
Projektabschlussbericht

Intermediär Klinikambulant

Projektabschlussbericht zu Handen EQK: Evaluation und Empfehlungen für die nationale Umsetzung

Messung August 2022 – Januar 2023

21. Dezember 2023

Version 1.0

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1. Einleitung	4
1.1. Ausgangslage	4
1.2. Zielsetzung.....	4
2. Projektablauf	5
2.1. Kurzbeschreibung	5
2.2. Projektorganisation	7
2.2.1. Organigramm.....	7
2.3. Projektrealisierung	8
2.3.1. Qualitative Erhebung.....	8
2.4. Ergebnisse	9
2.4.1. Ergebnisse der Klinikvergleiche	9
2.4.2. Bewertung der Ergebnisse der Klinikvergleiche	10
2.4.3. Ergebnisse der qualitativen Befragung.....	11
3. Zielerreichung	16
3.1. Übersicht Projektziele.....	16
3.2. Abweichungen und Begründung.....	16
3.3. Erreichung der Ziele	17
3.4. Budget Pilotprojekt Intermediär Klinikambulant.....	18
4. Erkenntnisse und Bewertungen.....	20
4.1. Durchführbarkeit	20
4.2. Hindernisse und vorgeschlagene Verbesserungen	20
5. Schlussfolgerungen und Ausblick	21
5.1. Empfehlungen	21
Abbildungsverzeichnis	27
Tabellenverzeichnis	27
Anhang/Anhänge	28
A1 Korrelationen der Erhebungsinstrumente.....	28
A2 Detaillierte Ergebnisse der qualitativen Evaluation.....	38
Impressum.....	60

Zusammenfassung

Der vorliegende Projektabschlussbericht gibt Auskunft über die Evaluation des ANQ-Pilotprojektes Intermediär Klinikambulant, das in ausgewählten Tageskliniken der Erwachsenen und Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt wurde. Der Projektabschlussbericht enthält Informationen zum Projekt generell, zur Zielerreichung, zu Erkenntnissen und Herausforderungen. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse werden Empfehlungen für eine nationale Implementierung der Messung formuliert.

Ziel des Pilotprojekts ist die Schaffung von Grundlagen sowie die Wahl geeigneter Instrumente für die Sicherstellung von einheitlichen und vergleichbaren Qualitätsmessungen über die Behandlungskette stationär – intermediär klinikambulant zur Beurteilung der Behandlungsqualität und für nationale Qualitätsvergleiche.

Zur Beurteilung der Machbarkeit von Qualitätsmessungen im intermediär klinikambulantem Setting wurden Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, die zwischen dem 2. August 2022 und dem 30. Januar 2023 in die teilnehmenden Tageskliniken eingetreten sind, befragt. Die Kliniken haben die Daten der verwendeten Instrumente online über ein von w hoch 2 zur Verfügung gestellte Erfassungssystem mittels Tablet-Computern, via Link über den Internetbrowser der klinikeigenen Computer oder über klinikinterne Systeme erhoben.

Ausserdem wurde das Fachpersonal der teilnehmenden Pilotkliniken zur Durchführung des Pilotprojekts befragt. Diese Ergebnisse wurden qualitativ ausgewertet.

Die Ergebnisse zeigen, dass die im Rahmen des Pilotprojekts durchgeführten Qualitätsmessungen auf vergleichbare Weise umsetzbar sind, wie die etablierten Messungen im Bereich der stationären Psychiatrie. Aus der im Rahmen der Projektevaluation durchgeführten qualitativen Befragung geht deutlich hervor, dass die verantwortlichen Personen in den Pilotkliniken grundsätzlich mit der Durchführung des Pilotprojekts zufrieden sind. Bei der Durchführung der Messungen stellten sich einige Herausforderungen, die es bei einem allfälligen nationalen Roll-Out zu überwinden gilt.

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) realisiert seit mehr als 10 Jahren nationale Qualitätsmessungen in der stationären Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) bildet die Basis der ANQ-Tätigkeit. Mit der Leistungsverlagerung – seit dem 01.01.2019 ist die Regelung «ambulant vor stationär» in Kraft – gewinnen intermediäre Angebotsstrukturen stark an Bedeutung und Qualitätsmessungen werden, auch mit Blick auf die neuen gesetzlichen Grundlagen (Art. 58 KVG, Art. 77 KVV), notwendig.

Bisher wurden im intermediären klinikambulanten Setting kaum Qualitätsindikatoren eingesetzt und keine vergleichenden Messungen durchgeführt. Vorabklärungen mit Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen im Rahmen der Standortbestimmung ANQ (inkl. zukünftige Ausrichtung der Messungen) ergaben, dass der Bedarf nach Messungen in ebendiesen intermediären Angeboten vorhanden ist. Die Gremien des ANQ sprachen sich für ein Pilotprojekt in den Tageskliniken der Erwachsenen und Kinder- und Jugendpsychiatrie aus.

1.2. Zielsetzung

Ziele des Pilotprojekts sind:

- die Schaffung von Grundlagen sowie die Evaluation geeigneter Instrumente für die Sicherstellung von einheitlichen und vergleichbaren Qualitätsmessungen über die Behandlungskette stationär – intermediär klinikambulant zur Beurteilung der Behandlungsqualität und für nationale Qualitätsvergleiche (Ziel 1).
- die Fokussierung auf die im stationären Bereich vom ANQ implementierten Indikatoren und Messinstrumente und Bewertung deren Eignung für die intermediären klinikambulanten Angebotsstrukturen. Zusätzlich werden neue Instrumente hinsichtlich deren Anwendbarkeit geprüft und bewertet (Ziel 2).

Anhand der gewonnenen Erkenntnisse werden Empfehlungen für eine nationale Implementierung der Messung formuliert.

Rückmeldungen und Bewertungen der verantwortlichen Personen in den Pilotkliniken aus der im Rahmen der Projektevaluation durchgeführten qualitativen Befragung werden für die Bewertung des Pilotprojekts einbezogen.

Die gewonnenen Erkenntnisse fliessen in die Projektevaluation zu Händen des ANQ Vorstandes ein. Hierbei werden Empfehlungen für eine nationale Einführung der Messungen im intermediär klinikambulanten Setting formuliert. Diese dienen als Grundlage, um dem ANQ Vorstand Vorschläge für eine nationale Implementierung von Qualitätsmessungen in den intermediären klinikambulanten Angebotsstrukturen zu unterbreiten.

2. Projektablauf

2.1. Kurzbeschreibung

Der Erhebungszeitraum des Pilotprojektes dauerte vom 2. August 2022 bis am 31. Januar 2023. Eingeschlossen wurden alle Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 2. August 2022 und dem 30. Januar 2023 in die Tagesklinken der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie der teilnehmenden Pilotinstitutionen eingetreten sind. Die Patientinnen und Patienten wurden zu zwei oder drei Messzeitpunkten befragt. Diese umfassten eine Eintrittsmessung, eine Austrittsmessung und gegebenenfalls eine Nachbefragung.

Die 1. Messung fand zu Beginn (Eintrittsmessung), die 2. Messung am Ende der tagesklinischen Behandlung oder spätestens am Ende des für das Pilotprojekt vorgesehenen Erhebungszeitraums statt (Austrittsmessung). Für einen Teil der teilnehmenden Patientinnen und Patienten fand zusätzlich eine 3. Messung in Form einer Nachbefragung 3 Monate nach Ende der tagesklinischen Behandlung statt. Zur Nachbefragung eingeladen wurden diejenigen Patientinnen und Patienten, die innerhalb des Erhebungszeitraumes aus der Tagesklinik ausgetreten sind. Der Zeitraum der Nachbefragung wurde im Vergleich zum Projektkonzept verschoben (3 Monate nach Austritt anstelle von 14 Tagen nach Austritt).

Erhoben wurden Daten zur Symptombelastung als Fremd- und Selbstbeurteilung (bei Ein- und Austritt), zur Patientenzufriedenheit (nur bei Austritt) und zusätzlich zur Lebensqualität (bei Eintritt, bei Austritt und als Nachbefragung). Bei den Kindern und Jugendlichen wurden ebenfalls die Eltern zur Patientenzufriedenheit und Lebensqualität befragt. Alle Patientinnen und Patienten haben entsprechend aufbereitete Informationsunterlagen zu den Messungen erhalten und eine Einverständniserklärung unterzeichnet.

Folgende Messinstrumente wurden in der Erwachsenenpsychiatrie verwendet:

- Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS)
- Global Assessment of Functioning Scale (GAF)
- Clinical Global Impressions Scale (CGI)
- Brief Symptom Checklist (BSCL)
- Münsterlinger Patientenfragebogen – ambulant (MüPF)
- World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 – short (WHODAS)

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden folgende Messinstrumente eingesetzt:

- Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents (HoNOSCA)
- Global Assessment of Functioning Scale (GAF)
- Clinical Global Impressions Scale (CGI)
- Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents – Self Rating (HoNOSCA-SR)
- Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit in der Stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – adaptierte Versionen für Kinder und Jugendliche und für die Eltern (FBZ-P / FBZ-E)
- Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren (KINDL)

Um den Erhebungsaufwand zu begrenzen, kam ein Teil der Messinstrumente bei allen Patientinnen und Patienten zum Einsatz, während der andere Teil der Messinstrumente lediglich bei jedem zweiten Behandlungsfall eingesetzt wurde.

Ergänzend wurden folgende Zusatzinformationen zu den Patientinnen und Patienten sowie deren Behandlung vor und nach dem Erhebungszeitraum erfasst bzw. durch die Kliniken zur Verfügung gestellt:

Durch die Institution eigenverantwortlich erfasste Variablen

- Behandlungsintensität (Behandlungshalbtage)
- Aufenthaltsdauer (Eintritts- und Austrittsdatum)
- Hauptdiagnose
- Aufenthaltsort vor Eintritt
- Beschäftigung vor Eintritt
- Bildungsstand
- Zivilstand
- Sprache
- Betreuungsarbeit von Kindern und/oder Angehörigen vor Eintritt

Mittels Erfassungssystem erhobene Variablen

- Geschlecht
- Alter bei Eintritt
- Behandlung vor Eintritt (durch die Patientinnen und Patienten erfasst)
- Behandlung zwischen Austritt und Nachbefragung (durch die Patientinnen und Patienten erfasst)

Die Kliniken haben die Daten der einzelnen Messinstrumente online über ein von w hoch 2 zur Verfügung gestelltes Erfassungssystem erhoben. Auf das Erfassungssystem konnte über die zur Verfügung gestellten vorkonfigurierten Tablet-Computer (Tablets) oder via Link über den Internetbrowser der klinikeigenen Computer zugegriffen werden. Das Erfassungssystem führte Patientinnen und Patienten bzw. Behandelnde automatisch durch die im jeweiligen Fall auszufüllenden Fragebogen. Ergebnisse bereits durchgeführter Beurteilungen (HoNOS, BSCL und WHODAS resp. HoNOSCA, HoNOSCA-SR und KINDL) konnten durch die Fallführenden auf den Tablets in Echtzeit eingesehen, und allenfalls mit der Patientin oder dem Patienten besprochen werden. Die erhobenen Daten wurden automatisch über eine sichere SSL-Verbindung an w hoch 2 übermittelt. Die Einladung zur Nachbefragung der Patientinnen und Patienten erfolgte per E-Mail oder per SMS. Die Beantwortung erfolgte online von zuhause aus. Die Zusatzdaten wurden von den Tageskliniken nach Ende des Erhebungszeitraums an w hoch 2 geliefert. Hierfür wurde den Standorten eine Excelvorlage zur Verfügung gestellt.

2.2. Projektorganisation

2.2.1. Organigramm

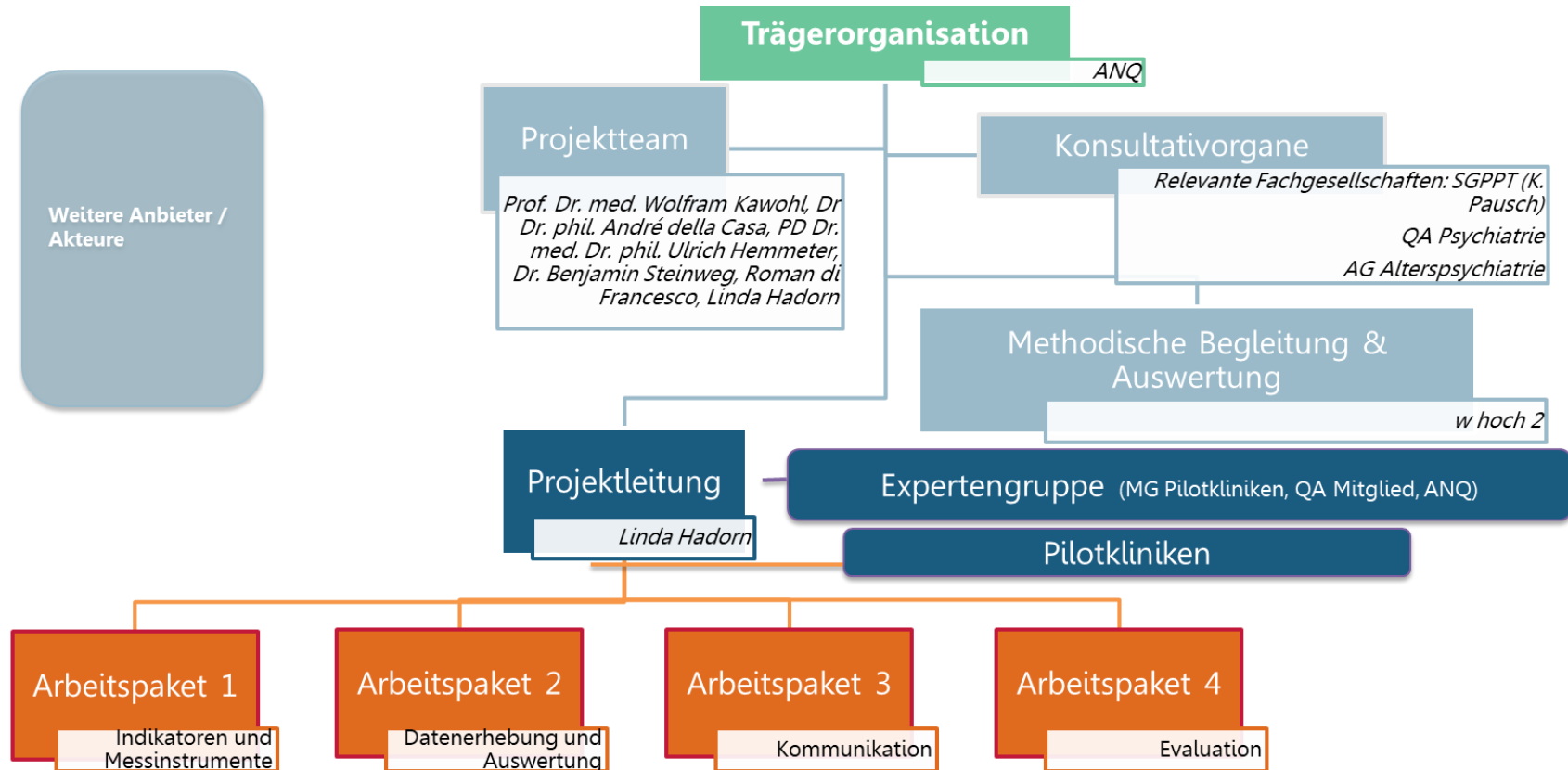


Abbildung 1: Organigramm

2.3. Projektrealisierung

Insgesamt haben 19 Kliniken am Pilotprojekt teilgenommen. Davon sind 12 Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie und 7 Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie zugehörig. Alle Kliniken haben ihren Standort in der Deutschschweiz, mit Ausnahme einer Kinder- und Jugendpsychiatrie in der französischsprachigen Schweiz. In der Erwachsenenpsychiatrie wurden insgesamt 445 Fälle erfasst, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 82. 4 Kliniken haben die Qualitätsmessungen während der Erhebung aus unterschiedlichen Gründen abgebrochen.

Für den Vergleichsbericht der Ergebnisse zu Handen der Pilotkliniken wurde in der Erwachsenenpsychiatrie bei den Massen zur Symptombelastung, Patientenzufriedenheit und Lebensqualität eine Risikoadjustierung vorgenommen. Mittels multiplen Regressionsmodellen^{1,2} wurde eine Reihe von Kovariablen berücksichtigt, welche die Ergebnisse potenziell beeinflussen, jedoch ausserhalb des Einflusses der Kliniken liegen. Das Vorgehen entspricht den Auswertungen in der stationären Psychiatrie. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde auf eine Risikoadjustierung verzichtet, da die Fallzahlen zu gering sind, um aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen. Die Messergebnisse werden dort zu Handen der Pilotinstitutionen in deskriptiver Form mittels Boxplots dargestellt. Wie üblich, verzichtet der ANQ darauf, Ergebnisse aus Pilotprojekten zu publizieren. Aus diesem Grund wird der Vergleichsbericht mit den detaillierten Daten ausschliesslich den Pilotkliniken zugänglich gemacht.

Im Rahmen dieses Pilotprojekts wurden ebenfalls Korrelationen zwischen verschiedenen Instrumenten berechnet. Die Korrelationen sollen die Frage klären, ob bei einem nationalen Roll-Out anstelle von Erfassungsinstrumenten mit umfangreichen Fragenkatalog auch Fragebogen mit einer geringeren Anzahl an Items verwendet werden könnten, um Erhebungsaufwand und -kosten zu reduzieren, ohne dabei die Aussagekraft und den Nutzen der Ergebnisse unverhältnismässig zu beeinträchtigen.

Der vorliegende Projektabschlussbericht konzentriert sich auf die Hauptfragestellung der Machbarkeit von Qualitätsmessungen im intermediär klinikambulanten Setting sowie geeigneter Messinstrumente.

2.3.1. Qualitative Erhebung

Die Projektkoordinierenden der Kliniken wurden einmal während (3 Monate nach Erhebungsstart) und einmal nach dem Erhebungszeitraum (2 Monate nach Abschluss der Pilotmessungen) zur Umsetzung befragt. Die Befragung erfolgte durch eine von w hoch 2 und dem ANQ erstellte Online-Umfrage und deckte folgende Themenbereiche ab:

- Allgemeine Zufriedenheit mit dem Projekt
- Organisation
- Unterstützung seitens w hoch 2/ANQ
- Informationsmaterialien
- Teilnahmebereitschaft der Patientinnen und Patienten
- Erfassungsinstrumente; Erhebung per Tablet und Ergebnisdarstellung
- Verbesserungsvorschläge bei einer nationalen Einführung

Zusätzlich wurde den Behandelnden während der gesamten Erhebungsperiode die Möglichkeit geboten, Rückmeldungen direkt mittels Erfassungstool an w hoch 2 zu übermitteln, um auf allfällige Schwierigkeiten während des Projekts schnell reagieren zu können. Bei der Darstellung der Ergebnisse aus der qualitativen Erhebung wurde inhaltsanalytisch vorgegangen.

¹ Dümbgen, L., Mühlemann, A. & Strahl, C. (2016). Qualitätsvergleiche psychiatrischer Einrichtungen. Abschlussbericht im Auftrag der ANQ Expertengruppe Methodendiskussion

² Dümbgen, L. (2021). Qualitätsvergleiche psychiatrischer Einrichtungen. ANQ - Expertengruppe Methodendiskussion.

2.4. Ergebnisse

2.4.1. Ergebnisse der Klinikvergleiche

Im Rahmen des Pilotprojekts konnten aussagekräftige Daten für die Qualitätsentwicklung gewonnen werden. Der genügend hohe Rücklauf in der Erwachsenenpsychiatrie erlaubte die Durchführung von klinikvergleichenden Auswertungen. Es zeigt sich über alle Kliniken hinweg, dass die Patientinnen und Patienten im Durchschnitt eine Reduktion der Symptombelastung und eine Verbesserung der Lebensqualität während des Aufenthaltes erzielt haben. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie lassen sich die Ergebnisse lediglich deskriptiv darstellen, da aufgrund geringer Fallzahlen keine klinikvergleichenden Analysen durchgeführt werden konnten. Es lassen sich jedoch auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tendenzen ablesen, dass eine Reduktion der Symptombelastung und eine Verbesserung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten erzielt wurden. Diese Resultate zeigen, dass die eingesetzten Messinstrumente sensitiv sind zur Abbildung von Veränderungen der Symptombelastung und Lebensqualität in den tagesklinischen Angebotsstrukturen.

Im Rahmen dieses Projektabschlussberichts offengelegt werden die Korrelationen der verschiedenen Instrumente. Von besonderem Interesse ist der Zusammenhang zwischen den in der stationären Psychiatrie etablierten Indikatoren zur Symptombelastung und den Instrumenten GAF resp. CGI. In der Erwachsenenpsychiatrie zeigt sich ein stark positiver Zusammenhang zwischen HoNOS und GAF. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigt sich ein stark positiver Zusammenhang zwischen HoNOSCA und CGI.

- Die Korrelationsanalyse nach Pearson zeigt einen starken positiven Zusammenhang ($r = 0.598$, $p < 0.001$) zwischen den Differenzwerten HoNOS und GAF.
- Die Rangkorrelationsanalyse nach Spearman zeigt einen mittleren positiven Zusammenhang ($r = 0.325$, $p < 0.001$) zwischen den Differenzwerten HoNOS und CGI.
- Die Korrelationsanalyse nach Pearson zeigt keinen signifikanten Zusammenhang ($r = 0.322$, $p = 0.208$) zwischen den Differenzwerten HoNOSCA und GAF.
- Die Rangkorrelationsanalyse nach Spearman zeigt einen starken positiven Zusammenhang ($r = 0.63$, $p = 0.001$) zwischen den Differenzwerten HoNOSCA und CGI.

Darüber hinaus interessieren die Zusammenhänge zwischen der Symptombelastung und der Patientenzufriedenheit bzw. Symptombelastung und der Lebensqualität, um ein gutes Verhältnis von Nutzen und Aufwand durch die Wahl geeigneter Messinstrumente sicherzustellen. Sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie wie auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Symptombelastung und der Patientenzufriedenheit, im Gegensatz jedoch ein starker positiver Zusammenhang zwischen Symptombelastung und Lebensqualität.

- Die Korrelationsanalyse nach Pearson zeigt keinen signifikanten Zusammenhang ($r = 0.128$, $p = 0.199$) zwischen den Differenzwerten BSCL und MüPF.
- Die Korrelationsanalyse nach Pearson zeigt einen starken positiven Zusammenhang ($r = 0.57$, $p < 0.001$) zwischen den Differenzwerten BSCL und WHODAS.
- Die Korrelationsanalyse nach Pearson zeigt keinen signifikanten Zusammenhang ($r = 0.113$, $p = 0.677$) zwischen den Differenzwerten HoNOSCA und FBZ-P.
- Die Korrelationsanalyse nach Pearson zeigt einen starken positiven Zusammenhang ($r = 0.702$, $p = 0.024$) zwischen den Differenzwerten HoNOSCA-SR und KINDL-K.

Die Korrelationen bilden eine wertvolle Grundlage für Entscheidungen zur Optimierung des Erfassungsprozesses.

Die einzelnen Berechnungen der Korrelationen sind im Anhang ausführlich aufgeführt.

2.4.2. Bewertung der Ergebnisse der Klinikvergleiche

Für die Aussagekraft der Ergebnisse ist die Vollständigkeit und Qualität der zugrundeliegenden Daten zentral. Die Durchführung der Fremdbeurteilung war sowohl bei Eintritt als auch bei Austritt bei allen Patientinnen und Patienten immer möglich und obligatorisch. Somit gab es keine zulässigen Dropout Gründe. Bei der Selbstbeurteilung konnten die Fallführenden zulässige Dropout Gründe angeben: Die Patientinnen und Patienten konnten eine Teilnahme ablehnen, gesundheitlich als auch psychisch zu stark belastet oder eingeschränkt sein oder unzureichende Sprachkenntnisse aufweisen. Bei Austritt konnten die Fälle zudem aufgrund eines Todesfalls oder eines unvorhergesehenen Austrittes als Dropout deklariert werden.

Erwachsenenpsychiatrie

Folgende Tabelle zeigt über alle Kliniken hinweg die auswertbaren Fälle für den Klinikvergleich in Prozenten pro Erfassungsinstrument

Tabelle 1: Auswertbare Fälle Erwachsenenpsychiatrie

Erfassungsinstrument	Auswertbare Fälle in Prozent
HoNOS	69.9%
GAF	65.9%
CGI	68.5%
BSCL	53.3% (6.7% nicht beeinflussbare Dropouts)
Müpf	52.1% (6.8% nicht beeinflussbare Dropouts)
WHODAS	53.5% (6.2% nicht beeinflussbare Dropouts)
WHODAS Nachbefragung	43.5%

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Folgende Tabelle zeigt über alle Kliniken hinweg die auswertbaren Fälle für den Klinikvergleich in Prozenten pro Erfassungsinstrument

Tabelle 2: Auswertbare Fälle Kinder- und Jugendpsychiatrie

Erfassungsinstrument	Auswertbare Fälle in Prozent
HoNOSCA	41.5%
GAF	38.5%
CGI	44.2%
HoNOSCA-SR	25.6% (11% nicht beeinflussbare Dropouts)
FBZ-P	35.3% (7.8% nicht beeinflussbare Dropouts)
FBZ-E	23.5% (23.5% nicht beeinflussbare Dropouts)
KINDL-K	17.1% (14.6% nicht beeinflussbare Dropouts)
KINDL-E	7.3% (24.4% nicht beeinflussbare Dropouts)
Nachbefragung	Keine Daten verfügbar

2.4.3. Ergebnisse der qualitativen Befragung

Projektkommunikation und Informationsunterlagen

Der Grossteil der Teilnehmenden gab an, dass die Begleitdokumente klar, verständlich und ausführlich über das Projekt informieren und verneinte die Frage, ob ihrerseits Anpassungen an den zur Verfügung gestellten Materialien vorgenommen wurden. Auch die klinikinterne und -externe Begleitung wurde positiv bewertet. Erwähnt wurden bspw. kompetente Mitarbeitende, Online-Veranstaltungen, Schulungen im Vorfeld und regelmässige Meetings. Die Ergebnisse der Online-Umfrage zeigen zudem deutlich, dass der Support seitens ANQ und w hoch 2 den Erwartungen entsprach. Auf inhaltliche, wie auch auf technische Anfragen wurde schnell, hilfsbereit und kompetent reagiert. Verbesserungsbedarf im Support bestehe einzig in der Definition der internen als auch externen Zuständigkeiten, wie eine projektverantwortliche Person wie folgt beschrieben hat: *«Es war nicht immer klar, was der Auftrag der fachlichen Ansprechperson ist. Sie erhielt auch alle organisatorischen Infos, was Aktionen auslöste, welche zum Messverantwortlichen gehörten.»*

Gemäss den Projektverantwortlichen sei vor allem die zeitliche Planung und die Menge an vermittelten Informationen verbesserungsbedürftig. So wurde kritisiert, dass der Startzeitpunkt des Projektes lange nicht bekannt gewesen und die Zeitspanne zwischen Finalisierung der Planung und dem Erhebungsstart zu kurz ausgefallen sei. Die Teilnehmenden gaben zusätzlich an, dass im Verlauf des Projekts zu viele Informationen vermittelt worden seien, so dass man teilweise den Überblick verloren habe: *«Es kamen insgesamt sehr viele Infomails und die Anleitungen und Erklärungen waren sehr umfangreich, was im klinischen Alltag zu zeitaufwändig ist».*

Datenerfassung und -darstellung mittels Tablet

Die Teilnehmenden zeigten sich mit der Erfassung per Tablets zufrieden: *«Die Erhebung mittels Tablets hat sehr gut funktioniert, im Sinne der Digitalisierungsstrategie unbedingt beibehalten».* Die Tablets seien – sowohl für Behandelnde als auch für Ausfüllende – sehr benutzerfreundlich zu bedienen und ermöglichen eine optisch ansprechende Darstellung der Fragebogen. Darüber hinaus wurde die Tatsache, dass sich alle Erhebungsinstrumente an einem Ort befinden und dass kein zusätzliches Papier gebraucht wurde, positiv bewertet. Auch das integrierte Internet durch die SIM-Karten habe gut funktioniert. Bei denjenigen Tablets, die ohne SIM-Karte ausgestattet waren, hat sich die Nutzung der lokalen Wireless Netzwerke (WLAN) als unpraktikabel erwiesen, da sich die Anbindung an die lokalen Netzwerke organisatorisch schwierig gestaltete. Dies zeigte sich in den mehrfachen Supportanfragen als auch in den Rückmeldungen der Online-Umfrage. Als umgehende Massnahme wurden während des Pilotprojekts WLAN-Tablets durch solche mit SIM-Karten ersetzt. Des Weiteren wurden vor allem technische Aspekte, wie bspw. die Geschwindigkeit oder die Akkulaufzeit der Tablets kritisiert.

Individuelle Fragebogenergebnisse zur Symptombelastung und Lebensqualität (WHODAS) liessen sich unmittelbar nach dem Ausfüllen darstellen. Die Funktion der Live-Darstellung der Fragebogeninhalte wurde – vor allem zum Zeitpunkt der Zwischenbefragung – grösstenteils nicht genutzt, da die Projektverantwortlichen zu wenig über die Funktion Bescheid wussten, keine Zeit hatten oder die Funktion als unnötig einschätzten. Diejenigen Personen, welche die Live-Darstellung genutzt haben, setzten die Funktion zum Vergleich der Selbst- und Fremdbeurteilung und der Eintritts- und Austrittsmessung ein. Aus therapeutischer Sicht sei es laut diesen Personen sehr wertvoll, die Ergebnisse zusammen mit den Patientinnen und Patienten anschauen und besprechen zu können. Gemäss Angaben einer befragten Person sei letzteres auch von den Patientinnen und Patienten geschätzt worden.

Organisation der Datenerhebung

Obschon die ausschliesslich digitale Erhebung mittels Tablets bei den Projektverantwortlichen überwiegend positiven Anklang gefunden hat, bestehe vor allem bzgl. der Organisation der Datenerhebung Verbesserungsbedarf: Die Tatsache, dass die Informationsunterlagen zu den Tablets, als auch die Geräte selbst erst kurz vor Erhebungsstart an die Kliniken versendet wurden, sei laut einer

teilnehmenden Person ungünstig gewesen, da die Systeme klinikintern nicht mehr getestet werden konnten. Nach Einschätzung der Projektverantwortlichen sei auch unzureichend über die Erfassungsinstrumente und über den Ablauf der Erhebung informiert worden: *«Unklar ist, warum nicht erwähnt wird, dass es verschiedene Versionen der Umfrage gibt. Dies ist im Alltag insofern relevant, dass Termine eingeplant werden (...)»*. Es wurde bereits vor der Erhebungsphase als auch 19 Tage vor Ende der Erhebungsphase darauf hingewiesen, dass auch bei Nicht-Austritt eine 2. Messung vorgesehen ist. Diese Hinweise wurden scheinbar als unzureichend bewertet. So wünsche sich eine projektverantwortliche Person *«frühzeitigerer Hinweis, dass bei Nicht-ausgetretenen Patienten auch Zweiterhebung stattfinden soll»*.

Die Projektverantwortlichen kritisierten darüber hinaus den Login-Prozess und die Falleröffnung: *«Falleröffnung ein wenig mühsam, da ich warten muss, dass das Sekretariat den Fall eröffnet (brauche Fallnr.). D.h. ich muss aus dem Eintrittsgespräch und die Nummer im Compi nachschauen gehen»*. Ausserdem empfanden es die Befragten als mühsam und zeitaufwändig, dass man sich nach der Selbstbeurteilung immer wieder erneut einloggen musste. Auch die Fehleranfälligkeit bei der Eingabe der FID wurde thematisiert: *«Aus Sicht der Datenlieferantin ist mir aufgefallen, dass es nicht ganz selten zu fehlerhaften FID-Eingaben auf dem Tablet kam (...). haben die Fallführenden die Möglichkeit, die FID nochmals zu korrigieren/zu überprüfen?»*.

Die Teilnehmenden äusserten sich überdies vermehrt kritisch über die fehlende Flexibilität, die Reihenfolge der Eltern- und Patientenbefragung nach Bedarf anpassen zu können. Einigen Befragten fehlte ausserdem die Möglichkeit, die Fragebogen auch über das KIS oder per Papier erfassen zu können. Die Erhebung gestaltete sich laut einer projektverantwortlichen Person im ambulanten Bereich vergleichsweise schwierig, da Absenzen oder ungeplante Behandlungsabbrüche häufiger vorkamen als im stationären Bereich. Auch die Einhaltung der vorgegebenen Messzeitpunkte bringe laut einer projektverantwortlichen Person gewisse Schwierigkeiten mit sich: *«Drei Tage Regel schwierig, weil einerseits manchmal schwierig einen Termin für ein Erstgespräch mit fallführender Person zu finden (...)»*.

Erhebung der Zusatzdaten und Datenlieferung

Die Informationen über die zu erhebenden Daten, die Datenlieferung in Form des Uploadprozesses der Daten mittels Link und die technische Unterstützung seitens w hoch 2 wurde mehrheitlich positiv bewertet. Den Teilnehmenden habe lediglich die Rückmeldung gefehlt, ob die Datenlieferung funktioniert hat.

Die Erhebung der Zusatzvariablen und der Übertrag in die von w hoch 2 zur Verfügung gestellte Excel-liste wurde demgegenüber gemeinhin als zeitintensiv und ineffizient empfunden: *«allgemein ist es so, dass es relativ komplex ist (dies vermutlich nicht nur mit unserem KIS) die erforderlichen Daten aus den Systemen zu ziehen und für den Upload zur Verfügung zu stellen»*. Die Kliniken haben die Erfassung der Zusatzdaten auf unterschiedlichste Weise organisiert: Von der analogen Erfassung anhand eines Papierformulars über direktes Ausfüllen der Excelvorlage bis hin zum Export aus dem KIS. Von den 16 Rückmeldungen zur gewünschten Erhebungsform der Zusatzdaten wurde in 13 Rückmeldungen eine direkte Erhebung über das Tableterfassungssystem gewünscht. Nur drei Personen bevorzugten eine selbstständige Umsetzung durch die Klinik. Eine befragte Person begründete dies wie folgt: *«Bei der Excel-Vorlage waren viele Informationen und Farbcodes vorhanden, welche per Eingabe im Tablet klarer verständlich dargestellt werden könnten und die Eingabe so zeitsparender gestalten würde»*. Auch weitere Aussagen machen deutlich, dass die Excel-Vorlage offenbar nicht von allen begrüsst wurde. Ferner stiess die Modifikation einiger BFS-Variablen als auch die spezifisch für dieses Projekt zu erhebenden Daten auf Ablehnung: *«Der Datenexport weiterer Daten sollte aus dem KIS erfolgen, ohne die Notwendigkeit einer händischen Zusatzleistung. Die Variablen sollten sich dabei am PSA-Datensatz (Spital ambulant) oder dem BFS-Datensatz (stationär) orientieren»*. Explizit genannt wurde die Modifikation der Variable Behandlungsdauer: *«Das Zusammentragen der anwesenden*

halben Tage war für uns aufwändig, weil wir nur ganze Tage erfassen. Wir mussten retrospektiv alle Therapiepläne und Abwesenheiten einzeln durchgehen, um die erwünschten Werte zu erhalten».

Motivierung und Hürden bezüglich Teilnahmebereitschaft

Die Fallführenden wendeten verschiedene Strategien zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft an: Eine ausführliche Beschreibung des Vorgehens und die Betonung des Qualitätsgewinns – für die Behandlung selbst als auch für die Klinik – und Sicherstellung der Anonymität habe die Teilnahmebereitschaft erhöht. Auch *«der persönliche Kontakt und die Beziehung zum Patienten (...)»* sei laut einer befragten Person ausschlaggebend gewesen für die Teilnahmebereitschaft. Ferner wurde der Zeitpunkt der Informationskommunikation als einflussreich beschrieben: Wenn die Informationen bereits in einem Gespräch, d. h. vor Behandlungsbeginn vermittelt wurden, seien die Patientinnen und Patienten eher bereit gewesen, an der Umfrage teilzunehmen. Zusätzlich haben sich auch einige Rahmenbedingungen des Pilotprojekts als begünstigende Faktoren erwiesen, so das benutzerfreundliche Ausfüllen mittels Tablets oder die Tatsache, dass die Umfrage während der Therapiezeit ausgefüllt werden konnte.

Schwierigkeiten bzgl. der Motivierung der Patientinnen und Patienten seien in Bezug auf krankheits- oder sprachbedingte Hindernisse, eine überfordernde Anzahl auszufüllender Fragebogen, die Ankündigung einer potenziellen Nachbefragung und Misstrauen gegenüber dem Datenschutz und generell gegenüber Forschungsprojekten aufgetreten. Die Menge an zu vermittelnden Informationen stelle ein weiteres Hindernis dar. Gerade der Eintritt in die Tagesklinik sei für die Patientinnen und Patienten resp. deren Eltern ohnehin sehr belastend: *«Wir haben eine hohe Ablehnungsquote, die mir vor allem damit in Zusammenhang zu stehen scheint, dass der Beginn der Behandlung in der Tagesklinik für viele Patienten ein sehr "stressiger" Moment ist und dann wenig mentale Kapazität verfügbar ist, um sich zusätzlichen Anfragen offen zu zeigen»*. Die Tatsache, dass bei Patientinnen und Patienten einige Erfassungsinstrumente bereits bekannt waren (bei Wiedereintritten oder aus der stationären Psychiatrie), habe die Bereitschaft einer Teilnahme zusätzlich reduziert. Darüber hinaus seien die Patientinnen und Patienten bei Austritt weniger motiviert gewesen, an der Befragung teilzunehmen, als bei Eintritt. Eine befragte Person begründete dies wie folgt: *«Ev. hängt es auch mit dem Klinikpersonal zusammen, dass die Austrittserhebung eher vernachlässigt wird»*.

Bewertung der Qualitätsindikatoren und Erfassungsinstrumente

Der Grossteil der Teilnehmenden scheint die erhobenen Qualitätsindikatoren (Symptombelastung, Patientenzufriedenheit und Lebensqualität) insgesamt als relevant und aussagekräftig einzuschätzen: *«Von Relevanz und aussagekräftig für Patientinnen mit psychischer Belastung. Der Leidensdruck und die Funktionalität sind für uns relevant, wobei diese in den Indikatoren enthalten sind.»* Zwei Personen haben des Weiteren explizit erwähnt, dass sie die Erhebung der Patientenzufriedenheit und der Lebensqualität als besonders wichtig erachten. Die Frage, ob weitere Indikatoren für das tagesklinische Setting fehlen, verneinte die Mehrheit. Als einziger Vorschlag wurde die Erhebung von zusätzlichen Kennwerten zur sozialen Eingebundenheit nach Austritt genannt. Die antwortende Person begründete dies folgendermassen: *«Viele unserer Patient*innen berichten von grosser Einsamkeit, zusammengebrochenen sozialen Netzwerken. Da die soziale Eingebundenheit psychische Gesundheit mitbestimmt, wäre es vielleicht auch noch relevant zu prüfen, inwieweit sich die Personen mit anderen verbunden, von anderen unterstützt fühle [sic].»*

HoNOS

Das Erfassungsinstrument HoNOS wurde teilweise als gut verständlich und hilfreich eingestuft. Demgegenüber sei die Skala nicht immer eindeutig: *«Teilweise schwer einzuschätzen, auf welchem Level ein Patient sich befindet, da die Skala nur von 1-4 geht»*. Durch die Ergänzung der einzelnen Items um eine Beschreibung der HoNOS-Schweregrade könnte laut einer Projektverantwortlichen dieses Problem reduziert werden. Ferner empfand eine teilnehmende Person das Instrument als redundant, da ein psychopathologischer Befund bei Eintritt ohnehin erfasst werde. Das Erfassungsinstrument HoNOS

eigne sich laut einer befragten Person nur bedingt bei Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung.

GAF und CGI

Die Mehrheit der Befragten haben die Erfassungsinstrumente GAF und CGI als unkompliziert, schnell auszufüllen und gut verständlich beschrieben. Beim GAF wurde der als gering eingeschätzte Erkenntnisgewinn, zumal die Punktevergabe etwas willkürlich sei und die fehlende Möglichkeit, das Funktionsniveau differenziert nach verschiedenen Lebensbereichen erfassen zu können, kritisiert. Auch der Erkenntnisgewinn des CGI wurde eher gering eingeschätzt: *«zu global und dadurch unzuverlässig»*. Sowohl beim GAF als auch beim CGI besteht Bedarf nach einer Schulung oder zumindest nach einem begleitenden Manual.

BSCL

Die Bewertung der BSCL wurde unter den Teilnehmenden ungleich bewertet: Auf der einen Seite gilt dieses Instrument als einfach ausfüllbar, gut verständlich und nützlich, da ein breites Spektrum von Symptomen abgebildet wird. Kritisiert wurden auf der anderen Seite die Länge und die Verständlichkeit des Fragenkataloges. Auch die BSCL eigne sich nur bedingt bei Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung.

HoNOSCA und HoNOSCA-SR

Die Erfassungsinstrumente HoNOSCA und HoNOSCA-SR wurden von einigen Projektverantwortlichen als gut verständlich betrachtet. Im Unterschied zum Erfassungsinstrument GAF sei bei diesen beiden Instrumenten eine differenziertere Erfassung der Lebensbereiche möglich. Lediglich sei der Fragekatalog für die PatientInnen und Patienten nicht immer ganz verständlich, da keine Beispiele zu den unterschiedlichen Verhaltensweisen aufgeführt sind.

Patientenzufriedenheit und Lebensqualität

Zu den Instrumenten zur Erfassung der Patientenzufriedenheit (MüPF und FBZ) und zur Lebensqualität (WHODAS und KINDL) haben sich die Teilnehmenden wenig geäußert. Die Instrumente wurden alle als neutral oder gut verständlich bewertet. Die in diesem Pilotprojekt verwendete Kurzversion des WHODAS sei jedoch laut einer befragten Person weniger aussagekräftig als die Langversion.

Nutzen der Qualitätsindikatoren

Grundsätzlich wird unter den Teilnehmenden häufig die Meinung vertreten, dass die Fremdbeurteilung bei Eintritt unter Umständen ein verfälschtes Bild liefert, da *«oft im Verlauf der Behandlung mehr Symptomatik bekannt als zu Beginn (...)»*.

Bezüglich des eingeschätzten Nutzens der Selbstbewertung durch Patientinnen und Patienten (Patient Reported Outcome Measures, «PROM's») hinsichtlich Qualitätsentwicklung bestehen bei den Teilnehmenden unterschiedliche Ansichten: Einerseits wird die subjektive Einschätzung der Symptombelastung und Lebensqualität als zentrale Elemente für die Verlaufskontrolle und die Reflexion der Behandlung angesehen. Andererseits erachten einige Befragte den Nutzen auf Behandlungsebene als gering, zumal die Patientinnen und Patienten teilweise Mühe hätten, sich selbst einzuschätzen. Den Nutzen auf Spital-/Klinikebene haben nur wenige angesprochen: Eine Person sieht bspw. die Möglichkeit eines Vergleichs der Wirksamkeit der Therapieprogramme zwischen verschiedenen Kliniken, wobei andere keinen direkten Nutzen sehen. Einen potenziellen Nutzen auf Systemebene sieht eine projektverantwortliche Person z. B. darin, die Tarifsituation positiv beeinflussen zu können, da die Wirksamkeit der Behandlungen ausgewiesen und gegenüber den Versicherungen kommuniziert werden könnte. Ferner wird eine *«(...) verbesserte Sichtbarkeit der Tageskliniken im ambulanten Versorgungsbereich»* erhofft.

Ungeachtet der Unstimmigkeit bezüglich des Nutzens der PROM's hat die Mehrheit der Befragten angegeben, dass die aus dem Pilotprojekt hervorgegangenen Ergebnisse in die klinikinterne

Qualitätsentwicklung einfließen werden. Dies wird bspw. in Form von Besprechungen mit der Spitaldirektion oder im Team, Ergebnisvorstellungen oder Reflektion von kritischen Punkten erfolgen, mit dem Ziel, Verbesserungsmassnahmen abzuleiten.

2.4.3.1. Bewertung der Ergebnisse der qualitativen Befragung

Für die Aussagekraft ist die Vollständigkeit der Rückmeldungen zentral. Im Rahmen der qualitativen Befragung wurden für die Zwischenbefragung 27 offene Fragen gestellt. Zu der Zwischenbefragung wurden 21 Projektverantwortliche eingeladen, davon haben 15 Personen (71%) die Umfrage vollständig ausgefüllt. Die Abschlussbefragung wurde durch Fragen zu weiteren Themen ergänzt und beinhaltete 31 offene Fragen sowie eine geschlossene Frage. Zu der Abschlussbefragung wurden 32 Projektverantwortliche eingeladen, davon haben 20 Personen (62%) die Umfrage vollständig ausgefüllt.

3. Zielerreichung

3.1. Übersicht Projektziele

Mit dem Pilotprojekt wurden folgende Ziele verfolgt:

Ziel 1:

Schaffung von Grundlagen und Evaluation von geeigneten Instrumenten für Qualitätsmessungen im intermediär klinikambulantem Setting, um einheitliche und vergleichbare Qualitätsmessungen über die Behandlungskette stationär-intermediär klinikambulant zur Beurteilung der Behandlungsqualität, für nationale Qualitätsvergleiche und der Nutzung im Rahmen von Qualitätsverträgen (Priorisierung auf bereits bestehende Instrumente) sicherzustellen.

Ziel 2:

Das Pilotprojekt umfasst die Prüfung von implementierten Indikatoren und Messinstrumenten des stationären Bereichs der nationalen Messungen des ANQ auf ihre Eignung im intermediären klinikambulantem Bereich (Tageskliniken) sowie der Überprüfung eines neuen Instruments zur Patientenzufriedenheit Erwachsenenpsychiatrie und Behandlungszufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hinsichtlich Anwendbarkeit.

Angestrebter Impact:

Das Anstossen von Qualitätsentwicklungsprozessen (PDCA-Zyklus) in den Kliniken.

3.2. Abweichungen und Begründung

Das Pilotprojekt konnte anhand der formulierten Ziele durchgeführt werden. Im Rahmen der Konzepterstellungsphase wurde jedoch entschieden, dass das Pilotprojekt in Bezug auf 5 Teilaspekte im Vergleich zu den ursprünglich formulierten Zielen ausgeweitet wird, was die zusätzlichen Kosten (siehe Budget erklärt):

- Einsatz von weiteren Instrumenten: Zusätzlich zum Instrument der Patientenzufriedenheit wurde ebenfalls in der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie je ein Instrument für die Messung der Lebensqualität eingesetzt.
- Zusätzliche Nachbefragung nach Austritt: Die Patientinnen und Patienten wurden 3 Monate nach Austritt erneut zur Lebensqualität befragt.
- Echtzeitdarstellungen/Einbezug Patientinnen und Patienten: Ergebnisse bereits durchgeführter Beurteilungen (HoNOS, BSCL und WHODAS resp. HoNOSCA, HoNOSCA-SR und KINDL) konnten durch die Fallführenden auf den Tablets in Echtzeit eingesehen und mit der Patientin oder dem Patienten besprochen werden.
- Schulungen zur korrekten Erfassung: Zur Sicherstellung einer guten Datenqualität, wurde dem Fachpersonal der teilnehmenden Pilotkliniken eine kostenlose HoNOS-Schulung angeboten.
- Bericht Datenqualität pro Pilotklinik: die Pilotkliniken haben je einen Datenqualitätsbericht erhalten.

Die Abweichungen in Bezug auf die verwendeten Messinstrumente und die Integration einer Nachbefragung liegen zum einen darin begründet, dass das begleitende Expertengremium nebst der Symptombelastung ebenfalls die Lebensqualität als zentralen Indikator bewertet hat, zumal die Tageskliniken stark darauf hinarbeiten, dass die Patientinnen und Patienten in ihr Umfeld zurückkehren. Zum anderen wurde im ANQ, wie auch national das Thema PROMs stark in den Fokus gerückt. Es hat sich die Möglichkeit geboten, in den Tageskliniken im Rahmen dieses Pilotprojekts zusätzlich einen generischen PROMs-Fragebogen zur Lebensqualität zu integrieren. Ausserdem konnte technisch gewährleistet werden, dass die Ergebnisse durchgeführter Messungen zur Symptombelastung und Lebensqualität

vom Fachpersonal in Echtzeit dargestellt werden konnten. Dies ermöglichte es, die Fremd- und Selbstbeurteilungen direkt mit der Patientin bzw. dem Patienten zu besprechen. So konnte sichergestellt werden, dass Patientinnen und Patienten aktiv einbezogen sind und die durch sie geäußerten Aspekte in die Behandlung bzw. die Nachbehandlung integriert wurden. Um eine aussagekräftige Datenqualität zu erhalten, war es dem ANQ zusätzlich wichtig, das Thema Datenqualität bereits im Pilotprojekt zu integrieren. Aus diesem Grund wurden Schulungen zur Erfassung des HoNOS angeboten, wie auch zusätzlich individuelle Datenqualitätsberichte für die teilnehmenden Pilotkliniken erstellt.

Zu erwähnen ist eine weitere Abweichung mit Bezug zu den ausgewerteten Messergebnissen: in der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnten aufgrund der geringen Fallzahlen ausschliesslich deskriptive Auswertungen vorgenommen werden, was bei der Interpretation der Ergebnisse wie auch hinsichtlich Aussagen zu Messinstrumenten berücksichtigt werden muss.

3.3. Erreichung der Ziele

Ziel 1

Das Ziel wurde vollumfänglich erreicht. Mit der Durchführung der Qualitätsmessungen und den im Pilotprojekt gemachten Erfahrungen konnten gute Grundlagen geschaffen werden sowie geeignete Messinstrumente evaluiert werden, die dem Vorstand des ANQ ausreichend Informationen liefern für die Entscheidung hinsichtlich einer nationalen Implementierung von Qualitätsmessungen im intermediär klinikambulantem Setting. Über die Berechnung von Korrelationen zwischen den Instrumenten konnten zudem Grundlagen geschaffen werden, um auch Entscheidungen hinsichtlich des Umfangs der Instrumente vorzunehmen.

Ziel 2

Vollständige Erreichung in der Erwachsenenpsychiatrie: Die im stationären Setting implementierten Indikatoren und Messinstrumente sowie neue Messinstrumente konnten auf ihre Eignung für den Einsatz im klinikambulantem Bereich überprüft werden. Die Eignung wurde nachgewiesen, da alle eingesetzten Instrumente sensitiv für Veränderungen waren. Auch konnte ein zusätzlicher Indikator (Lebensqualität) mitgemessen werden.

Partielle Erreichung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Die im stationären Setting implementierten Indikatoren und Messinstrumente sowie neue Messinstrumente konnten auf ihre Eignung für den Einsatz im klinikambulantem Bereich überprüft werden. Die Eignung ist sehr wahrscheinlich. Aufgrund geringer Fallzahlen konnten ausschliesslich deskriptive Auswertungen vorgenommen werden. Diese Auswertungen lassen allerdings vermuten, dass alle eingesetzten Instrumente sensitiv für Veränderungen sind – auch im Setting der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Auch konnte ein zusätzlicher Indikator (Lebensqualität) mitgemessen werden.

Zusätzlich ist zu erwähnen, dass die im Pilotprojekt verwendeten Messthemen bzw. Qualitätsindikatoren die [vom ANQ festgehaltenen Anforderungen an Qualitätsindikatoren](#) erfüllen.

Der Impact kann aufgrund der kurzen Umsetzungsphase nur ansatzweise beschrieben werden. Die qualitative Befragung gibt hier Auskunft über die mögliche Ableitung von Massnahmen zur Qualitätsentwicklung in den Kliniken aufgrund der Erkenntnisse aus den Messungen.

3.4. Budget Pilotprojekt Intermediär Klinikambulant

Projektitel	Pilotprojekt Intermediär Klinikambulant
Projektleitung	Linda Hadorn
Datum	Dez 23
veranschlagte Kosten	CHF 271'675.00 ursprünglich CHF 236'000
davon bei der EQK beantragt	CHF 77'000.00

Nr.	Teilaufgabe / Arbeitspaket	interne Kosten	externe Kosten				Gesamtbudget (eingereichtes)	Gesamtbudget (inkl. Abweichung)	Effektive Auslagen (exkl. MwSt.)
		Projektmanagement	Beratung	Entschädigung (Spesen, Sitzungsgelder, etc.)	Übersetzung	Sonstiges			
	Vorbereitungsarbeiten								
	Vorarbeiten (Projektplanung, Projektkoordination, Projektdokumentation)	CHF 35'000.00			CHF 5'000.00		CHF 40'000.00	CHF 20'000.00	CHF 15'500.00
	Begleitgremien								
	Projektteam		CHF 5'000.00				CHF 5'000.00	CHF 5'000.00	CHF 5'000.00
	Expertengruppe			CHF 9'000.00			CHF 9'000.00	CHF 5'000.00	CHF 4'200.00
Arbeitspaket 1	Indikatoren und Messinstrumente								
	Lizenzkosten					CHF 6'500.00	CHF 6'500.00	CHF 1'500.00	CHF 362.43
Arbeitspaket 2	Datenerhebung und Auswertung								
	Kosten Messlogistikzentrum / Auswertung (inkl. zusätzlicher Indikator, Nachbefragung, Echtzeitdarstellung-neu)		CHF 98'000.00				CHF 98'000.00	CHF 190'512.00	CHF 176'892.00
	Berichte Datenqualität (neu)								CHF 3'000.00
	Schulungskosten (neu)								CHF 22'980.00
	Zahlung an Pilotspitäler/-kliniken (CHF 30.- pro Fall)			CHF 50'700.00			CHF 50'700.00	CHF 20'000.00	CHF 18'420.00
Arbeitspaket 3	Kommunikation								
	Kommunikationskonzept		CHF 600.00		CHF 800.00		CHF 1'400.00	CHF 1'400.00	
	Informationsmaterial				CHF 800.00		CHF 800.00	CHF 800.00	CHF 7'296.58
Arbeitspaket 4	Evaluation								
	Schlussbericht				CHF 2'000.00		CHF 2'000.00	CHF 2'000.00	CHF 5'008.16
Sonstiges									
	Kosten juristische Bertung Verträge, etc.		CHF 1'100.00				CHF 1'100.00	CHF 1'100.00	CHF 400.00
	Zwischentotal	CHF 35'000.00	CHF 104'700.00		CHF 8'600.00	CHF 6'500.00	CHF 214'500.00	CHF 247'312.00	
	Reserve 10%						CHF 21'450.00	CHF 24'731.20	
	Gesamt						CHF 235'950.00	CHF 272'043.20	CHF 259'059.17
	Projektkosten Antrag EQK (Arbeitspakete 2-4, Sonstiges)						CHF 154'000.00	CHF 215'812.00	
	davon 50%						CHF 77'000.00		

Abbildung 2: Übersicht Budget, angepasstes Budget und effektive Auslagen per 21. Dezember 2023



Das abgebildete Budget zeigt die ursprünglich veranschlagten Kosten, die Anpassungen nach der Konzeptphase sowie die effektiven Auslagen bis 21. Dezember 2023. Die budgetierten Kosten wurden aufgrund der oben erwähnten Abweichungen auf gewissen Kostenstellen überschritten. Zusätzlich wurden vor allem die Kosten für Übersetzung überschritten. Auf anderen Kostenstellen wurden sie unterschritten (z.B. durch Einsatz von Instrumenten ohne Lizenzkosten, Unterschreiten angenommener Fallzahlen KJP, effizientes Projektmanagement, etc.). Die veranschlagten Gesamtkosten nach Konzeptphase wurden eingehalten.

4. Erkenntnisse und Bewertungen

4.1. Durchführbarkeit

Die Ergebnisse der Online-Umfrage deuten darauf hin, dass Qualitätsmessungen im Format des durchgeführten Pilotprojekts auf vergleichbare Weise durchführbar sind wie die etablierten Messungen im Bereich der stationären Psychiatrie. Aus der im Rahmen der Projektevaluation durchgeführten qualitativen Befragung geht deutlich hervor, dass die verantwortlichen Personen in den Pilotkliniken grundsätzlich mit der Durchführung des Pilotprojekts zufrieden sind. Die Ergebnisse zeigen, dass aussagekräftige Klinikvergleiche für die Qualitätsentwicklung gewonnen werden können. Bei der Durchführung der Messungen stellten sich einige Herausforderungen, die es bei einem allfälligen nationalen Roll-Out zu überwinden gilt:

4.2. Hindernisse und vorgeschlagene Verbesserungen

Die eher tief ausgefallene Rücklaufquote müsste insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie signifikant erhöht werden, um aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen. Aus den Rückmeldungen der Online-Umfrage konnten zentrale Faktoren identifiziert und Strategien abgeleitet werden, die zu einer Erhöhung der Teilnahmebereitschaft beitragen. Bei einem nationalen Roll-Out könnten bspw. Fragebogen mit einer geringeren Anzahl an Items verwendet werden, um Erhebungsaufwand und -kosten zu reduzieren. Signifikante Korrelationen geben Aufschluss darüber, dass gewisse Instrumente ersetzt werden könnten, ohne dabei Aussagekraft und Nutzen der Ergebnisse unverhältnismässig zu beeinträchtigen. Ferner würde sich eine Kürzung der zu lesenden Dokumente anbieten, um die Menge an zu verarbeitenden Informationen sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Behandelnden zu reduzieren.

Die Datenerfassung mit den Tablet-Computern und dem von w hoch 2 zur Verfügung gestellten Erfassungstool erwies sich als geeignet. Es ist zu prüfen, ob diese Erhebungsmethode bei einem allfälligen nationalen Roll Out beibehalten werden kann. Die Ausstattung sämtlicher Tablet-Computer mit SIM-Karten ist zu empfehlen, da so eine stabile Internetverbindung gewährleistet ist und der Aufwand für die jeweiligen IT-Abteilungen auf ein Minimum reduziert werden kann. Im Sinne einer Weiterentwicklung für das nationale Roll Out könnte das Erfassungstool zudem durch weitere Funktionalitäten ergänzt werden, um die Messung und den Klinikalltag besser zu vereinbaren und den Prozess der Datenerfassung und -lieferung zu vereinfachen.

Abschliessend lässt sich sagen, dass die Messung in den Tageskliniken – trotz der Herausforderungen – erfolgreich durchgeführt werden konnte. Die Schlussfolgerungen aus der Pilotphase und die Erkenntnisse der statistischen Analysen bilden eine wertvolle Grundlage für eine allfällige nationale Umsetzung der Messung.

5. Schlussfolgerungen und Ausblick

5.1. Empfehlungen

Abgeleitet aus den Erkenntnissen der qualitativen und der statistischen Analysen werden im Folgenden Empfehlungen für eine allfällige nationale Einführung der Messung formuliert. Die Empfehlungen sollen u. a. dazu beitragen, die Integrierbarkeit der Messung in den Klinikalltag zu verbessern und den Aufwand auf ein Minimum zu reduzieren.

Projektkommunikation und Informationsunterlagen

- Die Menge der Support-Anfragen war überschaubar, ein Grossteil davon bezog sich auf die WLAN-Verbindung der Tablets und die Erfassung und Lieferung der Zusatzdaten. Auch über die im Erfassungstool integrierte Feedback-Möglichkeit wurden kaum Nachfragen gestellt. Die geringe Menge an Anfragen deutet auf eine reibungslose Abwicklung des Projekts hin.
- Die Kommunikationskanäle für Support-Anfragen haben sich bewährt und sollen bei einer nationalen Einführung beibehalten werden. Die Nennung konkreter Ansprechpersonen und die Definition der Zuständigkeitsbereiche (extern als auch intern) sollten jedoch klarer kommuniziert werden, damit ein reibungsloser Informationsfluss gewährleistet ist.
- Die Vorbereitungsphase sollte deutlich verlängert werden, damit die Kliniken genügend Zeit haben, die internen Abläufe zu definieren, das Erfassungstool zu testen und allenfalls Rückfragen stellen zu können.
- Um der Informationsflut vor- und während der Erhebungsphase entgegenzuwirken, sollten die Informationsunterlagen auf das Wesentliche reduziert werden. Die notwendigen Unterlagen könnten ferner in einem geschützten Cloud-Ordner abgelegt werden, auf den alle Teilnehmenden Zugriff haben, so dass sich alle Informationen an einem Ort befinden und jederzeit abrufbar sind.
- Die Datenerfassung per Tablet erwies sich als geeignet und sollte bei einer nationalen Einführung unbedingt beibehalten werden. Damit eine stabile Internetverbindung gewährleistet werden kann, sollten alle Tablets mit SIM-Karten ausgestattet werden. Die Verwendung von SIM-Karten würde den Aufwand für die jeweiligen IT-Abteilungen beträchtlich reduzieren. Gegebenenfalls könnte man Tablet-Modelle verwenden, die eine längere Akkulaufzeit aufweisen.
- Ein Factsheet zuhanden der IT-Abteilungen, welches von den verantwortlichen Ansprechpersonen weitergeleitet werden kann, wäre hilfreich. Es hat sich gezeigt, dass einzelne IT-Abteilungen die WLAN-Angaben nicht gemacht haben, weil sie nicht ausreichend darüber informiert waren, was mit den Tablets beabsichtigt war und in welcher Form das Kliniknetz verwendet wurde. Diese Massnahme wäre hinfällig, wenn alle Tablets mit SIM-Karten ausgerüstet wären.
- Die Möglichkeit der Darstellung der Fragebogendaten in Echtzeit sollte weiterhin bestehen bleiben. Diese Live-Darstellung ermöglicht einen anschaulichen Vergleich zwischen der Selbst- und Fremdbeurteilung sowie zwischen der Eintritts- und Austrittsmessung. Dadurch können die Ergebnisse direkt mit den Patientinnen und Patienten besprochen werden. Bei einer nationalen Einführung müsste sowohl im Vorfeld als auch während des Erhebungszeitraumes verstärkt auf die Möglichkeit dieser Funktion hingewiesen werden. Allenfalls könnten auch Schulungen zum Erfassungstool und zu den darin integrierten Möglichkeiten durchgeführt oder ein Schulungsvideo erstellt werden.

Datenerhebung und Datenlieferung

Die Datenqualität (Anteil auswertbarer Fälle) der verschiedenen Messinstrumente variiert beträchtlich zwischen den teilnehmenden Kliniken. Bei Kliniken mit vergleichsweise tiefer Datenqualität weisen die beeinflussbaren Dropouts die höchsten Anteile auf.

In der Erwachsenenpsychiatrie wurden die Zusatzvariablen grösstenteils vollständig geliefert. Es lässt sich jedoch erkennen, dass die beiden Variablen mit den höchsten Anteilen an fehlenden Angaben spezifisch für das Pilotprojekt hätten erhoben werden sollen (von den Expertinnen und Experten aus den Kliniken in der Konzipierung so erwünscht). Die Datenqualität der Zusatzdaten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie fällt vergleichsweise eher schlecht aus. Dies kann teilweise dadurch erklärt werden, dass die Abgabe der Psychiatrie-Zusatzdaten in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie anders geregelt ist als in der Erwachsenenpsychiatrie. Beispielsweise werden Variablen, wie Beschäftigung vor Eintritt oder Bildung nicht auf ihre Korrektheit überprüft (siehe «[Datenkontrolle und Datenvalidierung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie](#)»). Abgesehen davon fällt auf, ähnlich wie in der Erwachsenenpsychiatrie, dass die Variablen, die spezifisch für das Pilotprojekt eingeführt oder modifiziert wurden, einen höheren Anteil an fehlenden Angaben aufweisen. Gestützt auf diese Erkenntnisse und die Antworten aus der Online-Umfrage empfehlen sich folgende Massnahmen bei einer allfälligen nationalen Einführung der Messung:

- Die fallführenden Personen sollten vor jeder Erhebung einen Überblick erhalten, welche und wie viele Fragebogen ausgefüllt werden müssen und wie lange der ganze Prozess in etwa dauert. Es wäre empfehlenswert, die Informationsunterlagen dahingehend anzupassen und gegebenenfalls einen Fortschrittsbalken in die Umfrage zu implementieren. Die Informationen über die verbleibende Zeit ermöglicht eine bessere zeitliche Planung. Sollten die anstehenden Fragebogen auch bei einer nationalen Erhebung von Behandlungsfall zu Behandlungsfall variieren (z. B. aufgrund unterschiedlichen Alters), so wäre eine im Erfassungssystem integrierte fall-spezifische Anzeige der anstehenden Messungen hilfreich.
- Die Fallführenden sollten die Reihenfolge der Patienten- und Elternbefragung frei wählen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchführen lassen können.
- Die Datenerhebung sollte mit den jeweiligen KIS verknüpft werden können, so dass die Fallführenden die Befragungen bei Bedarf auch intern, und nicht nur über externe Tablets durchführen können. Dazu könnte bspw. auch eine dokumentierte Schnittstelle bereitgestellt werden, über welche die Kliniken die erfassten Daten übermitteln können.
- Die Erhebung der Zusatzdaten sollte zeitsparender organisiert werden: Die für projektspezifischen Zusatzdaten könnten bspw. direkt über das Tablet erhoben werden, so dass keine händische Zusatzleistung – im Sinne einer nachträglichen und separaten Übertragung über eine Excel-Datei – erforderlich ist. Um die Konsistenz und die Genauigkeit der Daten sicherzustellen, sollten die BFS-Variablen nicht modifiziert und die Lieferung analog zur nationalen Messung in der stationären Psychiatrie organisiert werden. Eine standardisierte Erfassung der zu liefernden Zusatzvariablen würde folglich den klinikinternen Aufwand beträchtlich reduzieren und die Datenqualität verbessern.
- Der Einbau einer Funktion, die eine Übersicht der bereits erfassten Fälle bietet (bspw. über ein Dropdown-Menü) würde die Datenerfassung für die Klinik vereinfachen und Fehlerquellen minimieren. Zur Reduktion der Fehleranfälligkeit würde für jeden erfassten Fall das Eintrittsdatum, das Alter, das Geschlecht, bereits durchgeführte und anstehende Messungen und die zu liefernden Zusatzdaten angezeigt werden. Vorzugsweise könnte die Erfassung und Abgabe der Zusatzvariablen auch direkt innerhalb dieses Systems abgewickelt werden. So wäre die fallführende Person jederzeit darüber informiert, ob bspw. die Frist einer Messung abläuft oder ob die Zusatzdaten korrekt und vollständig geliefert wurden.
- Die Live-Darstellung der Resultate könnte um die Angaben interner Mittelwerte und der Standardabweichungen erweitert werden. Auf Wunsch könnten auch Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit abgebildet werden.
- Bei digitaler Erfassung ist unbedingt eine Testphase vor Live-Schaltung einzuplanen, damit die Befragungstools vom Personal getestet werden können.

Erfassungsinstrumente

Um Entscheidungsgrundlagen zur Wahl geeigneter Instrumente im intermediär klinikambulantem Bereich zu schaffen, wurden die Erfassungsinstrumente auf statistische Zusammenhänge mittels Korrelationsanalysen überprüft. Die Ergebnisse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie lassen aufgrund geringer Fallzahlen keine aussagekräftigen Interpretationen der Korrelationen zu. Es wird lediglich erwähnt, wenn sich eine ähnliche Tendenz wie in der Erwachsenenpsychiatrie zeigt.

Als ein zentrales Ergebnis kann festgehalten werden, dass die Differenzwerte von BSCL und WHODAS stark miteinander korrelieren ($r = 0.57$, $p < 0.001$). Auch die Differenzwerte der einzelnen Subskalen der BSCL (z. B. Aggressivität, Ängstlichkeit, Depressivität etc.) korrelieren alle positiv mit dem WHODAS-Differenzwert. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie lässt sich eine ähnliche Tendenz erkennen: Die Differenzwerte von HoNOSCA-SR und KINDL-K korrelieren stark positiv ($r = 0.702$, $p = 0.024$).

Auch die Korrelationen der unterschiedlichen Symptombelastungsmasse zeigen ein interessantes Bild: Die Differenzwerte HoNOS und GAF korrelieren stark positiv ($r = 0.598$, $p < 0.001$). Die Korrelationsanalyse der Differenzwerte HoNOS und CGI zeigt einen mittleren positiven Zusammenhang ($r = 0.325$, $p < 0.001$). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie erweist sich zumindest die Korrelation der Differenzwerte HoNOSCA und CGI stark positiv ($r = 0.63$, $p = 0.001$).

Eine weitere wichtige Erkenntnis betrifft die Korrelation zwischen der selbstbeurteilten Symptombelastung und der Patientenzufriedenheit. Obwohl erwartet werden könnte, dass sich eine Reduktion der selbstbeurteilten Symptombelastung positiv auf die Zufriedenheit mit der Behandlung auswirkt, zeigte sich keine signifikante Korrelation zwischen den Differenzwerten BSCL und MüPF resp. HoNOSCA-SR und FBZ-P. Eine weiterführende Studie zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Symptombelastung und der Patientenzufriedenheit wäre wichtig, um die entsprechenden Konstrukte besser zu verstehen.

Aus den statistischen Assoziationen lassen sich keine Rückschlüsse auf Wirkungszusammenhänge ziehen. Auch kann aufgrund eines vorhandenen Zusammenhangs nicht davon ausgegangen werden, dass zwei Instrumente das gleiche Konstrukt messen. Liegt das Ziel im spezifischen inhaltlichen Erkenntnisgewinn, können die Instrumente nicht als redundant betrachtet werden. Soll jedoch ein Indikator primär als allgemeines Qualitätsmass für Klinikvergleiche verwendet werden, so kann bei hoher statistischer Übereinstimmung erwogen werden, sich aus Effizienzüberlegungen auf ein Qualitätsmass zu beschränken.

- Von besonderem Interesse ist der Zusammenhang zwischen den in der stationären Psychiatrie etablierten Indikatoren zur Symptombelastung (HoNOS, BSCL resp. HoNOSCA, HoNOSCA-SR) und den Instrumenten GAF resp. CGI. Der stark positive Zusammenhang zwischen den Differenzwerten HoNOS und GAF deutet darauf hin, dass die zu erfassende Symptombelastung durch beide Indikatoren in ähnlicher Form abgebildet wird. Dementgegen ist die Korrelation zwischen CGI und HoNOS so gering, dass die Verwendung des CGI eher der Entscheidung für einen gänzlich anderen Indikator gleichkommen würde und den Vergleich der Messungen im stationären und im klinikambulantem Bereich erschweren würde.
- Der WHODAS ist ein konkurrenzfähiges Instrument zur Qualitätsmessung und stellt eine Alternative zur BSCL dar. Die Verwendung des WHODAS anstelle der BSCL würde sicherlich einen Informationsverlust mit sich ziehen, da die BSCL differenziertere Subskalen erfasst und sich somit auch für einen psychopathologischen Befund und die Einbindung in die Gestaltung des Therapieprozesses eignet. Nichtsdestotrotz scheint der WHODAS ein geeignetes Instrument zur Qualitätsmessung darzustellen, gerade hinsichtlich des minimierten Erhebungsaufwands und -kosten im Vergleich zur BSCL.
- Die befragten Personen kritisierten teilweise die nicht eindeutigen Skalen und die Willkür der Punktevergabe bei den verschiedenen Erfassungsinstrumenten. Im Zuge dessen empfehlen

sich instrumentenspezifische Schulungen und Einführungen im Vorfeld und während der Erhebung, um eine hohe Interrater-Reliabilität gewährleisten zu können.

- Die GAF-Skala sollte per Eingabe statt über einen Schieberregler erhoben werden, da letzterer auf dem Tablet nicht optimal funktioniert.

Rücklauf und Motivierung der Patientinnen und Patienten

Der ANQ hat für die Messungen der stationären Psychiatrie einen Erwartungswert betreffend Datenrücklauf von 90% für den HoNOS bzw. HoNOSCA und von 60% für die BSCL bzw. den HoNOSCA-SR festgelegt. Hierbei ist zu erwähnen, dass bei neu eingeführten Messungen keine so hohe Rücklaufquote zu erwarten ist und dass die Umstände des tagesklinischen Settings nicht mit dem stationären Setting vergleichbar sind. Nichtsdestotrotz lässt sich anhand der Datenqualität erkennen, dass der Anteil an durchgeführten Messungen relativ gering ausfiel. Dieser Trend zeigt sich insbesondere bei der Selbstbeurteilung, bei Austritt und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verstärkt.

Der Anteil an kompletten Messungen (Eintritts- und Austrittsmessung vorhanden) unterscheidet sich in der Erwachsenenpsychiatrie nicht nennenswert zwischen den verschiedenen Erfassungsinstrumenten. Betrachtet man die Datenqualität der Erfassungsinstrumente der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ist zu erkennen, dass insbesondere das Instrument KINDL den geringsten Anteil an kompletten Messungen aufweist. Die verschiedenen Umfragen wurden über alle Erfassungsinstrumente hinweg nur von wenigen Patientinnen und Patienten abgebrochen. Anhand der vorliegenden Datengrundlage kann dieser Unterschied zwischen den Instrumenten somit nicht abschliessend erklärt werden. Der Anteil kompletter Messungen unterscheidet sich hingegen sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beträchtlich zwischen den verschiedenen Kliniken. Es zeigt sich, dass die Patientinnen und Patienten an den verschiedenen Standorten zu sehr unterschiedlichen Anteilen zu einer Teilnahme motiviert werden konnten.

Diese Erkenntnisse und die Rückmeldungen der Online-Umfrage lassen darauf schliessen, dass es Schwierigkeiten bezüglich der Motivierung der Patientinnen und Patienten als auch bei der Durchführung der Fremdbeurteilung gab. Folgende Strategien könnten zukünftig angewendet werden, um die Teilnahmebereitschaft der Patientinnen und Patienten zu erhöhen:

- Die Patientinnen und Patienten bzw. die Eltern sollten – wenn möglich bereits vor dem Eintrittsgespräch – ausführlich über die Messung informiert und auf die einfache Durchführung mittels Tablets hingewiesen werden. Auch allfällige Einverständniserklärungen könnten bereits zu einem früheren Zeitpunkt eingeholt werden.
- In Anbetracht des teilweise belastenden Eintrittsgesprächs könnte den Eltern die Möglichkeit geboten werden, die Umfrage zuhause mittels Link ausfüllen zu können. Aufgrund der vorliegenden Datengrundlage lässt sich jedoch nicht sagen, ob die Motivation einer Teilnahme zuhause tatsächlich höher ist als während des Eintrittsgesprächs.
- Ferner würde sich eine Kürzung der zu lesenden Einführungsdokumente anbieten.
- In den Kinder- und Jugendpsychiatrien sollte das Ausfüllen der Umfrage, wenn möglich während der Therapiezeit und in Begleitung der therapierenden Person stattfinden. Dies würde helfen, um allfällige Verständnisprobleme zu vermeiden.
- Betonung der Sicherstellung der Anonymität und des Datenschutzes wie auch des Qualitätsgewinns für die Klinik als auch des Nutzens für die Patientin und den Patienten.
- Gerade bei Austritt könnte vermehrt darauf aufmerksam gemacht werden, dass der Vergleich zwischen der Ein- und Austrittsmessung wichtige Hinweise für den individuellen Behandlungserfolg liefern kann.
- Die Patientinnen und Patienten, bzw. die Eltern sollten vor der Durchführung der Messung darüber informiert werden, wie viele Fragebogen vorgelegt werden und wie lange das Ausfüllen in etwa dauert. Diese Information ist auch für die therapierende Person hinsichtlich der Planbarkeit der Sitzung von Bedeutung.

Nachbefragung

Der zeitliche Verlauf der Lebensqualität zeigt ein vielversprechendes Bild im Hinblick auf den langfristigen Nutzen eines Aufenthaltes in einer Tagesklinik: Bei Eintritt bewerten die Patientinnen und Patienten aus der Erwachsenenpsychiatrie – wie erwartet – ihre Lebensqualität tiefer ein als bei Austritt. Obwohl der WHODAS-Mittelwert³ drei Monate nach dem Klinikaustritt wieder leicht zunimmt, liegt dieser immer noch deutlich unter dem Eintrittswert. Somit ist davon auszugehen, dass ein Aufenthalt in einer Tagesklinik einen langfristigen positiven Effekt auf die Lebensqualität ausübt.

Die Rücklaufquote der Nachbefragung fiel eher tief aus: In der Erwachsenenpsychiatrie haben 62 Personen (89%) eine Kontaktangabe hinterlegt und wurden zur Nachbefragung eingeladen, davon haben 27 Personen (44%) den Fragebogen ausgefüllt. Die selbstständige Angabe der Kontaktangaben durch die Patientinnen und Patienten scheint somit nicht der ausschlaggebende Grund für die tiefe Rücklaufquote zu sein. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat keine Person die Nachbefragung ausgefüllt, obwohl 4 Personen (67%) eine Kontaktmöglichkeit angegeben haben.

Die Rückmeldungen aus der Online-Umfrage zeigen, dass die Ankündigung einer Nachbefragung die Bereitschaft zur Teilnahme verringert und auch die Datenqualität negativ beeinflusst. Diese Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit, eine Strategie zu entwickeln, die die Teilnahmebereitschaft zur Nachbefragung bei einer allfälligen landesweiten Einführung Nachbefragungen signifikant erhöht.

- Die Erfassung der Lebensqualität drei Monate nach Klinikaustritt stellt einen wichtigen Indikator für einen langfristigen Erfolg der Behandlung dar und sollte bei einer nationalen Implementierung der Messung beibehalten werden.
- Um aussagekräftige Ergebnisse erzielen zu können, sollte die Rücklaufquote der Nachbefragung deutlich erhöht werden. Hierfür könnten die Kontaktangaben der Patientinnen und Patienten bereits während des Eintrittsgesprächs oder zum Zeitpunkt der Einverständniserklärung eingeholt werden.
- Für die Bewertung der Nachhaltigkeit der Behandlung wäre ein späterer Zeitpunkt der Nachbefragung – bspw. sechs oder zwölf Monate nach Klinikaustritt – sinnvoll. Dabei ist zu beachten, dass eine Verlängerung der Zeitspanne zwischen Austritt und Nachbefragung eine zusätzliche Herausforderung für die Rücklaufquote und entsprechend auch für die Datenqualität darstellen würde.
- Um zu überprüfen, ob ein systematischer Non-Responder-Bias besteht, könnte für ein nächstes Pilotprojekt eine zusätzliche qualitative Nachbefragung durchgeführt werden. Nachbefragt würden dabei diejenigen Personen, die im Rahmen des Pilotprojektes nicht an der Nachbefragung teilgenommen haben. Anhand der zusätzlichen Nachbefragung könnten mögliche Unterschiede zwischen Teilnehmenden und Nicht-Teilnehmenden erkannt und auf ihre potenziellen Auswirkungen auf die Ergebnisse überprüft werden, um eine angemessene Interpretation der Ergebnisse zu gewährleisten. Dieses Vorgehen sollte einen Hinweis darauf geben, ob allenfalls auch eine tiefe Rücklaufquote aussagekräftig ist.

Nationale Messungen in intermediär klinikambulantem Angebotsstrukturen

Generell sind im Rahmen von einer nationalen Ausweitung des weiteren nachfolgende Empfehlungen zu berücksichtigen:

- Die Prozesse innerhalb der Kliniken sind nicht dieselben wie im stationären Bereich. Patientinnen und Patienten werden teilweise ausserhalb der Klinikräumlichkeiten empfangen. Die Abläufe der Messungen müssen diesen abweichenden Umständen Rechnung tragen.

³ Ein hoher WHODAS-Mittelwert bedeutet eine tiefe Lebensqualität.

- Allfällige kantonale Empfehlungen oder Vorgaben hinsichtlich Erfassungsinstrumenten im klinikambulanten Setting sind zu beachten, um Doppelerhebungen für die Kliniken zu vermeiden. Die Daten zu Korrelationen, welche im Rahmen des vorliegenden Pilotprojekts vorhanden sind, sind als Basis einzubeziehen, um die Vergleichbarkeit mit den stationär eingesetzten Instrumenten zu bewerten, sollten im klinikambulanten Setting andere Messinstrumente eingesetzt werden als im stationären Setting.
- Beim Einsatz von PROMs ist zu beachten, dass es aus therapeutischer Sicht wertvoll ist, die Ergebnisse zusammen mit den Patientinnen und Patienten anzuschauen und zu besprechen. Dies wird auch von den Patientinnen und Patienten geschätzt und ermöglicht einen aktiven Einbezug. Erst über den Einbezug der Patientinnen und Patienten wird die patienten-orientierte Behandlung, die angestrebt wird, voll entfaltet.
- Relevant ist weiter die Berücksichtigung der Patientenpfade. Zum einen sind Vor- und Nachbehandelnde einzubinden. Zum anderen ist auch der Wechsel des Versorgungssettings innerhalb derselben Klinik relevant, damit Patientinnen und Patienten und das Fachpersonal nicht mehrmals innerhalb kurzer Zeit Eintritts- und Austrittsmessungen ausfüllen müssen. Es gilt deshalb, geeignete Erhebungsprozesse zu definieren, wenn ein Setting Wechsel innerhalb einer Klinik/Klinikgruppe oder in direkt nachgelagerte Strukturen erfolgt. Längerfristig ist es sinnvoll für Qualitätsmessungen auch den gesamten Patientenpfad zu fokussieren.
- Für die erfolgreiche Umsetzung nationaler Qualitätsmessungen im intermediär klinikambulanten Setting ist schlussendlich ebenfalls die Finanzierungsfrage zu klären. Entsprechende Finanzierungsmechanismen sind zu entwickeln, um den finanziellen Ressourcenaufwand zu decken.

Im Rahmen des Pilotprojekts wurden zusätzlich folgende vertrauliche Berichte erstellt:

- Vergleichsbericht und Projektevaluation zuhanden der Kliniken, Messung August 2022-Januar 2023
- Datenqualitätsberichte pro Pilotklinik

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Organigramm.....	7
Abbildung 2: Übersicht Budget und effektive Auslagen.....	18
Abbildung 3: EP - Korrelation zwischen HoNOS und GAF.....	28
Abbildung 4: EP - Korrelation zwischen HoNOS und CGI.....	29
Abbildung 5: EP - Korrelation zwischen HoNOS und BSCL.....	30
Abbildung 6: KJP - Korrelation zwischen HoNOSCA und GAF.....	31
Abbildung 7: KJP - Korrelation zwischen HoNOSCA und CGI.....	32
Abbildung 8: KJP - Korrelation zwischen HoNOSCA und HoNOSCA-SR.....	33
Abbildung 9: EP - Korrelation zwischen BSCL und MüPF.....	34
Abbildung 10: KJP - Korrelation zwischen HoNOSCA-SR und FBZ-P.....	35
Abbildung 11: EP - Korrelation zwischen BSCL und WHODAS.....	36
Abbildung 12: KJP - Korrelation zwischen HoNOSCA-SR und KINDL-K.....	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auswertbare Fälle Erwachsenenpsychiatrie.....	10
Tabelle 2: Auswertbare Fälle Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	10

Anhang/Anhänge

A1 Korrelationen der Erhebungsinstrumente

Korrelationen zwischen Erhebungsinstrumenten zur Symptombelastung

Die Korrelationsanalyse nach Pearson zeigt einen starken positiven Zusammenhang ($r = 0.598$, $p < 0.001$) zwischen den Differenzwerten HoNOS und GAF.

Korrelation: HoNOS-Differenzwert ~ GAF-Differenzwert

($n = 152$)

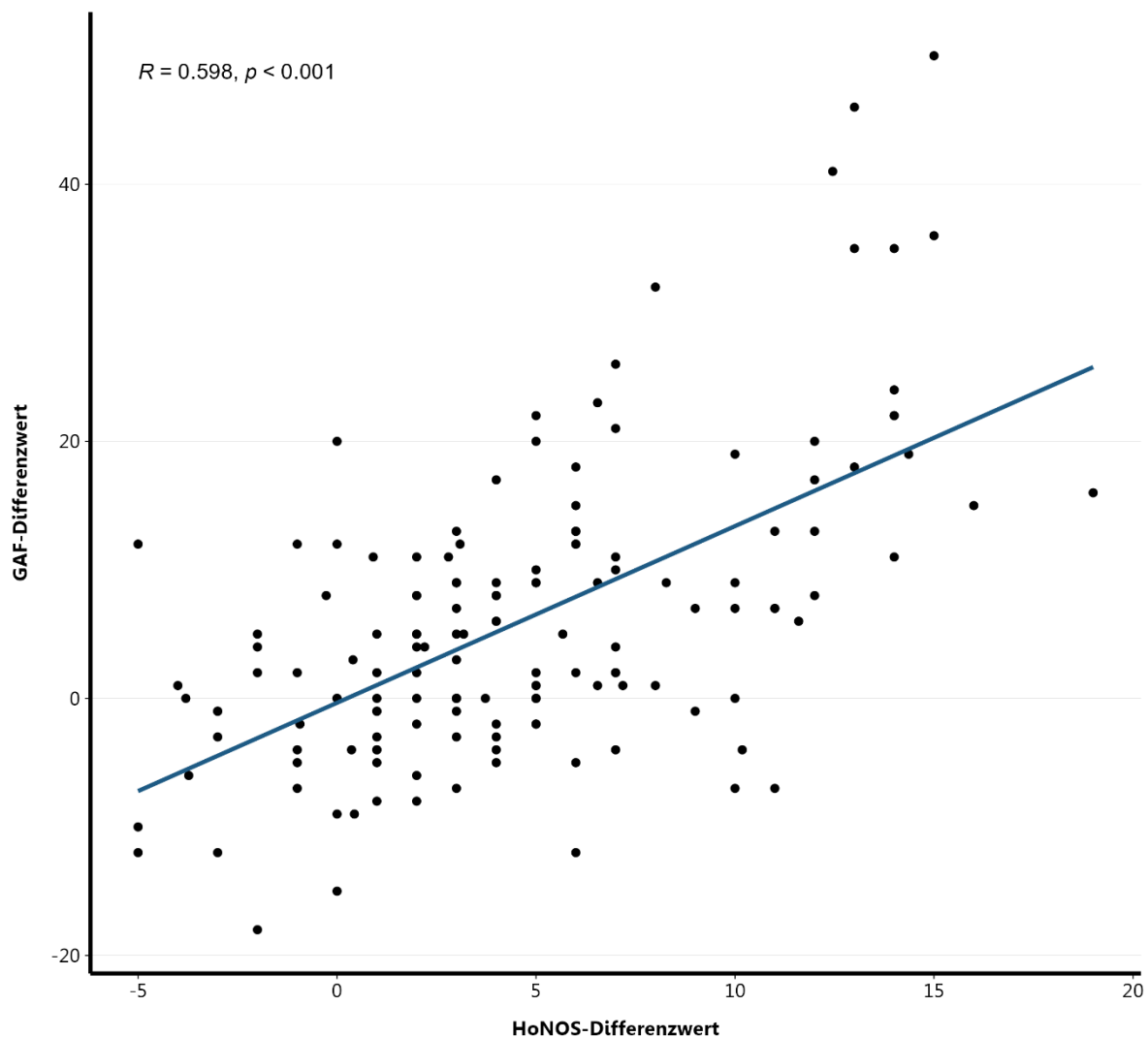


Abbildung 3: EP - Korrelation zwischen HoNOS und GAF

Die Rangkorrelationsanalyse nach Spearman zeigt einen mittleren positiven Zusammenhang ($r = 0.325$, $p < 0.001$) zwischen den Differenzwerten HoNOS und CGI.

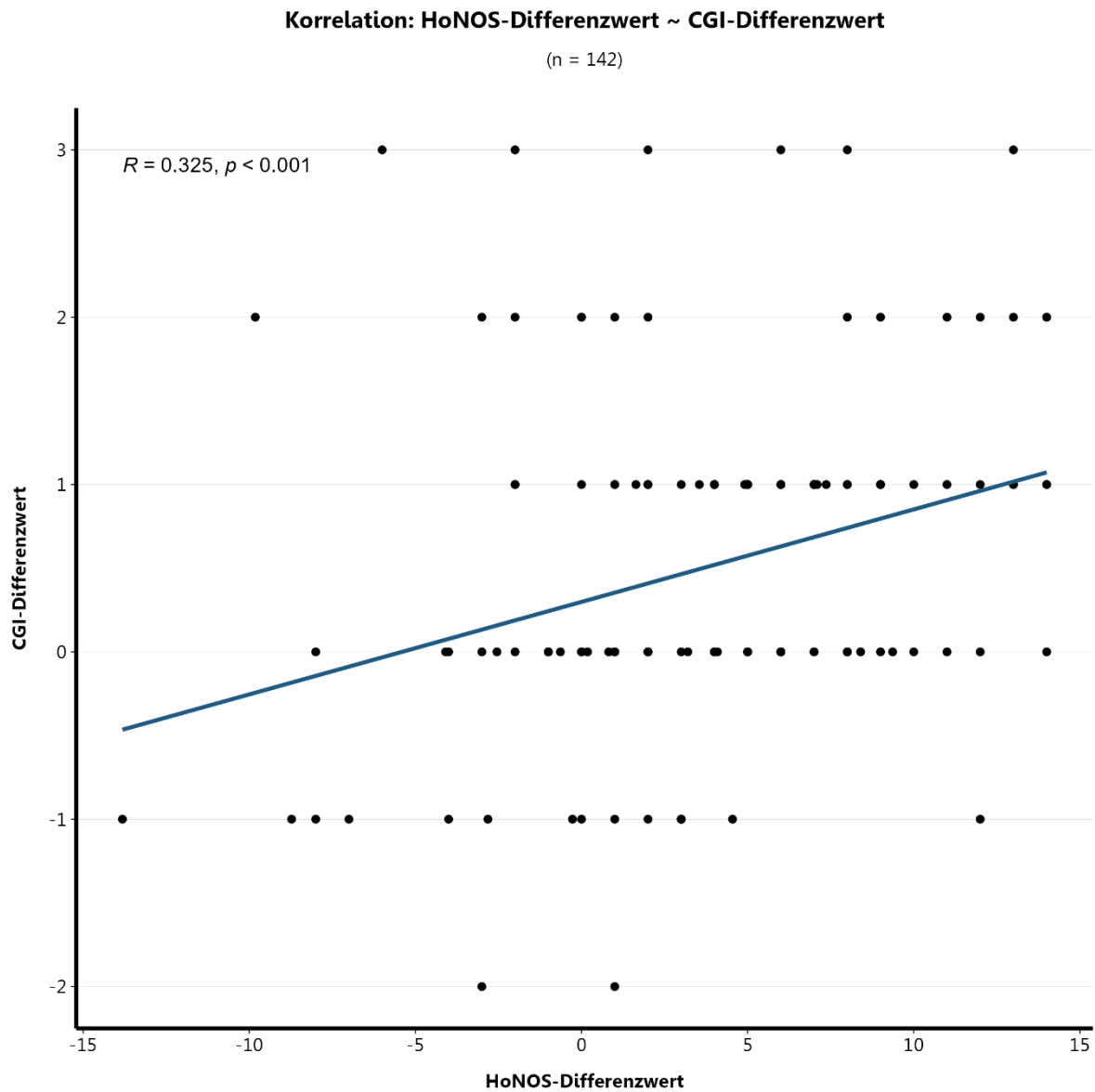


Abbildung 4: EP - Korrelation zwischen HoNOS und CGI

Die Korrelationsanalyse nach Pearson zeigt einen mittleren positiven Zusammenhang ($r = 0.328$, $p < 0.001$) zwischen den Differenzwerten HoNOS und BSCL.

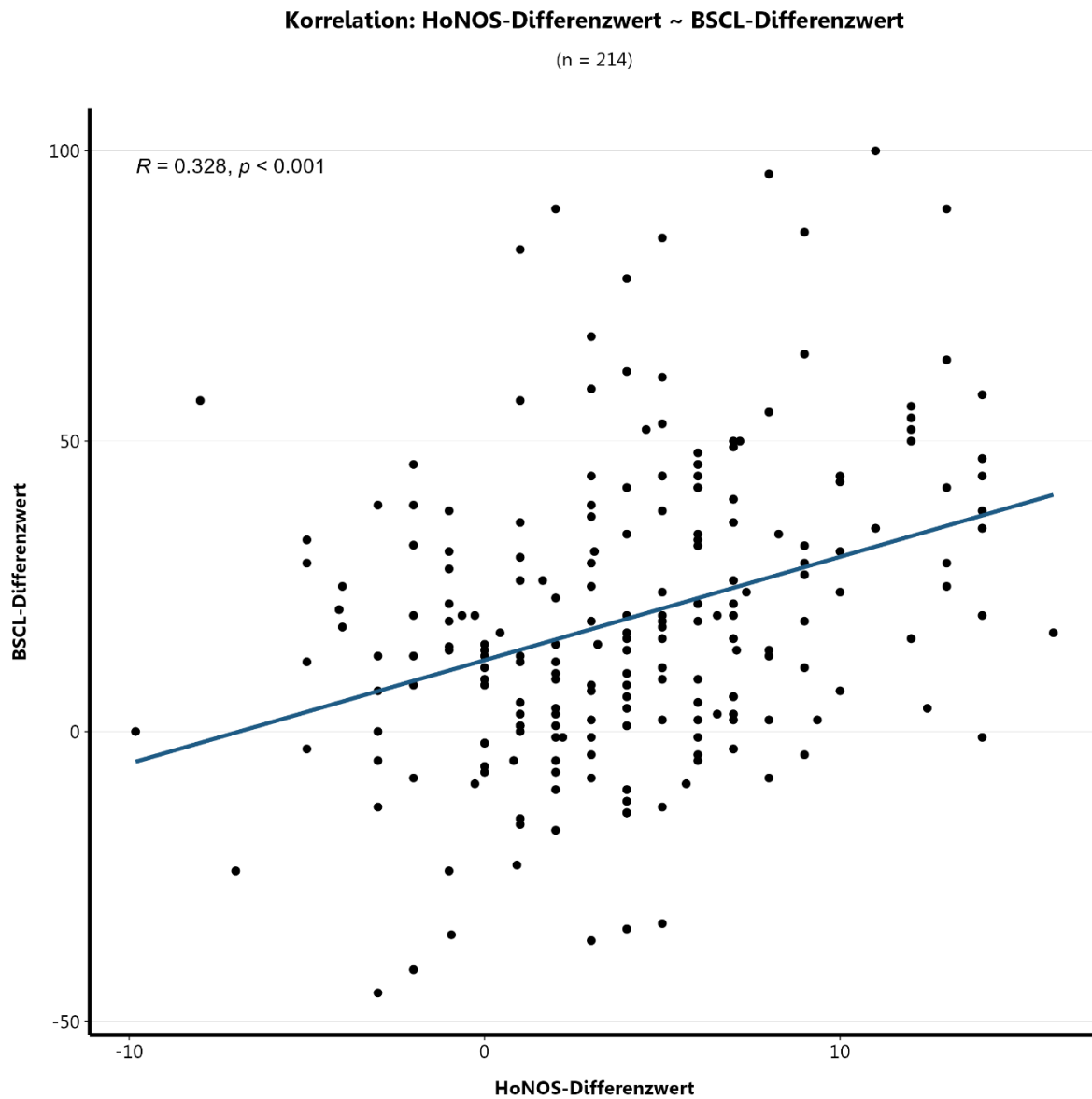


Abbildung 5: EP - Korrelation zwischen HoNOS und BSCL

Die Korrelationsanalyse nach Pearson zeigt keinen signifikanten Zusammenhang ($r = 0.322$, $p = 0.208$) zwischen den Differenzwerten HoNOSCA und GAF.

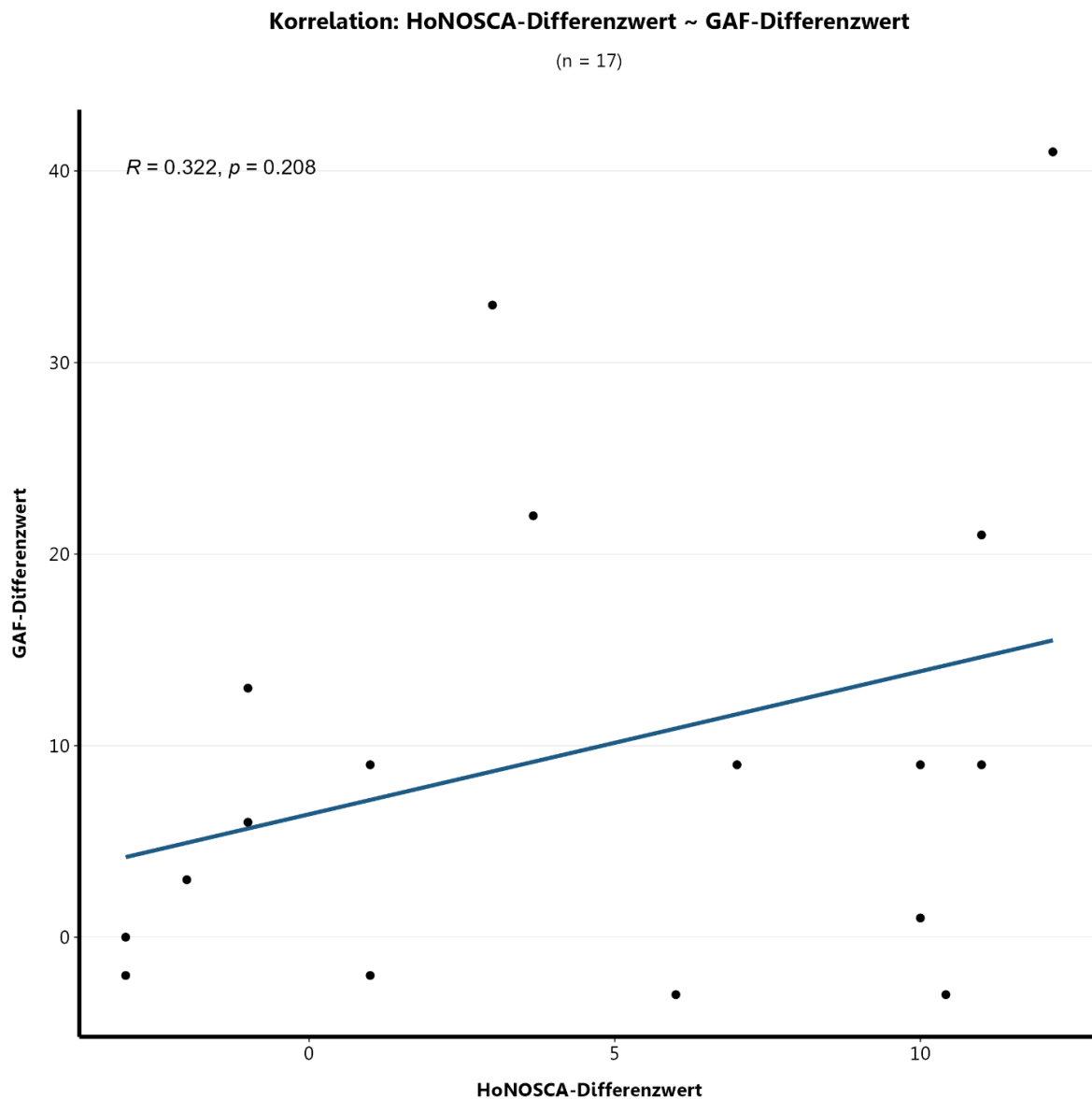


Abbildung 6: KJP - Korrelation zwischen HoNOSCA und GAF

Die Rangkorrelationsanalyse nach Spearman zeigt einen starken positiven Zusammenhang ($r = 0.63$, $p = 0.001$) zwischen den Differenzwerten HoNOSCA und CGI.

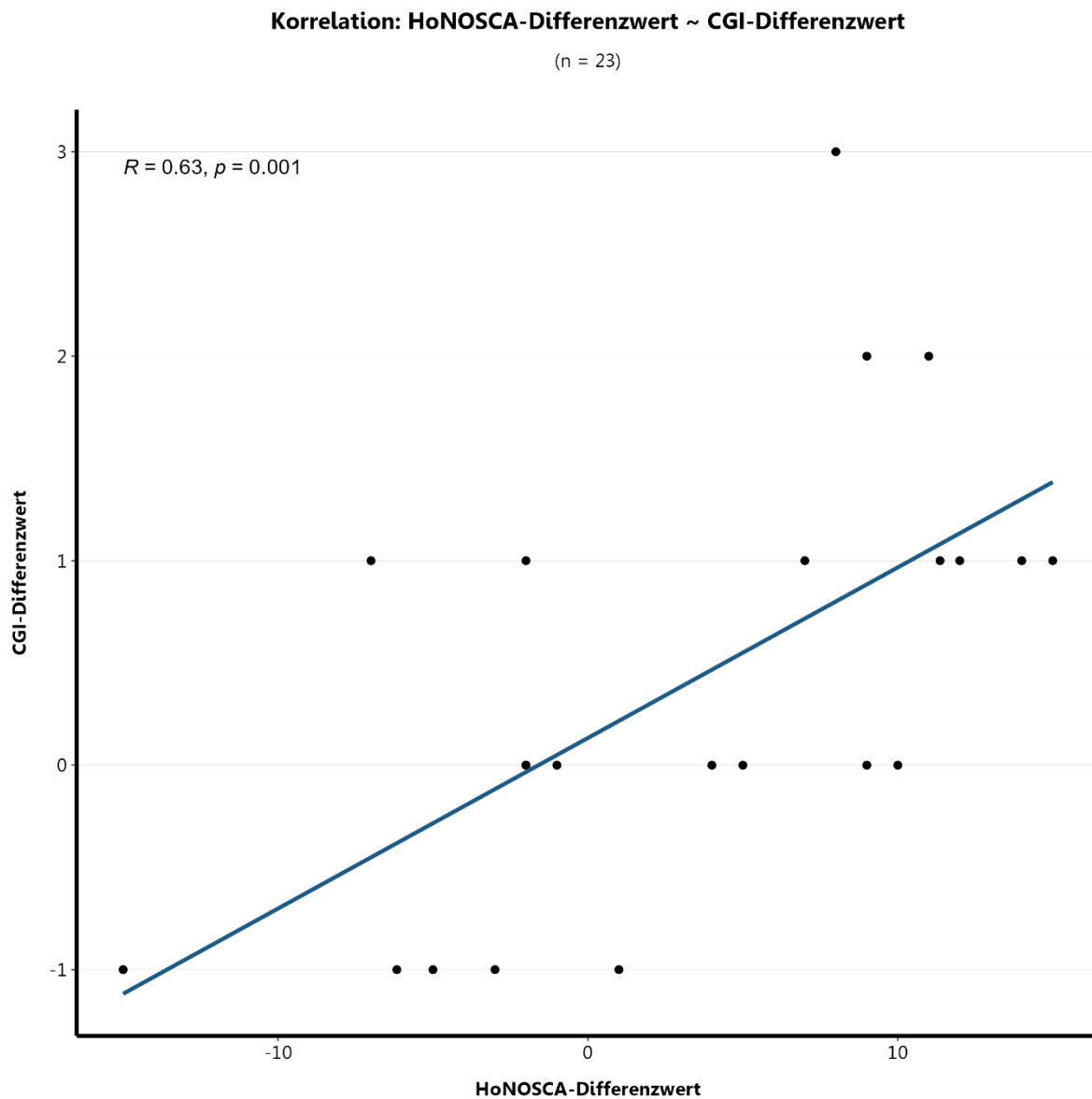


Abbildung 7: KJP - Korrelation zwischen HoNOSCA und CGI

Die Korrelationsanalyse nach Pearson zeigt keinen signifikanten Zusammenhang ($r = 0.232$, $p = 0.287$) zwischen den Differenzwerten HoNOSCA und HoNOSCA-SR.

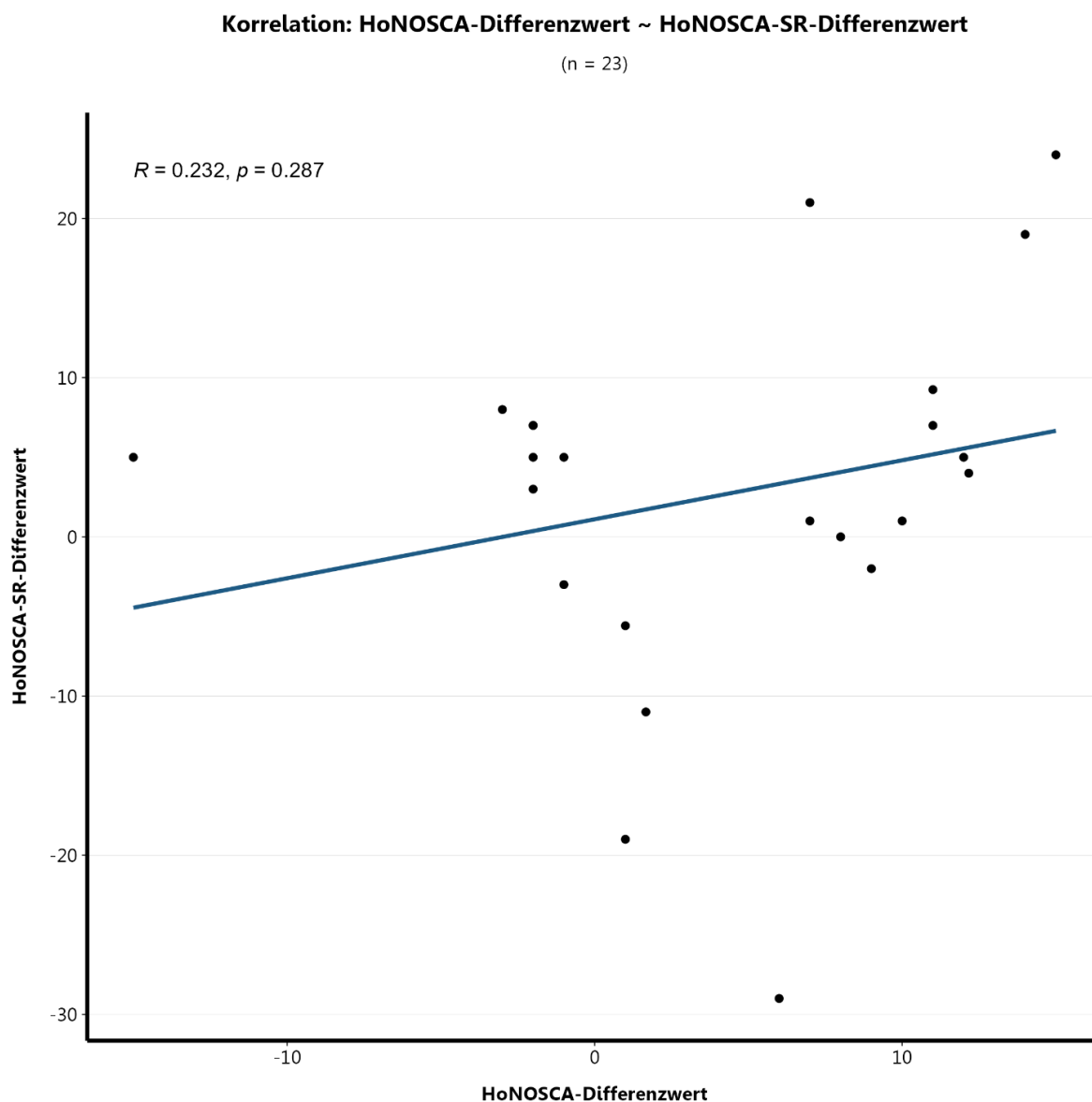


Abbildung 8: KJP - Korrelation zwischen HoNOSCA und HoNOSCA-SR

Korrelation Erhebungsinstrumente Symptombelastung und Patientenzufriedenheit

Die Korrelationsanalyse nach Pearson zeigt keinen signifikanten Zusammenhang ($r = 0.128$, $p = 0.199$) zwischen den Differenzwerten BSCL und MüPF.

Korrelation: BSCL-Differenzwert ~ MüPF-Durchschnittswert bei Austritt

(n = 103)

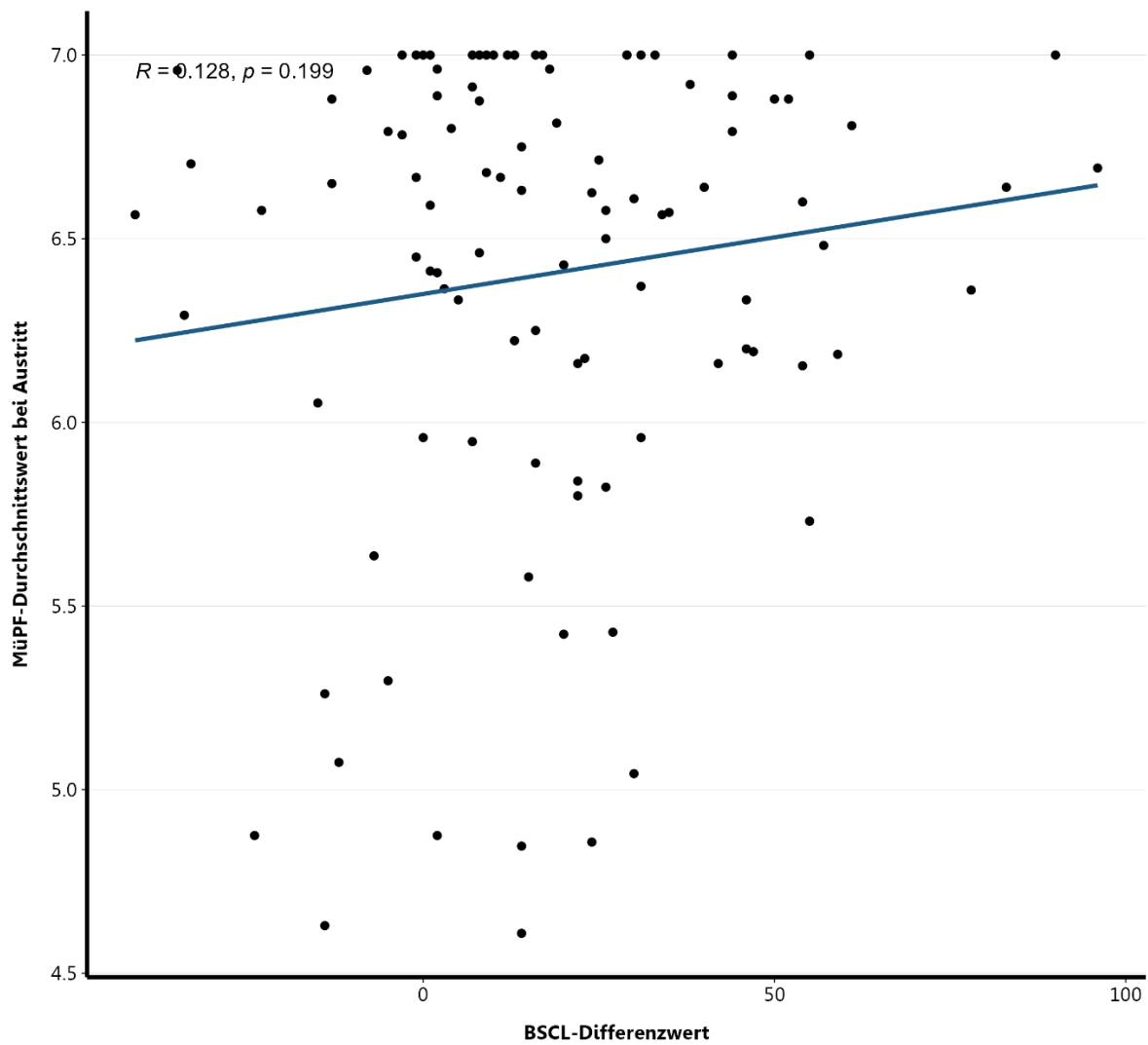


Abbildung 9: EP - Korrelation zwischen BSCL und MüPF

Die Korrelationsanalyse nach Pearson zeigt keinen signifikanten Zusammenhang ($r = 0.113$, $p = 0.677$) zwischen den Differenzwerten HoNOSCA und FBZ-P.

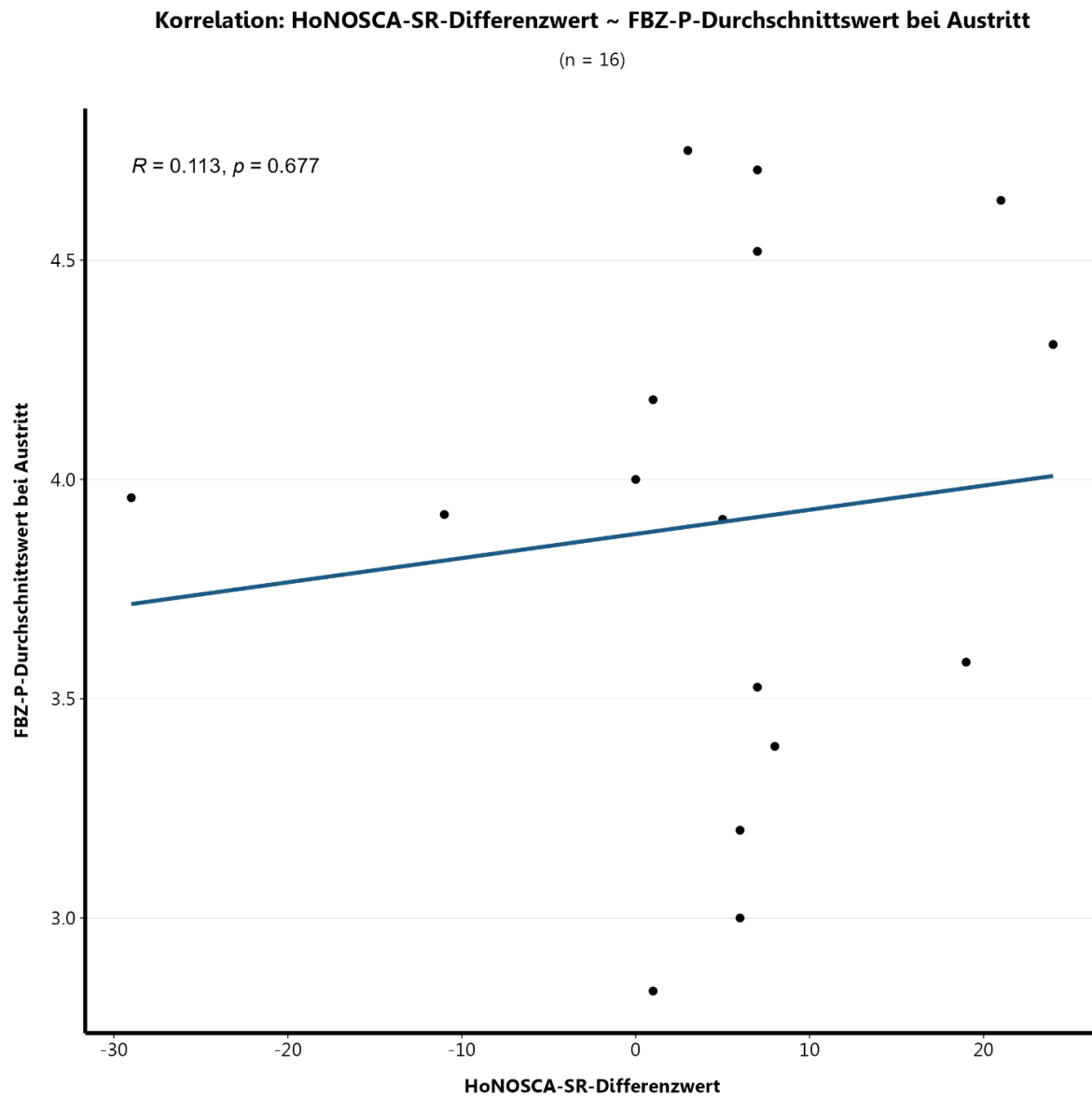


Abbildung 10: KJP - Korrelation zwischen HoNOSCA-SR und FBZ-P

Korrelation Erhebungsinstrumente Symptombelastung und Lebensqualität

Die Korrelationsanalyse nach Pearson zeigt einen starken positiven Zusammenhang ($r = 0.57, p < 0.001$) zwischen den Differenzwerten BSCL und WHODAS.

Korrelation: BSCL-Differenzwert ~ WHODAS-Differenzwert

(n = 124)

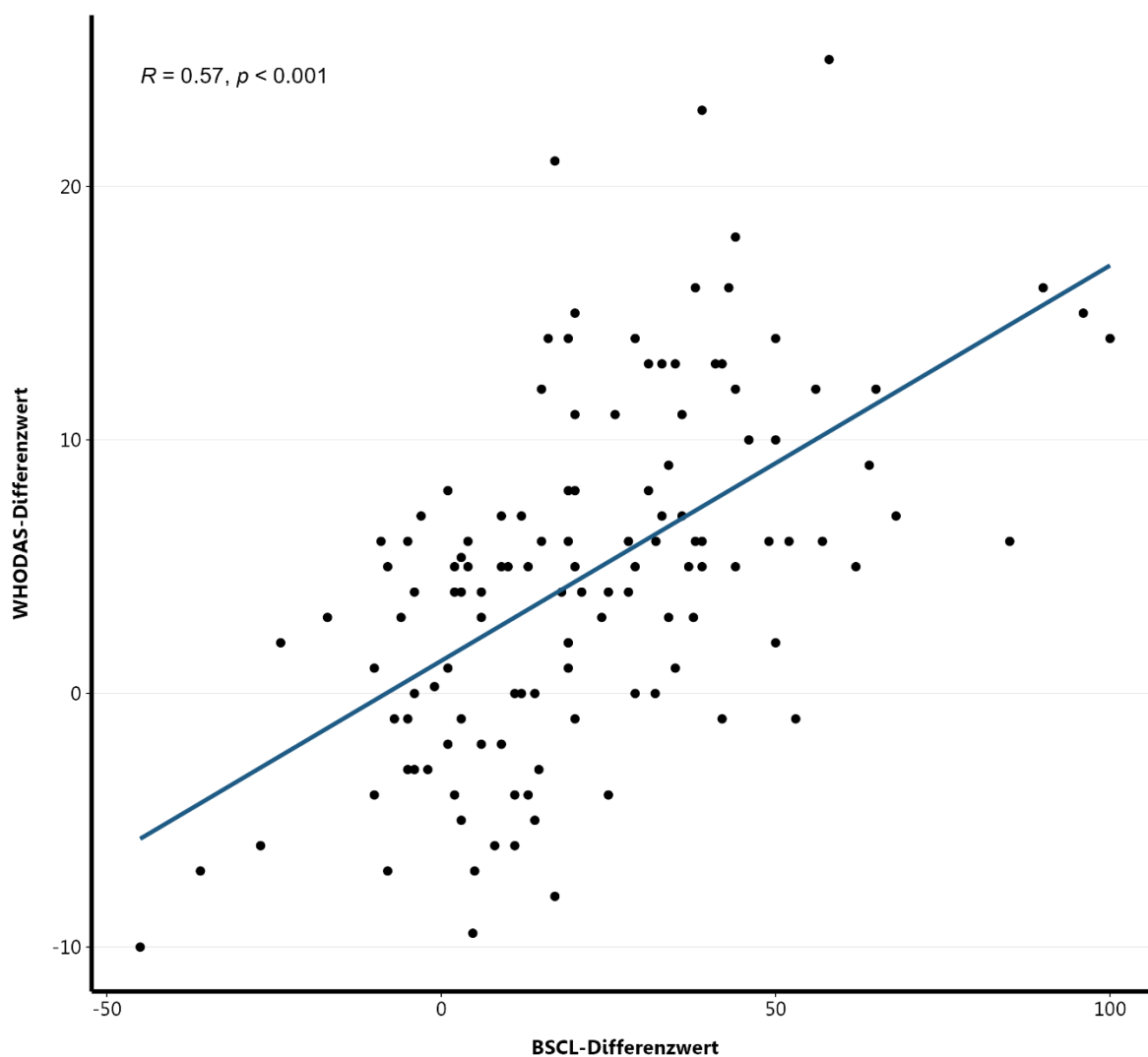


Abbildung 11: EP - Korrelation zwischen BSCL und WHODAS

Die Korrelationsanalyse nach Pearson zeigt einen starken positiven Zusammenhang ($r = 0.702$, $p = 0.024$) zwischen den Differenzwerten HoNOSCA-SR und KINDL-K.

Korrelation: HoNOSCA-SR-Differenzwert ~ KINDL-K-Differenzwert

(n = 10)

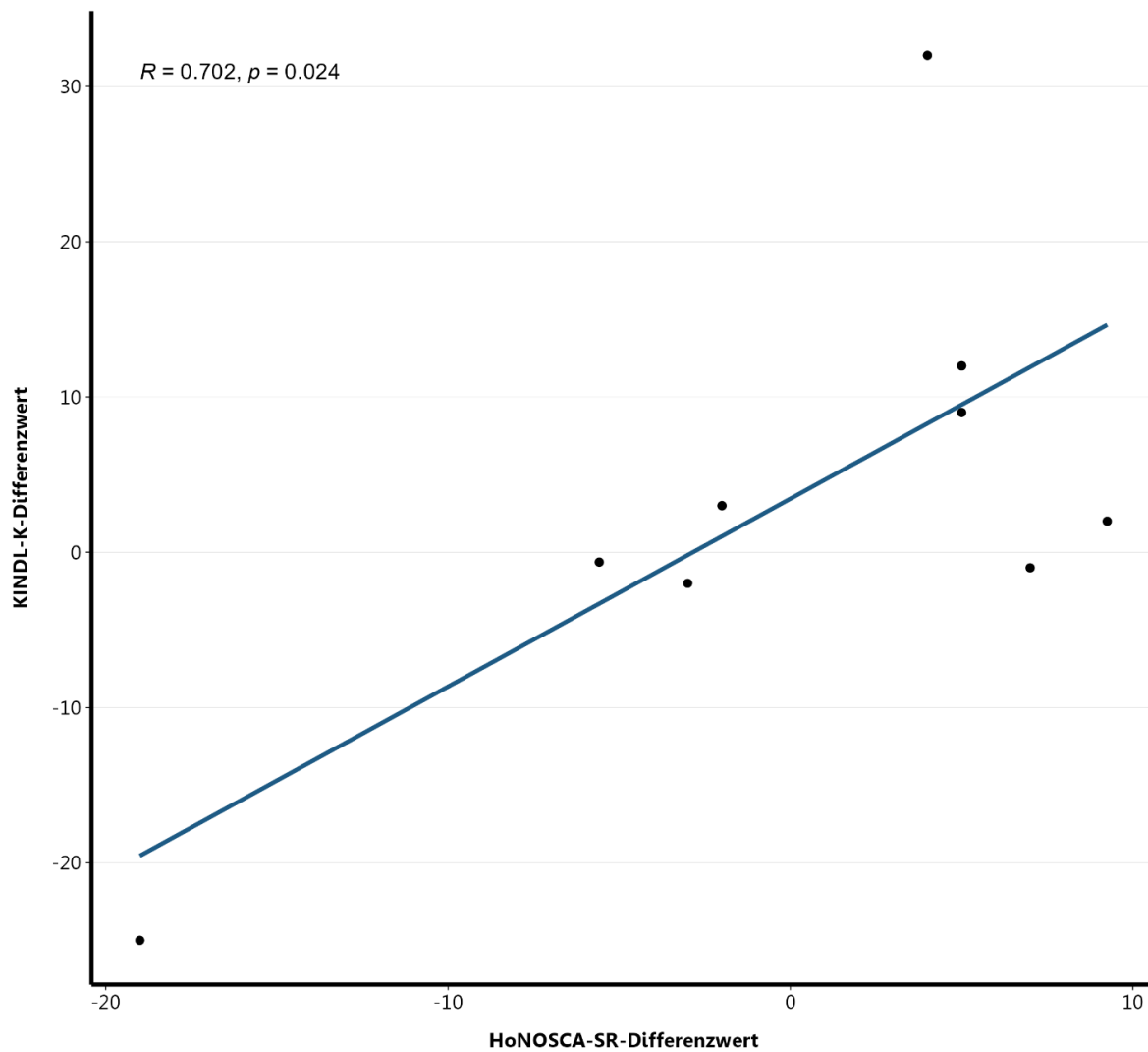


Abbildung 12: KJP - Korrelation zwischen HoNOSCA-SR und KINDL-K

A2 Detaillierte Ergebnisse der qualitativen Evaluation

In den untenstehenden Tabellen sind die wortgetreuen Rückmeldungen aus der Online-Umfrage abgebildet. Jede Zeile bezieht sich auf eine befragte Person. Eine Zeile beinhaltet sowohl Antworten aus der Zwischen- als auch aus der Abschlussevaluation. Wenn eine Person in der Zwischen- und in der Abschlussevaluation dieselbe Rückmeldung gegeben hat, so ist diese nur einmal aufgeführt.

Tabelle 3: Allgemeine Zufriedenheit mit dem Pilotprojekt

Was ist Ihnen während der Durchführung des Pilotprojektes besonders positiv aufgefallen?*
Eingabe am Tablett.
Kommunikation/Information Dokumente/Vorlagen
Bei Fragen hat man schnell Antwort erhalten.
Datenerhebung mittels Tablet hat technisch gut funktioniert. Alle Fragebögen an einem Ort.
Es war wertvoll, das Funktionsniveau bei Ein- und Austritt einzutragen, um die Entwicklung während der Behandlung abzubilden. Gleichzeitig war es teilweise schwer, das Funktionsniveau bei Eintritt gut einzuschätzen. Die Handhabung des Tablets war sehr zugänglich, sowohl für Mitarbeiter als auch für Patienten. Die schriftliche Dokumentation, welche wir im Vorfeld erhalten hatten, war hilfreich bei offenen Fragen. Die Unterstützung durch whoch2 war sehr gut.
Mise en service et connexion facile, excellent support.
gute Zusammenarbeit, professionelle Leitung
Sehr gute Kommunikation (Zoom-Sitzungen, Infomaterialien) und Ansprechbarkeit. Aufwand hielt sich in Grenzen.
Schneller Support. Einfache Darstellung und Möglichkeit die Selbst- und Fremdbeurteilung zu vergleichen
die meist gute Erreichbarkeit und die raschen Antworten bei Fragen/Problemen
Sobald Technik (Tablets, in stabiler WLAN Zugang) funktionier hat, war Durchführung am Tablet und online einfach und sehr klar verständlich. Meist gute Akzeptanz bei Patienten.
Bereitschaft der Patienten, an dem Projekt mitzumachen.
guter technischer Support bei Schwierigkeiten mit den Tablets
Fragen waren sehr einfach formuliert. Fragen ganzheitlich gestellt. Patient*In wird schnell kennengelernt.
Gute Organisation und Kommunikation, auch technisch hat alles gut funktioniert
Bereitstellung Unterlagen zur Information der Teilnehmenden, Bereitstellung Arbeitsinstrumente (Excel-Liste), Datenerhebung mittels Tablet
Die Organisation und Unterstützung durch ANQ und whoch2 war sehr gut, unterstützend und freundlich.
Transparenter Infofluss und gute Kommunikation
Tablets, Darstellung der Fragebögen

Bemerkung: *Diese Frage wurde nur in der Abschlussbefragung gestellt

Tabelle 4: Verbesserungsvorschläge bei einer nationalen Einführung

Was müsste Ihrer Meinung nach bei einer nationalen Einführung anders umgesetzt werden?*
Ausfüllen der Bögen in Digitaler Form, z.B. per App. und Möglichkeit der Integration ins Kliniksystem. Wie im stationären Bereich bereits durchgeführt wird.
vollständige Datenerfassung im System für Behandelnde, also auch die BfS-Daten
Zu Beginn war auch für die Organisatoren noch viel unklar. Bei einer nationalen Einführung sollte das vermieden werden.
Die Ergebnisse von BSCL, Honos etc. sollten für die Behandler einsehbar sein. Bei Studienabschluss fielen durch den Stichtag innert kurzer Zeit zahlreiche Patientenbefragungen an. Dies war im normalen Tagesklinik Alltag schwierig zu integrieren.
GAF: Hierzu bräuchte es ein begleitendes Manual, bzw. eine Schulung im Vorfeld. Das Pflegepersonal sollte auch in der Lage sein, das Tablet an Patienten auszuhändigen.
l'impossibilité de définir l'ordre des questionnaires ado / parent selon besoin. Le manque d'un menu déroulant qui indique les cas déjà créés
Etwas längerer Vorlauf zur Anpassung der internen Abläufe. Erhebung aller Fragebogen sollte auch in klinikinternen Systemen ermöglicht werden (keine Tablets). Generell eignen sich die Instrumente HoNoS und BSCL nur bedingt für unser Patient*innenklientel (Personen mit Abhängigkeitserkrankungen) --> meist wird Belastung im BSCL nicht sichtbar.
Weniger umständliche Umsetzung des Projekts - funktionierende Technik > SIM-Tablets - transparentere Versionen des Fragebogens (Az. Fragen, Reihenfolge Erhebung, weiter/zurück, gespeichert oder nicht) - Koordination und Organisation mit allen involvierten Parteien für zeitnahe Erhebung Vers. Sprachen als Angebot, z.B. bei Deutsch als Zweitsprache
Die Datenerhebung müsste problemlos funktionieren.
frühzeitigerer Hinweis, dass bei Nicht-ausgetretenen Patienten auch Zweiterhebung stattfinden soll
Viele Fragebögen am Tag vom Eintritt sind für Patienten zum Teil eine Überforderung. Aufwand, personelle Ressourcen, zeitlicher Aspekt sollte berücksichtigt werden.
- Standardvariablen bzw. Antwortkategorien der Variablen aus dem bfs Datensatz NICHT modifizieren/anpassen - klarere Kommunikation. Bei uns wurde es bis zum Schluss nicht ganz klar, welche Funktion welcher Rolle zugeteilt ist (dies bezieht sich u.a. auf das Formular "Kontaktperson"). - die verschiedenen Erfassungsmodalitäten führen zu einem erheblichen (Zusatz)aufwand der sich idealerweise für die nationale Einführung noch reduzieren lässt...gerade die modifizierten Zusatzvariablen die in einem separaten Excelfile erfasst werden mussten, haben bei uns zu fehlenden Informationen geführt --> Fall auf dem Tablet erfasst, aber Zusatzvariablen gingen vergessen. Das hat jetzt, im Nachhinein, nochmals zu einem grossen administrativen Aufwand geführt diese Informationen nachzutragen und von den verschiedenen Fallführenden in der Tagesklinik erneut kontrollieren zu lassen. Hier wäre es für ein Rollout unbedingt notwendig und sehr hilfreich, wenn die Institutionen nach Datenabgabe die Information erhalten, wie viele Fälle bzw. welche FIDs auf dem Tablet von whoch2 registriert sind damit man umgehend auf fehlende "Zusatzinformationen" reagieren kann. - allgemein ist es so, dass es relativ komplex ist (dies vermutlich nicht nur mit unserem KIS) die erforderlichen Daten aus den Systemen zu ziehen und für den Upload zur Verfügung zu stellen. Dies hat in unserem Fall das Qualitätsmanagement übernommen da es schlichtweg für die Therapeutischen Leiter und Fallführenden ein grosser, nicht zu schaffender Aufwand bedeutet hätte. Dies gilt es bei einem nationalen Roll-out zu berücksichtigen. - bei uns ging die Information mit der unmittelbaren grafischen Rückmeldung auf dem Tablet zu Therapie Zwecken leider unter...so viel ich weiss, war das aber bereits so implementiert? wenn ja bitte beim Roll-out intensiver bzw ggf auch mehrfach darauf hinweisen!

- viele der Fallführenden aus den Tageskliniken haben uns zurückgemeldet, dass es hilfreich wäre, wenn auf dem Tablet bei den einzelnen HoNOS Items eine ausführliche Beschreibung der HoNOS-Schweregrade zu finden wäre
- anscheinend logt das Tablet relativ schnell aus und die FID muss neu eingegeben werden --> kann man diesen Zeitraum verlängern? scheint eine Fehlerquelle darzustellen.
Alle Befragungen müssen auf dem Tablet sein. Ev. Erinnerungen im Alltag, dass die Befragung durchgeführt werden muss. BSCL z. B. auf mehreren Sprachen (albanisch, serbisch, türkisch)
Wir hätten uns noch eine schönere Auswertung der Resultate gewünscht für den einzelnen Patienten - vielleicht eine Grafik oder Ähnliches
Vorinformation zur Anwendung des tablet, mit wie vielen Fragen bei welchen Alter jeweils zu rechnen ist. Kurzes, verständliches Übersichtsblatt
Vollautomatisierter Datenbezug aus KIS (keine händische Erfassung), keine Zusatzvariablen im Vergleich zum PSA-Datensatz / BfS-Datensatz,
Die Tablets funktionierten sehr gut und bieten in sich eine wirklich tolle Lösung! Für eine Ausweitung wäre allerdings zu bedenken, dass die Psychiatrien ja in ihren stationären (und teilweise auch in ihren tagesklinischen) Angeboten bereits heute die MS des BfS, die HoNOS und Selbstbeurteilungsfragebögen erheben und entsprechend eingerichtete Systeme (KIS, ERP, Tablets, etc.) haben. Aufgrund der Modifikationen an den MS-Variablen und der Zufallszuteilung gewisser Fragebögen mussten die Mitarbeitenden mit dem Tablet und den Excel-Listen neue und weitere Erfassungstools bedienen. Hier wäre m.E. sehr sorgfältig zu prüfen, ob die Modifikationen wirklich auch einen Mehrwert generierten, der den beträchtlichen Zusatzaufwand (und die Fehleranfälligkeit beim Administrieren der Excel-Liste) rechtfertigen. Vermutlich wäre es einfacher und erfolgsversprechender, wenn die Psychiatrien ihre für die stationären ANQ-Messungen bereits aufgesetzten Systeme ganz einfach auf den klinikambulanten Bereich ausdehnen könnten.
Die Patienteninfo müsste noch verschlankt werden
Mehr Informationen auch zu Beginn. Wir haben die Tablets beim Eintrittsgespräch abgegeben, was das Eintrittsprocedure zusätzlich verlängerte -> evtl Link für Eltern?

Bemerkung: *Diese Frage wurde nur in der Abschlussbefragung gestellt

Tabelle 5: Rückmeldungen zur Organisation

Bitte teilen Sie uns mit, wie Sie die Organisation des Pilotprojekts erlebt haben. Denken Sie hierbei beispielsweise an die Ankündigung, Kick-Off, Begleitdokumente und Kommunikation.
Was war für Sie bezüglich der Organisation positiv?
Geräte sind pünktlich geliefert worden.
Online, relativ flexibler Einstieg, Informationen vorab, Vorlagen
Schnelle Reaktion und freundlicher Umgang.
Die Schulungen (ANQ etc) waren überzeugend und beispielhaft gestaltet.
Umfassende und überschaubare Information vor Start des Projekts.
- Sehr gute Begleitdokumente.
- Sehr gute und spannende Schulung
- Die Online-Veranstaltungen im Vorfeld
Bonne communication et organisation; Klar und deutlich
Gesamtplanung, Online-Termine; Kompetente Meetings, klare Anweisungen, kompetente MA
Sehr gute Kommunikation (Infomaterialien, Meetings, Erreichbarkeit). Anfrage wegen Projektteilnahme war positiv und die Möglichkeit gestaltend mitzuwirken. Das gibt uns Zeit, uns auf die zukünftig sicherlich obligatorischen Messungen einzustellen und die Abläufe mit langem Vorlauf zu etablieren.

Die regelmässigen Treffen und Infomails waren informativ und hilfreich. Auch die Begleitdokumente waren gut gestaltet.
Das Infomaterial sowie die Tablets und die Umfrage an sich waren mit den Anleitungen bedienbar. Allerdings war die Umsetzung des Projekts zum Teil umständlich (nicht funktionierende Technik, unklare Erhebungsreihenfolge, nicht transparente Fragebögen) Z.B. konnten die Tablets eingerichtet werden, jedoch hat dann die Netzwerkverbindung nicht funktioniert. Dies musste mit der internen IT und Ihnen zusammen behoben werden. Wobei die Zuständigkeiten jeweils nicht von vorneherein klar waren. Danach war zwar die Netzwerkverbindung stabil, aber das Interface der Umfrage zum Anmelden hat bei einem Tablet nicht funktioniert. Beim anderen Tablet funktioniert dies, aber es benötigt sehr viel Zeit zum Aufstarten.
Tablets vorinstalliert, sofort einsetzbar, Manual hilfreich, um zu entscheiden, bei welchem Patienten (> 14 oder nicht) welches Vorgehen
Die Unterlagen waren sehr gut; die raschen Antworten von Frau Hadorn
Begleitung intern positiv und professionell (EINE Kontaktperson nach aussen für ganzes Zentrum) Einführungsveranstaltung/ Honos-Workshop; gut vorbereitete Dokumente zum Ablauf und zur Abgabe an TN; Ausstattung mit Tablets; Ausreichende Informationen per Mail. Vorlagen (Aufklärung, Einwilligung etc.).
Begleitdokumente, Kick-Ogg
Gute und intensive Schulung; Unterlagen und Beschreibung des Projekts waren sehr ausführlich.
Es gab immer eine Ansprechperson des Projekts, einfache und schnelle Kommunikation per Email funktioniert gut; Die Informationen sind klar und gut verständlich.
Gutes Manual, gute Kommunikation via E-Mail
Ansprechperson Linda Hadorn
Sämtliche Informationen lagen zum Erhebungsstart vor, frühzeitiger Einbezug der Anspruchsgruppen und regelmässige Informationen im Vorfeld der Erhebung
Grundsätzlich sehr gute Organisation!
Technische Ausstattung und gute Information zum Stand der Dinge; genug Möglichkeit für Rückfragen
Tablets, Manual; Informationsaustausch funktionierte gut, auf Mails wurde schnell geantwortet und weitergeholfen. Tablett traf pünktlich ein. Einrichtung Tablett relativ einfach.
Umfangreiche Schulung/ Information vom Programm.
Wo besteht für Sie bezüglich der Organisation Verbesserungsbedarf?
Beim Abschluss die Übernahme der Fälle in die Excel-Liste ist sehr Zeitaufwändig gewesen.
Es war nicht immer klar, was der Auftrag der fachlichen Ansprechperson ist. Sie erhielt auch alle organisatorischen Infos, was Aktionen auslöste, welche zum Messverantwortlichen gehörten.
Zeitmanagement
Der Zeitplan sollte so gesetzt werden, dass für die Organisationen schon mehr klar ist bevor das Projekt startet.
keinen
Instruktion zum GAF; Ein Wiederholungskurs, um die Interrater-Reliabilität zu erhöhen.
Längerer Vorlauf für Anpassung interner Abläufe. Da die Implementierungsphase mit den Sommerferien zusammenfiel, war es etwas stressig die Anpassungen zeitgerecht zu machen. Datenerhebung sollte auch von anderen Personen, als fallführende Personen begleitet werden können.
funktionierende Technik > SIM-Tablets für stabile Verbindung und ausschliesslich mit der Anmelde- maske. Z.B. konnten die Tablets eingerichtet werden, jedoch hat dann die Netzwerkverbindung nicht funktioniert. Dies musste mit der internen IT und Ihnen zusammen behoben werden. Wobei die Zuständigkeiten jeweils nicht von vorneherein klar waren. Danach war zwar die Netzwerkverbindung stabil, aber das Interface der Umfrage zum Anmelden hat bei einem Tablet nicht funktioniert. Beim anderen Tablet funktioniert dies, aber es benötigt sehr viel Zeit zum Aufstarten.

Ein Tablet mit einer stabilen Internetverbindung z.B. durch eine SIM, die eine solche Verbindung gewährleistet, wäre sinnvoll, da die Internetverbindung im Haus nicht überall gleich gut ist. Damit man nicht eine Verbindung zur Anmeldemaske herstellen muss, falls die Netzwerkverbindung nicht geht, wäre es von Vorteil, ein Tablet zu haben wo nur die Anmeldemaske ersichtlich ist.
Beim Ankreuzen wäre ein Hinweis hilfreich, ob es sich um eine Einfach- oder Mehrfachauswahl handelt
Erklärungsschreiben der Klinik für Eltern umständlich und für Klientel < 14 bedingt sinnvoll, da immer dazu erklärt werden muss, dass das Kind gar nichts auf dem Tablet ausfüllt.
Klarere Infos, wer wofür Ansprechpartner ist. Zu viele Infos wurden zu oft gegeben, so dass die Übersichtlichkeit verloren ging. Es dauerte viel zu lange, bis unsere Tablets funktionierten und dann taten sie es immer wieder nicht. Die HoNOSCA-Schulung war richtig schlecht. Im Verlauf des Projekts gab es zu viele Informationen, so dass alles am Schluss sehr unübersichtlich war. Bis die Tablets bei uns liefen, haben wir viel zu viel Zeit gebraucht (über 20 Stunden)
evtl. Einführungsdokumente/Texte etwas kürzer und prägnanter halten. Unmittelbare Einsatzfähigkeit der Tablets.
Kommunikation (wie auf der vorherigen Seite bereits angesprochen) --> klarere Kommunikation. Bei uns wurde es bis zum Schluss nicht ganz klar, welche Funktion welcher Rolle zugeteilt ist (dies bezieht sich u.a. auf das Formular "Kontaktperson"). vor Abschluss der (Pilot)projektphase nochmals sehr gut informieren, wie die nächsten Schritte aussehen, was seitens der Klinik benötigt wird bzw. was es zu berücksichtigen gilt.
Lange war unklar, ab wann gestartet wird. Dies war für die Umsetzung schwierig. Start war lange nicht bekannt. Der Zeitpunkt für die Einführung etwas ungeeignet für uns, da Ferienzeit.
Verständlichkeit, Rückmeldung ob die Daten ankommen, ob es funktioniert hat, Konkrete Anleitung zur Inbetriebnahme der Tablets. Tablets kamen erst einen Tag vor Start
Go-Live der Systeme war erst am Tag des Erhebungsstartes oder kurz davor, damit kein Testing der internen Prozesse möglich. Eine Bereitstellung der Systeme vor Messbeginn wäre wünschenswert gewesen. Kommunikation im Projektverlauf teils an die Messverantwortlichen und Teils an die Fachverantwortlichen. Eine einheitliche Kommunikationsstruktur wäre wünschenswert.
Teilweise war unklar, wer bei uns hausintern (d.h. in den Tageskliniken und im Medizincontrolling/QM) welche Informationen bekommen hat. Offenbar gab es da unterschiedliche Adresslisten!?
Es kamen insgesamt sehr viele Infomails und die Anleitungen und Erklärungen waren sehr umfangreich, was im klinischen Alltag zu zeitaufwändig ist. Auch die nachträgliche Erhebung von Zusatzdaten ist zu aufwändig.
Internetverbindung, Einrichtung des Tablet, nicht nur eine Ansprechperson, Auswertung/Rückmeldung wäre schön. Ich gehe davon aus, dass zu Beginn von der TKJ nicht mitgeteilt wurde, wer zuständig ist. Die Informationen erhielt ich relativ spät. Die Infoblätter und die Einverständniserklärung haben wir erst auf Nachfrage erhalten.
Die Masse an Papierinformationen zu minimieren.

Tabelle 6: Rückmeldungen zum Support

Bitte teilen Sie uns mit, wie Sie die Unterstützung seitens w hoch 2 erlebt haben.
Was haben Sie bezüglich Support positiv erlebt?
Gute Erreichbarkeit.
Erreichbarkeit; Kompetenz
Ich hatte mit w hoch 2 kaum Kontakt
Der technische Support zu Beginn der Studie war schnell und unkompliziert.

wohoch2 war sehr unterstützend, freundlich, gut erreichbar und hat schnell auf unsere Anliegen reagiert.
Disponibilité, qualité du support; Schnell verfügbar, kompetent
Rasche Rückmeldung, speditive Problemlösung
Ich hatte den Eindruck, dass w hoch 2 an Rückmeldungen interessiert war und ist und dass man immer schnell Antwort auf Fragen bekommen hat. Positiv empfand ich, dass es möglich gemacht wurde, Testpatient*innen zu kreieren, um die Handhabung und Oberfläche des Tablets besser kennen zu lernen.
Es kamen immerzu sehr schnelle Rückmeldungen bei Problemen/Anliegen. Hr. Büchi hat sich stets Zeit genommen, sich mit unseren Anliegen auseinandergesetzt, differenzierte Rückmeldungen gegeben, sehr lösungsorientiert gearbeitet, sich speditiv und zeitnah gemeldet bzgl. unserer Anliegen.
schnelle Antworten
die stete Erreichbarkeit und die schnellen Rückmeldungen
zur Verfügung Stellung von tablets (überhaupt und rasch); Möglichkeit, im Verlauf Rückmeldung über Erhebungsquote, drop outs etc. zu bekommen
schneller technischer Support!
Sehr gut: Telefonisch als auch per Mail; Sehr hilfsbereit und lösungsorientiert.
einfach, schnell, ansprechbar. Rechtzeitige und angemessene Informationsweitergabe.
Wir haben wenig Support gebraucht.
Der support erfolgte durch Linda Hadorn ANQ
Kein Support benötigt, kann daher nicht beurteilt werden
Grundsätzlich sehr guter Support!
gute und transparente Info, Technik hat gut funktioniert; es lief reibungslos ab
Support antwortet schnell und hilfsbereit.
Zuverlässige Erreichbarkeit vom Support, bei Anliegen und Bedarf um Unterstützung.
Wo besteht für Sie bezüglich des Supports Verbesserungsbedarf?
keiner
keiner
Ich hatte mit w hoch 2 kaum Kontakt
Keiner
Diesbezüglich bestehen unsererseits keine Anliegen.
nirgends
Zu Beginn war nicht ganz klar, ob man sich jeweils bei der gleichen Person bei woch2 melden soll, oder ob alle Mitarbeitenden gleichermassen Bescheid wissen über allfällige Probleme. Es wäre hilfreich einen spezifischen Kontakt bei Fragen/Anliegen zu haben, gerade wenn es etwas ist, was nicht mit einem einzigen Anruf erledigt werden kann.
Support keinen Veränderungsbedarf
mehr Klarheit, wer für was Ansprechpartner ist
alles gut!
Konkrete Ansprechperson für Durchführungsfragen
Kein Support benötigt, kann daher nicht beurteilt werden
Den Mitarbeitenden in den Tageskliniken war teilweise offenbar nicht klar, dass sie sich die Ergebnisse der Instrumente anzeigen lassen können. Das könnte evtl. noch besser kommuniziert werden.
keine negativen Punkte aufgefallen
keiner

Tabelle 7: Rückmeldungen zu den Informationsmaterialien

Werden die zur Verfügung gestellten Informationsmaterialien verstanden? Haben Sie ggf. relevante Anpassungen an den Materialien vorgenommen?
ja, verstanden. nein
Ich fand die Materialien gut und verständlich.
Die Materialien waren anschaulich. Kein unmittelbarer Anpassungsbedarf
Die Materialien wurden gut verstanden.
Oui, j'ai apporté des modifications (je peux vous fournir les fiches modifiées si souhaité)
Ja, keine Anpassungen notwendig.
Die Materialien wurden gut verstanden.
Die Anleitungen und Informationsmaterialien sind an sich verständlich. Unklar ist, warum nicht erwähnt wird, dass es verschiedene Versionen der Umfrage gibt. Dies ist im Alltag insofern relevant, dass Termine eingeplant werden, damit Eltern und Kinder/Jugendliche die Umfrage ausfüllen können und die Dauer des Ausfüllens aufgrund der verschiedenen Versionen (El ausfüllen ja/nein, unterschiedliche Anzahl an Fragen für El+Ki/Ju) nicht gekennzeichnet ist und so keine vorherige Planung erlaubt, was im Alltag äusserst ungünstig ist. Diese Informationen der Dauer/Teilnahme sind alltagsrelevant und sollten, unserer Meinung nach, dem klinischen Fachpersonal nicht vorenthalten werden. Denkbar wäre z.B. jeweils eine Angabe ob/wie lange ein Teil ausgefüllt werden muss, für Eltern und Patient*innen. Um die Anzahl der Fragen zu kennen, wäre auch z.B. eine Fortschritts-Anzeige möglich. Zudem ist nicht dokumentiert was passiert, wenn man "zurück" geht, welche Schritte abgespeichert werden bzw. ob man davon ausgehen kann, dass die Angaben gespeichert werden. Auf Rückfrage wurde uns erklärt, dass man nur in einer bestimmten Reihenfolge "zurück" als Option nutzen kann. Entsprechend wenn der Eltern-Teil leer gelassen und übersprungen wird und der Patient*innen-Teil ausgefüllt wird, wird der Fall automatisch geschlossen und kann nicht wieder geöffnet werden. Dies ist in der Umsetzung ungünstig, da es immer zu Terminverschiebungen kommen kann und nicht genau festgesetzt werden kann, ob die Eltern oder Patient*innen zuerst ihren Teil ausfüllen. Die Option des Pausierens und "zurück" ohne Abschluss des Falls bzw. das "springen" in den Fragen wäre sehr vorteilhaft. Betreffend Unterlagen die im Vorfeld als Informationsmaterial an die Eltern herausgegeben werden, ist uns aufgefallen, dass im ersten Satz steht "Du wirst bald bei uns in die Tagesklinik eintreten." Häufig haben wir jedoch die Situation, dass nach dem Erstkontakt mit der Familie (Indikationsgespräch) noch nicht definitiv feststeht, ob das Kind bei uns eintritt oder nicht. Daher wäre eine andere Formulierung günstiger. Wir haben diesen Satz daher bei uns gestrichen und es beginnt mit der Information über das Pilotprojekt. Als weitere Anpassung haben wir den Satz gestrichen, wo formuliert wurde, der Eintritt in die TK sei ein "mutiger Schritt". Uns erschien diese Formulierung nicht passend.
Informationsmaterial ist verständlich, es wurden nur geringgradige Anpassungen vorgenommen.
Manual ist gut verständlich
Das Einrichten der Tablets funktionierte mit den mitgeschickten Materialien nicht.
ja, könnten evtl. kürzer sein; Bei Materialien zur Abgabe wurde Briefkopf/Logo/verantwortl. Personen angepasst
Informationsmaterialien waren hilfreich und verständlich
ja
Das Manual war gut und verständlich. Wir haben keine Anpassungen vorgenommen, uns lediglich den Link für die Fremdbeurteilung rausgeschrieben.
ja, vereinfachte Anleitung für die fallführenden Therapeuten
Die Infomaterialien wurden verstanden, wir haben keine Anpassung vorgenommen
ja, nein, keine Anpassungen vorgenommen

Wir haben keine Anpassungen vorgenommen. Ja, die Informationen werden verstanden. Evtl. Verkürzung Einverständniserklärung. Bei Eintritt müssen die Jugendlichen und die Eltern sehr viele Formulare durchlesen und unterschreiben.
Die Masse an Papierinformationen zu minimieren.

Tabelle 8: Rückmeldungen zur Teilnahmebereitschaft der Patientinnen und Patienten

Bitte teilen Sie uns mit, welche Aspekte der Erhebung sich positiv auf die Teilnahmebereitschaft der Patientinnen und Patienten zum Ausfüllen der Fragebögen ausgewirkt haben.
50% der Patienten waren bereit am Projekt mitzumachen, da sie es sinnvoll fanden. Gute Erklärung Information über das Projekt, hat sich positiv auf Pat. ausgewirkt.
Zuständige Mitarbeitende auf der Abteilung; geplante Termine für Befragungen; persönliche Ansprache/Information
Ich der operativen Umsetzung war ich zu wenig involviert als das ich dies beantworten könnte.
Vermittlung vom Studienzweck zur Qualitätskontrolle und Verbesserung der Behandlung
Der Hinweis, dass die Teilnahme ein Routineverfahren in Kliniken ist. Der Hinweis, dass die Befragung Folgenbefragung freiwillig ist. Wahrscheinlich die Tatsache, dass Patienten dafür einbestellt werden und die Daten in Anwesenheit einer Therapeutin ausfüllen.
L'idée que les patients puissent contribuer à l'amélioration de la qualité. Tablet erleichtert das Beantworten der Fragebögen
Tablet (nicht paper pencil); Unterstützung für Tagesklinik als Behandlungsangebot
Persönliche Ansprache. Betonung von "Gehör finden" und "Mitsprache". In unserer Tagesklinik erwies sich die "Koppelung" der Standard-Eintrittsdiagnostik mit der ANQ-Befragung als hilfreich für die Motivation der Patient*innen. Die Erhebung mittels Tablet war sehr einfach für die Patient*innen (aber auch für uns).
Eine kurze Einführung des Tools, was die nachgehenden Fragen erfassen sollen.
Information bereits beim Indikationsgespräch vor Eintritt gegeben.
Betonung der Anonymität und des erhofften Qualitätsgewinns durch Rückmeldungen der Eltern
Unsere klare Überzeugung, dass wir wollen, dass sie mitmachen.
direktes Ansprechen bereits in der Eintrittsvisite; Hinweis auf leichte Verständlichkeit, einfache Durchführung; Hinweis auf Nutzen auch für den TN (Verlaufskontrolle); Möglichkeit, innerhalb der Therapiezeit auszufüllen; digitale Erhebung
kann ich aus Sicht meiner Rolle (QM) nicht beantworten. Ich war klinikintern für die Planung, Koordination und für die Datenlieferung zuständig.
gute Erklärung und Motivation durch das Personal; BSCL: Nur ankreuzen müssen. Ausführliche Beschreibung und Einwilligungserklärung
persönliches Gespräch und Erläuterungen; Die einfache und rasche Handhabung mit den Tablets ist hilfreich.
Der persönliche Kontakt und die Beziehung zum Patienten war ausschlaggebend.
wir haben es als obligatorisch angegeben
Information zur Möglichkeit zur Teilnahme bereits in Vorgespräch, d.h. vor Behandlungsbeginn. Die Bereitschaft wurde dann im Aufnahmegespräch schriftlich abgeholt.
Diese Frage kann ich schlecht beantworten, da vom Medizincontrolling.
Aspekt, dass es um stetige Verbesserung und Weiterentwicklung geht, zügige Erhebung am Ipad
Erklärung der Wichtigkeit für die Erhebung; Das Tablett ist sehr benutzerfreundlich.
Die Umfassende Information für den Sinn und Zweck der Befragung hat die Motivation der Teilnahme erhöht.
Wo sehen Sie Schwierigkeiten in Bezug auf die Motivierung der Patientinnen und Patienten?

Patienten die vom stationären Aufenthalt kommen, kennen bereits BSCL und andere Fragebögen und finden es eher mühsam. Kognitiv eingeschränkte Patienten haben zum Teil grosse Mühe.
keine
Ich der operativen Umsetzung war ich zu wenig involviert als das ich dies beantworten könnte.
Ergebnisse der Befragungen auf dem Tablet konnten nicht mit Patienten besprochen werden, da nicht einsehbar. Fehlende Transparenz der Datenerhebung und Studiaauswertung kann Ängste und Vorbehalte der Patienten verstärken
Bei sprachlichen und kognitiven Einschränkungen.
Processus de consentement laborieux (en début de prise en charge il y a déjà une multitude d'informations à transmettre...) Am Anfang der Behandlung müssen wir die Patienten /Familien bereits mit einer Unzahl von Informationen bezüglich der Behandlung überhäufen. Es erweist sich als schwierig, dazu noch die Information bezüglich ANQ zu vermitteln. Wir sehen die Eltern nur aller 3-5 Wochen. Wenn die Information nicht sofort gelesen wird und das Einverständnis erteilt wird, wird es schwierig. Das grösste Hindernis ist in unserer Erfahrung also die Einverständniserklärung durch die Eltern.
Anzahl Erhebungsinstrumente
Bei ungeplanten Austritten, die bei uns im Zeitraum des Pilotprojekts gehäuft auftraten, ist es schwierig Austrittsdaten zu bekommen. Die Ankündigung einer möglichen Nachbefragung liess die Teilnahmemotivation sinken.
Wir haben zusätzlich jeweils noch eine "altersgemässe" Erklärung für die anschliessenden Fragen gegeben. Bei jüngeren Patient*innen vereinfachter oder mit anderer sprachlicher Formulierung als bei älteren Patient*innen. Da die Beziehung in den ersten 7 Tagen noch nicht so geformt ist, können die gestellten Selbstbeurteilungsfragen je nachdem unangenehme Gefühle oder Trigger auslösen. Deswegen sollte die Bearbeitung von der therapierenden/fallführenden Person begleitet werden, Erklärungen gegeben werden, wenn nötig, Beispiele aufgezeigt werden oder auch die Möglichkeit des Auslassens erwähnt werden.
Fragebogen nach Austritt.
eher misstrauische Eltern möchten generell an keinen Forschungsprojekten teilnehmen
höchstens sprachliche Einschränkungen. Als für uns der Zeitaufwand zu gross wurde, sank auch unsere Bereitschaft, viel in die Überzeugungsarbeit der Patienten zu investieren.
zusätzlicher Aufwand; Mühe mit techn. Geräten; Teilweise generelle Ablehnung von Studien/Projekten bzw. Skepsis. Teilweise mangelnde Sprachkenntnisse oder Defizite im Rahmen Erkrankung.bei Austritt ist die Motivation geringer, die Befragung auszufüllen als bei Eintritt. Ev. hängt es auch mit dem Klinikpersonal zusammen, dass die Austrittserhebung eher vernachlässigt wird
kann ich aus Sicht meiner Rolle (QM) nicht beantworten. Ich war klinikintern für die Planung, Koordination und für die Datenlieferung zuständig.
Viele Fragen; Misstrauen; Sprachliche Hindernisse; Teilweise Krankheitsbilder; Zu viel Arbeit; Wollen keine Befragung nach dem Aufenthalt
Ängste /Sorgen der Patienten bezüglich Datenschutz. Vereinzelt ist Misstrauen bei Sicherstellung der Anonymisierung wahrzunehmen, wobei dann meistens auch keine Teilnahme erfolgt.
Patienten, die sowieso misstrauisch oder nicht zur Behandlung motiviert waren, haben nicht teilgenommen. Wir hatten auch bei Eintritt Abbrüche, weil die Patienten schwer depressiv waren, sich nicht lange genug konzentrieren oder entscheiden konnten.
Man sollte vorher angeben können wie viele fragen zu erwarten sind und wie lange es ungefähr dauern wird, je nach alter.
No-Show, damit fehlende BSCL-Austrittsfragebögen. Angabe falscher E-Mailadressen für Nachbefragung
Diese Frage kann ich schlecht beantworten, da vom Medizincontrolling.

Aufwand, neben zahlreichen weiteren Eintrittsinformationen und Unterschriften auch noch zusätzlich die für die Erhebung nötigen Infos zu lesen und zu unterschreiben. Die Eltern und Patienten sind durch das Aufnahme-procedere auch sonst schon sehr beansprucht. Daher haben einige Familien die Teilnahme abgelehnt.
Das Eintrittsgespräch dauert bereits sehr lange. Die Patienten und die Eltern sind nach dem Gespräch oft bereits erschöpft.
Da viele Pat. den BSCL und diverse Fragebögen aus der stationären Therapie kennen, ist die Bereitschaft zum Teil nicht zu hoch.

Tabelle 9: Rückmeldungen zu den Erfassungsinstrumenten

Im Folgenden geht es um die Bewertung der verschiedenen Erfassungsinstrumente beispielsweise hinsichtlich Aufwand, Verständlichkeit und Erkenntnisgewinn. Sie können sich sowohl auf Ihre eigene Einschätzung als auch auf Rückmeldungen des Klinikpersonals oder von Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen beziehen. Bitte geben Sie für alle Instrumente an, was positiv oder negativ aufgefallen ist.
HoNOS - Health of the Nation Outcome Scale
neutral Wird bereits seit Jahren auch in der Tagesklinik verwendet.
Ich der operativen Umsetzung war ich zu wenig involviert als das ich dies beantworten könnte.
Standardinstrument. Wurde von unserer Institution schon vorher problemlos erfasst.
Aufwand: Wurde von einer Kollegin als mit zunehmender Zeit kleiner empfunden. Wurde von einigen Kolleginnen als "mühsam" erlebt.
Verständlichkeit: Bezogen auf unsere PatientInnen sind manche Fragen seltsam, z.B. Fragen, betreff. einer körperlichen Behinderung.
Ferner sei die Skala zwischen 2-3 nicht immer klar gewesen und hätte genauer nachgeschaut werden müssen.
Erkenntnisgewinn: nicht ergiebig, sondern eher redundant, da ein psychopathologischer Bericht bei Eintritt ohnehin erhoben wird.
Teilweise schwer einzuschätzen, auf welchem Level ein Patient sich befindet, da die Skala nur von 1-4 geht. Dies weil das Ratertraining im Vorfeld (oder zwischendrin) fehlt.
okay
Drei Tage Regel schwierig, weil einerseits manchmal schwierig einen Termin für ein Erstgespräch mit fallführender Person zu finden und andererseits Einschätzung nach einem Gespräch schwierig.
verständlich (insbesondere nach dem vorgängigen Workshop durch ANQ)
die Fragen sind bei Wiedereintritten bestens bekannt, deswegen teilweise gelangweiltes Ausfüllen oder Verweigerung, dies erneut zu tun
kann ich aus Sicht meiner Rolle (QM) nicht beantworten. Ich war klinikintern für die Planung, Koordination und für die Datenlieferung zuständig.
übliches Instrument keine Besonderheiten; gut verständlich
gut verständlich
Gute Schulung im Voraus, hilfreicher Fragebogen
Keine Rückmeldung möglich, da Messverantwortlicher ohne Kontakt zu Patientinnen und Patienten
Unsere Mitarbeitenden haben eine Beschreibung der Schweregrade vermisst, da sie dies von unserem KIS so gewöhnt sind. Die HoNOS sind dort so hinterlegt, dass bspw. bei Item 1 und Score 1 steht "Reizbarkeit, Streitigkeiten, Ruhelosigkeit usw., ohne Handlungsbedarf".
GAF - Global Assessment of Functioning Scale
neutral
Ich der operativen Umsetzung war ich zu wenig involviert als das ich dies beantworten könnte.
Standardinstrument. Wurde von unserer Institution schon vorher problemlos erfasst.

Aufwand: klein.
Verständlichkeit: mittelmässig. Das Feintuning sei fast "zu filigran".
Erkenntnisgewinn: klein.
Einschätzung zu Beginn der Behandlung schwierig, da noch nicht viel über die Pat. bei Eintritt bekannt ist.
wenig valide, ungeeignet, da whsl. tiefe Interraterreliabilität
+ selbsterklärendes Item, sehr schnell; - keine Differenzierung der Funktionsniveaus in verschiedenen Lebensbereichen möglich
oft im Verlauf der Behandlung mehr Symptomatik bekannt als zu Beginn und dadurch Verfälschung bekannt, verständlich
kann ich aus Sicht meiner Rolle (QM) nicht beantworten. Ich war klinikintern für die Planung, Koordination und für die Datenlieferung zuständig.
gut verständlich
gut verständlich
wenig Aufwand - etwas willkürlich (vergebe ich nun 64 oder 67 Punkte?)
Keine Rückmeldung möglich, da Messverantwortlicher ohne Kontakt zu Patientinnen und Patienten
Bekanntes Instrument, klar in der Anwendung; in der Handhabung bisher unkompliziert
Einfache Skala, finde ich gut; Auf dem Tablett ist es schwierig den Regler für den Wert einzustellen.
CGI - Clinical Global Impressions Scale
neutral
Ich der operativen Umsetzung war ich zu wenig involviert als das ich dies beantworten könnte.
Standardinstrument. Wurde von unserer Institution schon vorher problemlos erfasst.
Folgendes wird als Schwierigkeit benannt: Zu Beginn kennen wir die Patienten nicht, um eine genaue Einschätzung abgeben zu können. Verständlichkeit: eine Schulung dazu wäre gut gewesen.
Okay; zu global und dadurch unzuverlässig
+ verständliche Abstufungen der Antwortmöglichkeiten, schnell bearbeitet, vor allem für Verlauf/Veränderungen nützlich; - keine Berücksichtigung Funktionseinschränkungen, Leidensdruck
oft im Verlauf der Behandlung mehr Symptomatik bekannt als zu Beginn und dadurch Verfälschung bekannt, verständlich
kann ich aus Sicht meiner Rolle (QM) nicht beantworten. Ich war klinikintern für die Planung, Koordination und für die Datenlieferung zuständig.
gut verständlich
wenig Aufwand
Keine Rückmeldung möglich, da Messverantwortlicher ohne Kontakt zu Patientinnen und Patienten
in der Handhabung bisher unkompliziert
Einfache Skala; Gut
BSCL - Brief Symptom Checklist
neutral, Wird bereits seit Jahren auch in der Tagesklinik verwendet.
Ich der operativen Umsetzung war ich zu wenig involviert als das ich dies beantworten könnte.
Standardinstrument. Wurde von unserer Institution schon vorher problemlos erfasst.
Teilweise hätten manche Patienten gesagt, dass es schwer sei, sich einzuschätzen. Es seien einzelne Verständnisfragen aufgetaucht, aber mehrheitlich konnten die Patienten den Fragebogen gut ausfüllen.
nützliches Instrument, da breite Symptompalette
Bekannt; die Fragen sind bei Wiedereintritten bestens bekannt, deswegen teilweise gelangweiltes Ausfüllen oder Verweigerung, dies erneut zu tun
kann ich aus Sicht meiner Rolle (QM) nicht beantworten. Ich war klinikintern für die Planung, Koordination und für die Datenlieferung zuständig.

Langer Fragenkatalog; Teils wurden Die Fragen nicht verstanden; Sprachliche Hindernisse; Einfach auszufüllen; Fragen sind gut verständlich
gut verständlich
Keine Rückmeldung möglich, da Messverantwortlicher ohne Kontakt zu Patientinnen und Patienten
MüPF ambulant - Münsterlinger Patientenfragebogen
Neutral; Wird bereits seit Jahren auch in der Tagesklinik verwendet.
Keine Probleme bei der Datenerhebung
gut
Falsche E- Mailadresse abgegeben; Nach Austritt nicht ausgefüllt
gut verständlich
WHODAS 2.0 short - World Health Organization Disability Assessment
weniger Aussagekräftig als die Langversion
Keine Probleme bei der Datenerhebung
gut verständlich
HoNOSCA - Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents
+ differenzierte Erfassung der Lebensbereiche und möglicher Problemstellungen ; - letzte 7 Tage bei Eintritt schwierig zu erfassen, da noch nicht so viel Therapie bis dahin möglich, wenige Infos, evtl. auch noch zu wenig tragfähige Beziehung
oft im Verlauf der Behandlung mehr Symptomatik bekannt als zu Beginn und dadurch Verfälschung
bekanntes Instrument, das wir bereits gut eingeübt haben
Bekanntes Instrument, für Ke nicht immer ganz verständlich; Gut und einfach
HoNOSCA-SR - Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents - Self Rating
+ differenzierte Erfassung der Lebensbereiche und möglicher Problemstellungen ; - keine Beispiele zu verschiedenen Verhaltensweisen, deswegen sollte Beantwortung begleitet werden um allfällige Fragen zu klären
wie bei jedem Self rating nur eingeschränkt verwertbar
ebenfalls schon gut bekannt
Bekanntes Instrument, für Ke nicht immer ganz verständlich
FBZ - Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit in der Stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – adaptierte Version (Varianten für Eltern und Kinder)
+ relevante Behandlungsdimensionen erfassen; - keine Differenzierung der vers. Behandlungsbereiche (Schule, Therapie, Alltag)
unkompliziert in der Handhabung
Kann ich nicht beantworten
KINDL - Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen
+ gut verständlich für Patient*innen egal welchen Alters; - anderer Alltag Umfeld/Schule in Tagesklinik → Vergleichbarkeit zu vor dem Eintritt?
unkompliziert in der Handhabung
Kann ich nicht beantworten

Tabelle 10: Rückmeldungen zu den Tablet-Computern

Bitte teilen Sie uns mit, wie Sie die Erhebung mittels Tablet erlebt haben. Denken Sie hierbei beispielsweise an Inbetriebnahme, Login, Falleröffnung und Bedienungsfreundlichkeit.
Was ist Ihnen dabei besonders positiv aufgefallen?
einfache Anwendung.
hat gut funktioniert; einfache Anwendung, wenn man das Tool verstanden hat.

Ich der operativen Umsetzung war ich zu wenig involviert als das ich dies beantworten könnte.
Alles Studieninstrumente an einem Ort (ausser Zusatzfragen)
Guten Handhabung, kein zusätzliches Papier.
cf première question
Handhabung
Einfache Bedienbarkeit.; Sehr gute Bedienungsfreundlichkeit und gute Visualisierung der Ergebnisse.
Mit der Anleitung einfache Bedienung des Tablets bei der Inbetriebnahme. Mit der FID-Nummer konnten die Fälle ohne Probleme geöffnet werden.
Unkompliziert, umweltschonend.
sofort benutzbar, Benutzer wird durchgeführt
Wenn es funktioniert hat, war es einfach. Viele Jugendliche füllen Fragebögen lieber am Tablet aus als mit Stift und Papier. einfach auszufüllen für Jugis und Eltern
einfach und selbsterklärend handhabbar; insgesamt positiv da digital. Kein Datentransfer manuell
Bedienungsfreundlichkeit: gut. V.a. die schnelle Hilfe bei technischen Problemen war super. Integriertes Internet wurde als sehr hilfreich und "stabil" erlebt
Fragen sind verständlich und klar formuliert. Leicht zu bedienen
einfache Handhabung, kann auch nach Unterbrechung fortgesetzt werden. Leichte und schnelle Machbarkeit, für jeden gut verständlich
Inbetriebnahme, Login, Falleröffnung und Bedienungsfreundlichkeit unkompliziert
insgesamt gutes Instrument
Einfach, intuitiv
es gab keine technischen Probleme, lief reibungslos ab
Gut in der Bedingung, funktionieren, gute Auflösung. Inbetriebnahme wurde durch Herr Alber gemacht. Bedienungsfreundlichkeit ist gut. Falleröffnung ein wenig mühsam, da ich warten muss, dass das Sekretariat den Fall eröffnet (brauche Fallnr.). D.h. ich muss aus dem Eintrittsgespräch und die Nummer im Compi nachschauen gehen.
die Möglichkeit vom Ausfüllen am Tablett.
Was ist Ihnen dabei besonders negativ aufgefallen?
Tablets waren etwas verlangsamt.
es braucht ein gutes W-Lan. Die Indikatoren können nicht erhoben werden. Wir mussten diese in Q-Tools einrichten, da unsere Mitarbeitenden gewohnt sind solche Aufgaben am PC zu erledigen.
Ich der operativen Umsetzung war ich zu wenig involviert als das ich dies beantworten könnte.
vereinzelt technische Probleme bei der Bedienbarkeit mittels Touchscreen bzw. Handlichkeit. Es sollte evtl die Möglichkeit geben, die Daten auf Papier zu erfassen und dann nachträglich zu digitalisieren. Auch sollte eine robuste Hülle für die Tablets zur Verfügung stehen.
Evtl. wäre ein weiteres Tablet hilfreich, um Engpässe zu umegehen.
Es gab zwischendrin ein Problem mit dem Login und das Passwort musste zurückgesetzt werden.
cf première question; Es fehlt die Flexibilität um die Reihenfolge Elternbefragung / Patientenbefragung anpassen zu können
Anfänglich WLAN nicht funktioniert. Datendarstellungsoption für uns nicht so relevant. Erhebung aller Fragebogen über unser klinikinternes System wäre gut gewesen.
Das Aufstarten hat jeweils sehr lange gedauert. Das Login hat nur mit einer stabilen Internetverbindung funktioniert. Man konnte aus der Anmeldemaske der Software rausgehen, was irritierend sein kann, vor allem, wenn man aus Versehen darauf kommt. Es gab keine "exit" oder "zurück" Option, um aus einer Beurteilung rauszukommen. So mussten wir schliesslich die Applikation schliessen oder warten, bis es von selbst abgebrochen hat, da die Umfrage sonst abgeschlossen wurde, wenn man auf "weiter" bis ans Ende geklickt hätte. Es gibt keine Option die Reihenfolge der Erhebung von Eltern <- Patient*innen.

Generell kann festgehalten werden, dass der Aufwand der Inbetriebnahme (Vorbereitung bis effektive Erhebung) für die letztendliche Patientenzahl sehr gross ist.
schnell entladen
Die Tablets haben zu oft nicht funktioniert. Das Einrichten hat sehr lange gedauert. Uns ist nicht klar, wann welche Fragebögen in welcher Reihenfolge gezeigt werden. Man sollte wählen können zwischen Eltern und Jugis.
tablets mussten ständig geladen werden, da sie permanent online waren (wenn gänzlich offline, musste die Inbetriebnahme und Anmeldung jeweils wieder umständlich erfolgen)
Initial Probleme mit internem WL.
Tablet loggt wohl nach kurzer Zeit aus und FID muss neu eingegeben werden --> längerer Delay möglich? Aus Sicht der Datenlieferantin ist mir aufgefallen, dass es nicht ganz selten zu fehlerhaften FID-Eingaben auf dem Tablet kam (z.B. Zahlendreher, zu lange FIDs uä) -> gäbe es noch technische Möglichkeiten, diese Fehler bei der Eingabe zu reduzieren? haben die Fallführenden die Möglichkeit, die FID nochmals zu korrigieren/zu überprüfen? gäbe es noch die Möglichkeit, die Beschreibung der HoNOS-Schweregrade bei den einzelnen Items einzufügen?
Einloggdaten müssen immer wieder angegeben werden, dauert lange, teils viel Aufwand.
Ein Tablet ging kaputt, musste dann repariert werden, brauchte Zeit.
gerade für ältere Patienten in der Handhabung ungewohnt, Unterstützungsbedarf
nichts
hat manchmal nicht funktioniert; man konnte Selbst und Fremdbeurteilung bei Kindern fehleranfällig, evt. besser als Pat/ Eltern/ Therapeutin bezeichnen; Eingabe nur mit Fall Nummer möglich, mit Name oder Geburtsdatum wäre es einfacher; Es hat die erhebenden Therapeuten verunsichert, dass es unterschiedlich viele Fragen gab und keine Rückmeldung im Sinne "Alles erledigt"
Nichts
nichts
Internetverbindung; Zu Beginn unklar, wer ausfüllen muss. Es wäre gut, wenn von vornherein besser ersichtlich wäre, ob die Eltern auch mitausfüllen müssen oder nicht. Zu Beginn hatten wir auch Verbindungsprobleme.
der Mehraufwand für das Personal.

Tabelle 11: Rückmeldungen zu der Darstellung der Ergebnisse

Individuelle Fragebogenergebnisse zu HoNOS resp. HoNOSCA, BSCL resp. HoNOSCA-SR und WHODAS 2.0 short lassen sich im Erfassungssystem unmittelbar nach dem Ausfüllen darstellen (vorausgesetzt, dass das System zur Erfassung genutzt wurde). Bitte teilen Sie uns mit, ob diese Darstellung für Sie von Nutzen war.
Wie wurde in Ihrer Klinik die Live-Darstellung der Fragebogendaten genutzt? Falls Sie die Live-Darstellung nicht genutzt haben: Warum haben Sie darauf verzichtet?
nicht genutzt, da Therapeuten anderes System benutzten; nicht nötig
Ich der operativen Umsetzung war ich zu wenig involviert als das ich dies beantworten könnte.
Konnte nicht dargestellt werden.
Die Live- Darstellung wurde von uns nicht genutzt - wir haben uns lediglich auf die Erfassung der Daten konzentriert. Den Mitarbeiterinnen war nicht bewusst, dass die Live- Darstellung abrufbar ist.
pas assez intuitif
nein, Ressourcengründe
Wir haben die Live-Darstellung nur für die Ergebnisse des WHODAS 2.0 nutzen können, da wir Ho-NoS und BSCL über unser eigenes Diagnostiksystem erfassen. Wir haben die Live-Darstellung bis dato nicht gross genutzt.

Die Ergebnisse wurden genutzt als Überprüfung, ob sich die Ergebnisse aus der Selbstbeurteilung mit dem bisherigen klinischen Eindruck von den fallführenden Therapeutinnen decken. Ausserdem geben sie Anhaltspunkte oder Inputs für Schwerpunkte der therapeutischen Arbeit.
Nicht genutzt.
Ich wusste nicht, dass es sie gibt. Zur Kontrolle, ob wir alles richtig machen.
war nicht bekannt oder ging unter
Diese Info ging wohl bei vielen Fallführenden unter bzw. uns wurde zurückgemeldet (von einem unserer beiden teilnehmenden Standorte), dass diese Funktion sehr gewünscht wäre. Scheinbar ging dabei die Information unter, dass diese Funktion verfügbar gewesen wäre.
technisch nicht umgesetzt am Standort; Vergleich Eintritt und Austritt gemeinsam mit Patienten*Innen wurde durchgeführt; Frage 9 und 39 wurde kontrolliert und mit Patienten*Innen besprochen.
Ist therapeutisch gesehen sehr interessant und wertvoll die Selbsteinschätzung der Patienten nochmals zu sehen und auch gemeinsam anzuschauen. Auch beim Austritt die Veränderung der Fragebogenergebnisse
wurde genutzt
uns war nicht klar wie das funktioniert
Wir haben die Live-Darstellung nicht genutzt, die Datenerfassung erfolgte direkt im KIS analog bisheriger Prozesse
die Möglichkeit haben wir bisher noch nichts genutzt, da wir uns mehr darauf konzentriert haben, überhaupt alle Daten zu erfassen und im Gesamtsetting des Ein- und Austritts nichts zu vergessen. wurde bei uns teilweise, je nach verfügbarer Zeit, genutzt
War mir nicht klar, dass ich das machen konnte
Was ist Ihnen dabei positiv aufgefallen?
Ich der operativen Umsetzung war ich zu wenig involviert als das ich dies beantworten könnte.
Gute Visualisierung
Einfache Darstellung und Möglichkeit die Selbst- und Fremdbeurteilung zu vergleichen. Es zeigt auf in welchen Lebensbereichen Einschränkungen und Leidensdruck für die Patient*innen bestehen.
kann ich nicht beurteilen.
Vergleich kam meist gut an
Keine Rückmeldung möglich, da nicht verwendet
Übersichtliche Darstellung, anschaulich
War mir nicht klar, dass ich das machen konnte
Was ist Ihnen dabei negativ aufgefallen?
Ich der operativen Umsetzung war ich zu wenig involviert als das ich dies beantworten könnte.
Es wäre toll, wenn man eine Übersicht über die FIDs hätte und diese für die Ergebnisse anklicken könnte. Jetzt muss man die FIDs selber eingeben. Eine Darstellung des Mittelwerts plus Standardabweichung wäre auch prima.
Durch die absichtlich kurzgehaltene Version des Fragebogens können Anhaltspunkte für das therapeutische Arbeiten gegeben werden, es ist jedoch keine erschöpfte Liste aller Lebens- und Funktionsbereiche, in denen Patient*innen Einschränkungen/Leidensdruck haben können.
Kommunikation dieser Information: es wäre sicherlich hilfreich, nochmals stärker auf diese Funktion einzugehen. Ich wurde als Qualitätsverantwortliche und hausinterne Koordinatorin des Projekts im Verlauf der Pilotphase auch nie auf dieses Thema angesprochen.
Teilweise war nicht klar, aus welchen Fragen, welches Ergebnis zu Stande kam.
Keine Rückmeldung möglich, da nicht verwendet
nichts
War mir nicht klar, dass ich das machen konnte

Tabelle 12: Rückmeldungen zu den Zusatzvariablen

Einige Variablen zu den Patientinnen und Patienten (z. B. Hauptdiagnose oder Aufenthaltsort vor Eintritt) wurden durch Ihre Institution eigenständig und unabhängig vom zur Verfügung gestellten Erfassungssystem erhoben.*
Wie haben Sie die Erhebung der Zusatzvariablen organisiert (z.B. über ein Klinikinformationssystem, direktes digitales Ausfüllen der Excelvorlage bei jeder Erfassung, Papierformulare für die Erfassenden oder eine andere Lösung)?
Wir haben diese Angaben im bestehenden Befragungssystem (Q-Tools) erfasst. Das führte allerdings dazu, dass der gesamte Teil der Messung welche die Behandelnden ausfüllen, in diesem System lief, um nicht zwei Systeme nutzen zu müssen. Diese Einrichtung brauchte etwas Zeit, weshalb wir Datensätze "verloren" haben. Da wir schon lange online erfassen, ist die Excel keine Option!
Daten wurden durch Sekretariat in Excelliste eingetragen. Diese Daten sind bei uns im Klinikinformationssystem.
Excelvorlage
Die Daten wurden aus diversen Quellen gesucht und am Ende in die Excel-Tabelle eingespeist - rückblickend war dieses Vorgehen ineffizient und zeitraubend, und müsste künftig anders angegangen werden, sollten Zusatzdaten künftig erhoben werden.
manueller
Excelvorlage
Im klinikinternen Erfassungssystem.
Direktes Ausfüllen der Excelvorlage anhand der Daten des KISIM und Papier-Unterlagen (Aufenthalten)
Excelvorlage
über Klinikinformationssystem
bei uns wurden die Fallführenden gebeten, bei jeder Erfassung die zusätzliche Excelvorlage mit den Zusatzvariablen auszufüllen. Dabei kam es vermehrt zu Informationsverlust weil dies von den Fallführenden vergessen ging. Am Ende habe ich als Q-Managerin die Daten aus den verschiedenen Modalitäten zusammengeführt. Der Prozess könnte ua durch die 1 zu 1 Übernahme, ohne Modifikation, der Standard bfs- Variablen vereinfacht werden.
Dies war eine mühsame Sache, da das die einzelnen Therapeut:innen per Papier machen und dann zum Einscannen weitergeben mussten. Es wäre schön gewesen, wenn es im gleichen System gewesen wäre.
Papierformulare
Ausfüllen der Excelvorlage
über eine extra Mitarbeitende, welche die Daten aus dem KIS entnommen hat
Zusatzvariablen: Papierformular - Übertrag in Excelvorlage HoNOS: Erfassung im KIS - Export BSCL: Papierformular - Übertrag in KIS - Export Zusatzangaben wie Diagnose, Anzahl Behandlungstage usw. wurde mittels KIS oder ERP ermittelt und händisch in die Excel-Vorlage übertragen
Am einfachsten wäre eine Erhebung über das KIS gewesen, in dem die MS des BfS bereits hinterlegt ist. Aufgrund der Modifikationen an der MS für das Pilotprojekt musste jedoch auf eine Excelliste ausgewichen werden, was von den Mitarbeitenden als sehr aufwändig empfunden wurde.
Kann ich keine Angaben dazu machen
Wie würden Sie die Zusatzdaten bei dauerhafter Einführung der Messung erheben wollen?
Direkte Eingabe im Tableterfassungssystem (3 Nennungen)
Vorgabe des Abgabeformats durch das Auswertungsinstitut und selbstständige Umsetzung der Erfassung in unserer Klinik (13 Nennungen)

Im Kommentarfeld können Sie spezifizieren, wie Sie die Erfassung konkret umsetzen würden (z.B. Integration eines Formulars im Klinikinformationssystem, direkte Nutzu2
Ich gehe davon aus, dass unser Standortleiter diese Umfrage auch erhalten. Das soll deshalb er entscheiden. Aus Sicht QM betreffend Lieferung von grossen Datenmengen finde ich eine Erfassung der Daten im Klinikinformationssystem mit Exportfunktion in eine Exceldatei sinnvoll.
Das Zusammentragen der anwesenden halben Tage war für uns aufwändig, weil wir nur ganze Tage erfassen. Wir mussten retrospektiv alle Therapiepläne und Abwesenheiten einzeln durchgehen, um die erwünschten Werte zu erhalten.
saisie automatisée / intégrée avec le systèmes informatique de l'hôpital
Eine direkte Erfassung auf dem Tablet/PC wäre effizienter. Bei der Excel-Vorlage waren viele Informationen und Farbcodes vorhanden, welche per Eingabe im Tablet klarer verständlich dargestellt werden könnten und die Eingabe so zeitsparender gestalten würde.
Wir sind froh, dass der Zusatzaufwand für uns (zumindest vorerst) vorbei ist.
Eine direkte Erfassung durch die Teilnehmenden mittels Tablet wäre wünschenswert und würde die Prozesse vereinfachen. Der Datenexport weiterer Daten sollte aus dem KIS erfolgen, ohne die Notwendigkeit einer händischen Zusatzleistung. Die Variablen sollten sich dabei am PSA-Datensatz (Spital ambulant) oder dem BFS-Datensatz (stationär) orientieren.
Die Verwendung der standardisierten MS (oder von Teilen davon) würde es für uns (und vermutlich auch für die meisten anderen Psychiatrien) am einfachsten machen, da diese für den stationären Bereich ja bereits in einem System implementiert ist.
so wenig Aufwand wie möglich ist hier wichtig
Nach Abschluss des Erhebungszeitraumes wurden Sie aufgefordert, die Zusatzdaten inkl. zugehöriger FID an w hoch 2 zu liefern. Kliniken, welche HoNOS- und BSCL-Daten nicht über das zur Verfügung gestellte Erfassungssystem erhoben haben, haben auch diese Daten mit den Zusatzdaten übertragen. Bitte teilen Sie uns mit, wie Sie die Datenlieferung erlebt haben. Denken Sie hierbei beispielsweise an das Ankündigungsschreiben per E-Mail, Excelvorlage, Messmanuale und den Uploadprozess.
Was ist Ihnen bezüglich der Datenlieferung positiv aufgefallen?
Einfachen downloade der Daten über den Link.
einfach
Die zur Verfügung gestellte Excelliste war nicht ganz einfach zu lesen und es hat einen Moment gedauert bis wir verstanden haben, was wo eingetragen werden muss.
Keine Probleme
Die Excelvorlage war zunächst etwas schwer zu verstehen. Durch ein paar Rückfragen konnten einige Punkte geklärt werden. Der Uploadprozess verlief komplikationslos.
Gute Kommunikation. Gute Unterstützung bei Schwierigkeiten im Umgang mit Exceldatei. Upload sehr einfach.
Verständliches Ankündigungsschreiben per E-Mail; einfacher Upload
gefragte Zusatzdaten waren klar
Uploadlink hat einwandfrei funktioniert. Dort war einzig tricky, dass es pro Standort ein getrennter Link war. Da ich für den Upload beider Standorte zuständig war, ist mir das erst per Zufall aufgefallen.
war ok.
habe ich nicht gemacht
Vorlagen waren vorhanden, Umfang der Datenlieferung war frühzeitig bekannt, Datenupload funktionierte problemlos
Kann ich nicht beurteilen
Wo besteht für Sie bezüglich des Vorgehens zur Datenlieferung Verbesserungsbedarf?
keiner

Evtl. Legende zur Excelliste machen, damit es klarer ist in welche Spalte welche Werte eingetragen werden müssen.
Bei den Diagnosen erfassen wir in der Tagesklinik jeweils die Diagnosen bei Ein- und Austritt, weil diese sich im Verlauf der Therapie verändern können. In der Datenerfassung wird nur die Diagnose bei Eintritt verlangt. Es könnte allenfalls überlegt werden, diesen Punkt um die Diagnosen bei Austritt zu erweitern.
nirgends
Excel-Vorlage: klarere Darstellung wo welche Daten eingefügt werden müssen, zu viele Erklärungen/Informationen können verwirrend sein > Vereinfachung durch Erhebung am Tablet/PC mit vorgegebenen Eingabefeldern
umständlich, sollten direkt abgeglichen werden können mit vorhandenen Daten
bereits in den vorherigen Antworten erwähnt.
Wäre praktischer per Tablet gewesen.
nein
Datenlieferung nur für abgeschlossene Fälle. Der Datenexport aus dem KIS lieferte "nur" abgeschlossene Fälle, d.h. die Datenlieferung von noch offenen Fälle zum Messabschluss erfolgte händisch - Arbeitsaufwand.
Aufgrund der verschiedenen Erfassungswege (via KIS, Tablet, Excel-Liste) mussten die Mitarbeitenden die FID in verschiedenen Tools angeben, was natürlich immer fehleranfällig ist.
Kann ich nicht beurteilen

Bemerkung: *Diese Fragen wurden nur in der Abschlussbefragung gestellt

Tabelle 13: Rückmeldungen zu den Qualitätsindikatoren

Bitte teilen Sie uns Ihre Rückmeldungen zu den verwendeten Qualitätsindikatoren Symptombelastung, Lebensqualität und Patientenzufriedenheit mit.*
Inwieweit schätzen Sie die erhobenen Indikatoren als aussagekräftig und relevant ein?
ja
Alle 4 beteiligten Psychologinnen geben an, bislang zu wenig Erfahrung in der Erhebung zu haben, um diese Frage aussagekräftig beantworten zu können.
nicht alle, siehe Angaben vorher
Ich schätze diese Indikatoren als sehr relevant ein.
Diese Indikatoren sind relevant für Patient*innen mit psychischer Belastung. Der Leidensdruck und die Funktionalität sind für uns relevant, wobei diese in den Indikatoren enthalten sind.
Symptombelastung siehe Rückmeldung zu Honosca: eingeschränkt verwertbar oft im Verlauf der Behandlung mehr Symptomatik bekannt als zu Beginn und dadurch Verfälschung sehr relevant. Aussagekräftig.
gut
Insbesondere die Lebensqualität (welche mit der Symptombelastung eng verbunden ist) und die Patientenzufriedenheit sehen wir als wichtige Indikatoren an
Die Selbsteinschätzung fällt den Patienten eher schwer, weshalb die Aussagekraft teilweise ungenau sein kann.
ich halte sie für relevant, allerdings konnten wir leider noch keine repräsentativen Zahlen erzielen (bisher viele Familien nicht einverstanden) oder kurzfristiger, spontaner Austritt ohne Möglichkeit, die Variablen bei Austritt zu erheben.
Ich finde die Lösung mit dem Tablett gut, da die Anonymität der Eltern und Jugendlichen gewährleistet werden kann. Die wichtigsten Aspekte werden erfasst. Die Befragung sollte nicht mehr beinhalten.

Fehlen Ihnen wichtige Indikatoren (Qualitätsaspekte) für das tagesklinische Setting. Falls ja, welche wären diese?
nein
Momentan keine Aussage dazu möglich.
nein
Kennwerte zu Etablierung einer Tagesstruktur/Unterstützungsnetz nach Austritt. Sozialdienstliche Kennwerte (IV-Anmeldung, Aufgleisen begleitetes Arbeiten, Unterstützung Wohnform/-situation). Viele unserer Patient*innen berichten von grosser Einsamkeit, zusammengebrochenen sozialen Netzwerken. Da die soziale Eingebundenheit psychische Gesundheit mitbestimmt, wäre es vielleicht auch noch relevant zu prüfen, inwieweit sich die Personen mit anderen verbunden, von anderen unterstützt fühlen.
Nein.
Aktuell nicht.
nein
keine
keine
Nein
BSCL Bogen sollte ausreichen, Selbsteinschätzung nicht unbedingt nötig.
bisher nicht
Nein

Bemerkung: *Diese Fragen wurden nur in der Zwischenbefragung gestellt

Tabelle 14: Rückmeldungen zum Nutzen der PROM's

Wie schätzen Sie den Nutzen der Selbstbewertung durch Patientinnen und Patienten (Patient Reported Outcome Measures PROM's) hinsichtlich Qualitätsentwicklung ein? Denken Sie dabei an die Behandlungsebene, die Spital-/Klinikebene und die Systemebene.*
Patienten haben eher Mühe damit sich selbst einzuschätzen.
sehr nützlich zur Behandlungsplanung und Verlaufskontrolle. Auch für den Austrittsbericht wichtige Angaben.
Meine Sorge ist, dass die absolute Anzahl ausgefüllter PROMs im tagesklinischen Setting zu gering ist, um belastbare Auswertungen zu erhalten. Die Behandlungsebene (Einzelfallbetrachtung) kann ich nicht beurteilen.
Auf Systemebene verbesserte Sichtbarkeit der Tageskliniken im ambulanten Versorgungsbereich. Auf Klinikebene Leistungsausweis gegenüber anderen Angeboten. Auf Behandlungsebene möglicher Input zur therapeutischen Ausrichtung des Angebots
Die Daten können aufschlussreich bei Austritt sein, um den Therapieprozess zu reflektieren. Es soll in Betracht gezogen werden, dass es kurz vor Austritt oftmals zu einer Verschlechterung der Symptome kommt. Bei bestimmten Krankheitsbildern (z.B. Persönlichkeitsstörungen) müssen die Daten u.U. im Kontext des Störung interpretiert werden.
Pas assez de recul
Hoher Nutzen der Selbstbewertung für Klinik und Systemebene. Wenig Nutzen für Behandlungsebene
Die Erhebungsinstrumente BSCL und HoNoS sind für unsere Gruppe von Patient*innen (mit Abhängigkeitserkrankungen) nicht so optimal, aber diese Diskussion wurde schon bei der Implementierung im stationären Bereich geführt. Die Ergebnisse sind sicherlich interessant, doch wären andere Instrumente für uns relevanter. Positiv ist die zusätzliche Aufnahme der Erhebung der Patient*innen-zufriedenheit und Lebensqualität.

Behandlungsebene: kann die Selbstbewertung Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten der alltäglichen/therapeutischen Begleitung der Patient*innen geben. Spital-/Klinikebene: kein direkter Nutzen aus unserer Sicht. Systemebene: Rückmeldung an Eltern/Involvierte, was sich während des tagesklinischen Aufenthaltes verändert/verbessert hat als Instrument nutzbar.
Der Zeitraum war zu kurz. Ansonsten halte ich den Nutzen für gegeben.
mittel
vielschichtige und komplexe Frage :) das muss bei uns intern erst einmal diskutiert werden.
Bei unseren Patient:innen bestand recht viel Skepsis; die Vorzüge der Qualitätsentwicklung konnten sie weniger sehen.
Grundsätzlich führt die Erhebung in den meisten Fällen den Patienten ihren eigenen Fortschritt nochmals vor Augen, was positiv aufgenommen wird. Weiter ist es wichtig, den Behandlungserfolg auch nach aussen hin messbar zu machen.
niedrig
Eine subjektive Einschätzung der Betroffenen zur Symptombelastung bei Eintritt und Austritt erachte ich als elementar, auch zur Reflektion des Behandlungserfolges. Als Nebeneffekt können auf Ebene der Kliniken Vergleiche angestellt werden z.B. bezüglich Wirksamkeit der (Therapie-)Programme. Aber auch in der Kommunikation gegenüber den Versicherungen kann die Wirksamkeit ausgewiesen und die Tarifsituation ggf. positiv beeinflusst werden
sehr wichtig und gut für uns als Rückmeldung
Die Daten sollten genutzt werden. Für die Patienten war es gut, dass sie Tablets erhalten haben, dadurch konnte sie auch ehrlicher antworten als auf einem Stück Papier.n

Bemerkung: *Diese Frage wurde in der Abschlussbefragung gestellt

Tabelle 15: Rückmeldungen zur Nutzung der Ergebnisse

Aus dem Pilotprojekt wird ein Bericht hervorgehen, der die teilnehmenden Kliniken in Bezug auf unterschiedliche Qualitätsaspekte vergleicht. Mit welchen weiteren Schritten und Prozessen gedenken Sie, die Ergebnisse aus diesem Bericht für die eigene Qualitätsmessung zu nutzen?*
Ergebnisse des Projektes evaluieren, und danach weitere Massnahmen besprechen.
Die Outcome-Messung ist bei uns schon seit Jahren etabliert. Wir planen derzeit keine weiteren Schritte. Benchmark und Benchmarking wären hilfreich!
Besprechung mit dem TK-Team und durchlaufen des PDCA-Zyklus. Je nach Belastbarkeit der Ergebnisse auch Vorstellung in der GL.
Wir warten noch ab.
Dieser Punkt ist aktuell offen. Es bleibt zunächst die Einsicht in die entsprechenden Daten abzuwarten.
Auf jeden Fall ERgebnisvorstellung innerhalb der Tageskliniken, evtl. auch angebotsübergreifend.
Ergebnisse nutzen zur Anpassung von Abläufen und Angebot. Ggf. weitere, spezifischere Erhebungsinstrumente einsetzen.
Wir sind ständig bemüht, unsere Abläufe, den Behandlungsprozess im Sinne des Patientenwohls zu optimieren oder anzupassen. Allenfalls gibt uns der Bericht hier weitere Inputs, die es zu überprüfen gilt oder die wir in unser bestehendes Konzept einbauen könnten.
Diskussion in Team und dann je nach Ergebnis konkrete Massnahmen.
kritische Punkte im interdisziplinären Team reflektieren, Verbesserungsmassnahmen ableiten
Die Ergebnisse werden den unseren teilnehmenden Standorten präsentiert. Anschliessend werden sie sicherlich innerhalb des QMs diskutiert um ggf. Schritte für die eigene Qualitätsentwicklung ableiten zu können.
Interne Auswertung

wird mit der Spitaldirektion besprochen werden
Wir haben bereits in der Vergangenheit mit dem BSCL gearbeitet und konnten nun verschiedene Selbst- und Fremdbeurteilungsmethoden testen. Die Studie hat unsere Wahrnehmung für das Thema nochmals verschärft und hat insofern eine Auswirkung, dass wir die Eintritts- und Austrittsmessungen noch genauer durchführen.
Die Erhebung von HoNOS und BSCL ist bereits seit Jahren integraler Bestandteil der Behandlung bei Eintritt- und Austritt, ebenso die Erhebung der Patientenzufriedenheit mittels MüPF. Insofern änderte sich für uns wenig, lediglich die Erhebungsprozesse wurden leicht angepasst. Wir würden uns jedoch freuen, endlich Benchmarkpartner in den Erhebungen zu finden um zu ermitteln, ob unsere Ergebnisse gut oder schlecht sind.
Standortbestimmung und ggf. Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen
Besprechung im Team und Ableitung von Zielen
Mit meiner Vorgesetzten besprechen und daraus Rückschlüsse ziehen

Bemerkung: *Diese Frage wurde nur in der Abschlussbefragung gestellt

Tabelle 16: Weitere Rückmeldungen

Zum Abschluss bitten wir Sie, sich einen kurzen Moment Zeit zu nehmen und uns allfällige weitere Rückmeldungen mitzuteilen. Wir sind Ihnen für alle Hinweise dankbar.
Haben Sie als projektverantwortliche Person weitere Hinweise, was für eine dauerhafte Einführung solcher Messungen verbessert werden könnte oder gibt es etwas, dass Sie uns sonst noch mitteilen möchten?
nein
Sollte es zu einer dauerhaften Einführung kommen, müsste eine schlankere Erfassung der Zusatzdaten überlegt werden. Eine Schulung zwischendrin wäre hilfreich. Dies um mehr Routine im Rating der Fragebögen zu bekommen, und zwar nicht nur in Bezug auf Honos.
Ist für urteilsfähige Jugendliche das Einverständnis der Eltern unerlässlich?
nein
Aus unserer Sicht ist der Zeitraum von 6 Monaten kurz, um genügend Patienten zu rekrutieren, Dies macht es uns kaum möglich, eine differenzierte Beurteilung der Umsetzung des Projektes vorzunehmen. Generell war der Aufwand (sich einzuarbeiten, mit den Unterlagen auseinander zu setzen etc.) sehr gross für letztendlich 10 Patienten, die erfasst werden konnten.
Es wäre gut, wenn wir besser verstehen würden, wer warum welchen Fragebogen (nicht) ausfüllen soll. Beschränkung der Kommunikation, Unterlagen etc. auf das Wesentliche. Weniger Redundanzen. Ich habe immer wieder den Überblick verloren, weil einige Dinge zigfach kamen und andere schwer auffindbar waren. Das hat mich viel Zeit gekostet.
Erhebung im ambulanten/teilstationären Setting erschwert im VGL. zu stationär aufgrund Absenzen von Patienten (ungeplant, unvorhersehbare Abbrüche), somit Austrittserhebung nicht lückenlos durchzuführen. in unserer TK kommt es nach Durchlaufen eines allgemeinen Einstiegsprogrammes zu einem Wechsel der Bezugsperson(en), so dass keine Kontinuität bei der Durchführung besteht, hier kommt es zu missings Im Rahmen unserer TK ist die Einhaltung der Messzeitpunkte schwierig. Fremdbeurteilung durch Fallführer erst nach Wechsel in dauerhaftes Hauptprogramm nach ca. 2-3 Wochen möglich. Abschlusserhebung bei den meisten Pat. nicht durchgeführt bei Aufenthaltszeitraum 6 Monate.
bereits in den vorherigen Fragen beantwortet.
Rückmeldungen sind zu lang, zu viel Fragen welche viel Zeit in Anspruch nehmen. Verknüpfung mit dem klinikinternen System, damit jedeR MA an seinem Arbeitsplatz die Angaben machen kann.

Die Erhebung mittels Tablets hat sehr gut funktioniert, im Sinne der Digitalisierungsstrategie unbedingt beibehalten. Alle Tablet mit SIM-Karten ausrüsten - wir hatten dies von Beginn weg so bestellt und keinerlei Probleme
insgesamt ist es doch ein erheblicher Mehraufwand im Rahmen des Eintritts, auch für die Familien. Viele waren bisher nicht einverstanden, da es den Eltern zu viel war, noch mehr Infos durchzulesen und zu unterschreiben. Organisatorisch sind die Durchführungszeitpunkte teils etwas knapp, da wir manchmal recht spontane Eintritt haben, bei denen die Durchführung nicht direkt zeitlich machbar ist. Könnte man hier die Zeitspanne verlängern?
Es wäre gut, wenn die Eltern einen Link erhalten würden und sie die Fragen nicht per Tablet sondern von zu Hause ausfüllen könnten. Evtl. Ordner erstellen mit Unterlagen, wo alle Zugriff haben (Einverständniserklärung, Infoblätter etc.). Bezugspersonen können Aufgabe auch übernehmen, finde nicht, dass Fallführende zuständig sein müssen. Evtl. Kürzung der Fragen, da Eintrittsgespräch bereits sehr lange dauert
Haben Sie Rückmeldungen vom Klinikpersonal bekommen, die noch nicht angesprochen wurden?
nein
nein
Nein.
non
Anfänglich Gewöhnungsphase an Abläufe. Erinnerungsmails intern halfen, an das Ausfüllen der Fragebogen zu denken.
Es verlangt viel Koordination und Organisation mit allen involvierten Parteien (fallführende Therapeutinnen, Pädagogik/Pflege und Lehrpersonen), um die Erhebung bei den Angehörigen und Patient*innen zeitnah umsetzen zu können.
Die Akkus der Tablets waren sehr schlecht. Der Zeitaufwand war wesentlich höher als zu Projektbeginn kommuniziert.
bereits in den vorherigen Fragen beantwortet.
nein
Nein
Nein.
nein
Für Patienten teilweise Fragen schwierig und können sie nicht beantwortenden , evtl. Hilfestellungen
Haben Sie Rückmeldungen von Patientinnen oder Patienten bzw. deren Angehörigen bekommen, die noch nicht angesprochen wurden?
nein
Wir haben eine hohe Ablehnungsquote, die mir vor allem damit in Zusammenhang zu stehen scheint, dass der Beginn der Behandlung in der Tagesklinik für viele Patienten ein sehr "stressiger" Moment ist und dann wenig mentale Kapazität verfügbar ist um sich zusätzlichen Anfragen offen zu zeigen.
nein
Nein.
non
nein
Eine Familie hat uns rückgemeldet, sie durch das Lesen des Einwilligungsformulars davon ausgegangen sind, dass sie für die Eintrittsmessung auch einen Link erhalten würden und die Erhebung nicht vor Ort stattfinden würde. Unser Vorschlag wäre es, einen Satz in das Formular einzubauen, in welchem spezifisch ausformuliert wird, dass die Eintrittsmessung begleitet vor Ort stattfindet. So können Missverständnisse vorgebeugt werden und es wird nochmals explizit erwähnt, nebst der zusätzlichen Erklärung von unserer Seite. Eine Idee unsererseits wäre eine Ergänzung wie folgt: Wir

werden Ihr Kind beim Eintritt und beim Austritt aus der Tagesklinik zum Gesundheitszustand (Symptombelastung) befragen. * Zusätzlich befragen wir Ihr Kind und Sie im Zufallsmodus zur derzeitigen Lebensqualität oder nach Abschluss der Behandlung zur Zufriedenheit in Bezug auf den Aufenthalt in der Tagesklinik.* Die Befragung von Ihnen und Ihrem Kind beim Eintritt wird unter Begleitung des Klinikpersonals vor Ort erfolgen.
Die Patienten hätten zum Teil Interesse an den Ergebnissen.
nein
nein
Immer wieder Rückmeldung bezüglich Misstrauen hinsichtlich des Datenschutzes. Hier braucht es dann doch deutliche zeitliche Ressourcen um Patienten davon zu überzeugen, dass dieser gewährleistet ist. Manchmal gelingt dies auch nicht, bzw Patient lehnt es klar ab.
Nein
Nein.
nein
Nein

Impressum

Titel	EQK Projektabschlussbericht Pilotprojekt Intermediär Klinikambulant
Autoren und Autorin	Linda Hadorn, ANQ Roman di Francesco, Projektleiter, w hoch 2 GmbH Dr. Benjamin Steinweg, w hoch 2 GmbH Sina Schwab, w hoch 2 GmbH
Zitation	ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Bern. Projektabschlussbericht Pilotprojekt Intermediär Klinikambulant
Auftraggeber vertreten durch	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ Linda Hadorn, Leitung multidisziplinäre Themen
Copyright	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ Geschäftsstelle Welpoststrasse 5 3015 Bern