
Messmanual

Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ab Messjahr **2024**

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

Version **6.0**

Publiziert am **14.05.2024**

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.

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 (HoNOSCA, HoNOSCA-SR).....	7
3.1.1. Erfassungsfristen bei Ein- und Austritten	7
3.1.2. Falldefinition	8
3.2. Freiheitsbeschränkende Massnahmen	8
4. Erfassungsinstrumente	9
4.1. Fremdbeurteilung mittels HoNOSCA	9
4.1.1. Allgemeine Ratingkonventionen zum HoNOSCA.....	10
4.2. Selbstbeurteilung mittels HoNOSCA-SR.....	11
4.3. Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (EFM KJP) 13	
4.3.1. Häufige Erfassungsprobleme EFM-KJP.....	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
GELB	14.05.2024	Präzisierung der Falldefinition
PINK	11.05.2023	Allgemeine Überarbeitung und sprachliche Anpassungen.
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



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 Kinder- und Jugendpsychiatrie basieren auf dem Umsetzungskonzept Kinder- und Jugendpsychiatrie 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 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).

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 kurzgehalten, 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 Kinder- und Jugendpsychiatrie. Einzige Ausnahme: Bei Patientinnen und Patienten jünger als 14 Jahre wird auf die Erhebung der Selbstbeurteilung der Symptombelastung (HoNOSCA-SR) verzichtet.

Minderjährige Patientinnen und Patienten, die in Einheiten der Erwachsenenpsychiatrie behandelt werden, werden hinsichtlich der Messungen wie Erwachsene gehandhabt und erfasst (siehe [Messmanual Erwachsenenpsychiatrie](#)).

anq	Nationaler Messplan Psychiatrie
Kinder- und Jugendpsychiatrie	
Indikator: Symptombelastung (Fremdbeurteilung) Messinstrument: HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents)	
Indikator: Symptombelastung (Selbstbeurteilung) Messinstrument: HoNOSCA-SR (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self-Rated Form)	
Indikator: Freiheitsbeschränkende Massnahmen Messinstrument: EFM-KJP (Erfassungsinstrument Freiheitsbeschränkende Massnahmen im stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Setting)	

Abbildung 1: Nationaler Messplan Kinder- und Jugendpsychiatrie

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

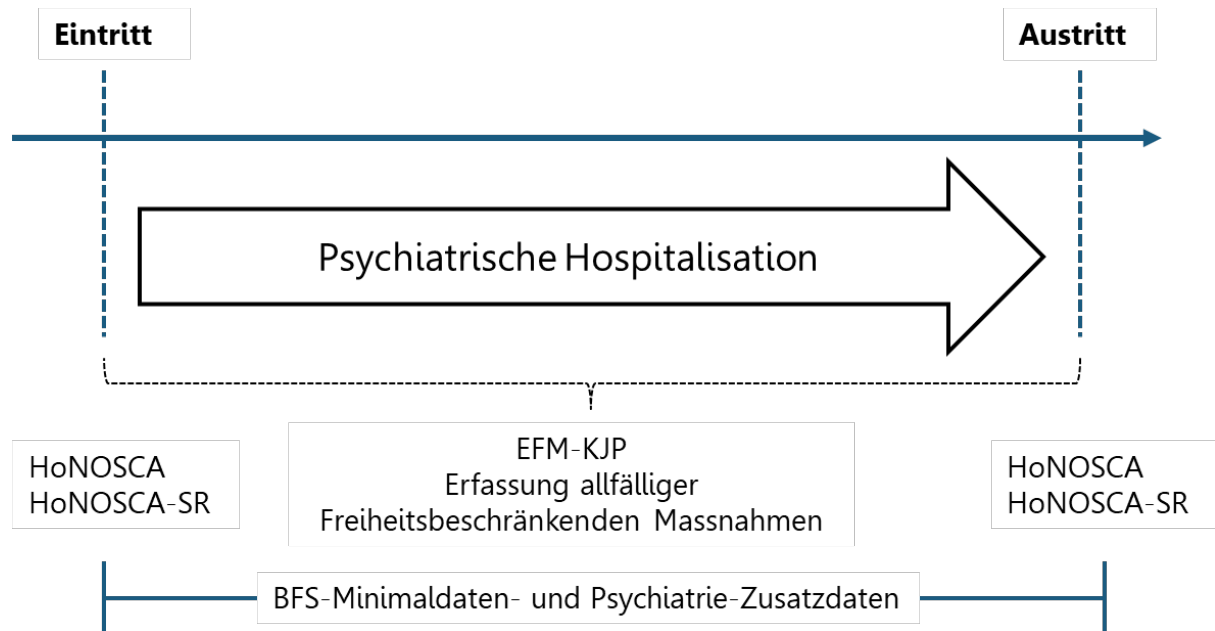


Abbildung 2: Überblick Messdesign nationale Qualitätsmessungen Kinder- und Jugendpsychiatrie ANQ

2.1. Zusatzdaten Bundesamt für Statistik (BFS)

Ergänzend zu den Erhebungen der Symptombelastung (Fremd- und Selbstbeurteilung) bei Ein- und Austritt und der Erfassung von allfälliger Freiheitsbeschränkender Massnahmen (FM) während der Hospitalisationsdauer, sind für die Datenanalysen relevanten Variablen der Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes) (ehemals Daten 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).

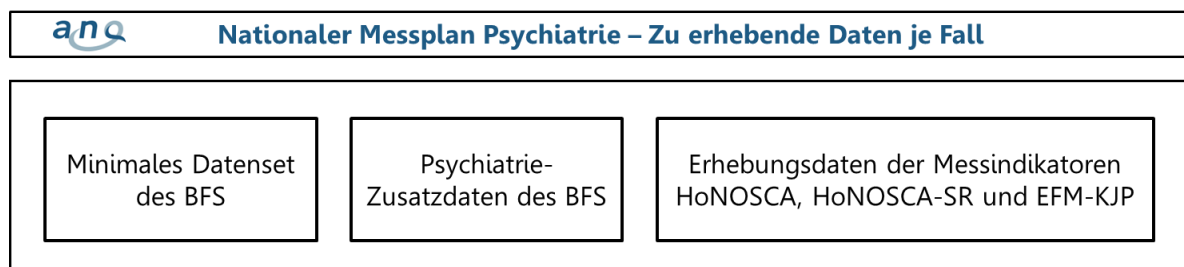


Abbildung 3: Überblick der zu erfassenden und zu übermittelten Daten

3. Erfassungszeitpunkte

3.1. Symptombelastung (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 in Tabelle 1. Der Ein- und Austrittstag wird zu den 3 Tagen nach Eintritt und 3 Tagen vor Austritt dazugezählt.

Tabelle 1: Erfassungszeitpunkte Kinder- und Jugendpsychiatrie

	Eintrittsmessung		Austrittsmessung	
	Frühestens	Spätestens	Frühestens	Spätestens
HoNOSCA	Eintrittstag	14 Tage nach Eintritt	3 Tage vor Austritt	3 Tage nach Austritt
HoNOSCA-SR	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 codiert werden. Dabei wird zwischen beeinflussbaren und nicht beeinflussbaren Dropouts unterschieden (vgl. Kapitel 4).

3.1.2. Falldefinition

Die **ANQ-Falldefinition** entspricht derjenigen des BFS, wie sie im [Detailkonzept für die Medizinische Statistik](#) dargestellt ist – eine Erhebungseinheit entspricht einem Behandlungsfall. Ein Behandlungsfall ist definiert als die Behandlung einer Patientin, eines Patienten mit einer bestimmten Hauptdiagnose in derselben Klinik – eine weitere Behandlung für eine andere Hauptdiagnose wird als neuer Behandlungsfall gewertet. Pro Behandlungsfall sind jeweils eine Messung mit HoNOS und BSCL bei Behandlungsbeginn und eine bei Behandlungsabschluss erforderlich.

Bei **Verlegungen** zwischen Standorten ist bei beiden Standorten eine Ein- und 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 durchgeführt. 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. Wird hingegen eine Abwesenheit von der Klinik als Behandlungsende und -Neubeginn gehandhabt, so sind Aus-/Eintrittsmessungen wie beschrieben vorzunehmen.

Grundsätzlich ist gemäss der Definition jede Abwesenheit als Austritt eines Falls und jede erneute Behandlung bzw. jeder Wechsel an einen anderen Standort als neuer Fall zu behandeln. Entsprechend sind immer eine Austritts- und erneute Eintrittsmessung vorzunehmen. Eine Abwesenheit, welche keine Aus- und Eintrittsmessung erfordert, ist ausschliesslich dann gegeben, wenn alle drei folgenden Bedingungen gegeben sind:

- Die Abwesenheit dauert nicht länger als 24 Stunden.
- Die Behandelnden betrachten den Aufenthalt nach der Abwesenheit aus klinischer Sicht als Fortsetzung desselben Behandlungsfalls wie vor der Abwesenheit.
- Es findet kein Wechsel des Standortes statt.

Entsprechend kann bei **Abwesenheiten von bis zu 24 Stunden** aufgrund von Spezialuntersuchungen oder -behandlungen in anderen Kliniken oder aufgrund von Urlaub auf die zusätzliche Ein- und Austrittsmessung verzichtet werden.

Verlässt eine Patientin, ein Patient die Klinik «ferienhalber oder als Belastungserprobung in der Psychiatrie» für **mehr als 24 Stunden** bei bleibender Reservierung eines Bettes, so ist dies als **administrativer Urlaub** anzugeben. Auch bei einem **administrativen Urlaub** wird keine Aus-/Eintrittsmessung durchgeführt.

Bei einem rein **administrativen Fallwechsel** 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.

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 werden während der Hospitalisation kontinuierlich und zeitnah erfasst. Bei Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikation der Patientin/des Patienten wird in **der Regel unmittelbar zusammen mit der ärztlichen Verordnung** das Formular «Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen» (EFM-KJP) ausgefüllt.

4. Erfassungsinstrumente

4.1. Fremdbeurteilung mittels HoNOSCA

Die Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) wurde für Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahren) vom Royal College of Psychiatrists (RCPsych) entwickelt und wird seit 1998 eingesetzt. Im Rahmen der nationalen ANQ-Qualitätsmessungen darf das Erhebungsinstrument ohne weitere Genehmigung verwendet werden. Das Instrument fragt mittels 13 Items nach Problemen zu Verhalten, Beeinträchtigungen, Symptomen und sozialer Funktionsfähigkeit, die bei Kindern und Jugendlichen 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.

Beim HoNOSCA handelt es sich um ein Fremdbeurteilungsinstrument. Für die Fremdbeurteilung mittels HoNOSCA ist die fallführende Person 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-HoNOSCA-Messung gibt es keine legitimen Ausfallgründe. Einzig im Fall eines Austritts innerhalb von 24 Stunden nach der Eintrittsmessung ist kein Austritts-HoNOSCA zu erheben, da ein solcher Bewertungszeitraum zu kurz für sinnvolle Rückschlüsse wäre.

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

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

4.1.1. Allgemeine Ratingkonventionen zum HoNOSCA

Die nachfolgend aufgeführten Ratingkonventionen des ANQ zum HoNOSCA sollen unterstützen den Fragebogen korrekt auszufüllen.

- Wenn der Wert des Items nicht klar entschieden werden kann (z. B. «2» oder «3»), ist immer die stärkere Ausprägung zu markieren (hier: «3»)
- Eine einzige von mehreren Symptombeschreibungen pro Ausprägung reicht, um diese Ausprägung zu erfüllen.
Bemerkung: Im HoNOSCA sind die Ausprägungen sprachlich beschrieben. In den Beschreibungen finden sich mehrere Symptombespiele. Um die Ausprägung zu erfüllen, reicht das Vorliegen einer einzigen oder mehrerer der aufgezählten Symptombespiele.
- Es ist immer anhand der sichtbaren Symptome und unabhängig von einer anderen Störungsgruppe oder medizinischen Behandlung zu bewerten. 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» - Hier wird «0» kodiert, wenn das Verhalten nicht auftritt. Es wird ausschliesslich das effektive Auftreten dieses Verhalten kodiert, nicht der Aufwand zu Verhinderung.
- 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 (Eltern, Angehörige, zuweisende Ärzt/innen, Psycholog/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 14 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 Fragebogen 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 HoNOSCA 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.
- 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

Die Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating (HoNOSCA-SR) erfasst die subjektiv empfundenen körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen der Kinder und Jugendlichen mittels 13 Items. Die Symptombelastung wird auf einer Skala von 0 «kein Problem» bis 4 «schwerwiegendes bis sehr schweres Problem» erfasst.

Für die Abgabe der HoNOSCA-SR und die Motivation der Patientin/des Patienten ist – gleich wie beim HoNOSCA – die fallführende Person 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 Bezugspersonenpflegemodell).

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/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 Fragebogen 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/Dir 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 Fragebogen 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 Patientinnen und Patienten – 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 und die Patientinnen und Patienten sind **jünger als 14 Jahre** (vgl. Dropout-Grund 5).

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 HoNOSCA-SR-Selbstbeurteilung erreicht werden, so ist zwingend immer einer der folgenden Ausfallgründe (**Dropout**) aus untenstehender Tabelle (Tabelle 3) zu kodieren.

Tabelle 3: Codierung von Ausfallgründen beim HoNOSCA-SR

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-HoNOSCA-SR-Messung, zu kurzer Messzeitraum
7	Spontaner, unvorhergesehener Austritt oder Nicht-Rückkehr aus Urlaub
8	Andere: Mittels Freitext zu spezifizieren

Der HoNOSCA-SR kann schweizweit in Deutsch und Französisch eingesetzt werden. Diese Versionen sind durch den ANQ geprüft und genehmigt.

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

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 2014 auf dem ANQ-Messplan Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Freiheitseinschränkende Massnahmen (FM) werden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 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 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 Zwangsmedikation, die nur dokumentiert wird, wenn sie ausdrücklich gegen den Willen der Patientin, des Patienten verabreicht wird. 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» 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 Zwangsmedikation der Patientinnen und Patienten. Die nachfolgende Tabelle (Tabelle 4) gibt einen Überblick über die zuhanden des ANQ zu erfassenden Angaben.

Tabelle 4: Übersicht Erfassung Freiheitsbeschränkende Massnahmen (EFM-KJP)

Art der FM	Kategorie	Zeitraum resp. Zeitpunkt	
Isolation	<ul style="list-style-type: none"> Psychiatrisch Infektiologisch/somatisch¹ 	Beginn Datum und Uhrzeit	Ende Datum und Uhrzeit
Fixierung		Beginn Datum und Uhrzeit	Ende Datum und Uhrzeit
Zwangsmedikation	<ul style="list-style-type: none"> Oral Injektion 	Zeitpunkt Datum und Uhrzeit	

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

¹ 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).

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

Tabelle 5: Zuständigkeit und Erfassungszeitpunkte EFM

Art der FM	Erfassung durch	Zeitpunkt
Isolation, Fixierung, Zwangsmedikation	verordnende Ärztin, verordnender Arzt	zeitgleich mit der Verordnung, resp. Aufhebung der Verordnung

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.

4.3.1. Häufige Erfassungsprobleme EFM-KJP

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 das Auswertungsinstitut 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. Hierzu wurden zur Unterstützung vom Qualitätsausschuss Psychiatrie ab dem Messjahr 2023 Obergrenzen für bestimmte Freiheitsbeschränkende Massnahmen festgelegt. Diese werden bei den Datenqualitätsanalysen auf der Online-Plattform moniQ berücksichtigt. Nach einem Datenupload können sich die Kliniken hier detaillierte Rückmeldungen zu inkorrekt dokumentierten FM ausgeben lassen (siehe auch [Auswertungskonzept stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie](#)).

4.4. 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: 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 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.

4.5. 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 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/Patienten für die Selbstbeurteilung motivieren und instruieren und
- die **klinikerne Plausibilisierung** der erfassten Daten.

5.2. Benchmark Datenrücklaufquote

Folgende Quoten werden erwartet:

- **Fremdbeurteilung: Eintrittsmessung: 100%; vollständiges Eintritts-Austritts-Paar: 90%.** Vollständigkeit beinhaltet zentrale Variablen aus dem SpiGes-Datensatz (ehemals BFS-Minimaldaten und Psychiatrie-Zusatzdaten). Ebenfalls sind in der Berechnung dieser 90% die nicht beeinflussbaren Dropouts berücksichtigt.
- **Selbstbeurteilung: Vollständiges Eintritts-Austritts-Paar: 60%.** Vollständigkeit beinhaltet zentrale Variablen aus dem SpiGes-Datensatz (ehemals BFS-Minimaldaten und 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/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 Vertreterinnen und Vertreter aus den Kliniken, welche wiederum alle Behandelnden/Erfassenden der betreffenden Klinik instruieren. Der ANQ bietet klinikerne Schulungen an ([Schulungen Fachbereich Psychiatrie](#)).

5.4. Controlling der Datenqualität klinikerne und durch das Auswertungsinstitut

Damit die Datenqualität ein hohes Niveau erreicht, sollen die erfassten Qualitätsdaten klinikerne 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 klinikerne 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 Projektleitenden. Der ANQ empfiehlt zur Erfassung der Symptombelastung (Fremdbeurteilung) das Klinikpersonal bzw. ausgewählte Personen z. B. Leitungspersonen zu schulen. Der ANQ bietet für das Fremdbeurteilungsinstrument HoNOSCA klinikinterne Schulungen an. Weitere Informationen dazu sind auf dem [ANQ-Webportal](#) zu finden.

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 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 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/Patienten, die im entsprechenden Erhebungszeitraum ausgetreten sind.
- Daten aller im entsprechenden Erhebungszeitraum aktiven Patientinnen/Patienten.
- Daten aller Patientinnen/Patienten mit Eintritt ab 01.07.2013 (Beginn der ANQ-Messungen Kinder- und Jugendpsychiatrie).

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 selbstgewählten 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 Kinder- und Jugendpsychiatrie erstellt und veröffentlicht. Dieser beinhaltet klinikvergleichende, qualitätsbezogene Auswertungen der Messungen der Symptombelastung und der Freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Details dazu finden sich im Dokument «[Auswertungskonzept Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie](#)».

8. Datenschutz

Die an den ANQ gelieferten Qualitätsdaten ermöglichen keine Rückschlüsse auf die Identität einer Patientin/eines Patienten. Der Umgang mit Daten ist im [ANQ-Datenreglement](#) geregelt.

9. Literatur

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