



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

02.05.2018
Daniela F. Vorburger, Leiterin Direktionsstab und
Verantwortliche Risk Management

Version 1

Psychiatrische Universitätsklinik
Zürich

www.pukzh.ch



Psychiatrie

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2017.

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.

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 2017

Frau, lic.phil. / MBA HSG
Daniela F. Vorburger
Leiterin Direktionsstab und Verantwortliche Risk Management
044 384 22 61
daniela.vorburger@puk.zh.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swissnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.

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

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

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	7
3 Qualitätsstrategie	8
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017	8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017	8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	8
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	9
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	9
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	9
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	10
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	11
4.5 Registerübersicht Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht Wir führen Verbesserungsprojekte im Rahmen von EFQM durch. Eine Zertifizierung ist in der Zukunft geplant.	
QUALITÄTSMESSUNGEN	12
Befragungen	13
5 Patientenzufriedenheit	13
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie	13
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	14
9 Wiedereintritte 2017 wurden keine Messungen explizit zu diesem Thema durchgeführt.	
10 Operationen Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.	
11 Infektionen Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
12 Stürze 2017 wurden keine expliziten Messungen zu Stürzen in der PUK durchgeführt.	
13 Wundliegen Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	14
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	14
15 Psychische Symptombelastung	16
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	16
15.2 Nationale Messung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	17
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
17 Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	

18	Projekte im Detail	18
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	18
18.1.1	Prozessmanagement	18
18.1.2	Portfoliomanagement	18
18.1.3	Führen mit Kennzahlen	19
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017	19
18.2.1	CAS Führungstraining	19
18.2.2	Geschäftsfeldstrategie Alterspsychiatrie	19
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	19
18.3.1	Zertifizierung	19
19	Schlusswort und Ausblick	20
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....		21
Psychiatrie		21
Anhang 2		
Herausgeber		22

1 Einleitung

Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) stellt die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Einwohnerinnen und Einwohner in der Stadt und im Grossraum Zürich sicher. Das Angebotsspektrum umfasst die Behandlung psychischer Erkrankungen über die gesamte Lebensspanne. Als Universitätsklinik ist sie zudem in der Lehre und Forschung engagiert und international sehr gut vernetzt. Die PUK ist an 23 verschiedenen Standorten im Kanton Zürich vertreten.

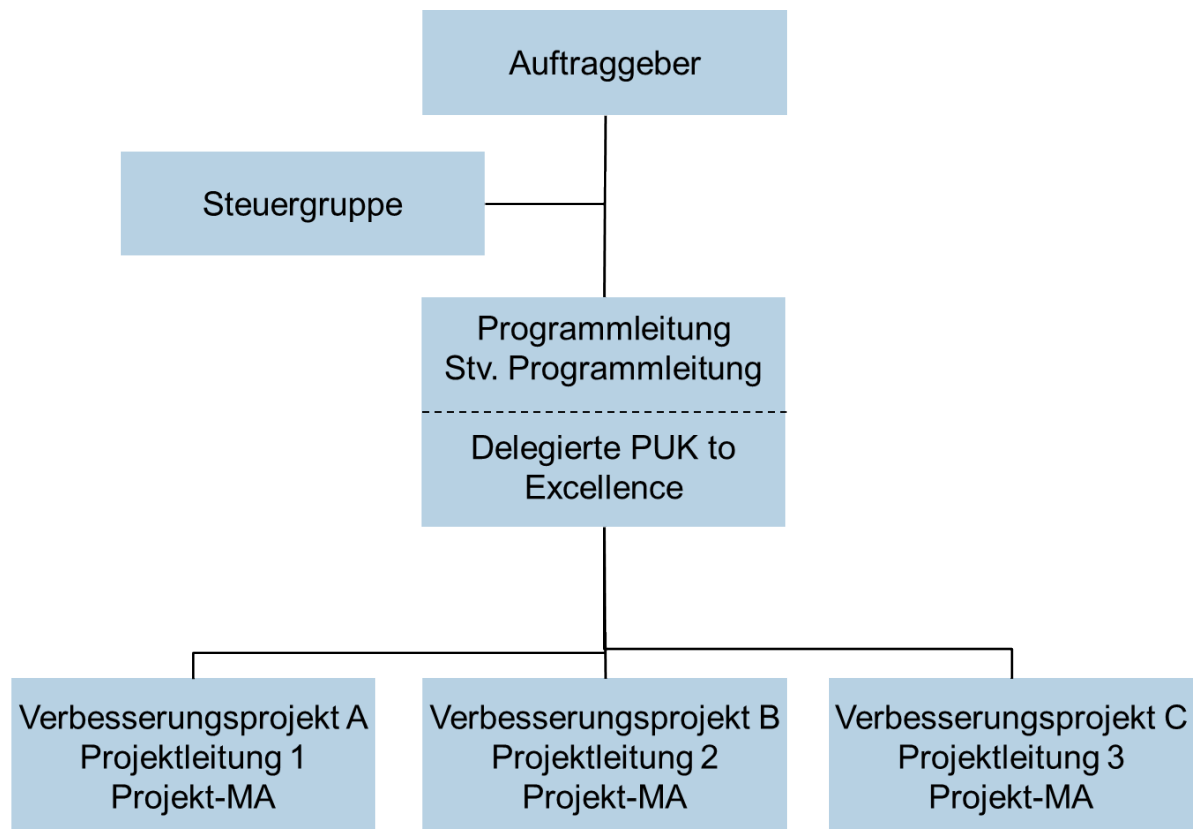
Strategisch im Fokus standen 2017 die Vorbereitungsarbeiten auf die per 1. Januar 2018 erfolgte Verselbstständigung der PUK. Auch das Bauprojekt „Betriebliche Gesamtkonzeption Neubauten Lenggstrasse“, das künftig verschiedene stationäre und ambulante Angebote der gesamten altersübergreifenden Behandlungskette am Standort Lenggstrasse in Zürich konzentrieren soll, schreitete zügig voran. Mit der Eröffnung des Neu- und Erweiterungsbaus des Zentrums für Kinderpsychiatrie an der Brüschalde in Männedorf konnte eine bedeutende Versorgungslücke geschlossen sowie mit dem Home Treatment ein zukunftsweisendes Angebot zur Akutbehandlung psychisch erkrankter Erwachsener etabliert werden. Operativ hat die PUK die Vorbereitungen zur erfolgten Einführung der neuen Tarifstruktur TarPsy gefordert.

Die PUK betreibt im gesamten Betrieb Qualitätsmanagement: Als lernende Organisation überprüft und verbessert sie ihre Dienstleistungen und Abläufe kontinuierlich.

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement in der PUK ist seit dem Geschäftsleitungsentscheid vom 29.01.2014 breit aufgestellt: Es ist im Betrieb integraler Bestandteil zahlreicher Stellen und wird im Rahmen der EFQM-Initiative PUK to Excellence lateral geführt. Zahlreiche Aufgaben werden vom Direktionsstab ausgeführt, der direkt dem CEO unterstellt ist. Weitere Themen werden an die Klinische Leitungskonferenz rapportiert oder sind direkt den Direktionen zugeordnet. Die Kompetenzklärung betreffend einer Bündelung aller Qualitätsthemen in einer Funktion ist noch offen.

Die EFQM-Initiative PUK to Excellence umfasst die strategische Qualitätsorganisation und bearbeitet die gemäss der EFQM-Methodik anfallenden Themen in Projekten im Auftrag der Geschäftsleitung. Die Programmleitung obliegt der Leitung Direktionsstab und der Leitung Organisationsentwicklung der Direktion Pflege, Therapien und Soziale Arbeit. Auftraggeber ist die Geschäftsleitung.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

Laterale Qualitätsorganisation im Rahmen des EFQM-Programms PUK to Excellence

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **0** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

lic. phil. / EMBA HSG Daniela F. Vorburger
 Leiterin Direktionsstab
 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
 044 384 22 61
daniela.vorburger@puk.zh.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualität als Ziel und Herausforderung

Mit dem Geschäftsleitungsentscheid vom 29.01.2014 ist die PUK EFQM verpflichtet. Im Rahmen des Qualitätsprogramms *PUK to Excellence* werden laufend Verbesserungsprojekte durchgeführt. Zudem pflegt die PUK einen konstruktiven Umgang mit Fehlern, indem diese erkannt und kommuniziert werden und mit geeigneten Massnahmen zur Optimierung der Qualität beigetragen.

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

Die Excellence-Initiative wurde weitergeführt: 2017 wurden im Rahmen der Konsolidierungsphase der ersten Verbesserungsprojekte Arbeiten abgeschlossen wie auch die zweite Verbesserungsphase mit neuen Projekten eingeleitet.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

- Abschluss der Geschäftsfeldstrategie Alterspsychiatrie
- Umsetzung der Geschäftsfeldstrategie Forensische Psychiatrie
- Erarbeitung eines Triage-Konzepts als Auftrag aus der Umsetzung der Vision KPPP2020
- Entwicklung weiterer E-Learning Tools und kontinuierliche Schulung von fast 2000 Mitarbeitenden wie auch neu eintretenden Mitarbeitenden (z.B. Datenschutz)
- Aufbau und Einführung des Fort- und Weiterbildungs-Tools
- Erste Durchführung eines CAS-Führungsseminars
- Durchführung von Risiko- und London Protokoll Analysen
- Weiterentwicklung von Arbeiten im Rahmen des Kompetenzzentrums KESR
- Schulung der Care-Organisation
- Verabschiedung der Kliniknorm "Projektmanagement"
- Aufbau eines Projektportfoliomanagements
- Aufbau einer Fachstelle Prozessmanagement
- Verbesserung des Dokumentenmanagements

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Unter anderem werden uns in den kommenden Jahren weiterhin folgende Aufgaben beschäftigen

- Die Umsetzung des Triage-Konzepts
- Die Durchführung weiterer Lehrgänge im Rahmen des CAS-Führungsseminars
- Das Führen eines Projektportfoliomanagements
- Das Dokumentieren und Vereinheitlichen von betrieblichen und klinischen Prozessen
- Die Verbesserung des Dokumentenmanagements
- Die Vereinheitlichung der Prozesse zur Auswertung unterschiedlicher Qualitätsdaten
- Das Führen mit Kennzahlen
- Die Strukturierung der Patientendokumentation
- Die Verbesserung des Bedrohungsmanagements

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonal vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ ZüPaz

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Excellence Initiative

Ziel	Steigerung des Reifegrads mittels kontinuierlicher Verbesserung gemäss EFQM
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte PUK
Projekte: Laufzeit (von...bis)	seit 2013
Begründung	Kontinuierliches Verbesserungsprogramm gemäss EFQM
Methodik	Definierte Themen werden in Projekten bearbeitet.
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Erste Verbesserungsphase und erste Konsolidierungsphase abgeschlossen Zweite Verbesserungsphase 2017 eingeleitet

Gesamtbetriebliches Risikomanagement

Ziel	Managen der Risiken und Minimierung deren Eintrittswahrscheinlichkeit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte PUK
Projekte: Laufzeit (von...bis)	ab 2015
Begründung	Auftrag der GL
Methodik	Risk Management
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Laufend mittels Risiko-Analysen / Risiko-Einschätzungen

Kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden

Ziel	Mitarbeitende haben das nötige Know-How für ihre Arbeitstätigkeit
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	gesamte PUK
Projekte: Laufzeit (von...bis)	laufend
Begründung	Auftrag der GL
Methodik	Schulungen
Involvierte Berufsgruppen	alle Berufsgruppen
Evaluation Aktivität / Projekt	Laufend mittels Schulungsauswertungen

Analysen von schwerwiegenden Ereignissen nach der Methode "London Protokoll"

Ziel	Das Identifizieren von fehlerbegünstigenden Faktoren und Veranlassung von Massnahmen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Gesamtbetrieb
Projekte: Laufzeit (von...bis)	nach Ereignis
Begründung	Aus schwerwiegenden Ereignissen muss gelernt werden, um Lücken zu schliessen und zukünftige Ereignisse möglichst verhindern zu können
Methodik	London Protokoll Analyse
Involvierte Berufsgruppen	alle - je nach Ereignis
Evaluation Aktivität / Projekt	Laufend
Weiterführende Unterlagen	Artikel zu "London Protokoll" der Stiftung Patientensicherheit

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 ein CIRS im Jahr 2007 eingeführt.

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

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt. Im Herbst 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

Die Messergebnisse 2017 standen zum Zeitpunkt der Freigabe des Qualitätsberichts noch nicht zur Verfügung.

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut		ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (≥ 18 Jahre) versendet, die von September bis November 2017 ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	▪ Patienten der Forensik. ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

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 bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett, wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Messergebnisse

Erwachsenenpsychiatrie	2015	2016
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich		
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	5.80	5.75

Kinder- und Jugendpsychiatrie	2015	2016
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich		
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	22.15	20.00

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.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die PUK betreibt ein regelmässiges Monitoring der durchgeführten Zwangsmassnahmen. Auch finden auf den Stationen kontinuierlich klinische Reflexionen zu den Zwangsmassnahmen statt. Desweiteren betreibt die PUK empirische Forschung zum Thema und beteiligt sich aktiv an der Weiterentwicklung der Richtlinien "Zwangsmassnahmen in der Medizin" des SAMW. Gleichwohl bleibt das bekannte Spannungsfeld von Autonomieförderung und Fürsorge in der psychiatrischen Akutversorgung bestehen.

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

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel Ab Juli 2017 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.
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich		
Gesamte Anzahl Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie 2016		
Gesamte Anzahl Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2016		

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

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

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

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

HoNOS Adults	2015	2016
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich		
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	4.92	5.68
Standardabweichung (+/-)	6.06	6.87

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2015	2016
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich		
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	34.91	35.30
Standardabweichung (+/-)	30.06	32.33

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
- + 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

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.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel Ab Juli 2017 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

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.

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

Begründung

Keine Daten intern kommuniziert.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel Ab Juli 2017 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)

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Prozessmanagement

Seit dem Jahr 2013 richtet sich die PUK nach dem EFQM Exzellenz-Modell aus. Darin haben Prozesse eine zentrale Rolle. Gemäss Kriterium 5a werden in exzellenten Unternehmen Prozesse gestaltet, gelenkt und verbessert, um den Nutzen für alle Interessengruppen zu optimieren. Es werden vom Bedarf des Kunden bis zur Leistungserbringung, durchgängige End-to-End Prozesse genutzt, um die Strategie der Organisation umzusetzen. Sie sorgen dafür, dass Prozessverantwortliche ihre Rolle zum Entwickeln, Pflegen und Verbessern der Prozesse wahrnehmen. Es werden aussagkräftige Prozessleistungsindikatoren zur Überprüfung der Effektivität und Effizienz der Prozesse entwickelt und diese Daten verwendet, um Kreativität, Innovation und Verbesserungen voranzutreiben.

Ein unternehmensweites Prozessmanagement ist also ein wirksames Hilfsmittel, um Transparenz in der Leistungserstellung herzustellen. Transparenz ist eines der grundlegenden Elemente, welches EFQM für die Unternehmensführung definiert, weil sie die Grundlage für das Erkennen von Fehlerquellen, Risiken, Doppelspurigkeiten oder Lücken ist. Eine transparente Darstellung von Prozessen im Intranet erleichtert den Mitarbeitenden ihre tägliche Arbeit und sichert neuen Mitarbeitenden eine einfache Einführung. Ein durchgängiges Prozessmanagement dient auch der einfacheren Definition von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten und somit der Identifizierung von Verbesserungspotenzial.

Die strategische Ausrichtung des Prozessmanagement findet sich in der PUK Strategie 2017-2022. „Unter Berücksichtigung der Interessen der Gesamt-PUK und der Kliniken sind Aufgaben zu zentralisieren (über Shared Services) und klinikübergreifend zu standardisieren. Insgesamt soll die klinikübergreifende Zusammenarbeit gestärkt werden.“ Daraus leiten sich die folgenden Ziele für das Prozessmanagement ab:

- Fusionsbedingt ist die Prozessharmonisierung über die verschiedenen Kliniken und Standorte im Fokus. Die Ausrichtung auf den Kernprozess und die Schnittstellen zu den Management- und Unterstützungsprozessen soll für die unterschiedlichen Prozessrollen transparent und durchgängig nachvollziehbar sein. Dabei wird der Grundsatz verfolgt: So viel gemeinsame Prozesse wie möglich, so viele unterschiedliche Prozesse wie nötig.
- Für Mitarbeitende liegt der Mehrwert durch das Prozessmanagement ebenfalls in der Transparenz, vor allem in den für sie relevanten Geschäftsprozessen und deren Schnittstellen. Diese ermöglichen eine einheitliche und effiziente Einarbeitung neuer Mitarbeitenden und diesbezüglichen Schulungen. Der Prozess wird hier zu einem breit einsetzbaren Hilfsmittel, welches Vorgaben, Qualität und Dokumente möglichst rasch zur Verfügung stellt. Die Verknüpfung der Schnittstellen, verschiedener Ebenen und Berufsgruppen wird durch die Darstellung in einem modernen Prozesstool gewährleistet.

18.1.2 Portfoliomanagement

Ein unternehmensweites, stringentes Projektportfoliomanagement ist ein wichtiges Führungsinstrument, um einerseits Transparenz in der Projektarbeit herzustellen und andererseits Projekt auf die Unternehmensstrategie auszurichten. Transparenz ist eines der grundlegenden Elemente, welches EFQM für die Unternehmensführung definiert, weil sie die Grundlage für das Erkennen von Fehlerquellen, Risiken, Doppelspurigkeiten oder Lücken ist. Ausserdem dient ein zentral geführtes Projektportfoliomanagement Führungspersonen als Entscheidungsgrundlage, um Ressourcen langfristig am richtigen Ort zu investieren.

18.1.3 Führen mit Kennzahlen

Ein den EFQM-Prinzipien verpflichtetes Unternehmen basiert und orientiert ihr gesamtes Handeln an den Prinzipien der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Um dies zu erreichen, muss ein Messsystem vorhanden sein, das eine Entwicklung aufzeigt. Ein nützliches Kennzahlensystem verbindet somit den strategischen und operativen Regelkreis optimal. Ziel des Projekts ist es, sämtliche relevanten Kennzahlen zusammenzuführen und für die jeweiligen Entscheidungsträger stufengerecht aufzubereiten.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 CAS Führungstraining

- Konzeptionierung einer Ausbildung
- Führungskräfte der PUK werden zielgerichtet in ihrer Führungsrolle gestärkt und fachspezifisch weitergebildet.
- Im Herbst 2017 hat die erste Durchführung zusammen mit der ZHAW und internen Führungspersonen stattgefunden.
- Eine weitere Durchführungslehrgang ist für Herbst 2018 geplant.

18.2.2 Geschäftsfeldstrategie Alterspsychiatrie

In der Geschäftsfeldstrategie Alterspsychiatrie ist die Ausrichtung der Versorgungsangebote in den nächsten fünf Jahren in dem vom Kanton Zürich vorgegebenen Alterssegment definiert. Die Rahmenbedingungen für die Entwicklung der Geschäftsfeldstrategie Alterspsychiatrie bilden der Leistungsauftrag des Kantons Zürich, Vorgaben der verschiedenen Direktionen des Kantons Zürich und übergeordnete Strategien.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Zertifizierung

Die PUK konzentrierte sich 2017 im Rahmen von PUK to Excellence auf die kontinuierliche Verbesserung und nicht auf eine Zertifizierung.

19 Schlusswort und Ausblick

Die Psychiatrische Universitätsklinik wird durch die Verselbständigung ab 2018 neu von einem Spitalrat strategisch geführt. Dies wird für die Zukunft Änderungen mit sich bringen, was sich bestensfalls auch positiv auf das Qualitätsmanagement der PUK auswirken wird.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

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

Herausgeber



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

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



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

Beteiligte Gremien und Partner



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

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

Siehe auch:

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



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

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**).