



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
Ab Messjahr 2023

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

Version 4.3
Publiziert am 01.08.2022

Dieses Dokument liegt in deutscher und französischer Sprache vor. Auf eine italienische Übersetzung wurde bisher verzichtet, da in der italienischen Schweiz keine stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote bestehen. Sollte Bedarf nach einer italienischen Version dieses Dokuments bestehen, erstellt dies der ANQ 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.

Farbcodierung	geändert per	Stichwort
Grün	01. August 2022	Harmonisierung der Erfassungsfristen bei Ein- und Austritten EP / KJP, ab 01.01.2023
Blau	01. Mai 2022	Konsolidierung der Erfassungsfristen bei Ein- und Austritten
Keine	01. Januar 2022	Formale Überarbeitung / Textstruktur, keine inhaltlichen Veränderungen
Gelb	24. September 2020	Ergänzung Codierung Isolation aus infektiologischer / somatischer Indikation ab 01.01.2021

Inhalt

1	Einführung	5
1.1	Hintergrund der nationalen Qualitätsmessungen Psychiatrie	5
1.2	An wen richtet sich dieses Manual?	5
2	Überblick Messdesign (was wird gemessen?)	5
3	Erfassungszeitpunkte	6
3.1	Symptombelastung (HoNOSCA, HoNOSCA-SR)	6
3.1.1	Erfassungsfristen bei Ein- und Austritten	6
3.1.2	Verlegungen	7
3.1.3	Administrativer Fallwechsel	7
3.2	Freiheitsbeschränkende Massnahmen	7
4	Erfassungsinstrumente	7
4.1	Fremdbeurteilung mittels HoNOSCA	7
4.2	Selbstbeurteilung mittels HoNOSCA-SR	9
4.3	Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (EFM KJP)	10
4.3.1	Definitionen zur Erfassung von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM)	11
4.3.2	Häufige Erfassungsprobleme	13
4.4	BFS-Daten	13
4.5	Umgang mit fehlenden Werten	13
4.6	Nutzung der Daten für die individuelle Behandlung	14
5	Datenqualität	14
5.1	Datenqualität als wichtige Grundlage für die Datenauswertung	14
5.2	Benchmark Datenrücklaufquote	14
5.3	Schulungen für die Erfassung	15
5.4	Controlling der Datenqualität klinikintern und durch das Auswertungsinstitut	15
5.5	Unterstützungsmöglichkeiten für Erfassende	15
6	Datenlieferung	15
7	Auswertung	16
8	Datenschutz	16



Abbildungen

Abbildung 1: Überblick Messdesign nationale Qualitätsmessungen Kinder- und Jugendpsychiatrie ANQ.....	6
---	---

Tabellen

Tabelle 1: Codierung von Ausfallgründen beim HoNOSCA	8
Tabelle 2: Codierung von Ausfallgründen beim HoNOSCA-SR	10
Tabelle 3: Übersicht Erfassung Freiheitsbeschränkende Massnahmen (EFM-KJP)	11
Tabelle 4: Zuständigkeit und Erfassungszeitpunkte EFM.....	12

1 Einführung

1.1 Hintergrund der nationalen Qualitätsmessungen Psychiatrie

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 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).

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 Finanzierer (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 «Fachbereiche» -> «Psychiatrie».

2 Überblick Messdesign (was wird gemessen?)

Die Messvorgaben gelten für alle Patientinnen und Patienten aller Bereiche der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Einzige Ausnahme: Bei Patientinnen und Patienten jünger als 14 Jahre wird auf die Erhebung des Selbstratings zur Symptombelastung (HoNOSCA-SR) verzichtet.

Minderjährige Patientinnen und Patienten, die in Einheiten der Erwachsenenpsychiatrie behandelt werden, werden hinsichtlich der Messungen wie Erwachsene gehandhabt und erfasst.

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.

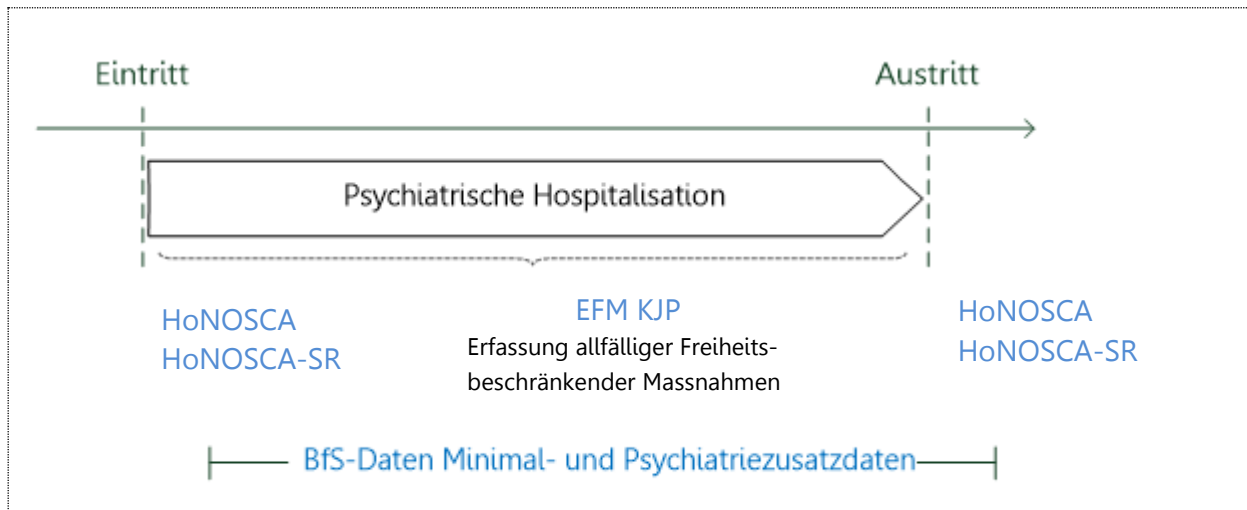


Abbildung 1: Überblick Messdesign nationale Qualitätsmessungen Kinder- und Jugendpsychiatrie ANQ

Zusätzlich wird in den Kliniken bei Austritt die «Patientenzufriedenheit» erhoben. Für weitere Informationen wird auf das vom ANQ ausgearbeitete [Konzept](#) und dem vom Auswertungsinstitut w hoch 2 GmbH herausgegebenen Manual zu den Patientenzufriedenheitsmessungen verwiesen.

3 Erfassungszeitpunkte

3.1 Symptombelastung (HoNOSCA, HoNOSCA-SR)

3.1.1 Erfassungsfristen bei Ein- und Austritten

Die Routine-Erfassungen bei Ein- und Austritt (HoNOSCA, HoNOSCA-SR) erfolgen grundsätzlich **möglichst zeitnah** beim effektiven Klinikeintritt resp. Klinikaustritt, jedoch frühestens/spätestens gemäss folgender Fristenübersicht:

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE				
INSTRUMENT	EINTRITTSMESSUNG		AUSTRITTSMESSUNG	
	Frühestens	Spätestens	Frühestens	Spätestens
HoNOSCA	Eintrittstag ¹	14 Tage nach Eintritt	3 Tage ² vor Austritt	3 Tage nach Austritt
HoNOSCA-SR	Eintrittstag ³	3Tage ⁴ nach Eintritt	3 Tage ⁵ vor Austritt	Austrittstag

¹ Gültig für 2022: im Anschluss Erstgespräch

² Gültig für 2022: 7 Tage vor Austritt

³ Gültig für 2022: im Anschluss Erstgespräch

⁴ Gültig für 2022: 14 Tage nach Eintritt

⁵ Gültig für 2022: 7 Tage vor Austritt

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 (>24h).⁶ Die Austrittsmessung wird auch dann erhoben, wenn die Patientin / der Patient verstorben ist.

Nicht ausgefüllte Fragebögen müssen mit einer Begründung 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) 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.

3.1.3 Administrativer Fallwechsel

Bei einem rein administrativen Fallwechsel (z. B. aufgrund eines Wechsels des Kostenträgers) wird keine Aus-/ Eintrittsmessung durchgeführt.

3.2 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

Für die Fremdbeurteilung mittels HoNOSCA ist die/der Fallverantwortliche zuständig. In Frage kommen entweder

- die fallführende Ärztin/Psychologin respektive der fallführende Arzt/Psychologe oder

⁶ Gültig ab 1. Januar 2020

- 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).

Eine Fremdbeurteilung ist bei allen Patientinnen und Patienten – 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 ein solcher Bewertungszeitraum zu kurz für sinnvolle Rückschlüsse wäre.

Insbesondere bei nachfolgenden Situationen ist zu beachten:

<ul style="list-style-type: none"> • Unvorgesehener Austritt • Nicht-Rückkehr aus Urlaub • Todesfall 	Dies sind keine Dropout-Gründe: der/die fallführende Behandler/in trägt den HoNOSCA innerhalb 3 Tagen nach Austritt/Todesfall nach
---	--

Codierung von Ausfallgründen beim HoNOSCA bei Austritt (Dropout-Codes):

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 «oder2-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 die Patientin / der Patient selbst berichtet, 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 / 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).

Die Abgabe des Fragebogens und die Motivation zur Teilnahme sollen 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 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.

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

Systematisch ausgenommen sind von der Selbstbeurteilung einzig Patientinnen/Patienten jünger als 14 Jahre (vgl. Dropout-Grund 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
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 von der Patientin / vom Patienten eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht.

Freiheitsbeschränkende Massnahmen 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](#))).

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 / Somatisch⁷ 	Beginn Datum und Uhrzeit	Ende Datum und Uhrzeit
Fixierung		Beginn Datum und Uhrzeit	Beginn Datum und Uhrzeit
Medikation trotz Widerstand des Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Oral • Injektion 	Zeitpunkt Datum und Uhrzeit	

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

4.3.1 Definitionen zur Erfassung von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (EFM)

Eine Freiheitsbeschränkende Massnahme **wird per Definition gegen den Willen der Patientin / des Patienten durchgeführt**, d. h. 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 dem Wunsch der Rechtsvertreter (in der Regel Eltern). Ist der Wille der Patientin / des Patienten 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 zwingend erfasst werden muss, wird gesprochen, wenn eine Unterbringung in einem abgeschlossenen Zimmer erfolgt. Die Patientin / der Patient ist allein im Zimmer und kann dieses nicht verlassen.⁸ **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 der Patientin / dem Patienten vereinbarten

⁷ 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.

⁸ Kurzzeitiges Einschliessen wird unter Isolation erfasst.

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 ANQ-Qualitätsmessung zwingend erfasst werden muss, ist beim Festbinden an ein 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 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 des ANQ nicht als freiheitsbeschränkende Massnahme erfasst.

Medikation trotz Widerstand des Patienten

Eine Medikation trotz Widerstand des Patienten, die im Rahmen der ANQ-Qualitätsmessung zwingend erfasst werden muss, ist definiert als die Applikation eines oder mehrerer Medikamente als Injektion oder peroral, ausdrücklich gegen den Willen, mit oder ohne Festhalten der Patientin / des Patienten. Die perorale Medikation trotz Widerstand bedingt die explizite Androhung einer zeitlich unmittelbaren Zwangsinjektion, falls das Medikament nicht eingenommen wird.

Bei allen Medikationen trotz Widerstand des Patienten wird jeweils die Art (oral / 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 zur Durchführung einer Medikation trotz Widerstand des Patienten eine Fixierung > 30 Min. angewendet werden (z. B. im Rahmen einer Infusion), dann sind beide Massnahmen getrennt zu erfassen.

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: Erfassung so zeitnah wie 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 von Tabelle 4 abweichende 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 bei der Datenlieferung darüber zu informieren, dass keine Freiheitsbeschränkenden Massnahmen eingesetzt wurden.

4.3.2 Häufige Erfassungsprobleme

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 auch Ansprechperson für die Auswertungsinstitution sein. Das Übereinstimmen der dokumentierten ärztlichen Verordnungen mit den Erfassungen Freiheitsbeschränkender Massnahmen (EFM-KJP) 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 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 an das Auswertungsinstitut.

4.5 Umgang mit fehlenden Werten

Fehlende Werte können verschiedentlich vorkommen, insbesondere bei:

- Erfassungsversäumnissen,
- Nicht-Vorhandensein dieser Ausprägung (z. B. gibt es keine Nebendiagnose, weil die Patientin / der Patient nur an einer einzigen Erkrankung leidet),
- bei Selbstrating Fragebogen: Leerlassungen seitens Patientin / Patient (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 die Patientin / der Patient 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 eine Patientin / ein Patient zu einer bestimmten Frage nicht äussern kann.

4.6 Nutzung der Daten für die individuelle Behandlung

Die ANQ-Messungen sind so konzipiert, dass die bei einer Patientin / einem Patienten erhobenen Daten 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 / der Erfassung von der fallführenden Person gesichtet, wenn immer möglich mit der Patientin / 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 genügende 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 / 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 MedStat Basisdaten und 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 MedStat Basisdaten und Psychiatrie Zusatzdaten. Ebenfalls sind in der Berechnung dieser 60% die nicht beeinflussbaren Dropouts berücksichtigt.
- **Fehlende oder mangelhafte Datensätze; 0%.**

Basierend auf den konkreten Messergebnissen passt der ANQ die erwarteten 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 die Patientin / 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 Multiplikatorenprinzip. Die Experten des ANQ schulen Trainerinnen/Trainer 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 klinikintern frühzeitig und gründlich überprüft werden. Bei Erfassungsproblemen 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 ANQ 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 das Auswertungsinstitut vornimmt.

5.5 Unterstützungsmöglichkeiten für Erfassende

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

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

6 Datenlieferung

Die Daten müssen in elektronischer Form an das Auswertungsinstitut geliefert werden. 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/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 1.7.2013 (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 Email-Adresse und dem selbstgewählten Passwort einloggen und Daten hochladen. Seit Frühjahr 2020 sind im Dashboard unmittel-



bare 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 (z. B. in einem ZIP-Archiv verschlüsselt und mit gesondert gesendetem oder telefonisch mitgeteiltem Passwort an die Adresse: auswertungsinstitut@whoch2.ch). 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

Es wird ein jährlicher Nationaler Vergleichsbericht Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie erstellt und veröffentlicht. Dieser beinhaltet klinikvergleichende, qualitätsbezogene Auswertungen der Messungen. 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.