahmen für die Entwicklung einer Organisation entscheidend. Mit der PUK-Strategie 2025 und den PUK-Werten wurde die Grundlage für eine solche Veränderung geschaffen. Die starke Fokussierung auf die Umsetzung der PUK-Strategie 2025, die damit verbundene Überarbeitung des Projektportfolios und die Fortsetzung der digitalen Transformation waren die Hauptziele, welche in diesem Berichtsjahr verfolgt und verwirklicht wurden. Die Pandemie-Situation hat die Notwendigkeit einer digitalen Transformation und Flexibilität noch verstärkt.

Mit dem sich aufdrängenden Wunsch nach Flexibilität, dem gewachsenen Verständnis für die Zusammenarbeit und dem damit verbundenen Vertrauen in die Organisation, entsteht zunehmend ein Potential, Projekte bzw. Fragestellungen nicht mehr nur begrenzt zu betrachten, sondern sich strategisch auf eine Exzellenzkultur für die gesamte Organisation auszurichten.

Eine im 2019 durchgeführte Systemevaluation im Bereich Qualitäts- und Risikomanagement hat das Potential für die Modernisierung der Prozesse mit Fokus auf die Patienten aufgezeigt. Diese Erkenntnisse wurden im 2020 im Programm Excellence2Go! aufgenommen. Das Programm verfolgt die strategischen Zielsetzungen im Bereich Qualität, Patientensicherheit und Leistung. Unsere Ambition "Qualität für Patienten und Mitarbeiter erlebbar machen" wird in nächsten Jahr durch geplante Initiativen (weiter) verfolgt.

## Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

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

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

### 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 wahnhaftige 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/](http://www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/)



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

## Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

[www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/](http://www.hplus.ch/de/ueber-uns/fachkommissionen/)



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

## Weitere Gremien



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

Siehe auch: [www.anq.ch](http://www.anq.ch)



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

Siehe auch: [www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch)



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

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