



Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Manual für Erfassende Stationäre Psychiatrie Kinder und Jugendliche

Nationale Messung der Indikatoren „Symptombelastung“ und
„Freiheitsbeschränkende Massnahmen“

01.01.2021 / Version 4.0

Dieses Dokument besteht auf Französisch und Deutsch. Eine italienische Version besteht darum nicht, als in der italienischen Schweiz keine stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote bestehen. Sollte Bedarf nach einer italienischen Version dieses Dokuments bestehen, so erstellt der ANQ dieses gerne.



Farbcodierungen / Änderungsjournal

Damit Sie auf ein stets aktualisiertes Hilfsmittel zurückgreifen können, wird das vorliegende Dokument bei Bedarf auch unterjährig auf den neusten Stand gebracht. Die Farbcodierungen helfen Ihnen dabei, die letzte/n Änderung/en rasch zu erfassen. Die Farbcodierungen werden einmal jährlich zurückgesetzt (jeweils zu Jahresbeginn).

Farbcodierung	geändert per	Stichwort
Gelb	24. September 2020	Ergänzung Codierung Isolation aus infektiologischer / somatischer Indikation ab 01.01.2021

Inhalt

Einführung	4
1.1 Hintergrund der nationalen Qualitätsmessungen Kinder- und Jugendpsychiatrie	4
1.2 An wen richtet sich dieses Manual?.....	4
2 Überblick Messdesign (was wird gemessen?).....	4
3 Erfassungszeitpunkte	5
3.1 Messung bei Eintritt	5
3.2 Messung bei Austritt.....	6
3.3 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	6
4 Erfassungsinstrumente	6
4.1 Fremdbeurteilung mittels HoNOSCA.....	6
4.2 Selbstbeurteilung mittels HoNOSCA-SR	8
4.3 Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (EFM KJP)	9
4.4 BFS-Daten.....	12
4.5 Umgang mit fehlenden Werten.....	12
4.6 Nutzung der Daten für die individuelle Behandlung	12
5 Datenqualität.....	13
5.1 Datenqualität als wichtige Grundlage für die Datenauswertung	13
5.2 Benchmark Datenrücklaufquote.....	13
5.3 Schulungen für die Erfassung.....	13
5.4 Controlling der Datenqualität klinikintern und durch das Auswertungsinstitut	14
5.5 Unterstützungsmöglichkeiten für Erfassende	14
6 Datenlieferung	14
7 Auswertung und Nationaler Vergleichsbericht.....	15
8 Datenschutz	15

Abbildungen

Abbildung 1: Überblick Messdesign nationale Qualitätsmessungen KJP ANQ	5
--	---

Tabellen

Tabelle 1: Codierung von Ausfallgründen beim HoNOSCA	7
Tabelle 2: Codierung von Ausfallgründen beim HoNOSCA-SR	9
Tabelle 3: Übersicht Erfassung Freiheitsbeschränkende Massnahmen (EFM-KJP).....	10
Tabelle 4: Zuständigkeit und Erfassungszeitpunkte EFM.....	11

Einführung

1.1 Hintergrund der nationalen Qualitätsmessungen Kinder- und Jugendpsychiatrie

Das schweizerische Krankenversicherungsgesetz verpflichtet die psychiatrischen Kliniken, Qualitätsmessungen durchzuführen. Auf dieser Grundlage werden vom ANQ – Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken – nationale Qualitätsmessungen festgelegt und eingeführt. Die Umsetzung nationaler, ergebnisorientierter Qualitätsmessungen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie startete per 1. Juli 2012. Per 1. Juli 2013 werden die Qualitätsmessungen nun auch innerhalb der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeführt. Die Einführung erfolgt in zwei Phasen:

- Per 1. Juli 2013 sind der Outcome-Indikator „Symptombelastung“ mittels der Messinstrumente HoNOSCA und HoNOSCA-SR sowie die BFS-Basisdaten inklusive der Zusatzdaten Psychiatrie zu messen.
- Per 1. Januar 2014 folgt zusätzlich die Erfassung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen mittels einer für die Kinder- und Jugendpsychiatrie adaptierten Version des bereits in der Erwachsenenpsychiatrie eingesetzten Instruments EFM (EFM KJP).

Die Qualitätsmessungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie basieren auf dem Umsetzungskonzept Kinder- und Jugendpsychiatrie des ANQ und stellen einen Konsens seitens der Kliniken (Spitalverband H+ sowie Psychiatrie-Verbände, insbesondere SGKJPP) und der Financier (Kantone, Versicherer) dar.

1.2 An wen richtet sich dieses Manual?

Das vorliegende Manual richtet sich an Personen, welche im Rahmen des Behandlungsprozesses die ANQ-Qualitätsmessungen innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie vornehmen (Fremdbeurteilung), sowie an Personen, welche die Patientinnen und Patienten informieren, motivieren und sie beim Ausfüllen qualitätsbezogener Fragebogen unterstützen (Selbstbeurteilung). Es ist kurz gehalten um einen raschen Überblick zu gewährleisten. Weiterführende Informationen befinden sich auf dem [ANQ-Webportal](#) unter der Rubrik „Psychiatrie“.

2 Überblick Messdesign (was wird gemessen?)

Die Messvorgaben gelten für alle Patientinnen und Patienten aller Bereiche der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ausgenommen ist dabei einzig die Erhebung des Selbstratings zur Symptombelastung (HoNOSCA-SR) bei Patient/innen jünger als 14 Jahre.

Minderjährige Patientinnen und Patienten, die in Einheiten der Erwachsenenpsychiatrie behandelt werden, werden im Rahmen der Messungen der Erwachsenenpsychiatrie erfasst und demgemäss wie Erwachsene gehandhabt (vgl. [Manual: Nationale Qualitätsmessungen in der stationären Psychiatrie für Erwachsene](#)).

Ergänzend zu den Erhebungen der Minimal- und Psychiatriezusatzdaten gemäss den Vorgaben des Bundesamtes für Statistik BFS wird für die Qualitätsmessung bei Ein- und Austritt je eine Fremd- und Selbstbeurteilung der Symptombelastung vorgenommen. Allfällige Freiheitsbeschränkende Massnahmen müssen während der gesamten Hospitalisationsdauer kontinuierlich erfasst werden.

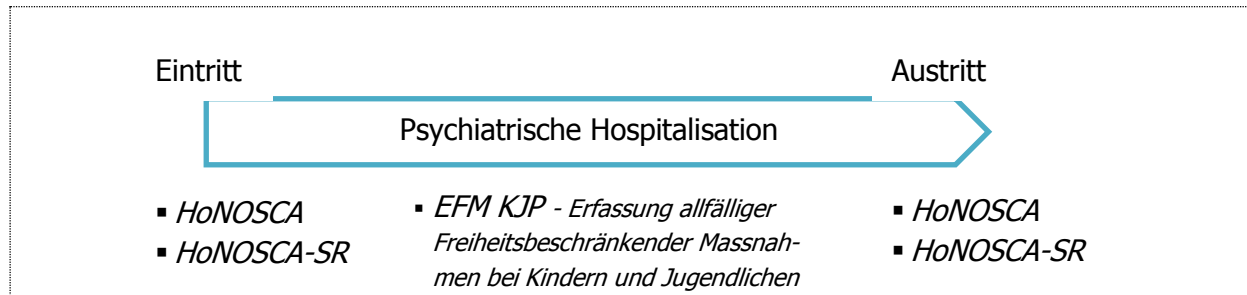


Abbildung 1: Überblick Messdesign nationale Qualitätsmessungen KJP ANQ

Zusätzlich wird in den meisten Kliniken bei Austritt die „Patientenzufriedenheit“ erhoben. Es bestehen seitens ANQ in diesem Bereich noch keine nationalen Vorgaben.

3 Erfassungszeitpunkte

Die Routine-Erfassungen bei Ein- und Austritt erfolgen grundsätzlich möglichst zeitnah beim effektiven Klinikeintritt resp. Klinikaustritt. Die Eintrittsbeurteilung (sowohl die Fremd- als auch die Selbstbeurteilung) wird immer im Hinblick auf die letzten 7 Tage vor Klinikeintritt vorgenommen (der Beurteilungszeitraum bezieht sich also auf die Symptome vor Hospitalisierung) und erfolgt innerhalb von zwei Wochen unter Berücksichtigung fremdanamnestischer Angaben wo sinnvoll (spätestens nach 14 Tagen).

Bei einer Verlegung von einer Station auf die andere innerhalb derselben Einrichtung sowie innerhalb der kinder- und jugendpsychiatrischen Einheit wird keine erneute Messung vorgenommen. Eine Verlegung von der kinder- und jugendpsychiatrischen Einheit in eine erwachsenenpsychiatrische Einheit innerhalb derselben Einrichtung bedingt eine erneute Messung mit den entsprechenden Erhebungsinstrumenten, die in der Erwachsenenpsychiatrie angewendet werden. Bei einem Urlaub wird keine Aus-/Eintrittsmessung gemacht. Wird hingegen eine Abwesenheit von der Klinik als Austritt (Fallabschluss und Neueröffnung) gehandhabt, so sind Aus-/ und Eintrittsmessungen wie beschrieben vorzunehmen. Bei einem rein administrativen Fallwechsel (z.B. aufgrund eines Wechsels des Kostenträgers) wird keine Aus-/ Eintrittsmessung durchgeführt.

3.1 Messung bei Eintritt

Bei der Eintrittsmessung wird der Status des Patienten im Zeitraum der letzten 7 Tage vor Eintritt erfasst. Das bedeutet, dass ausschliesslich die Tage vor dem Eintritt für das Rating berücksichtigt werden. Die Fremdbeurteilung erfolgt möglichst unmittelbar nach dem Eintrittsgespräch, spätestens innerhalb von 14 Tagen nach Eintritt, die Selbstbeurteilung spätestens innerhalb von 72 Stunden, da es dafür keine fremdanamnestischen Informationen zu berücksichtigen gibt.

3.2 Messung bei Austritt

Den Austrittsbogen nur ausfüllen, wenn zwischen dem Eintrittsfragebogen mind. 24h Abstand (>24h) liegt¹.

Der Bewertungszeitraum beinhaltet die letzten 7 Tage, ausser wenn der Zeitraum seit dem Ausfüllen des Eintrittsbogens < 7 Tage beträgt, dann wird der Zeitraum seit dem Ausfüllen des Eintrittsbogens unabhängig von seiner Dauer bewertet.

Die Fremdbeurteilung erfolgt möglichst unmittelbar nach dem Austrittsgespräch, frühestens 24 Stunden nach der Eintrittserhebung und 7 Tage vor Austritt, spätestens innerhalb von 14 Tagen nach Austritt; Die Selbstbeurteilung erfolgt möglichst unmittelbar nach dem Austrittsgespräch, frühestens 24 Stunden nach der Eintrittserhebung und 7 Tage vor Austritt, spätestens innerhalb 72 Stunden, da es dafür keine fremdanamnestischen Informationen zu berücksichtigen gibt.

Bei ungeplanten Austritten soll die Fremderfassung (HoNOSCA) möglichst sofort, spätestens jedoch bis 3 Tage nach Austritt nachgeholt werden (d.h. in der Regel in Abwesenheit der Patientin/ des Patienten). Diese Regel kommt auch dann zur Anwendung, wenn der Patient, die Patientin verstorben ist.

3.3 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen werden während der Hospitalisation kontinuierlich und zeitnah erfasst. Bei Isolationen, Fixierungen und Medikation trotz Widerstand des Patienten wird in **der Regel unmittelbar zusammen mit der ärztlichen Verordnung** ein (elektronisches) Formular „Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen (EFM-KJP)“ ausgefüllt.

4 Erfassungsinstrumente

4.1 Fremdbeurteilung mittels HoNOSCA

Die Fremdbeurteilung mit dem HoNOSCA misst verschiedene Problembereiche mit Bezug auf die 7 Tage vor Eintritt. Häufig bestehen innerhalb dieser 7 Tage Zustandsänderungen. In diesem Fall wird kein Mittelwert gebildet, sondern es soll der jeweils schlechteste Zustand (schwerste Ausprägung) innerhalb des Beurteilungszeitraums abgebildet werden. Bei einem Aufenthalt unter 7 Tagen bezieht sich der Bewertungszeitraum bei der Austrittsmessung auf den Zeitraum seit dem Ausfüllen des Eintrittsbogens unabhängig von seiner Dauer (mindestens 24 Stunden).

Für die Fremd-Erfassung mittels HoNOSCA ist die/der Fallverantwortliche zuständig. In Frage kommen entweder

- die fallführende Ärztin/Psychologin respektive der fallführende Arzt/Psychologe oder
- die fallführende Pflegefachperson (nur zulässig, wenn in der Klinik Pflegende die Fallführung übernehmen. Damit ist nicht das Bezugspersonenpflege-Modell gemeint, sondern fallführend ist die direkt primär behandelnde und die übrige Behandlung koordinierende Person).

Nicht zulässig ist das Assessoren-Modell (Durchführen der Messungen seitens Personen, die keine Fallverantwortung tragen und nicht weiter in den Behandlungsprozess involviert sind).

¹ Gültig ab 1. Januar 2020

Eine Fremdbeurteilung ist grundsätzlich bei allen Patient/innen - unabhängig von Diagnose, Alter, momentaner Verfassung, aktueller Situation usw. - immer möglich und obligatorisch. Für die Eintritts-HoNOSCA-Messung gibt es keine legitimen Ausfallgründe. Einzig im Fall eines Austritts innerhalb von 24 Stunden nach Eintrittsmessung ist kein Austritts-HoNOSCA zu erheben, da sich die Referenzzeiträume der Befragung (letzte 24 Stunden) überlappen würden.

Insbesondere bei nachfolgenden Situationen ist zu beachten:

<ul style="list-style-type: none"> • Unvorgesehener Austritt • Nicht-Rückkehr aus Urlaub • Todesfall 	<p>keine Dropoutgründe</p> <p>der fallführende Behandler trägt den HoNOSCA innerhalb 3 Tagen nach Austritt/Todesfall nach</p>
---	---

Codierung von Ausfallgründen beim HoNOSCA bei Austritt (Dropoutcodes):

1	Austritt innerhalb von 24 Stunden nach Eintritts-HoNOSCA-Messung, zu kurzer Messzeitraum	nur hinsichtlich Austritts-HoNOSCA zulässig
2	Andere	soll <i>nur in Ausnahmefällen</i> verwendet werden, muss mit erläuterndem Freitext ergänzt werden

Tabelle 1: Codierung von Ausfallgründen beim HoNOSCA

Allgemeine Ratingkonventionen zum HoNOSCA

- Wenn Sie sich beim Schweregrad bei einem Item nicht klar entscheiden können (bspw. „2“ oder „3“), dann ist im Zweifelsfalle immer die stärkere Ausprägung zu markieren (im Beispiel die „3“).
- Im HoNOSCA sind die Graduierungen sprachlich beschrieben. Dabei finden Sie verschiedentlich mehrere Beschreibungen. Es handelt sich bei diesen Beschreibungen immer um „oder“-Verbindungen, d.h. eine einzige von mehreren Beschreibungen pro Graduierung reicht, um diese Graduierung zu erfüllen.
- Es ist immer deskriptiv zu raten, d.h. unabhängig von einer Störungsgruppe oder einer medizinischen Behandlung oder dem Aufwand, der zur Verhinderung eines problematischen Verhaltens erforderlich ist. Die betrifft insbesondere folgende Items: Item 3 „Absichtliche Selbstverletzung“, hier wird „0“ kodiert, wenn das Verhalten nicht auftritt unabhängig vom Aufwand zu dessen Verhinderung in der Behandlung, Item 4 „Probleme mit Suchtmittelkonsum“: dito, es wird ausschliesslich das effektive Auftreten dieses Verhalten kodiert, nicht der Aufwand zu Verhinderung.
- Beim HoNOSCA-Rating sollen immer alle zur Verfügung stehenden Informationen berücksichtigt werden, also nicht nur das, was vom Patienten selber kommt, sondern auch, was von anderer Quelle her (Eltern / Angehörige, Sozialarbeitende, zuweisende Ärztin, Psychologe, etc.) bekannt ist. Der Behandelnde macht sich dabei Gedanken über die Plausibilität und entscheidet darauf basierend das konkrete Rating. Sollten aus verschiedenen Quellen kontroverse, wenig plausibilisierbare Informationen bestehen, so sind die Widersprüche zu klären. Widersprüche, welche innerhalb von 14 Tagen nach Eintritt nicht geklärt werden, werden als unbekannt „9“ geratet.
- Item 13 „Geringe Beteiligung an der Schule“: hier wird das effektive Verhalten unabhängig von der Form der (Klinik-)Schulung kodiert.

4.2 Selbstbeurteilung mittels HoNOSCA-SR

Für die Abgabe des HoNOSCA-SR und die Motivation der Patientin resp. des Patienten ist - gleich wie beim HoNOSCA - die Fallverantwortliche zuständig. In Frage kommen entweder

- die fallführende Ärztin/Psychologin respektive der fallführende Arzt/Psychologe oder
- die fallführende Pflegefachperson (nur zulässig, wenn in der Klinik Pflegende die Fallführung übernehmen; nicht gemeint ist das Bezugspersonen-Pflegesystem).

Nicht zulässig ist auch hier die Abgabe des HoNOSCA-SR (inklusive Motivation) durch Personen, die keine Fallverantwortung tragen und nicht weiter in den Behandlungsprozess involviert sind.

Die Abgabe und Motivation soll möglichst ins Erstgespräch respektive Austrittsgespräch der fallführenden Behandlerin / des fallführenden Behandlers integriert werden.

Hilfestellung beim Ausfüllen soll - sofern notwendig (z.B. bei Sprach- oder Verständnisproblemen) - angeboten werden. Sie soll auf eine nicht-beeinflussende Weise geschehen.

Zur Motivation bei Eintritt soll sinngemäss folgende Formulierung verwendet werden:

«Die Selbsteinschätzung Ihrer/Deiner Beschwerden, Probleme und Symptome mit diesem Fragebogen liefert wichtige Informationen für die Therapieplanung und dient auch der Kontrolle der Behandlung. Sie ist deshalb sehr wichtig. Ich bitte Sie/Dich, den Bogen unmittelbar nach diesem Erstgespräch auszufüllen und mir persönlich oder im Stationsbüro abzugeben. Bitte wenden Sie sich /wende Dich an jemanden vom Team, wenn beim Ausfüllen Probleme auftauchen. Wir helfen Ihnen/Dir gerne. Wir werden den von Ihnen ausgefüllten Bogen dann gemeinsam besprechen. Vielen Dank!»

Zur Motivation bei Austritt soll sinngemäss folgende Formulierung verwendet werden:

«Die nochmalige Selbsteinschätzung Ihrer/Deiner Beschwerden, Probleme und Symptome bei Klinikaustritt mit dem Ihnen/Dir bereits bekannten Fragebogen dient der Kontrolle des Behandlungserfolges. Sie ist deshalb sehr wichtig. Ich bitte Sie/Dich, den Bogen unmittelbar nach diesem Austrittsgespräch auszufüllen und mir persönlich oder im Stationsbüro abzugeben. Bitte wenden Sie sich/ wende Dich an jemanden vom Team, wenn beim Ausfüllen Probleme auftauchen. Wir helfen Ihnen/ Dir gerne. Vielen Dank!»

Grundsätzlich soll bei allen Patienten und Patientinnen - unabhängig von Diagnose, momentaner Verfassung, aktueller Situation usw. - versucht werden, sie zum Ausfüllen des HoNOSCA-SR zu bewegen, ausser es ist offensichtlich, dass eine aussagekräftige Selbstbeurteilung aussichtslos ist.

Die strukturierte Selbstbeurteilung seiner Situation durch den Patienten ist ein wichtiger Bestandteil der klinischen Diagnostik und eine wichtige Grundlage der weiteren Therapieplanung. Wenn immer möglich sollte das vom Patienten erstellte Selbstbild mit der Fremdeinschätzung verglichen und beides mit dem Patienten besprochen werden. Darauf gründet dann die fundierte Therapieplanung.

Für Ein- und Austritt bestehen nicht beeinflussbare, legitime Drop-out Gründe welche als solche deklariert werden können sowie beeinflussbare (nicht legitime) Drop-out Gründe:

Systematisch ausgenommen sind von der Selbstbeurteilung einzig Patient/innen jünger als 14 Jahre (vgl. Dropoutgrund 5).

Kann keine HoNOSCA-SR-Selbstbeurteilung erreicht werden, so ist zwingend immer einer der folgenden Ausfallgründe (Dropoutgründe) zu codieren.

1	Ablehnung durch die Patientin, den Patienten (trotz Motivation und Unterstützung)
2	Nicht ausreichende Sprachkenntnisse (es stehen Fragebogen in deutscher und französischer Sprache zur Verfügung)
3	die Patientin / der Patient ist zu schwer krank für eine Selbstbeurteilung (schwere Psychose, sehr schwere körperliche Erkrankung)
4	Todesfall
5	die Patientin / der Patient ist zu jung (<14 J.) um den Fragebogen zu verstehen
6	Austritt innerhalb von 24 Stunden nach Eintritts-HoNOSCA-SR-Messung, zu kurzer Messzeitraum
7	spontaner, unvorhergesehener Austritt oder Nicht-Rückkehr aus Urlaub
8	andere: mittels Freitext zu spezifizieren

Tabelle 2: Codierung von Ausfallgründen beim HoNOSCA-SR

Der HoNOSCA-SR kann schweizweit in Deutsch und Französisch eingesetzt werden. Diese Versionen sind ANQ-approved. Andere Sprachversionen sollten nicht abgegeben werden.

4.3 Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (EFM KJP)

Freiheitseinschränkende Massnahmen werden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie selten und nur in gut begründeten Ausnahmefällen eingesetzt, nämlich dann, wenn durch die psychische Krankheit vom Patienten/von der Patientin eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht.

Sie unterstehen verschiedenen gesetzlichen Rahmenbedingungen (Schweizerisches Zivilgesetzbuch - Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht sowie diesbezüglichen kantonalen Einführungsbestimmungen und gesetzlichen Grundlagen). Zu dieser Thematik gibt es zahlreiche ethische Auseinandersetzungen und von Fachgesellschaften erarbeitete Richtlinien (vgl. etwa die „Zwangsmassnahmen in der Medizin [2005, Neuauflage 2015]“ der Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW - www.samw.ch).

Die in der nationalen Ergebnismessung des ANQ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie berücksichtigten Freiheitsbeschränkenden Massnahmen betreffen Isolationen, Fixierungen und Medikation trotz Widerstand des Patienten.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die zuhanden des ANQs zu erfassenden Angaben.

Art der freiheitsbeschränkenden Massnahme	Kategorie	Zeitraum resp. Zeitpunkt	
Isolation	<ul style="list-style-type: none"> Psychiatrisch Infektiologisch / Somatisch² 	Beginn Datum und Uhrzeit	Ende Datum und Uhrzeit

² Bei infektiologischen / somatischen Isolationen gilt ebenso wie bei anderen freiheitsbeschränkenden Massnahmen, dass sie gegen den Willen der Patientin / des Patienten durchgeführt werden. Siehe auch Definition Freiheitsbeschränkende Massnahmen.

Art der freiheitsbeschrän- kenden Massnahme	Kategorie	Zeitraum resp. Zeitpunkt	
Fixierung		Beginn Datum und Uhr- zeit	Beginn Datum und Uhrzeit
Medikation trotz Wider- stand des Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Oral • Injektion 	Zeitpunkt Datum und Uhr- zeit	

Tabelle 3: Übersicht Erfassung Freiheitsbeschränkende Massnahmen (EFM-KJP)

Definitionen zur Erfassung von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM)

Eine Massnahme gilt per definitionem der ANQ als freiheitsbeschränkend und ist daher zu dokumentieren, wenn sie gegen den Willen des Patienten oder der Patientin durchgeführt wird, das heisst gegen eine verbale und/oder non-verbale Weigerung, bzw. gegen die klare Ablehnung sich isolieren, fixieren und/oder medizieren zu lassen, unabhängig von der Heftigkeit der Weigerung, der Urteilsfähigkeit, von früheren Einwilligungen oder der Meinung von Angehörigen und/oder Wunsch der Rechtsvertreter (in der Regel Eltern). Ist der Wille des Patienten resp. der Patientin nicht eindeutig erkennbar, beispielsweise bei Intoxikationen oder Verwirrheitszuständen, ist der mutmassliche Wille massgebend für die Entscheidung, ob es sich um eine freiheitsbeschränkende Massnahme handelt. Im Zweifelsfall ist diese Frage interdisziplinär und mit Angehörigen (in der Regel sorgeberechtigte Eltern) oder vertretungsberechtigten Personen zu diskutieren. Eine Ausnahme von dieser Regel ist die ANQ-Definition der oralen Medikation trotz Widerstand des Patienten, die nur dokumentiert wird, wenn sie ausdrücklich gegen den Willen des Patienten resp. der Patientin verabreicht wird.

Isolation

Von einer Isolation, die im Rahmen der Qualitätsmessungen der ANQ obligat erfasst werden muss, wird gesprochen, wenn eine freiheitsbeschränkende Unterbringung (Definition siehe oben) in einem abgeschlossenen Zimmer erfolgt. Der Patient oder die Patientin ist allein im Zimmer und kann dieses nicht verlassen. ³ Es wird zwischen Isolation aus psychiatrischer Indikation und Isolation aus infektiologischer / somatischer Indikation (z.B. Norovirus, COVID-19 oder MRSA) unterschieden.

Bei allen Isolationen wird jeweils der Zeitpunkt des Beginnes und des Endes erfasst.. Unterbrechungen bis zu zwei Stunden werden nicht berücksichtigt (Körperpflege, Rauchen, Spaziergänge, Versuche zur Aufhebung etc.). „Time outs“, die im Rahmen eines mit dem Patienten resp. der Patientin vereinbarten therapeutischen Programms stattfinden, werden nicht als Isolation erfasst, da in der Regel die Selbst- oder Fremdgefährdung nicht gegeben ist.

Fixierung

Eine Fixierung, die im Rahmen der Qualitätsmessung ANQ obligat erfasst werden muss, ist bei einem Festbinden an einem Bett gegeben. Ebenso werden Teilfixierungen, wie Armschienen, Handschuhe oder Helm mit Beisschutz bei Patienten, welche sich oder andere gefährden, als Fixierung erfasst. Bei allen Fixierungen wird jeweils der Zeitpunkt des Beginnes und des Endes erfasst. Unterbrechungen bis zu zwei

³ Kurzzeitiges Einschliessen wird unter Isolation erfasst.

Stunden werden nicht berücksichtigt (Körperpflege, Rauchen, Spaziergänge, Versuche zur Aufhebung etc.). Fixierungen, welche über einen längeren Zeitraum verordnet sind, sind als eine einzige Massnahme mit ihrem faktischen Beginn und Ende zu erfassen.

Festhalten und Wickeln im Rahmen des Aggressionsmanagements wird im Rahmen von ANQ nicht als freiheitsbeschränkende Massnahme erfasst.

Medikation trotz Widerstand des Patienten

Eine Medikation trotz Widerstand des Patienten, die im Rahmen der Qualitätsmessung ANQ obligat erfasst werden muss, ist definiert als die Applikation eines oder mehrerer Medikamente als Injektion oder peroral, ausdrücklich gegen den Willen, mit oder ohne Festhalten des Patienten oder der Patientin. Die perorale Medikation trotz Widerstand des Patienten bedingt die explizite Androhung einer zeitlich unmittelbaren Zwangsinjektion, wenn das Medikament nicht eingenommen wird. Im Rahmen von ANQ werden orale Zwangsmassnahmen und solche per Injektion unterschieden.

Bei allen Medikationen trotz Widerstand des Patienten wird jeweils die Art (oral oder Injektion) und der Zeitpunkt erfasst und zwar bei jeder Anwendung, auch wenn sie über einen längeren Zeitraum verordnet sind und den Zwangscharakter beibehalten (s. hierzu Definition „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“).

Sollte eine Fixierung > 30 Min. zur Durchführung einer Medikation trotz Widerstand des Patienten angewendet werden (z.B. im Rahmen einer Infusion), dann sind beide Massnahmen getrennt zu erfassen.

Ergänzungen zur Erfassung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen

Eine Freiheitsbeschränkende Massnahme wird auch dann erfasst, wenn eine psychiatrische Patientenverfügung diesbezüglich vorliegt, da die durchgeführten Massnahmen unabhängig Ihrer gesetzlichen Grundlage erfasst werden.

Die Erhebung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen mit dem EFM-KJP erhebt nicht den Anspruch, die gesamten Gesetzesvorgaben zur Dokumentation zu erfüllen.

Zuständigkeiten und Erfassungszeitpunkt

Die Zuständigkeiten und Zeitpunkte für die Erfassung von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM-KJP) sind folgendermassen zu regeln:

	<i>Erfassung durch</i>	<i>Zeitpunkt</i>
		Grundsätzlich: so zeitnah als möglich
Isolation, Fixierung, Medikation trotz Widerstand des Patienten	verordnende Ärztin, verordnender Arzt	zeitgleich mit der Verordnung, resp. Aufhebung der Verordnung

Tabelle 4: Zuständigkeit und Erfassungszeitpunkte EFM

Allfällige bereits bestehende Zuständigkeiten sollen, sofern sie sich bewährt haben, fortgeführt werden.



Wenn generell oder in einer Erfassungsperiode keine Freiheitsbeschränkenden Massnahmen eingesetzt wurden, so sind auch keine entsprechenden Daten zu erfassen. In diesem Falle ist das Auswertungsinstitut mit der Datenlieferung darüber zu informieren, dass keine Freiheitsbeschränkenden Massnahmen eingesetzt wurden.

Häufige Erfassungsprobleme

Versäumen der Erfassung

Es ist pro Klinik eine Person zu bestimmen, die einerseits für die Einhaltung der Vorgaben und die Vollständigkeit der Erfassung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen verantwortlich ist. Sie soll bei Unklarheiten auch Ansprechperson für die Auswertungsinstitution sein. Das Übereinstimmen der dokumentierten ärztlichen Verordnungen mit den Erfassungen Freiheitsbeschränkender Massnahmen (EFM-KJP) sollte klinikintern regelmässig stichprobenweise geprüft werden.

Doppelerfassung

Es ist mit geeigneten organisatorischen Strukturen sicherzustellen, dass eine Freiheitsbeschränkende Massnahme nicht doppelt erfasst wird (z.B. von unterschiedlichen zeitlichen Diensten).

4.4 BFS-Daten

Verwendet werden die Daten der medizinischen Statistik, welche in der Klinik bereits erhoben werden. Sie werden dem Auswertungsinstitut sowie dem Bundesamt für Statistik (BFS) zugestellt. Zusätzlich bedarf es der Fall-Identifikationsnummer (FID) und der (klinikinternen) eindeutigen Patienten-Identifikationsnummer (PID). Für spezifische Fragen wenden Sie sich bitte ans Auswertungsinstitut.

4.5 Umgang mit fehlenden Werten

Fehlende Werte können verschiedentlich vorkommen, insbesondere bei:

- Erfassungsversäumnissen,
- Nicht-Vorhandensein dieser Ausprägung (z.B. es gibt keine Nebendiagnose, weil der Patient nur an einer einzigen Erkrankung leidet),
- bei Selbstrating Fragebogen: Leerlassungen seitens des Patienten / der Patientin (aus verschiedenen nicht weiter eruierbaren Gründen)

In allen diesen Fällen soll die entsprechende Variable leer gelassen werden („missing“). Dies bedeutet, dass es keine Information zu dieser Variablen gibt.

Zu unterscheiden ist dieser „Missing“-Wert von den Werten „0“ und „9“. Diese tragen bestimmte Bedeutungen: der Wert „0“ bedeutet beim HoNOSCA und auch beim HoNOSCA-SR, dass der Patient, die Patientin in diesem Bereich keine Probleme hat; der Wert „9“, der im HoNOSCA zulässig ist, bedeutet „nicht beurteilbar/nicht anwendbar“, was z.B. auftreten kann, wenn sich ein Patient oder eine Patientin zu einer bestimmten Frage nicht äussern kann.

4.6 Nutzung der Daten für die individuelle Behandlung

Die ANQ-Messungen sind so konzipiert, dass sie in der Regel für die individuelle Behandlung genutzt werden können und auch sollten. In diesem Falle werden die mit HoNOSCA und/oder HoNOSCA-SR

erhobenen Daten direkt nach dem Ausfüllen oder nach der Erfassung vom Fallführenden gesichtet, wenn immer möglich mit dem Patienten oder der Patientin besprochen und für die Behandlungsplanung genutzt; die Austrittswerte auch für die Behandlungsevaluation und Austrittsplanung. Die Erstellung entsprechender Tools für die Berechnung von Skalenwerten und allenfalls Darstellung in Diagrammen ist Sache der Kliniken, da die ANQ-Messungen auf nationale Vergleichsdaten und Klinikberichte fokussieren.

5 Datenqualität

5.1 Datenqualität als wichtige Grundlage für die Datenauswertung

Um aussagekräftige Resultate zu erreichen, ist eine genügende Datenqualität Voraussetzung. Die wichtigsten Grundlagen dafür sind

- das Erreichen einer ausreichenden Rücklaufquote/Vollständigkeit der Daten,
- eine gute Schulung jener Personen, die die Beurteilungen vornehmen respektive die Patientinnen / Patienten für die Selbstbeurteilung motivieren und instruieren und
- klinikinterne Plausibilisierung der erfassten Daten.

5.2 Benchmark Datenrücklaufquote

Folgende Quoten werden erwartet:

- **Fremdbeurteilung:** Eintrittsmessung: 100%; **Vollständiges Eintritts-Austritts-Paar: 90%.** Vollständigkeit beinhaltet wichtige Variablen aus MedStat Basisdaten & Psychiatrie Zusatzdaten. Ebenfalls sind in der Berechnung dieser 90% die nicht beeinflussbaren, also legitimen Drop-outs, berücksichtigt.
- **Selbstbeurteilung: Vollständiges Eintritts-Austritts-Paar: 60%.** Vollständigkeit beinhaltet wichtige Variablen aus MedStat Basisdaten & Psychiatrie Zusatzdaten. Ebenfalls sind in der Berechnung dieser 60% die nicht beeinflussbaren Drop-outs berücksichtigt.
- **Fehlende oder mangelhafte Datensätze; 0%.**

Basierend auf den konkreten Messergebnissen passt der ANQ die erwartbaren Datenrücklaufquoten an und informiert die Kliniken über eine allfällige Anpassung der hier festgelegten Datenrücklaufquote. Die erreichten Datenrücklaufquoten der Kliniken werden einem Benchmark unterzogen und publiziert.

Datensätze, welche aufgrund des Datenlieferungszeitpunkts nicht vollständig sein können, da der Patient/die Patientin noch nicht ausgetreten ist, werden vom Auswertungsinstitut entsprechend bereinigt. Sie erscheinen nicht in der Datenrücklaufquote.

5.3 Schulungen für die Erfassung

Die Schulungen erfolgen nach dem Multiplikatorenprinzip. Die Experten des ANQ schulen Trainer / Trainerinnen der Kliniken, welche wiederum alle Behandelnden / Erfassenden der betreffenden Klinik instruieren. Der ANQ bietet regelmässig Schulungen an.

5.4 Controlling der Datenqualität klinikintern und durch das Auswertungsinstitut

Damit die Datenqualität ein befriedigendes Niveau erreicht, sollen die erfassten Qualitätsdaten bereits klinikintern frühzeitig und gründlich überprüft werden. Bei Problemen bei der Erfassung sollen in den betroffenen Bereichen wirksame Gegenmassnahmen getroffen werden.

Die gelieferten Daten der Kliniken werden vom Auswertungsinstitut hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität geprüft. Bei einer nicht ausreichenden Datenqualität werden seitens des ANQ die Messungen betreffend angemessene Massnahmen ergriffen.

Der Anhang zum Dokument „Datendefinition“, mit dem Namen „Datencontrolling und Datenvalidierung“ gibt zum klinikinternen Datencontrolling umfassende Hilfestellungen. Das Dokument zeigt ebenfalls auf, welche Überprüfung der Daten durch das Auswertungsinstitut vorgenommen werden.

5.5 Unterstützungsmöglichkeiten für Erfassende

Als erste Anlaufstelle bei Problemen dienen die klinikinternen Trainer/Trainerinnen, sowie die klinikinternen Projektleitenden.

Bei Problemen betreffend die Datenqualität und/oder technischen Erfassung stehen auch das Auswertungsinstitut und die ANQ Geschäftsstelle, Leiterin Psychiatrie, zur Verfügung.

6 Datenlieferung

Die Daten müssen in elektronischer Form an das Auswertungsinstitut geliefert werden. Die Daten sind **immer zum 07.03. des jeweils folgenden Jahres** zu liefern.

Es werden jeweils die gesamten Daten (inklusive Eintritts- und Austrittsmessungen) für die Patienten und Patientinnen mit Austritt im Erhebungszeitraum benötigt.

Je nach Export-Routine der Klinik können die Daten in einer der folgenden Varianten geliefert werden:

- Daten aller Patientinnen und Patienten, die während dem entsprechenden Erhebungszeitraum ausgetreten sind.
- Daten aller während dem entsprechenden Erhebungszeitraum aktiven Patientinnen und Patienten.
- Daten aller Patientinnen und Patienten mit Eintritt ab 1.7.2013 (Beginn der ANQ-Messungen Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Die Daten werden seit der Messperiode 2019 über das Dashboard «[moniQ](#)» an w hoch 2 übermittelt. Dafür erhält pro Klinikstandort eine verantwortliche Person einen Link zur Registrierung in [moniQ](#). Die verantwortliche Person kann sich während des ganzen Jahres mit ihrer Emailadresse und dem selbstgewählten Passwort einloggen und Daten hochladen. Ab Frühjahr 2020 sind im Dashboard live-Rückmeldungen zur Korrektheit des Datenformates und zur Datenqualität abrufbar. Nach eventuellen Korrekturen kann einfach ein neues Datenset hochgeladen werden. Zuvor hochgeladene Daten werden dabei automatisch überschrieben.

In einem zweiten Schritt muss das finale Datenset bis spätestens am 7. März aus dem Dashboard an w hoch 2 übertragen werden.



Alternativ besteht die Möglichkeit, die Daten entweder auf CD per eingeschriebener Post oder per Email (dann z.B. in einem ZIP-Archiv verschlüsselt und mit gesondert gesendetem oder telefonisch mitgeteiltem Passwort an die Adresse: auswertungsinstitut@whoch2.ch zu versenden.

Für eine effektive Verschlüsselung von Dateien gibt es kostenlose Programme wie z.B. 7-zip.

Sofern die Daten oder ein Teil davon über eine spezialisierte Software eingegeben werden, sollte die Klinik die Datenlieferung regeln. Es gilt der Grundsatz, dass die Daten Eigentum der Klinik sind und nur dann durch den Softwareanbieter dem Auswertungsinstitut übermittelt werden können, wenn hierzu eine spezifische Ermächtigung durch die Klinik erfolgt ist.

7 Auswertung und Nationaler Vergleichsbericht

Es wird ein jährlicher Nationaler Vergleichsbericht Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie erstellt und veröffentlicht. Dieser beinhaltet klinikvergleichende, qualitätsbezogene Auswertungen der Messungen für alle Sprachregionen der Schweiz. Details dazu finden sich im Dokument „Auswertungskonzept Stationäre Psychiatrie Kinder- und Jugendliche“.

8 Datenschutz

Die an den ANQ gelieferten Qualitätsdaten ermöglichen keine Rückschlüsse auf die Identität der Patientinnen und Patienten. Der Umgang mit Daten ist im ANQ-Datenreglement geregelt.