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

Messmanual
Stationäre Erwachsenenpsychiatrie

Ab Messjahr 2023

Nationale Messung der Indikatoren «Symptombelastung» und «Freiheitsbeschränkende Massnahmen»

Version 7.0

Publiziert am 11.05.2023

Weltpoststrasse 5 / 3015 Bern / Tel. +41 31 511 38 40 / info@anq.ch / anq.ch
IBAN: CH45 0079 0016 2864 0545 0

Inhaltsverzeichnis

Farbcodierungen/Änderungsjournal 3

1. Einführung 4

2. Überblick Messplan 5

2.1. Zusatzdaten Bundesamt für Statistik (BFS) 6

3. Erfassungszeitpunkte 7

3.1. Symptombelastung (HoNOS, BSCL) 7

3.1.1. Erfassungsfristen bei Ein- und Austritten 7

3.1.2. Verlegungen 7

3.1.3. Administrativer Fallwechsel 7

3.2. Freiheitsbeschränkende Massnahmen 8

4. Erfassungsinstrumente 9

4.1. Fremdbeurteilung mittels HoNOS 9

4.1.1. Allgemeine Ratingkonventionen zum HoNOS 10

4.2. Selbstbeurteilung mittels BSCL 10

4.3. Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen (EFM) 12

4.3.1. Zuständigkeit und Erfassungszeitpunkt EFM 14

4.3.2. Häufige Erfassungsprobleme EFM 14

4.4. Umgang mit fehlenden Werten 14

4.5. Nutzung der Daten für die individuelle Behandlung 15

5. Datenqualität 16

5.1. Datenqualität als wichtige Grundlage für die Datenauswertung 16

5.2. Benchmark Datenrücklaufquote 16

5.3. Schulungen für die Erfassung 16

5.4. Controlling der Datenqualität klinikintern und durch das Auswertungsinstitut 16

5.5. Unterstützungsmöglichkeiten für Erfassende 17

6. Datenlieferung 18

7. Auswertung 19

8. Datenschutz 19

9. Literatur 19

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.

FARBCODIERUNG	GEÄNDERT PER	STICHWORT
PINK	11.05.2023	Einführung Kliniktyp Alterspsychiatrie/Sistierung BSCL für den Kliniktyp Alterspsychiatrie/sprachliche Anpassungen und grafische Aufarbeitung
GRÜN	01.08.2022	Harmonisierung der Erfassungsfristen bei Ein- und Austritten EP/KJP ab 01.01.2023
BLAU	01.05.2022	Konsolidierung der Erfassungsfristen bei Ein- und Austritten
KEINE	01.01.2022	Formale Überarbeitung/Textstruktur, keine inhaltlichen Veränderungen
GELB	24.09.2020	Ergänzung Codierung Isolation aus infektiologischer/somatischer Indikation ab 01.01.2021

1. Einführung

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklungen in Spitälern und Kliniken (ANQ) wurde 2009 von allen wichtigen Partnern des Schweizer Gesundheitswesens auf Basis des damals gültigen Artikel 58 des Krankenversicherungsgesetz (KVG) gegründet. ANQ-Mitglieder sind der Spitalverband H+, die Verbände der Versicherer (santésuisse und curafutura), die Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfall-, Militär-, und Invalidenversicherung) sowie alle 26 Kantone und das Fürstentum Liechtenstein.

Der ANQ koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der stationären Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Die Qualitätsmessungen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie basieren auf dem Umsetzungskonzept Erwachsenenpsychiatrie des ANQ und wurde von allen Partnern genehmigt. Die Durchführung dieser Messungen ist für alle Kliniken, die dem Nationalen Qualitätsvertrag beitreten, obligatorisch.

Der ANQ gibt den psychiatrischen Kliniken die gesamtschweizerisch durchzuführenden Qualitätsmessungen in Form von Messplänen vor. Er koordiniert deren Umsetzung von der Datenerhebung über die Auswertung, das Verfassen der Berichte bis hin zur Veröffentlichung der Ergebnisse für eine breite Öffentlichkeit.

Die Umsetzung nationaler, ergebnisorientierter Qualitätsmessungen in der stationären Erwachsenenpsychiatrie startete am 1. Juli 2012. Ein Jahr später wurden die Qualitätsmessungen auch in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeführt (per 1. Juli 2013 der Indikator Symptombelastung, per 1. Januar 2014 der Indikator Freiheitsbeschränkende Massnahmen).

Das vorliegende Messmanual richtet sich an Personen, welche im Rahmen des Behandlungsprozesses die ANQ-Qualitätsmessungen innerhalb der Erwachsenenpsychiatrie 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.

2. Überblick Messplan

Die Messvorgaben gelten für alle Patientinnen und Patienten aller Bereiche der stationären Erwachsenenpsychiatrie. Minderjährige Patientinnen und Patienten, die in Einheiten der Erwachsenenpsychiatrie behandelt werden, werden hinsichtlich der Messungen wie Erwachsene gehandhabt und erfasst.

Psychiatrische Kliniken sind Einrichtungen, welche in der Typologie des Bundesamtes für Statistik unter die Kategorien K211 oder K212 fallen. Kliniken und räumlich sowie organisatorisch abgegrenzte stationäre Einheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie nehmen an einer separaten Messung teil.

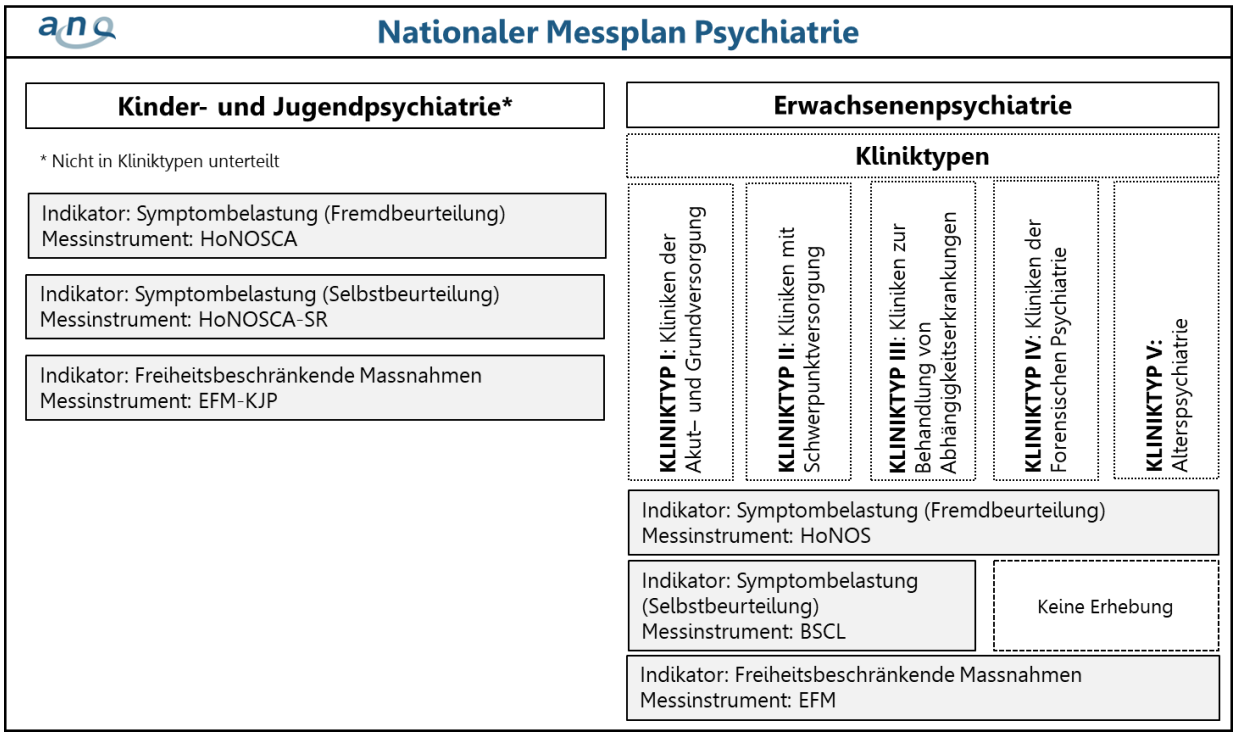

Abbildung 1: Nationaler Messplan Erwachsenenpsychiatrie

Hinweis zum Messplan:
Kliniken der Forensische Psychiatrie sind seit dem 01.01.2019 und die Kliniken der Alterspsychiatrie seit dem 01.01.2023 von der Messung der Selbstbewertung durch Patientinnen und Patienten mit dem Fragebogen BSCL dispensiert.

In der nachfolgenden Abbildung 2 werden die Messzeitpunkte der zu erhebenden und dem ANQ zu übermittelnden Daten grafisch dargestellt.

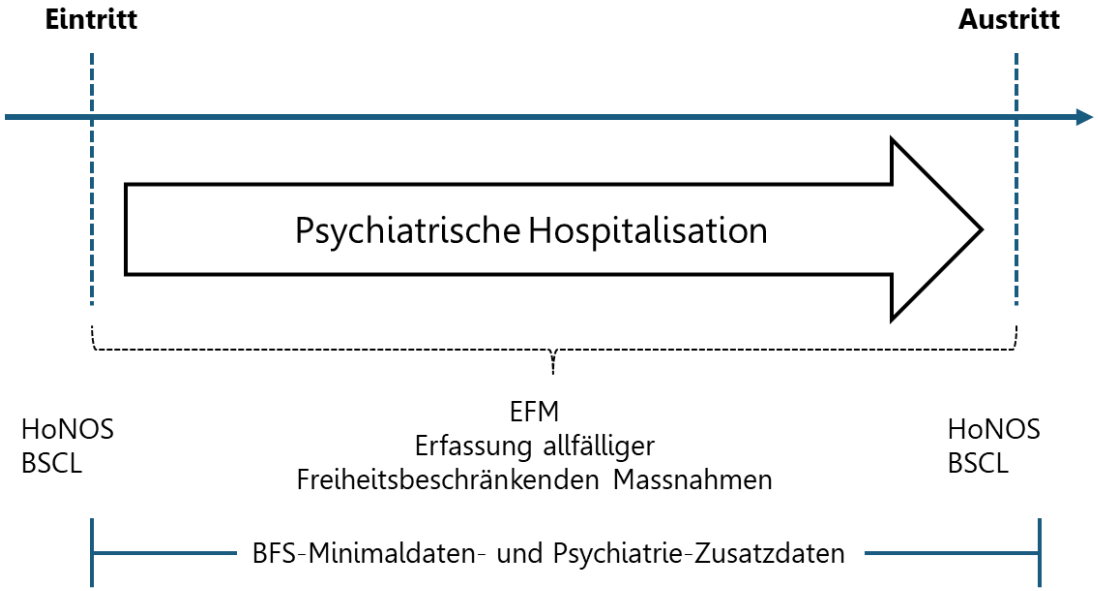

Abbildung 2: Überblick Messdesign nationale ANQ-Qualitätsmessungen Erwachsenenpsychiatrie

2.1. Zusatzdaten Bundesamt für Statistik (BFS)

Ergänzend zu den Erhebungen der Symptombelastung (Fremd- und Selbstbeurteilung) bei Ein- und Austritt und der Erfassung allfälliger Freiheitsbeschränkender Massnahmen (FM) während der Hospitalisationsdauer, sind die Variablen der Medizinischen Statistik (Minimaldatensatz und Psychiatrie-Zusatzdaten) dem Auswertungsinstitut zu übermitteln (siehe Abbildung 3). Zusätzlich bedarf es der Fallidentifikationsnummer (FID) und der (klinikinternen) eindeutigen Patientenidentifikationsnummer (PID).

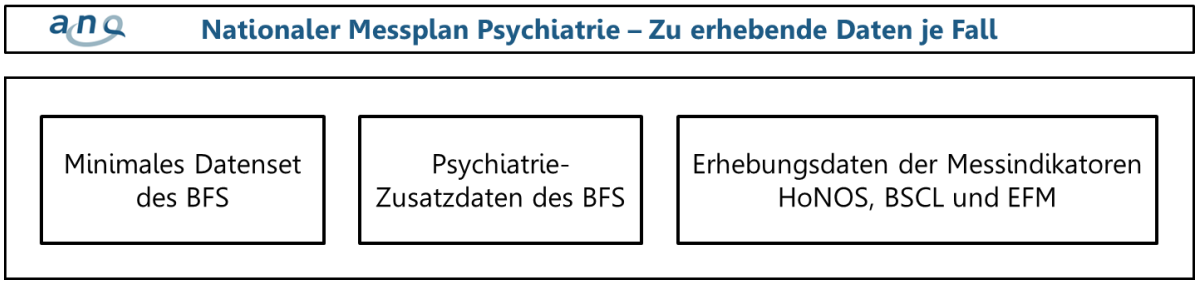

Abbildung 3: Überblick der zu erfassenden und zu übermittelten Daten

3. Erfassungszeitpunkte

3.1. Symptombelastung (HoNOS, BSCL)

3.1.1. Erfassungsfristen bei Ein- und Austritten

Die Routine-Erfassungen bei Ein- und Austritt (HoNOS, BSCL) erfolgen grundsätzlich **möglichst zeitnah** beim effektiven Klinikeintritt resp. Klinikaustritt, jedoch frühestens/spätestens gemäss der Fristenübersicht in Tabelle 1. Der Ein- und Austrittstag wird zu den 3 Tagen nach Eintritt und 3 Tagen vor Austritt dazugezählt.

Tabelle 1: Fristenübersicht Erfassungsfristen Erwachsenenpsychiatrie

	Eintrittsmessung		**Austrittsmessung**	
	Frühestens	Spätestens	Frühestens	Spätestens
HoNOS	Eintrittstag	3 Tage nach Eintritt	3 Tage vor Austritt	3 Tage nach Austritt
BSCL	Eintrittstag	3 Tage nach Eintritt	3 Tage vor Austritt	Austrittstag

Bei der Eintrittsmessung sowie bei der Austrittsmessung wird jeweils der Status der Patientin/des Patienten der letzten 7 Tage erfasst (**Bewertungszeitraum = 7 Tage**). Bei der Austrittsmessung gilt folgende Ausnahme: Falls der Zeitraum seit dem Ausfüllen des Eintrittsbogens <7 Tage beträgt, wird nur der Zeitraum seit dem Ausfüllen des Eintrittsbogens bewertet. Bei der Beurteilung soll immer **die schwerste Ausprägung im Beurteilungszeitraum** markiert werden (also keine Art von Durchschnitt in dieser Zeit).

Der Austrittsbogen ist nur auszufüllen, wenn seit dem Ausfüllen des Eintrittsfragebogens mindestens 24 Stunden vergangen sind (>24 Stunden) (Gültigkeit ab 01.01.2020). Die Austrittsmessung wird auch dann erhoben, wenn die Patientin/der Patient verstorben ist.

Nicht ausgefüllte Fragebögen müssen mit einer Begründung für den Dropout codiert werden. Dabei wird zwischen beeinflussbaren und nicht beeinflussbaren Dropouts unterschieden (vgl. Kapitel 4).

3.1.2. Verlegungen

Bei Verlegungen zwischen Standorten ist bei beiden Standorten eine Ein-/Austrittsmessung vorzunehmen. Bei einer Verlegung von einer Station auf die andere innerhalb derselben Einrichtung (innerhalb desselben Standorts) wird jedoch keine erneute Messung gemacht. Auch bei einem Urlaub wird keine Aus-/Eintrittsmessung durchgeführt. Wird hingegen eine Abwesenheit von der Klinik als Behandlungsende und -Neubeginn gehandhabt, so sind Aus-/Eintrittsmessungen wie beschrieben vorzunehmen.

3.1.3. Administrativer Fallwechsel

Bei einem rein administrativen Fallwechsel (z. B. aufgrund eines Wechsels des Kostenträgers) wird keine Aus-/Eintrittsmessung durchgeführt. Administrative Fälle werden auch für die Datenlieferung an das Bundesamt für Statistik (BFS) durch die Kliniken zu Behandlungsfällen zusammengeführt. Pro Behandlungsfall sind jeweils eine Messung mit HoNOS und BSCL bei Behandlungsbeginn und eine bei Behandlungsabschluss erforderlich. Die Falldefinition entspricht derjenigen des BFS, wie sie im Detailkonzept für die Medizinische Statistik dargestellt ist. Grundsätzlich gilt, dass eine Erhebungseinheit einem Behandlungsfall entspricht. Aufgrund der Erfahrung der Messung 2018 wurde im ANQ-Vorstand im selben Jahr entschieden, die Falldefinition ohne die Fallzusammenführung (Wiedereintritt innerhalb von 18 Tagen) nach TARPSY/SwissDRG ab dem Messjahr 2019 festzulegen. Die Daten dürfen daher **keine** gemäss TARPSY/SwissDRG zusammengeführten Fälle enthalten.

3.2. Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen während der Hospitalisation werden kontinuierlich und zeitnah erfasst. Bei Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen wird **in der Regel unmittelbar zusammen mit der ärztlichen Verordnung** das Formular «Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen» (EFM) ausgefüllt, bei Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett geschieht dies **bei der Durchführung**.

4. Erfassungsinstrumente

4.1. Fremdbeurteilung mittels HoNOS

Der HoNOS wurde 1996 vom Royal College of Psychiatrists (RCPsych) veröffentlicht. Im Rahmen der nationalen ANQ-Qualitätsmessungen darf das Erhebungsinstrument ohne weitere Genehmigung verwendet werden. Das Instrument fragt mittels 12 Items nach Problemen zu Verhalten, Beeinträchtigungen, Symptomen und sozialer Funktionsfähigkeit, die bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung häufig auftreten können. Die Symptombelastung wird auf einer Skala von 0 «kein Problem» bis 4 «schwerwiegendes bis sehr schweres Problem» erfasst.

Der HoNOS wird für die ANQ-Qualitätsmessungen in allen Kliniktypen der Erwachsenenpsychiatrie eingesetzt. Für die Erwachsenenpsychiatrie wird der HoNOS - Erwachsene im erwerbsfähigen Alter - erhoben. Der HoNOS - Ältere Erwachsene (65+) - wird den Kliniken der Alterspsychiatrie (Kliniktyp V) zur Verwendung empfohlen. Die zwei Varianten unterscheiden sich lediglich hinsichtlich der verwendeten Terminologie (angepasst auf Erwachsene bzw. ältere Personen).

Beim HoNOS handelt es sich um ein Fremdbeurteilungsinstrument. Für die Fremdbeurteilung mittels HoNOS 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 Bezugspersonenpflegemodell 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).

Eine Fremdbeurteilung ist bei allen Patientinnen und Patienten – unabhängig von Diagnose, Alter, momentaner Verfassung, aktueller Situation usw. – immer möglich und obligatorisch. Für die Eintritts-HoNOS-Messung gibt es keine legitimen Ausfallgründe. Einzig im Fall eines Austritts innerhalb von 24 Stunden nach der Eintrittsmessung ist kein Austritts-HoNOS zu erheben, da ein solcher Bewertungszeitraum zu kurz für sinnvolle Rückschlüsse wäre.

Tabelle 2: Codierung von Ausfallgründen (Dropouts) beim HoNOS bei Austritt

Code	Grund	Bemerkung
1	Austritt innerhalb von 24 Stunden nach der Eintrittsmessung HoNOS (Messung ist zu kurz).	Ausschliesslich für die Austrittsmessung HoNOS zulässig
2	Andere	Soll nur in Ausnahmefällen verwendet werden und muss mit erläuterndem Freitext ergänzt werden
Hinweis: Unvorhergesehener Austritt, Nicht-Rückkehr aus dem Urlaub oder ein Todesfall sind keine Dropout-Gründe. Die fallführenden Behandelnden tragen den HoNOS innerhalb von 3 Tagen nach Austritt bzw. Todesfall nach.		

4.1.1. Allgemeine Ratingkonventionen zum HoNOS

Die nachfolgend aufgeführten Rating-Konventionen des ANQ zum HoNOS finden sich identisch im Dokument Konzentrierter Ratingbogen: Skala «HoNOS» mit integriertem Glossar und ANQ-Ratingkonventionen. Es handelt sich dabei um eine Darstellung des HoNOS-Messinstruments mit integrierten Ratingkonventionen, welche sich auch gut für interne Schulungen eignet.

Generell gilt für den HoNOS:

- Wenn der Wert des Items nicht klar entschieden werden kann (z. B. «2» oder «3»), ist immer die stärkere Ausprägung zu markieren (hier: «3»)
- Es ist immer anhand der sichtbaren Symptome und unabhängig von einer anderen Störungsgruppe oder medizinischen Behandlung zu bewerten
  Beispiel: Bei einer Patientin oder einem Patienten liegt eine medikamentös therapierte Schlafstörung vor. Liegen beim Zeitpunkt der Beurteilung keine Schlafsymptome vor, ist das entsprechende Item im HoNOS mit «0» zu bewerten.
- Eine einzige von mehreren Symptombeschreibungen pro Ausprägung reicht, um diese Ausprägung zu erfüllen
  Bemerkung: Im HoNOS sind die Ausprägungen sprachlich beschrieben. In den Beschreibungen finden sich mehrere Symptombeispiele. Um die Ausprägung zu erfüllen, reicht das Vorliegen einer einzigen oder mehreren der aufgezählten Symptombeispiele.
- Bei der Bewertung müssen stets alle zur Verfügung stehenden Informationen berücksichtigt werden
  Bemerkung: Zu berücksichtigen ist nicht nur was die Patientin oder der Patient selbst berichtet, sondern auch Informationen anderer Quellen und Personen (Angehörige, zuweisende Ärzt/innen, Sozialarbeiter/innen etc.). Anhand der Informationen und deren Plausibilität entscheidet die/der Behandelnde das Rating. Allfällige Widersprüche und Kontroversen sind abzuklären. Widersprüchlichkeiten, die innerhalb von 3 Tagen nicht geklärt werden, werden als unbekannt «9» bewertet.
- Wenn immer möglich sollten nicht mehr als drei Items mit unbekannt «9» bewertet werden, da der Bogen ansonsten aus der Auswertung ausscheidet.
- Der Referenzzeitraum wurde in allen Sprachversionen auf die letzten 7 Tage angepasst.
  Bemerkungen: Bei einem Aufenthalt unter 7 Tagen bezieht sich der Bewertungszeitraum bei der Austrittsmessung auf die Zeit seit der Eintrittsmessung (mindestens 24 Stunden).
- Beim HoNOS gibt es lediglich bei Austritt einen regulären Dropout-Grund (Kurzaufenthalt <24 Stunden). Der Dropout-Grund «Andere» soll nur in Ausnahmefällen Verwendung finden und muss mit erläuterndem Freitext ergänzt werden.

Die Ratingkonventionen der einzelnen Items sind im Messinstrument abgebildet.

4.2. Selbstbeurteilung mittels BSCL

Das Erhebungsinstrument Brief Symptom Checklist (BSCL) erfasst die subjektive empfundene Beeinträchtigung von Personen mit 53 Items zu körperlichen und psychischen Symptomen. Die Symptombelastung als Selbstbeurteilung wird auf einer Skala von 0 «überhaupt nicht» bis 4 «sehr stark» erfasst.

Die BSCL wird in der Erwachsenenpsychiatrie eingesetzt. Ausgenommen von der Messung der Selbstbeurteilung mittels BSCL sind Patientinnen und Patienten der Forensische Psychiatrie (seit 01.01.2019) und Patientinnen und Patienten der Alterspsychiatrie (seit 01.01.2023).

Für die Abgabe der BSCL und die Motivation der Patientin oder des Patienten ist – genauso wie beim HoNOS – die Fallverantwortliche verantwortlich. 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 Bezugspersonenpflegesystem).

Die Abgabe des Fragebogens und die Motivation zur Teilnahme sollen möglichst ins Erstgespräch respektive Austrittsgespräch der fallführenden Behandelnden 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 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, den Bogen unmittelbar nach diesem Erstgespräch auszufüllen und mir persönlich oder im Stationsbüro abzugeben. Bitte wenden Sie sich an jemanden vom Team, wenn beim Ausfüllen Probleme auftauchen. Wir helfen Ihnen 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 Beschwerden, Probleme und Symptome bei Klinikaustritt mit dem Ihnen bereits bekannten Fragebogen dient der Kontrolle des Behandlungserfolges. Sie ist deshalb sehr wichtig. Ich bitte Sie, den Bogen unmittelbar nach diesem Austrittsgespräch auszufüllen und mir persönlich oder im Stationsbüro abzugeben. Bitte wenden Sie sich an jemanden vom Team, wenn beim Ausfüllen Probleme auftauchen. Wir helfen Ihnen gerne. Vielen Dank!»

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

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

Kann keine BSCL-Selbstbeurteilung erreicht werden, so ist zwingend immer ein Ausfallgrund (**Dropout**) aus untenstehender Tabelle (Tabelle 3) zu kodieren.

Tabelle 3: Codierung von Ausfallgründen bei der BSCL

Code	Ausfallgründe (Dropout-Gründe)
1	Ablehnung durch die Patientin/den Patienten (trotz Motivation und Unterstützung)
2	Nicht ausreichende Sprachkenntnisse
3	Die Patientin/der Patient ist zu schwer krank für eine Selbstbeurteilung (schwere Psychose, schwere Demenz, sehr schwere körperliche Erkrankung)
4	Todesfall
5	Die Patientin/der Patient ist zu jung (<14 Jahre) um den Fragebogen zu verstehen
6	Austritt innerhalb von 24 Stunden nach Eintritts-BSCL-Messung (zu kurzer Messzeitraum)
7	Spontaner, unvorhergesehener Austritt oder Nicht-Rückkehr aus Urlaub
8	Andere: Mittels Freitext zu spezifizieren

Die BSCL kann in Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch eingesetzt werden. Diese Versionen sind durch den ANQ geprüft und genehmigt. Bis auf weiteres stellt der ANQ keine weiteren validierten **Sprachversionen** der BSCL zur Verfügung: Spezifische Auswertungen der Daten aus der ANQ-Messung «stationäre Erwachsenenpsychiatrie» zeigen, dass nur eine geringe Anzahl der Dropouts beim Patientenfragebogen BSCL auf Sprachproblemen beruhen und diese Fälle eine sehr hohe Sprachheterogenität aufweisen. Da diese Ausgangslage keinen dringenden Handlungsbedarf zeigt, stellt der Lizenzgeber Hogrefe keine weiteren Sprachversionen des BSCL zur Verfügung und da die Herstellung validierter Übersetzungen sehr aufwändig ist, bleibt der ANQ bis auf weiteres bei den Sprachversionen Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch.

Die BSCL ist von der Firma Hogrefe Verlag lizenziert, seine Nutzung ist entsprechend kostenpflichtig. Die **Lizenzkosten** für die Nutzung der BSCL innerhalb der ANQ-Messungen werden vom ANQ getragen. Die Lizenz beinhaltet die Erstellung einer Printversion sowie einer elektronischen Version. Die Messlizenz wurde um die Möglichkeit klinikindividueller Verlaufsmessungen erweitert.

4.3. Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen (EFM)

Die Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen (EFM) wurde vom ANQ in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten erarbeitet und basieren auf dem Pilotprojekt der Nationalen Koordinations- und Informationsstelle für Qualitätssicherung (KIQ – einer Vorläuferorganisation des ANQ) aus den Jahren 2008-2010. Die EFM sind seit Messbeginn im Jahr 2012 auf dem ANQ-Messplan Erwachsenenpsychiatrie.

Freiheitsbeschränkende Massnahmen (FM) werden in der Psychiatrie selten und nur in gut begründeten Ausnahmefällen eingesetzt, nämlich dann, wenn von der Patientin oder vom Patienten eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht.

Eine Freiheitsbeschränkende Massnahme **wird per Definition gegen den Willen der Patientin/des Patienten durchgeführt**, d. h. gegen eine verbale und/oder nonverbale Weigerung bzw. gegen die klare Ablehnung sich isolieren, fixieren, festbinden, festhalten und/oder medizieren zu lassen, sich Bettgittern oder tiefen Sitzgelegenheiten ausgesetzt zu sehen, unabhängig von der Heftigkeit der Weigerung, der Urteilsfähigkeit, früheren Einwilligungen oder der Meinung von Angehörigen. Ist der Wille der Patientin oder des Patienten nicht eindeutig erkennbar, beispielsweise bei Demenz, ist der mutmassliche Wille massgebend. Im Zweifelsfall ist dies interdisziplinär und mit Angehörigen oder vertretungsberechtigten Personen zu diskutieren. Freiheitsbeschränkende Massnahmen unterstehen verschiedenen gesetzlichen Rahmenbedingungen (Schweizerisches Zivilgesetzbuch – Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht sowie diesbezüglichen kantonalen Einführungsbestimmungen und gesetzlichen Grundlagen)[1]. Zu dieser Thematik gibt es zahlreiche ethische Auseinandersetzungen und von Fachgesellschaften erarbeitete Richtlinien (vgl. etwa «Zwangsmassnahmen in der Medizin» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) oder die «Richtlinien zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen» von Gerontologie CH. Die in der nationalen Ergebnismessung des ANQ in der Erwachsenenpsychiatrie berücksichtigten Freiheitsbeschränkenden Massnahmen betreffen Isolationen, Fixierungen, Zwangsmedikationen, Festhalten sowie Bewegungseinschränkungen im Stuhl oder im Bett. Die nachfolgende Tabelle (Tabelle 4) gibt einen Überblick über die zuhanden des ANQ zu erfassenden Angaben.

Tabelle 4: Übersicht Erfassung Freiheitsbeschränkende Massnahmen EFM

Art der FM	**Kategorie**	**Zeitraum resp. Zeitpunkt**	
Isolation	• Psychiatrisch • Infektiologisch/ somatisch	Beginn Datum und Uhrzeit	Ende Datum und Uhrzeit
Fixierung		Beginn Datum und Uhrzeit	Ende Datum und Uhrzeit
Zwangsmedikation	• Oral • Injektion	Zeitpunkt Datum und Uhrzeit	
Festhalten		Beginn Datum und Uhrzeit	Ende Datum und Uhrzeit
Bewegungseinschränkung im Stuhl		Beginn Datum und Uhrzeit	Ende Datum und Uhrzeit
Bewegungseinschränkung im Bett		Beginn Datum und Uhrzeit	Ende Datum und Uhrzeit

Informationen zu den einzelnen Massnahmen sind im Erfassungsinstrument Freiheitsbeschränkende Massnahmen (EFM) auf dem ANQ-Webportal zu finden.

[1] Vgl. ZGB (seit 1.1.2013 in Kraft), insbesondere Art. 19 lit. c ZGB (Urteilsfähigkeit), Art 377ff. ZGB (Vertretung bei medizinischen Massnahmen), 383ff. ZGB (Bewegungseinschränkende Massnahmen), 433ff. ZGB (Medizinische Behandlung ohne Zustimmung).

4.3.1. Zuständigkeit und Erfassungszeitpunkt EFM

Die Zuständigkeiten und Zeitpunkte für die Erfassung von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen sind gemäss Tabelle 5 zu regeln. Allfällige bereits bestehende von Tabelle 5 abweichende Zuständigkeiten sollen, sofern sie sich bewährt haben, fortgeführt werden.

Tabelle 5: Zuständigkeiten und Erfassungszeitpunkte FM

Art der FM	Erfassung durch	Zeitpunkt
Isolation, Fixierung, Zwangsmedikation, Festhalten	verordnende Ärztin, verordnender Arzt	zeitgleich mit der Verordnung, resp. Aufhebung der Verordnung
Bewegungseinschränkung im Bett oder im Stuhl	Pflegefachpersonen	möglichst zeitnah zur Massnahme am Tag der Durchführung
		Regelmässig stattfindende gerontopsychiatrietypische Massnahmen können zeitsparend im Voraus eingetragen werden

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

4.3.2. Häufige Erfassungsprobleme EFM

Versäumen der Erfassung

Es ist pro Klinik eine Person zu bestimmen, die für die Einhaltung der Vorgaben sowie für die Vollständigkeit der Erfassung der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen verantwortlich ist. Diese soll bei Unklarheiten Ansprechperson für das Auswertungsinstitut sein. Das Übereinstimmen der dokumentierten ärztlichen Verordnungen mit den Erfassungen Freiheitsbeschränkender Massnahmen (EFM) soll 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).

Erfassung des Endes

Es besteht die Gefahr, dass zwar der Anfang einer Massnahme erfasst wird, die Erfassung des Endes jedoch vergessen geht. Die Kliniken sollen geeignete Kontrollstrukturen einrichten, die dies verhindern.

4.4. Umgang mit fehlenden Werten

Fehlende Werte können verschiedentlich vorkommen, insbesondere bei:

- Erfassungsversäumnissen (z. B. Es wurde versäumt, nach dem Zivilstand zu fragen),
- Nicht-Vorhandensein dieser Ausprägung (z. B. Gibt es keine Nebendiagnose, weil die Patientin oder der Patient nur an einer einzigen Erkrankung leidet),
- bei Patientenfragebogen: z. B. Leerlassungen seitens der Patientin/des Patienten (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 Variable gibt. Zu unterscheiden ist dieser «missing»-Wert von den

Werten «0» und «9», welche bestimmte Bedeutungen tragen. Beispielsweise bedeutet der Wert «0» beim HoNOS sowie beim BSCL, dass die Patientin oder der Patient in diesem Bereich keine Probleme hat; der Wert «9», der im HoNOS zulässig ist, bedeutet «nicht beurteilbar/nicht anwendbar», was z. B. auftreten kann, wenn sich eine Patientin oder ein Patient zu einer bestimmten Frage nicht äussern kann.

4.5. Nutzung der Daten für die individuelle Behandlung

Die ANQ-Messungen sind so konzipiert, dass die bei einer Patientin oder einem Patienten erhobenen Daten in der Regel für die individuelle Behandlung genutzt werden können und auch sollten. In diesem Falle werden die mit HoNOS und/oder BSCL erhobenen Daten direkt nach dem Ausfüllen/der Erfassung von der fallführenden Person gesichtet, wenn immer möglich mit der Patientin oder dem Patienten besprochen und für die Behandlungsplanung genutzt. Die Austrittswerte dienen zudem auch der Behandlungsevaluation und Austrittsplanung.

Die Erstellung entsprechender Tools für die Berechnung von Skalenwerten und die allfällige 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 ausreichende Datenqualität Voraussetzung. Die wichtigsten Grundlagen dafür sind:

- das Erreichen einer **ausreichenden Rücklaufquote sowie Vollständigkeit der Daten**,
- eine **gute Schulung** jener Personen, welche die Beurteilungen vornehmen respektive die Patientinnen und Patienten für die Selbstbeurteilung motivieren und instruieren und
- die **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 den BFS-Minimaldaten und den BFS-Psychiatrie-Zusatzdaten. Ebenfalls sind in der Berechnung dieser 90% die nicht beeinflussbaren, legitimen Dropouts berücksichtigt.
- **Selbstbeurteilung: Vollständiges Eintritts-Austritts-Paar: 60%.** Vollständigkeit beinhaltet wichtige Variablen aus den BFS-Minimaldaten und dem BFS-Psychiatrie-Zusatzdaten. Ebenfalls sind in der Berechnung dieser 60% die nicht beeinflussbaren Dropouts berücksichtigt.
- **Fehlende oder mangelhafte Datensätze: 0%.**

Die erreichten Datenrücklaufquoten der Kliniken werden einem Benchmark unterzogen und publiziert. Datensätze, welche aufgrund des Datenlieferungszeitpunkts nicht vollständig sein können, da die Patientin oder der Patient 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 Multiplikatoren-Prinzip. Die Expertinnen und Experten des ANQ schulen Trainerinnen und Trainer der Kliniken, welche wiederum die Behandelnden/Erfassenden der betreffenden Klinik instruieren. Der ANQ bietet regelmässige Schulungen an (Schulungen Fachbereich Psychiatrie).

5.4. Controlling der Datenqualität klinikintern und durch das Auswertungsinstitut

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

Die gelieferten Daten der Kliniken werden in moniQ hinsichtlich Vollständigkeit und Plausibilität geprüft (dies kann von der Klinik auch unterjährig gemacht werden). Bei einer nicht ausreichenden Datenqualität sollten durch die Kliniken Massnahmen zur Verbesserung ergriffen werden.

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 das Auswertungsinstitut vornimmt.

5.5. Unterstützungsmöglichkeiten für Erfassende

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

Bei Problemen betreffend Datenqualität und/oder technische Erfassung stehen auch das Auswertungsinstitut und die ANQ-Geschäftsstelle zur Verfügung.

6. Datenlieferung

Die Daten müssen pro Standort an das Auswertungsinstitut geliefert werden. Ausnahme sind Daten des Kliniktyps Alterspsychiatrie an Standorten, welche sowohl Angebote der Erwachsenenpsychiatrie als auch der Alterspsychiatrie bieten. Diese Standorte liefern die Daten beider Bereiche in einem gemeinsamen Datenset über den moniQ-Account der Erwachsenenpsychiatrie. Die Trennung der Daten wird durch w hoch 2 vorgenommen. Fälle, bei denen in der Variable «Behandlungsbereich» der Wert «Alterspsychiatrie» angegeben wurde, werden dem Alterspsychiatriestandort zugeordnet. Die Daten eines Messjahres sind **immer bis zum 07.03. des Folgejahres** zu liefern.

Es werden jeweils die gesamten Daten (inklusive Eintritts- und Austrittsmessungen) für die Patientinnen und Patienten 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 im entsprechenden Erhebungszeitraum ausgetreten sind.
- Daten aller im entsprechenden Erhebungszeitraum aktiven Patientinnen und Patienten.
- Daten aller Patientinnen und Patienten mit Eintritt ab 1.7.2012 (Beginn der ANQ-Messungen Erwachsenenpsychiatrie).

Die Daten werden seit der Messperiode 2019 über das Dashboard «moniQ» an das Auswertungsinstitut 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 E-Mail-Adresse und dem selbst gewählten Passwort einloggen und Daten hochladen. Seit Frühjahr 2020 sind im Dashboard unmittelbare 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.

7. Auswertung

Es wird ein jährlicher Nationaler Vergleichsbericht für die Stationäre Erwachsenenpsychiatrie erstellt und veröffentlicht. Dieser beinhaltet klinikvergleichende, qualitätsbezogene Auswertungen der Messungen der Symptombelastung und der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Details dazu finden sich im Dokument «Auswertungskonzept Stationäre Erwachsenenpsychiatrie».

8. Datenschutz

Die an den ANQ gelieferten Qualitätsdaten ermöglichen keine Rückschlüsse auf die Identität einer Patientin oder eines Patienten. Der Umgang mit Daten ist im ANQ-Datenreglement geregelt.

9. Literatur

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG. (2023). *Brief-Symptom-Checklist*. Von https://www.testzentrale.de/shop/brief-symptom-checklist.html abgerufen

Royal College of Psychiatrists (RCPsych). (2023). *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)*. Von https://www.rcpsych.ac.uk/events/in-house-training/health-of-nation-outcome-scales?searchTerms=honos abgerufen