



Psychiatrische
Universitätsklinik
Zürich

Qualitätsbericht 2023

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

15.05.2024
Markus Merz, CEO

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 2023.

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 sind im Inhaltsverzeichnis 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.

Die Risikoadjustierung oder Risikobereinigung ist ein statistisches Verfahren, um Qualitätsindikatoren für Unterschiede im Patientengut der Spitäler (z.B. im Case Mix und Behandlungsangebot) zu korrigieren. Um Spitäler trotz solcher Unterschiede ihrer Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer erbrachten Qualität schweizweit vergleichen zu können, müssen die Indikatoren für bestimmte Patientenrisikofaktoren adjustiert werden.

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 2023

Ernst Bachmann
Leitung Unternehmensentwicklung
058 384 24 96
ernst.bachmann@pukzh.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitatsgeschehen

Mit viel Einsatz und gezielten Massnahmen tragen die Schweizer Spitäler und Kliniken zur Qualitätsentwicklung bei. Die H+ Qualitatsberichtsvorlage ermöglicht eine einheitliche und transparente Berichterstattung über die vielfältigen Qualitätsaktivitäten; die über die Vorlage zusätzlich in den jeweiligen Spitalprofilen auf spitalinfo.ch dargestellt werden können.

Die Herausforderungen für die Spitäler und Kliniken haben erneut zugenommen: Personalmangel, Teuerung und nicht-kostendeckende Tarife verscharfren die Situation weiter. Viele Spitäler und Kliniken müssen einen stetigen Balanceakt zwischen Rentabilität und Gewährleistung der Qualität schaffen.

In einigen Spitälern und Kliniken laufen bereits erste, interne Vorbereitungen an, für die Umsetzung des Qualitatsvertrags nach Art. 58a. Dieser wird voraussichtlich 2024 in Kraft treten. Wir freuen uns, dass die Spitäler und Kliniken die ersten Leistungserbringer sind, welche diese gesetzliche Vorgabe erfüllen und einen Qualitatsvertrag ausarbeiten konnten.

Der Qualitätsbericht 2023 ist optimiert aufgeteilt in die Typologie-Bereiche: Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Zudem werden im aktuellen Qualitätsbericht erstmals die Ergebnisse der Rehospitalisationen mit der neuen Methode ausgewiesen. Diese Ergebnisse wurden basierend auf den BFS-Daten 2021 ausgewertet, mit dem auf Schweizer Verhältnisse angepassten Algorithmus des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Im Kapitel 4 «Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten» besteht für die Spitäler und Kliniken weiterhin die Möglichkeit über Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zu berichten. Das Ausfüllen und die Ausgabe wurden zusätzlich optimiert.

Im Qualitätsbericht sind neben spitaleigenen Messungen auch die verpflichtenden, national einheitlichen Qualitätsmessungen des ANQ ersichtlich, 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. Detaillierte Erläuterungen zu den nationalen Messungen finden Sie auf www.anq.ch.

H+ bedankt sich bei allen teilnehmenden Spitälern und Kliniken für das grosse Engagement, das mit den vielfältigen Aktivitäten eine hohe Versorgungsqualität sicherstellt. Dank der transparenten und umfassenden Berichterstattung kommt den Qualitätsaktivitäten die verdiente Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu.

Freundliche Grüsse



Anne-Geneviève Bütikofer
Direktorin H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz zum nationalen Qualitätsgeschehen	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonally 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 Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurde kein geeignetes Zertifikat identifiziert.	
QUALITÄTSMESSUNGEN	17
Zufriedenheitsbefragungen	18
5 Patientenzufriedenheit	18
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie	18
5.2 Beschwerdemanagement	22
6 Angehörigenzufriedenheit	23
6.1 Eigene Befragung	23
6.1.1 Zufriedenheitsbefragung Angehörigenberatung	23
7 Mitarbeitendenzufriedenheit	25
7.1 Eigene Befragung	25
7.1.1 Great Place to Work Arbeitsplatzkultur 2023	25
8 Zuweiserzufriedenheit	26
8.1 Eigene Befragung	26
8.1.1 Befragung Zuweisende der KJPP 2023	26
Behandlungsqualität	28
Messungen in der Akutsomatik	0
9 Wiedereintritte Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
10 Operationen Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
11 Infektionen Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
12 Stürze Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
13 Dekubitus Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
Messungen in der Psychiatrie	28
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	28
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FM) in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie	28
14.2 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen	29

14.2.1	Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie (Kliniken der Forensischen Psychiatrie).....	29
15	Symptombelastung psychischer Störungen	30
15.1	Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	30
15.2	Nationale Messung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	32
15.3	Eigene Messung	33
15.3.1	Symptombelastung (Fremdbewertung) in der Erwachsenenpsychiatrie (Klinken der Forensischen Psychiatrie).....	33
	Messungen in der Rehabilitation	0
16	Lebensqualität, Funktions- und Partizipationsfähigkeit Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.	
	Weitere Qualitätsaktivitäten	0
17	Weitere Qualitätsmessungen Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.	
18	Projekte im Detail	34
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	34
18.1.1	Medikamentenmanagement.....	34
18.1.2	Einführung Recovery-orientierten Behandlung und Peerarbeit.....	34
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023	35
18.2.1	Projekt Wissen und Tool der Kinder- und Jugendpsychiatrie	35
18.2.2	BSCL + HoNOSCA Self-Rating neu via Table	35
18.2.3	Qualitätssicherung bei der HoNOS/HoNOSCA Erfassung	35
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	35
18.3.1	Vorbereitungen Qualitätsmanagement System (QMS) Assessment	35
19	Schlusswort und Ausblick	36
	Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot.....	37
	Psychiatrie	37
	Herausgeber	38

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 25 verschiedenen Standorten im Kanton Zürich vertreten. Als Universitätsklinik ist sie zudem in der Lehre und Forschung engagiert und international sehr gut vernetzt.

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

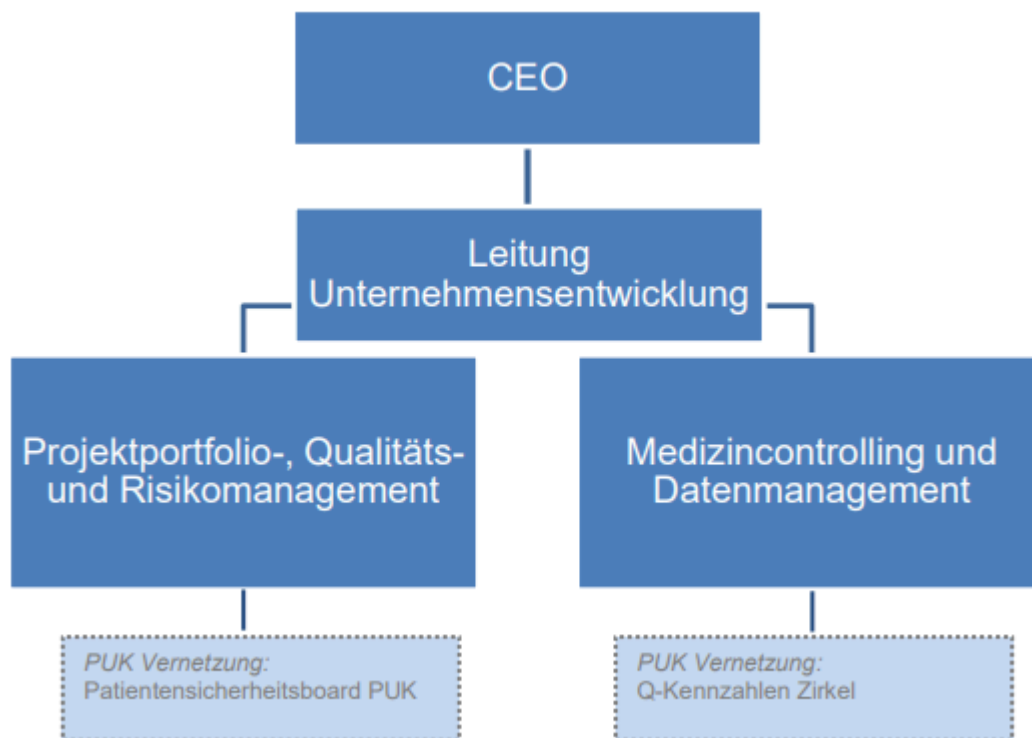
Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt

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

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

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Für Risiko-, Compliance- und Qualitätsmanagement innerhalb der Unternehmensentwicklung und des Rechtsdienstes der PUK stehen 150 Stellenprozent und für Prozessmanagement und KVP 180 Stellenprozent zur Verfügung. In den Kliniken stehen für Qualitäts- und Datenmanagement insgesamt 350 Stellenprozent zur Verfügung.

Das Qualitätsmanagement ist wie folgt organisiert:

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

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **680** Stellenprozent zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

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

Frau lic. phil. Viviane Höhn
Qualitätsmanagerin KJPP
043 499 27 68
viviane.hoehn@pukzh.ch

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

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

Prof. Dr. med. Sebastian Olbrich
Stv. Chefarzt Zentrum für Depressionen,
Angsterkrankungen und Psychotherapie
KPPP
058 384 26 37
sebastian.olbrich@pukzh.ch

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

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

Frau Ursula Bregenzer
Leitung Kompetenzzentrum Fachentwicklung
Versorgung
058 384 35 95
ursula.bregenzer@pukzh.ch

3 Qualitätsstrategie

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

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

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

Hohe Qualität und Effizienz sicherstellen durch kontinuierliche Verbesserung:

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

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

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

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2023

Das im 2019 initialisierte **Programm Digitale Transformation DigiT** konnte im 2023 operationalisiert werden und hat sichtbare Veränderungen für alle Mitarbeitende mit sich gebracht. Besonders hervorzuheben sind folgende ambitionierte Ziele, die erfolgreich umgesetzt wurden:

- Das **neue Klinik Informationssystem (KIS)** ist abgeschlossen und funktioniert.
- Die PUK hat per Ende 2023 das **elektronische Patientendossier (EPD)** eingeführt.
- Die **IT-Infrastruktur** konnte in den letzten Jahren stark **ausgebaut** und **modernisiert** werden.
- Viele **Prozesse** sind heute **digital unterstützt**, was eine grosse Rolle für die Attraktivität als Arbeitgeber sowie die Effizienz der Arbeit spielt.

Zur Verbesserung der Steuerung der Organisation wurden das **Führungskonzept (Qualitätsmanagement System)** überarbeitet, mit dem Ziel die bestehenden Führungsinstrumente (Strategiemanagement, Planung, Risikomanagement, Compliance und Projektportfoliomanagement) zu synchronisieren mit dem Ziel den Aufwand für das Management zu minimieren und die Entscheidungsgrundlagen zu verbessern. Diese Instrumente ermöglichen es der Geschäftsleitung die Unternehmung optimal auf die Zukunft auszurichten, indem Ziele konsequent umgesetzt werden.

Im Berichtsjahr wurde zudem das **Compliance Management System** definiert, um zukünftig alle Verhaltensrisiken in einer Funktion zu bündeln, um die Sensibilisierung der Mitarbeitenden gezielt zu fördern, die internen und externen Vorgaben lückenlos einzuhalten und somit die kontinuierliche Verbesserung der Organisation sicherzustellen. Dabei wurden die Instrumente (z.B. CIRS, Meldeportal, Whistleblowing, regulatorisches Monitoring und die Berichterstattung) definiert. Im Weiteren wurde ein neuer **Bedarfsprozess** etabliert und pilotiert, um den Veränderungsbedarf der Organisation zentral und systematisch zu bewirtschaften. Durch diesen Prozess werden alle notwendigen Funktionen frühzeitig in die Erstellung der Entscheidungsgrundlagen involviert und somit die Entscheidungs-, Planungs- und Umsetzungsqualität zukünftig verbessert.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2023

Einführung Klinikinformationssystem KISIM

Im letzten Jahr wurde das neue Klinikinformationssystem KISIM erfolgreich eingeführt. Somit arbeitet die PUK auf einem neuen KIS, das klinikübergreifend im Einsatz steht und im Sinne des Zusammenwachsens einen wichtigen Beitrag in der täglichen Arbeit leistet. Klinik- und disziplinenübergreifende Arbeitsgruppen wurden etabliert, um die kontinuierliche Verbesserung sicherzustellen, die Standardisierung weiterzutreiben und Wissen zu teilen.

Abschluss des Programmes DigiT

Das Programm Digitale Transformation DigiT wird mit der Umsetzung der Projekte Strategie-, Struktur-, Kultur- und ICT-Entwicklung fortgesetzt und wurde in 2023 abgeschlossen. Im Rahmen des Programmes wurden über 40 Projekte erfolgreich umgesetzt. Die vier noch laufenden Projekte werden im Rahmen der Strategieentwicklung im Jahr 2024 weitergeführt.

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 laufende Kompetenzentwicklung wurden Verbesserungen in diesem Bereich erzielt. Begleitet wurden die Massnahmen durch eine kontinuierliche Prüfung der Erfassungsqualität.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

Konzeption eines Qualitätsmanagement-Systems

In den letzten Jahren wurden verschiedene Management-Systeme wie Risikomanagement, Prozessmanagement, Projekt- und Projektportfoliomanagement eingeführt. Diese sollen nun stärker mit den bestehenden Führungssystemen integriert werden. Damit soll die Effizienz und Effektivität dieser Instrumente erhöht werden. Diese Arbeit dient der Evaluierung des Reifegrads der PUK im Hinblick auf eine mögliche Qualitätszertifizierung.

Entwicklung interner Qualitätskennzahlen

Die klinischen Risiken sollen durch den Q-Kennzahlen Zirkel in einem Qualität-Cockpit abgebildet werden, damit diese Informationen als Führungsinformationen für die kontinuierliche Verbesserung verwendet werden können. Dies soll auf der Basis der bestehenden Management Informationssysteme (SAP, KISIM und LMS) aufbauen und einen zeitnahen und automatisierten Informationsfluss ermöglichen.

Konzeption eines Innovationsmanagement

Nach dem Abschluss des DigiT-Programmes schwenkt die PUK den Fokus nach aussen und versucht durch systematische Innovation sich kontinuierlich weiterzuentwickeln. Dieses Vorhaben hat drei Schwerpunkte: Identifikation der relevanten Eco-Systeme, Aufbau eines Umfeld-Monitorings und etablieren eines internen Ideenmanagement-Prozesses.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

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

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

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

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>Angehörigenzufriedenheit</i>
▪ Zufriedenheitsbefragung Angehörigenberatung
<i>Mitarbeitendenzufriedenheit</i>
▪ Great Place to Work Arbeitsplatzkultur 2023
<i>Zuweiserzufriedenheit</i>
▪ Befragung Zuweisende der KJPP 2023
Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Freiheitsbeschränkende Massnahmen</i>
▪ Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie (Kliniken der Forensischen Psychiatrie)
<i>Symptombelastung psychischer Störungen</i>
▪ Symptombelastung (Fremdbewertung) in der Erwachsenenpsychiatrie (Klinken der Forensischen Psychiatrie)

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

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

Suizidalität und Suizidprävention

Ziel	Systematische Erfassung von Suizidalität und Massnahmen zur Reduktion von Suizidalität und Suizidversuchen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamte PUK
Projekt: Laufzeit (von...bis)	Fortlaufend
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Notwendigkeit der ständigen Erkennung und Minimierung suizidaler Symptome bei allen Patientengruppen der PUK
Methodik	Multimodale Herangehensweise mit Bereitstellung von Tools im KISIM, Fragebögen zur Erfassung sowie Erstellung von konkreten Massnahmen im klinischen Setting zur Minimierung von Suizidalität, z.B. Überbrückungsleistungen
Involvierte Berufsgruppen	Interprofessionelle Teams, alle MitarbeiterInnen mit Patientenkontakt
Evaluation Aktivität / Projekt	Monitoring von Suizidalität und Suizidversuchen bzw. Suiziden im stationären, intermediären und ambulanten Behandlungssetting der PUK
Weiterführende Unterlagen	DMS Standard Suizidalität und Suizidprävention/ DMS Überbrückungsleistungen

Programm Digitale Transformation DigiT

Ziel	Agilität erhöhen
Bereich, in dem das Projekt läuft	Gesamte PUK
Projekt: Laufzeit (von...bis)	2019 - 2023
Art des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt.
Begründung	Organisation auf digitale Transformation vorbereiten
Methodik	Als Programm gegliedert, Bearbeitung der Themen in 4 Teilprojekten (Strategie-, Struktur- und Kulturentwicklung, IT-Entwicklung)
Involvierte Berufsgruppen	Interprofessionelle Teams
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Fundament für die PUK-Transformation wurde 2020 gelegt. In der Entwicklungsphase 2021-2023 wurden Change-Initiativen umgesetzt und das Programm abgeschlossen. Die offenen Themen werden in einem nächsten Schritt in die Strategieentwicklung 2024-2026 überführt.

Mitarbeiterbefähigung Leadership New Generation Führungssystem

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

Vermeidung von Zwang in der Psychiatrie (Kompetenzzentrum KESR)

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

Peer Review in der Psychiatrie

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

Aggressionsmanagement als Teil des Sicherheitsmanagements

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

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten und etablierten Qualitätsaktivitäten:

Programm Excellence2Go!

Ziel	Steigerung des Reifegrads mittels kontinuierlicher Verbesserung
Bereich, in dem die Aktivität läuft	Gesamte PUK
Aktivität: Laufzeit (seit...)	2020-2022
Art der Aktivität	Es handelt sich dabei um eine interne Aktivität.
Begründung	Etablierung eines PUK-weit standardisierten QM-Systems
Methodik	als Programm gegliedert
Involvierte Berufsgruppen	Interprofessionelle Teams
Evaluation Aktivität / Projekt	- Weiterentwicklung und Digitalisierung des Risikomanagement Systems - Digitalisierung CIRS und Meldeportal - Überarbeitung des Führungskonzeptes unter Einbezug aller Management Systeme

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat im Jahr 2007 ein CIRS eingeführt.

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

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

QUALITÄTSMESSUNGEN

Zufriedenheitsbefragungen

5 Patientenzufriedenheit

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

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität einer Klinik ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit).

5.1.1 Nationale Patientenbefragung in der Psychiatrie für Erwachsene

Der Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe erarbeitet und weiterentwickelt. Er besteht aus einer asymmetrischen 5er Antwortskala. Im Herbst 2017 wurde zum ersten Mal eine nationale Patientenbefragung der Erwachsenen 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 Erwachsenenpsychiatrie

Fragen	Vorjahreswerte			Zufriedenheitswert, Mittelwert 2023 (CI* = 95%)
	2019	2021	2022	
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich				
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?	3.88	3.85	3.73	– (–)
Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?	4.50	4.42	4.39	– (–)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.40	4.37	4.17	– (–)
Hat man Ihnen in verständlicher Weise Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Einnahmezeitpunkt der Medikamente erklärt, die Sie während Ihres Klinikaufenthalts erhielten?	4.00	3.92	3.89	– (–)
Wurden Sie in die Entscheidung Ihres Behandlungsplans ausreichend einbezogen?	4.22	4.06	4.05	– (–)
Entsprach die Vorbereitung Ihres Klinikaustritts Ihren Bedürfnissen?	4.21	4.13	4.08	– (–)
Anzahl angeschriebene Patientinnen und Patienten 2023				–
Anzahl eingetreffener Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent		– %

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

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

wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Die für das Jahr 2020 geplanten Patientenbefragungen in der Rehabilitation und Psychiatrie wurden infolge der Covid-19-Pandemie auf das Folgejahr (2021) verschoben. Danach gilt der reguläre 2-Jahres-Rhythmus wonach von Seiten ANQ in diesen Bereichen jeweils in den geraden Jahren eine Patientenbefragung stattfindet.

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

Angaben zur Messung		
Nationales Auswertungsinstitut		ESOPE, Unisanté, Lausanne
Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (\geq 16 Jahre) beim Austritt abgegeben, die von April bis Juni – ausgetreten sind.
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten der Forensik. ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.

5.1.2 Nationale Patientenbefragung der Psychiatrie für Kinder und Jugendliche

Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Expertinnen und Experten aus Kliniken der Kinder-/Jugendpsychiatrie, hat spezifische Fragebogen für diese Patientengruppe entwickelt und geprüft. Der Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit in der Kinder-/Jugendpsychiatrie (FBZ-KJP) ist umfassender und detaillierter als die ANQ-Kurzfragebogen, die bei den Erwachsenen eingesetzt werden. Zudem existieren zwei Fassungen der Befragung (FBZ-KJP), welche ähnlich aufgebaut und strukturiert sind. Die Befragung wird, jeweils mit der entsprechenden Fassung, einerseits direkt bei den Kindern/Jugendlichen; andererseits bei den Eltern durchgeführt:

- **Fragebogen Kinder/Jugendliche**
26 Fragen, die mit Hilfe einer 5er-Skala (zufrieden / nicht zufrieden) beantwortet werden, dazu drei offene Fragen: Total 29 Fragen, eingeteilt in acht Dimensionen.
- **Fragebogen Eltern**
29 Fragen, die ebenfalls mit einer 5er-Skala beantwortet, dazu zwei offene Fragen: Total 31 Fragen, eingeteilt in sieben Dimensionen.

Neben den Fragen zum Klinikaufenthalt werden Alter, Geschlecht und der Zeitpunkt (Monat) des Ausfüllens des Fragebogens abgefragt. Die Fragebogen können in Papierform oder Online ausgefüllt werden. Da das Patientenkollektiv relativ klein ist, wird die Befragung während eines ganzen Jahres durchgeführt (1.1. bis 31.12.).

Die Befragung startete im Jahr 2021 und findet jeweils im 2-Jahresrhythmus statt. Im Jahr 2022 fand regulär keine Befragung statt.

Messergebnisse Kinder/Jugendliche

Dimension	Vorjahreswerte 2021	Zufriedenheitswert, Mittelwert 2022 (CI* = 95%)
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich		
Dimension 1: Empfang	3.84	– (–)
Dimension 2: Information und Aufklärung	4.09	– (–)
Dimension 3: Behandlung	3.94	– (–)
Dimension 4: Beziehung zu Arzt, Psychologe, Pflegepersonal, Sozialpädagogen	4.33	– (–)
Dimension 5: Wohnen und Leben auf der Station	3.70	– (–)
Dimension 6: Austritt und Nachbehandlung	3.87	– (–)
Dimension 7: Rückblick auf die Behandlung und deren Nutzen	3.68	– (–)
Dimension 8: Aufenthaltsdauer	92.00	– (–)
Anzahl abgegebener Fragebogen 2022		–
Anzahl retournierter Fragebogen	–	Rücklauf in Prozent
		– %

Messergebnisse Eltern

Dimension	Vorjahreswerte 2021	Zufriedenheitswert, Mittelwert 2022 (CI* = 95%)
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich		
Dimension 1: Empfang	4.28	–

		(-)
Dimension 2: Information und Aufklärung	4.20	- (-)
Dimension 3: Behandlung	3.99	- (-)
Dimension 4: Beziehung zu Arzt, Psychologe, Pflegepersonal, Sozialpädagogen	4.42	- (-)
Dimension 5: Austritt und Nachbehandlung	4.20	- (-)
Dimension 6: Rückblick auf die Behandlung und deren Nutzen	3.82	- (-)
Dimension 7: Aufenthaltsdauer	93.70	- (-)
Anzahl abgegebener Fragebogen 2022		-
Anzahl retournierter Fragebogen	-	Rücklauf in Prozent -%

Wertung der Ergebnisse: 1= negativste Antwort; 5 = positivste Antwort.

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

Die für das Jahr 2020 geplanten Patientenbefragungen in der Rehabilitation und Psychiatrie wurden infolge der Covid-19-Pandemie auf das Folgejahr (2021) verschoben. Danach gilt der reguläre 2-Jahres-Rhythmus wonach von Seiten ANQ in diesen Bereichen jeweils in den geraden Jahren eine Patientenbefragung stattfindet.

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

Kommentar zur Patientenbefragung und Verbesserungsaktivitäten

Die Ergebnisse beziehen sich auf das Zentrum für Jugendpsychiatrie (PUK).

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE, Unisanté, Lausanne
--------------------------------	---------------------------

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patientinnen, Patienten und deren Eltern der Kinder-/Jugendpsychiatrie beim Austritt abgegeben, die von Januar bis Dezember – ausgetreten sind. Alter: 11 bis 18 Jahre
	Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Mehrfachhospitalisierte werden nicht mehrmals befragt, wenn seit dem letzten Austritt (und somit seit der letzten Befragung) weniger als 3 Monate vergangen sind.

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Ombudsmann des Kantons Zürich

Jürg Trachsel

Ombudsmann des Kantons Zürich

044 269 40 70

[Kontaktformular](#)

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

6 Angehörigenzufriedenheit

Die Messung der Angehörigenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Angehörigen der Patientinnen und Patienten das Spital und die Betreuung empfunden haben. Die Messung der Angehörigenzufriedenheit ist sinnvoll bei Kindern und bei Patienten, deren Gesundheitszustand eine direkte Patientenzufriedenheitsmessung nicht zulässt.

6.1 Eigene Befragung

6.1.1 Zufriedenheitsbefragung Angehörigenberatung

Mit der Befragung soll die Zufriedenheit von Angehörigen gemessen werden, welche eine niederschwellige Beratung bei der Fachstelle Angehörigenarbeit in Anspruch genommen haben. Die Angehörigen wurden einzeln zur Zufriedenheit befragt. Ziel ist die stetige Weiterentwicklung und Qualitätssicherung des Angebotes für Angehörige von psychisch kranken Menschen.

Diese Angehörigenbefragung haben wir vom 01.02.2023 bis 31.12.2023 durchgeführt.

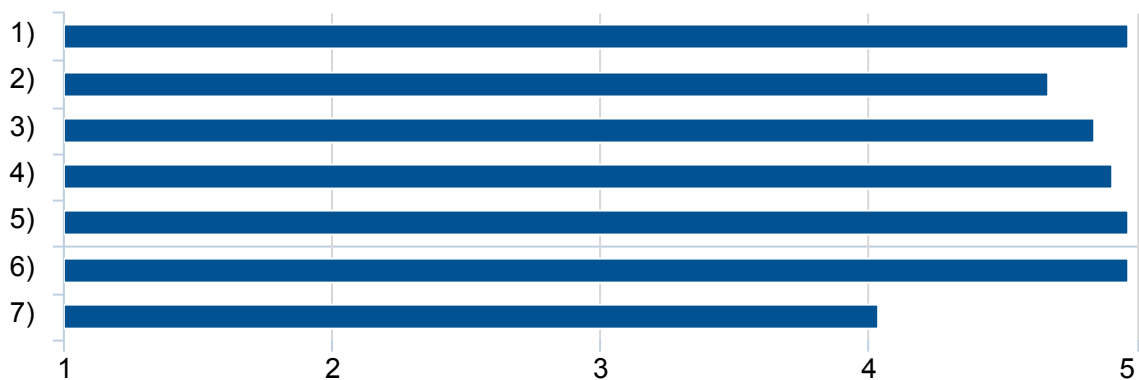
Die Befragung betrifft alle Erstberatungen welche bei der Fachstelle Angehörigenarbeit vor Ort stattgefunden haben.

Befragt wurden alle Angehörigen, welche eine Beratung vor Ort in Anspruch genommen haben. Bei mehrmaliger Beratung wurde nur ein Fragebogen abgegeben, das Mindestalter um an der Befragung teilzunehmen war 14 Jahre und Online- bzw. Telefonberatungen wurden ausgeschlossen.

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

- 1) Ich war mit der Angehörigenberatung im Allgemeinen zufrieden.
- 2) Die Fachstelle war gut erreichbar.
- 3) Die Wartezeit auf einen Termin war angemessen für mich.
- 4) Die Beratungszeiten waren gut mit meinem Alltag vereinbar.
- 5) Die Beraterin / Der Berater war kompetent.
- 6) Die Antworten auf meine Fragen waren verständlich und nachvollziehbar.
- 7) Es ist für mich wichtig, dass die Beratungen kostenfrei angeboten wurden.



1 = trifft gar nicht zu / 5 = trifft voll und ganz zu

■ Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	4.97	4.67	4.84	4.91	4.97

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Fragen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	4.97	4.04	108	76.00 %

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse zeigen eine sehr hohe Zufriedenheit der Beratungen. Dies ist erfreulich und zeigt, dass dieses Angebot äusserst wichtig ist für die Angehörigen welche wohl zunehmend als Netzwerkpartner an Bedeutung gewinnen.

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	
---	--

7 Mitarbeitendenzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeitendenzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeitenden das Spital als Arbeitgeber/in und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Great Place to Work Arbeitsplatzkultur 2023

Eine starke Unternehmenskultur, mit der sich die Mitarbeitenden identifizieren können, ist eine entscheidende Grundlage für den Erfolg eines Unternehmens. Die PUK hat im Berichtsjahr als Standortbestimmung eine Analyse der Arbeitsplatzkultur vorgenommen. In Zusammenarbeit mit Great Place to Work (GPTW) wurde eine Befragung aller Mitarbeitenden durchgeführt. GPTW ist ein Institut für Arbeitsplatzkultur, welches die PUK dabei unterstützt, die Stärken und Entwicklungspotentiale zu analysieren und anhand von gezielten Massnahmen weiterzuentwickeln. Dabei kommt das weltweit etablierte Modell von GPTW zum Einsatz, anhand welchem die vertrauensbasierte Arbeitsplatzkultur quantifiziert und somit vergleichbar gegen Innen und Aussen gemacht werden kann.

Diese Mitarbeitendenbefragung haben wir vom 14.03.2023 bis 16.04.2023 durchgeführt. Die Befragung wurde gesamtbetrieblich durchgeführt.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Es handelt sich um eine interne Mitarbeitendenbefragung welche dem Datenschutz unterliegt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Great Place to Work®
Methode / Instrument	Anonymisierte Online Befragung

8 Zuweiserzufriedenheit

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

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Befragung Zuweisende der KJPP 2023

Ziel der Befragung: Rückmeldungen der Zuweisenden erhalten zur Prüfung und Verbesserung der Zusammenarbeit. Bereiche und Themen für mögliche Optimierungen erkennen und Massnahmen daraus ableiten.

Methodik: Die potentiellen Zuweisenden wurden aufgrund des zentralen Mailverteilers der ZGKJPP angeschrieben und gebeten, einen per Link aufrufbaren Onlinefragebogen auszufüllen. Die Werte wurden mit den Ergebnissen der letzten beiden Befragungen (2018 und 2021) verglichen.

Die ausgewerteten Antworten wurden mit der Leitung der Klinik und der einzelnen Bereiche der KJPP besprochen.

Involvierte Berufsgruppe waren Kinder- und Jugendpsychiater:innen der Zürcher Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Abgeleitete Massnahmen im teil- und stationären Bereich:

1. Rasche Kontaktaufnahme mit den Zuweisenden betreffend stationärer/ teilstationärer Behandlung
2. Das Thema Austritt / Austrittsplanung wird als ständiges Traktandum in den Behandlungsbesprechungen aufgenommen

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom 16. Juni 2023 bis 31. August 2023 durchgeführt.

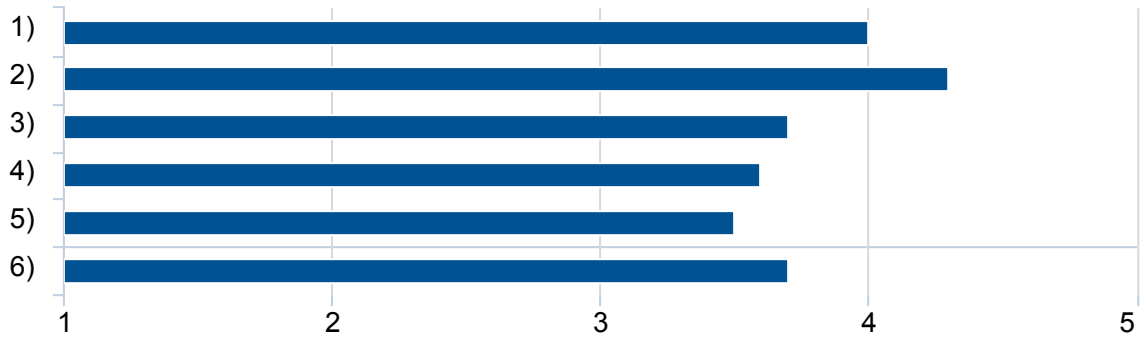
Die Befragung wurde bei externen Zuweisenden durchgeführt, befragt wurde die Zufriedenheit mit alle Stationen, Tageskliniken dem Life Programm und KANT (Notfalldienst) der KJPP.

Befragt wurden Kinder- und Jugendpsychiater:innen der Zürcher Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

- 1) Haben Sie einen guten Gesamteindruck von der KJPP Zürich
- 2) Würden Sie die Klinik weiterempfehlen?
- 3) Stufen Sie die Abläufe als generell gut ein?
- 4) Sind Sie über unsere Abläufe gut informiert?
- 5) Ist die Vernetzung mit anderen Stellen gut gewährleistet
- 6) Sind Sie zufrieden mit dem Weiterbildungsangebot für Niedergelassene?



1 = gar nicht zufrieden / 5 = sehr zufrieden

■ Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	4.00	4.30	3.70	3.60	3.50

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Fragen	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)		
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	3.70	30	26.00 %

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Die Zuweisenden gaben eine hohe bis sehr hohe (>4,5) Zufriedenheit bezüglich der Zusammenarbeit mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie an (Weiterempfehlungsrate).

Angaben zur Messung

Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	Befragung der Zuweisenden
---	---------------------------

Behandlungsqualität

Messungen in der Psychiatrie

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 (FM) 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 Fachpersonen bei Anwendung Isolationen aus infektiologischen/somatischen Gründen, Fixierungen, Festhalten (nur Erwachsenenpsychiatrie) und Zwangsmedikationen (Medikation trotz Widerstand) sowie Bewegungseinschränkungen im Stuhl und im Bett (nur Erwachsenenpsychiatrie), wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

Erwachsenenpsychiatrie	2019	2020	2021	2022
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich				
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	8.13	8.12	9.20	8.40
Gesamte Anzahl Fälle in der Erwachsenenpsychiatrie 2022				

Kinder- und Jugendpsychiatrie	2019	2020	2021	2022
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich				
Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in %	13.00	11.00	7.50	3.60
Gesamte Anzahl Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2022				

Die ANQ-Messungen sind für Spital- und Klinikvergleiche pro Jahr konzipiert. Die Ergebnisse einzelner Spitäler und Kliniken und Vergleiche zum Vorjahr sind nur bedingt aussagekräftig. Kliniken, die alle FM gemäss ANQ-Vorgaben erfassen, weisen eine höhere Anzahl an FM auf. Die FM Daten werden zudem nicht risikobereinigt ausgewertet. Unterschiede bezüglich Leistungsangebot, Infrastruktur, Patientenkollektiv und Stichprobengrösse werden somit nicht ausgeglichen. Deshalb dürfen Kliniken nicht direkt miteinander verglichen werden. Der ANQ publiziert die Messergebnisse auf seiner Website www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie/.

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

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

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

14.2 Eigene Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

14.2.1 Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie (Kliniken der Forensischen Psychiatrie)

ANQ-Messung Kliniken der Forensischen Psychiatrie

Diese Messung haben wir vom 01.01.2022 bis 31.12.2022 durchgeführt.

Anteil betroffener Fälle mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen: 30.0 %

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ANQ
Methode / Instrument	Freiheitsbeschränkende Massnahmen EFM

15 Symptombelastung psychischer Störungen

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 Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten (Selbstbewertung).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

HoNOS Adults	2019	2020	2021	2022
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis: Differenzwert (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	3.82	3.38	5.47	11.60
Standardabweichung Differenzwert (SD +/-)	6.33	5.90	7.31	7.54
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-7.1	-4.5	-4.29	-1.21
Anzahl auswertbare Fälle 2022				4655
Anteil in Prozent				99.1 %

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2019	2020	2021	2022
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich				
BSCL Behandlungsergebnis: Differenzwert (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	28.39	31.95	33.81	33.92
Standardabweichung Differenzwert (SD +/-)	31.36	34.32	33.14	32.10
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-1.79	2.6	-2.07	-1.91
Anzahl auswertbare Fälle 2022				629
Anteil in Prozent				39.7 %

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

* Der dargestellte Vergleichswert (Vergleichsgrösse) gibt an, wieviel geringer oder grösser die

Reduktion der Symptombelastung jeder Klinik im Vergleich zum Durchschnitt der Vergleichsgruppe ist (Qualitätsparameter – Mittelwert).

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.

Die ANQ-Messungen sind für Spital- und Klinikvergleiche pro Jahr konzipiert. Die Ergebnisse einzelner Spitäler und Kliniken und Vergleiche zum Vorjahr sind nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie. Die Messergebnisse der Erwachsenenpsychiatrie werden nach Kliniktypen separat ausgewiesen.

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 Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien	Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten (Selbstbewertung). Systematisch ausgenommen von der Selbstbeurteilung sind Patientinnen/Patienten, die jünger sind als 14 Jahre.

Messergebnisse

HoNOSCA	2019	2020	2021	2022
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich				
HoNOSCA Behandlungsergebnis: Differenzwert (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	5.20	6.13	9.92	15.41
Standardabweichung Differenzwert (SD +/-)	6.70	6.70	8.15	8.60
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-3.82	-1.3	1.69	5
Anzahl auswertbare Fälle 2022				230
Anteil in Prozent				100 %

Wertung der Ergebnisse:

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

HoNOSCA-SR	2019	2020	2021	2022
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich				
HoNOSCA-SR Behandlungsergebnis: Differenzwert (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	6.57	5.32	5.83	5.72
Standardabweichung Differenzwert (SD +/-)	8.17	9.14	7.49	8.57
Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse)*	-0.65	-0.5	-0.68	-0.2
Anzahl auswertbare Fälle 2022				107
Anteil in Prozent				63.7 %

Wertung der Ergebnisse:

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

* Der dargestellte Vergleichswert (Vergleichsgrösse) gibt an, wieviel geringer oder grösser die Reduktion der Symptombelastung jeder Klinik im Vergleich zum Durchschnitt der Vergleichsgruppe ist (Qualitätsparameter – Mittelwert).

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.

Die ANQ-Messungen sind für Spital- und Klinikvergleiche pro Jahr konzipiert. Die Ergebnisse einzelner Spitäler und Kliniken und Vergleiche zum Vorjahr sind nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website: www.ang.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Ergebnisse beziehen sich auf das Zentrum für Jugendpsychiatrie (PUK).

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 Patientinnen und Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patientinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien	Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie.

15.3 Eigene Messung

15.3.1 Symptombelastung (Fremdbewertung) in der Erwachsenenpsychiatrie (Klinken der Forensischen Psychiatrie)

ANQ-Messung (HoNOS) Kliniken der Forensischen Psychiatrie

Diese Messung haben wir vom 01.01.2022 bis 31.12.2022 durchgeführt.

HoNOS Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt): 8.17

Standardabweichung (+/-): 8.40

Risikobereinigter Differenzwert (Vergleichsgrösse): -1.59

Anzahl auswertbare Fälle: 58

Anteil in Prozent: 100.0 %

Angaben zur Messung

Nationales Auswertungsinstitut	ANQ
Methode / Instrument	Fremdbewertung der Symptombelastung: HoNOS

18 Projekte im Detail

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

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Medikamentenmanagement

Das Projekt umfasst verschiedene Themen rund um das Medikamentenmanagement. Baulich sind das die Optimierung der Räume mit Medikamentenlagerung beispielsweise mit elektronischer Schliessung der Medikamentenschränke. Zur Sensibilisierung werden basierend auf einem neu erstellten interprofessionellen Konzept eLearning Einheiten entwickelt. Dazu kommen diverse Verbesserungen der Logistikprozesse sowie die Neukonzeption des Prozesses für die regelmässigen Wartungsarbeiten für Medizinische Geräte (MepV).

18.1.2 Einführung Recovery-orientierten Behandlung und Peerarbeit

Die Förderung einer Recovery-orientierten Behandlung und Begleitung in psychiatrischen Kliniken sowie der Einbezug von Betroffenen (Peer)- und Angehörigenpartizipation sind ein unumstrittenes Element einer zeitgemässen psychiatrischen Versorgung und werden in medizinischen Leitlinien sowie versorgungspolitischen Positionspapieren (z.B. Vision Psychiatrie Kanton Zürich, „Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz“; «New Freedom Commission on Mental Health»/USA) empfohlen. Der Begriff Recovery umfasst ein komplexes Konzept, welches im Kern eine personen- und gesundheitsorientierte prozesshafte Einstellung der Patientin/des Patienten und der Behandelnden sowie der Betreuenden darstellt. Recovery fördert Hoffnung, Wissen, Selbstbestimmung, Lebenszufriedenheit und eine vermehrte Nutzung von Selbsthilfemöglichkeiten und zielt damit auf die Erhöhung der subjektiven Lebensqualität trotz psychischer Krankheit ab. Die PUK ist mit Hochdruck daran dies vorerst in der Erwachsenenpsychiatrie zu implementieren. Dabei wird der Fokus auf die Behandlungsplanung und das Umfeld, die positive Werthaltung auf Augenhöhe der Mitarbeitenden und die Reduktion von Zwangsmassnahmen anvisiert. Das ganze wird durch Weiterbildung und eine Auswertung begleitet.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2023

18.2.1 Projekt Wissen und Tool der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Mit der stetig wachsenden Angebotserweiterung der Klinik sowie der zunehmenden Komplexität unserer Abläufe ist es für alle Mitarbeitenden zunehmend schwierig geworden, zentral und auf einfache Art an aktuelle Informationen zu gelangen. Es zeigte sich, dass viel Wissen und Informationen an unterschiedlichen Orten mit unterschiedlicher Aktualität abgelegt wurden, was den Zugang erschwerte. Aufgrund dieser Ausgangslage wurde im Mai 2023 ein Projekt gestartet, um eine einheitlich strukturierte Wissensdatenbank für die ganze Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufzubauen, als Nachschlagewerk bezogen auf den klinischen Alltag konzipiert. Diese neue Datenbank wurde im November 2023 präsentiert und im Echtbetrieb gestartet. Die zentrale Datenbank ersetzt die bisherigen Ablagesysteme und hat diese zentralisiert. Das Ziel, dass sämtliche relevanten Informationen in aktueller Form über einen zentralen Zugangspunkt einfach gefunden werden können, wurde erreicht, die peripheren Ablagesysteme sind ersetzt worden. Der Bezug zum Ablagesystem der ganzen Klinik mit klinikübergreifenden Dokumenten und Normen wurde definiert.

18.2.2 BSCL + HoNOSCA Self-Rating neu via Table

Mit der Umsetzung des einheitlichen Klinikinformationssystem wurde die Basis für den Einsatz von mobilen Geräten geschaffen. Als erste Anwendung, wurde der BSCL und HoNOSCA Self-Rating für die Eingabe durch die Patientinnen und Patienten direkt implementiert. Die Eingaben werden direkt auf einem Tablett eingegeben und stehen dem Behandlungsteam direkt zur Verfügung. Zudem wird das Reporting vereinfacht und steht in Echtzeit zur Verfügung.

18.2.3 Qualitätssicherung bei der HoNOS/HoNOSCA Erfassung

Der HoNOS/HoNOSCA ist ein Instrument zur Erfassung der Schwere psychischer Störungen und zur Bewertung des Behandlungsbedarfs in der Psychiatrie. Es steht für "Health of the Nation Outcome Scales" und wurde in Großbritannien entwickelt. Der HoNOS/HoNOSCA ermöglicht eine standardisierte und systematische Erfassung von Symptomen, Funktionseinschränkungen sowie sozialen Beeinträchtigungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Der HoNOS/HoNOSCA hilft somit den medizinischen Fachkräften, die Schwere der Erkrankung einer Person zu beurteilen und die am besten geeignete Behandlung zu empfehlen. Darüber hinaus ermöglicht es Forschern, verschiedene Behandlungsansätze zu vergleichen und den Erfolg von Behandlungen im Vergleich zu anderen Massnahmen zu bewerten.

Die Verwendung des HoNOS/HoNOSCA trägt somit zur Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung bei und hilft, die Effektivität von Behandlungen zu verbessern. Um eine gute Datenqualität zu erzielen, ist eine sorgfältige, rechtzeitige und standardisierte Erfassung erforderlich. Im vergangenen Jahr wurden die Systemverbesserungen und Schulungen durch neue Berichte unterstützt, die eine kontinuierliche Prüfung der Datenqualität möglich machen.

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Vorbereitungen Qualitätsmanagement System (QMS) Assessment

Im Rahmen der im 2024 geplanten Durchführung eines Qualitätsmanagement System (QMS) Assessments werden in diesem Jahr vorbereitende Massnahmen durchgeführt. Basis ist die Schaffung eines gemeinsamen Verständnisses wie das Unternehmen heute gesteuert wird und wie die Informationsflüsse verlaufen. Herbeigezogen werden dazu die theoretischen Grundsätze von EFQM sowie der Austausch mit den wichtigsten internen Schnittstellen. Ziel eines Assessments soll es sein die gemachten Annahmen zu bestätigen sowie Grundlagen für die zukünftige Unternehmensstrategie zu liefern.

19 Schlusswort und Ausblick

Das Zusammen-wachsen zeigt Resultate

In den letzten Jahren hat die PUK das Programm DigiT zur digitalen Transformation umgesetzt, wodurch über 40 Projekte in den Bereichen Strategie, Struktur, Kultur und ICT realisiert wurden, um die Digitalisierungspotenziale für die PUK, ihre Patienten und Mitarbeitenden zu nutzen. Besonders erwähnenswert ist dabei das Projekt K4K (Einführung eines klinikweiten Informationssystems), bei dem die Mitarbeitenden aus verschiedenen Kliniken erfolgreich an gemeinsamen Lösungen gearbeitet haben und das neue Klinikinformationssystem erfolgreich eingeführt haben.

Zur kontinuierlichen Verbesserung der Patienten- und Mitarbeitendenzufriedenheit setzen wir auf effiziente und transparente Management-Systeme sowie eine werte- und dienstleistungsorientierte Kultur.

Für 2024 konzentrieren wir uns auf die Entwicklung einer neuen Strategie, die ab 2026 implementiert wird. Das Jahr 2025 dient dazu, diese Strategie mit den Mitarbeitenden zu erörtern und zu verankern, mit dem Ziel, die Versorgung durch Innovationen zu verbessern und unsere Dienstleistungen für Patienten, Ärzte, Partner und den Kanton Zürich zu optimieren.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

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

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinfo.ch und im aktuellen Jahresbericht.

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

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und 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+ herausgegeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/qualitaet/qualitaetsbericht/



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

Beteiligte Gremien und Partner

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

Siehe auch:

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



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

Weitere Gremien



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

Siehe auch: www.anq.ch



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

Siehe auch: www.patientensicherheit.ch



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

www.samw.ch.