



Concetto di analisi ANQ

Misurazioni nazionali nella psichiatria ospedaliera per adulti

Indicatori «peso dei sintomi» e «misure restrittive della libertà»

Valido dal 1° agosto 2020

1° agosto 2020 / versione 7.5

Codici cromatici/cronologia delle modifiche

Affinché disponiate di mezzi ausiliari costantemente aggiornati, il presente documento verrà all'occorrenza modificato anche nel corso dell'anno. I codici cromatici vi consentono di individuare velocemente gli ultimi cambiamenti. Le colorazioni verranno eliminate di volta in volta all'inizio dell'anno.

Codice cromatico	Validità modifica	Breve descrizione
Giallo	1° agosto 2019	Complemento per la definizione dei casi, introduzione di un cut-off per i valori mancanti, dashboard moniQ, modifica della modalità di rilevamento (> 24 ore) dall'1.1.2020
Blu	1° agosto 2020	Aggiunta della psichiatria forense quale quarto tipo di clinica e dashboard moniQ, aggiunta della variabile «Settore di cura»

Indice

Impressum.....	4
1. Situazione di partenza.....	5
2. Metodi di rilevamento dei dati.....	6
2.1 Rilevamento dei dati.....	6
2.2 Strumenti di misurazione.....	6
2.3 Indicatori.....	6
2.4 Momenti della misurazione.....	7
2.5 Definizione del caso.....	7
2.6 Portata della prova a campione.....	7
2.7. Stratificazione.....	8
3. Trasferimento ed elaborazione dei dati.....	9
3.1 Protezione dei dati.....	9
3.2 Trasferimento dei dati.....	9
3.3 Qualità dei dati.....	9
3.3.1 Tasso di risposta / valori attesi	
3.3.2 Controllo dei dati	
4. Rapporti.....	11
4.1 Rapporto comparativo nazionale.....	11
4.1.1 Struttura di base	
4.1.2 Contenuto del rapporto comparativo nazionale	
4.2 Versione breve del rapporto comparativo nazionale.....	13
4.3 Rapporto nazionale sulla qualità dei dati.....	13
4.3.1 Struttura di base	
4.3.2 Contenuto del rapporto nazionale sulla qualità dei dati	
4.4 Rapporto specifico per ogni clinica.....	14
4.4.1 Struttura di base	
4.4.2 Contenuto del rapporto specifico per ogni clinica	
4.5 Pubblicazione dei risultati.....	15
5. Analisi.....	16
5.1 Termini.....	16
5.2 Parametri della qualità per le cliniche con aggiustamento secondo il rischio.....	16
5.3 Rappresentazione dei risultati delle misurazioni e tipi di grafico utilizzati.....	17
5.3.1 Confronto grafico tra le cliniche	
5.3.2 Panoramica tabellare generale	
5.3.3 Confronto annuo risultati della misurazione	
5.4 Rappresentazione confronto annuo della qualità dei risultati.....	21
5.5 Analisi psichiatria forense.....	22
6. Bibliografia e materiale.....	23



Impressum

Titolo	Concetto di analisi ANQ Misurazioni nazionali nella psichiatria ospedaliera per adulti Indicatori «peso dei sintomi» e «misure restrittive della libertà»
Anno	2020
Autori	w hoch 2 Research, Analysis & Consulting, Berna Sulla base delle cliniche universitarie psichiatriche UPK Basilea, dr. Bernhard Bührlen, Simone McKernan e dr. Evita Harfst Con il coinvolgimento del Comitato per la qualità ANQ Psichiatria, del gruppo di esperti «Discussione metodica» e del team del prof. dr. Dümbgen, Università di Berna, dipartimento Matematica e statistica
Committente rappresentato da	Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) Dr. Johanna Friedli, responsabile Psichiatria, ANQ
Copyright	Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) Segretariato generale Weltpoststr. 5 3015 Berna https://www.anq.ch

1. Situazione di partenza

In Svizzera operano 85 cliniche e sedi psichiatriche, per un totale di circa 75'000 casi ospedalieri l'anno. Per l'attuazione delle disposizioni della Legge sull'assicurazione malattie (LAMal), l'ANQ svolge su mandato dei suoi partner tariffali (H+, santésuisse, curafutura, assicuratori sociali federali e Cantoni) misurazioni nazionali nella psichiatria stazionaria. I dati rilevati vengono analizzati in modo comparativo a livello nazionale allo scopo di documentare, perfezionare e migliorare la qualità.

I concetti di analisi dell'ANQ si basano sul [contratto nazionale di qualità](#), sul [Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati](#) e sui requisiti generali per questo genere di concetti.

L'elaborazione dei concetti di analisi dell'ANQ si svolge per processi, con l'integrazione progressiva di nuove conoscenze tratte dai risultati delle analisi.

Il concetto di analisi 7.3 considera le modifiche del metodo statistico elaborato in seno a un gruppo di esperti dell'ANQ su mandato del Comitato per la qualità Psichiatria. Esse sono state approvate dal Comitato dell'ANQ e dai suoi partner (fornitori di prestazioni ed enti finanziatori) al termine di una procedura di consultazione.

Il nuovo metodo di analisi statistica comporta una regressione ampliata. Si tratta di un modello lineare multiplo, il quale considera parametri per la qualità delle singole cliniche, coinvolgendo anche l'influsso delle covariabili con interazioni (vengono modellate le dipendenze di covariabili che si influenzano vicendevolmente). I valori sono rappresentati sulla scala del rispettivo strumento di misurazione e risultano comprensibili. Una specifica dettagliata del modello statistico è descritta nel rapporto «[Qualitätsvergleiche psychiatrischer Einrichtungen](#)» (disponibile in tedesco) e in un ampio [rapporto tecnico](#) (disponibile in inglese), entrambi redatti dal prof. Dübgen dell'Università di Berna, dipartimento Matematica e statistica.

2. Metodi di rilevamento dei dati

2.1 Rilevamento dei dati

Il rilevamento dei dati è responsabilità di ogni clinica e i dati rilevati sono di esclusiva proprietà della rispettiva clinica. Il formato esatto dei dati e i requisiti logistici per il rilevamento sono definiti nel [manuale](#) e nel documento «[Definizione dei dati](#)» dell'ANQ. Tutte le cliniche per la psichiatria stazionaria che hanno sottoscritto il contratto di qualità dell'ANQ partecipano a questa misurazione nazionale della qualità.

2.2 Strumenti di misurazione

Nelle cliniche vengono rilevati cinque set di dati riferiti al caso.

Statistica medica UST

1. Set di dati minimo UST
2. Dati supplementari psichiatria UST

Peso dei sintomi come valutazione da parte di terzi (personale curante)

3. Questionario per la documentazione del caso [Health of the Nation Outcome Scale \(HoNOS\) Adults](#) ([Glossario HoNOS-65+](#))¹

Peso dei sintomi come autovalutazione (paziente)

4. Questionario per i pazienti [Brief Symptom Checklist BSCL](#) (già BSI, forma abbreviata della SCL-90-R)²

Misure restrittive della libertà

5. Questionario per la documentazione del caso [EFM](#)

Maggiori informazioni al sito dell'ANQ (descrizione degli strumenti, definizione dei dati).

2.3 Indicatori

I dati rilevati con gli strumenti di misurazione servono a determinare i risultati degli indicatori definiti per la psichiatria:

- peso dei sintomi dal punto di vista del personale curante (valutazione da parte di terzi);
- peso dei sintomi dal punto di vista del paziente (autovalutazione);
- ricorso a misure restrittive della libertà.³

¹ Il questionario Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) è uno strumento molto diffuso per la valutazione differenziata da parte di terzi della gravità di un'affezione psichica. Esso viene utilizzato in molti paesi, tra cui l'Italia, la Danimarca, l'Olanda e l'Australia, nell'assistenza quotidiana di pazienti con turbe psichiche.

² [Le cliniche della psichiatria forense sono dispensate dall'autovalutazione del peso dei sintomi](#)

³ Le particolarità contenutistiche delle misure restrittive della libertà devono essere considerate al momento di interpretare questi risultati. Anche se l'obiettivo è adottarne il meno possibile, poche misure non sono automaticamente sinonimo di migliore qualità,

I valori del peso dei sintomi rappresentano singoli indicatori della qualità delle cure, ma non la sua totalità. Per questo motivo, non si parla di qualità delle cure, bensì di valore differenziale o di riduzione del peso dei sintomi dal punto di vista del paziente o del personale curante.

2.4 Momenti della misurazione

Il peso dei sintomi viene rilevato all'ammissione e alla dimissione (distanza minima 24 ore),⁴ le misure restrittive della libertà ogni volta che vengono adottate. I dati della statistica medica vengono riuniti alla fine di un periodo di rilevamento e inviati all'istituto di analisi.

2.5 Definizione del caso

La definizione del caso corrisponde a quella dell'Ufficio federale di statistica, così come illustrata nel concetto dettagliato per la statistica medica. Fondamentalmente, un'unità di rilevamento rappresenta un caso di cura. Sulla scorta dell'esperienza acquisita con la misurazione 2018, è stato deciso⁵ di rinunciare dal rilevamento 2019 alla combinazione dei casi ai sensi della TARPSY (SwissDRG). I dati non potranno dunque contenere combinazioni di casi.

La misurazione nazionale della qualità nella psichiatria ospedaliera per adulti esclude fondamentalmente casi di psichiatria infantile e adolescenziale. Dal 1° luglio 2013, per la psichiatria infantile e adolescenziale esiste una misurazione ANQ a sé stante con le relative basi concettuali.

Se tuttavia vengono curati adolescenti nella psichiatria per adulti, essi devono essere inclusi e i rispettivi dati analizzati nella misurazione della psichiatria per adulti. I pazienti maggiorenni in istituti di psichiatria infantile e adolescenziale (p.es. quelli che diventano maggiorenni nel corso della degenza) vengono inclusi nella misurazione della psichiatria infantile e adolescenziale. L'inclusione nelle misurazioni non si basa pertanto sull'età, bensì sull'istituto partecipante.

2.6 Portata della prova a campione

Le cliniche forniscono dati per tutti i casi gestiti a livello stazionario nel corso del periodo di rilevamento nei reparti destinati alla psichiatria per adulti, anche se i pazienti erano già stati ricoverati prima dell'inizio di tale periodo o non erano ancora stati dimessi alla fine di tale periodo. Ciò è conforme alle direttive dell'Ufficio federale di statistica per la fornitura della statistica medica con tutti i tipi di caso (indicazione del caso statistico «A», «B» o «C» secondo il concetto dettagliato UST), affinché le cliniche non debbano gestire un onere supplementare.

L'analisi considera i casi di pazienti ammessi a partire dall'inizio della misurazione (1.7.2012) e dimessi nel rispettivo periodo di rapporto, poiché solo per questi dati sono disponibili misurazioni al momento dell'ammissione e della dimissione, ed è dunque possibile calcolare valori per i risultati. I casi con una qualità dei dati insufficiente sono esclusi dai confronti tra cliniche.⁶

dato che le cliniche dispongono di concetti diversi per l'attuazione di misure restrittive della libertà. Alcune cliniche prediligono per esempio l'adozione di misure più frequenti ma più brevi, altre optano per misure meno frequenti ma più lunghe. Per la qualità è essenziale che tali misure siano ponderate, motivate e documentate, e che rispettino le direttive della protezione dei bambini e degli adulti. Per la valutazione della qualità sono rilevanti, oltre al numero di misure restrittive della libertà, anche la frequenza e le ripetizioni per ogni caso e la combinazione di più provvedimenti nello stesso momento.

⁴ Nella psichiatria forense dall'1.7.2019, in tutte le altre cliniche dall'1.1.2020.

⁵ Decisione del 9.7.2019 del Comitato dell'ANQ.

⁶ Con l'analisi dei dati 2019, verrà introdotto un cut-off dello 0,1% per i valori mancanti per tutte le variabili UST non dichiarate obbligatorie. Le poche cliniche che supereranno questo limite vengono contrassegnate nei grafici con i risultati. Si tratta di misure volte a un ulteriore miglioramento della confrontabilità.

Tutte le cliniche partecipanti sono incluse nel confronto nazionale. Una clinica con un numero basso di casi ben documentati (<30) viene resa distinguibile nel rapporto comparativo nazionale a causa dell'elevato grado di incertezza dei risultati calcolati. Per quanto riguarda le misure restrittive della libertà, vengono considerate solo le cliniche che nel periodo di rilevamento hanno adottato almeno una misura di questo genere.

2.7. Stratificazione

L'analisi è stratificata secondo **quattro tipi di clinica**:

- fornitori di prestazioni di base e della medicina acuta (soddisfano tutti i 9 criteri);
- cliniche specializzate (<9 criteri);
- cliniche per la cura di dipendenze (>90% diagnosi principale F1 (dipendenza));
- **cliniche della psichiatria forense (cliniche specializzate).**⁷

L'assegnazione ai primi due tipi avviene in considerazione dei nove criteri seguenti:

1. accoglienza di pazienti (incluse le emergenze) da parte di personale qualificato (livello terziario) 24 ore su 24, sette giorni su sette e 365 giorni l'anno;
2. accoglienza di pazienti con pericolo acuto per sé stessi e/o per altri;
3. accoglienza di pazienti per ricoveri a scopo di assistenza;
4. personale qualificato (livello terziario) raggiungibile telefonicamente entro 15 minuti 24 ore su 24, sette giorni su sette e 365 giorni l'anno per una prima consulenza o un primo triage;
5. presenza di un medico/di uno psicologo di servizio e di un servizio specialistico secondario disponibili 24 ore su 24, sette giorni su sette e 365 giorni l'anno;
6. offerta di cure per l'intero spettro di diagnosi psichiatriche ICD-10 (diagnosi F0-F9);
7. disponibilità di almeno due reparti acuti con almeno due camere di isolamento, letti per emergenze e di riserva;⁸
8. disponibilità di reparti chiudibili a chiave;⁹
9. possibilità di assistenza 1:1.

I nove criteri vengono rilevati dall'ANQ presso le cliniche.¹⁰ Le modifiche devono essere comunicate all'ANQ alle scadenze per la fornitura dei dati.

Dell'assegnazione al tipo «Clinica per la cura di dipendenze» si occupa l'istituto di analisi sulla scorta dei dati delle diagnosi F1 aggiornati.

L'assegnazione al tipo «Cliniche della psichiatria forense» avviene secondo la specializzazione della clinica in questione.

I quattro tipi di clinica vengono analizzati separatamente e confrontati all'interno dei gruppi.

⁷ **Dai dati 2019**

⁸ Il criterio 7 è considerato soddisfatto se pazienti che rappresentano un pericolo acuto per sé stessi e/o per altri non vengono trasferiti o respinti.

⁹ Il criterio 8 è considerato soddisfatto se pazienti che rappresentano un pericolo acuto per sé stessi e/o per altri non vengono trasferiti o respinti.

¹⁰ Nel mese di ottobre 2015, è stato condotto un sondaggio tra tutte le cliniche psichiatriche nelle quali sono stati rilevati i criteri.

La stratificazione è stata sviluppata dall'ANQ con l'esclusivo scopo di ottenere una migliore confrontabilità delle diverse cliniche psichiatriche e per favorire il processo comparativo.

3. Trasferimento ed elaborazione dei dati

3.1 Protezione dei dati

Il rilevamento sottostà al Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati. Per garantire un più elevato grado di anonimato dei dati, il set di dati minimo dell'UST da inviare all'istituto di analisi non deve contenere informazioni sulla data di nascita, bensì solo l'età al momento dell'ammissione. Il codice anonimo di collegamento è sostituito da numeri di identificazione del caso e del paziente.

In seno all'istituto di analisi, tutti i collaboratori con accesso ai dati delle cliniche sono tenuti al segreto professionale dai loro contratti di lavoro. Dal punto di vista tecnico, ci si premura affinché dati e risultati non siano visualizzabili da persone non autorizzate nemmeno all'interno dell'istituto di analisi.

3.2 Trasferimento dei dati

L'istituto w hoch 2 mette a disposizione di ogni clinica un rimando di upload protetto da password con il quale trasferire direttamente i dati all'istituto di analisi. Questa procedura garantisce la massima sicurezza dei dati e riduce a un minimo l'onere per le cliniche. Si consiglia pertanto di inviare i dati avvalendosi del portale dell'istituto di analisi.

In alternativa, è possibile spedire i dati per posta raccomandata su CD o per e-mail all'indirizzo analisi@wohoch2.ch (in questo caso cifrati p.es. in un archivio ZIP e protetto da una password spedita separatamente o comunicata al telefono).

Per una cifratura efficace dei file si può fare ricorso a programmi gratuiti come 7-zip.

Se i dati o una parte di essi vengono immessi con l'ausilio di un software specializzato, spetta alla clinica regolare la fornitura. Vale il principio secondo il quale i dati sono proprietà della clinica. L'offerente del software può inviarli all'istituto di analisi solo in presenza di un'autorizzazione specifica.

3.3 Qualità dei dati

3.3.1 Tasso di risposta / valori attesi

In riferimento al [manuale](#) sulle misurazioni nella psichiatria (cfr. [sito dell'ANQ](#)) e ai tassi di risposta effettivamente rilevati, l'ANQ ha definito valori attesi concernenti la qualità dei dati, poi rifissati a partire dalla fornitura di dati 2017 (dati 2016).¹¹

- Valore atteso HoNOS: 90%
- Valore atteso BSCL: 60%
- Set di dati mancanti o incompleti: 0%¹²

¹¹ Il Comitato dell'ANQ sostiene la richiesta delle associazioni e delle istituzioni di aumentare il tasso di risposta atteso per la misurazione del peso dei sintomi e di fissare un valore atteso per i set di dati mancanti o incompleti nella psichiatria per adulti (incl. quella forense) e infantile e adolescenziale a partire dai dati 2016 (consegna 8.3.2017). Un aumento del tasso di risposta consente di ottenere campioni più rappresentativi, a tutto vantaggio della confrontabilità delle cliniche. La maggior parte delle cliniche presenta nel frattempo una buona qualità dei dati e soddisfa tali requisiti.

¹² Vedi punto 3.3.2 del presente concetto di analisi: «I valori mancanti nelle variabili sesso, età o diagnosi principale utilizzate per l'aggiustamento del *case-mix* comportano l'esclusione dell'intero caso.» e «A partire da un determinato numero di item singoli

- Per l'EFM non è previsto alcun valore atteso perché al momento non è possibile svolgere un controllo della completezza. Ci si attende comunque che ogni singola misura restrittiva della libertà venga rilevata.¹³
- Con l'analisi dei dati 2019, verrà introdotto un cut-off dello 0,1% per i valori mancanti per tutte le variabili UST non dichiarate obbligatorie. Le poche cliniche che supereranno questo limite vengono contrassegnate nei grafici con i risultati. Si tratta di misure volte a un ulteriore miglioramento della confrontabilità.

3.3.2 Controllo dei dati

Per garantire una qualità dei dati sufficiente, il controllo deve avvenire su più livelli. Il primo (completezza in riferimento ai casi) andrebbe effettuato direttamente in seno alla clinica partecipante. Nel [documento per il controllo e la validazione dei dati](#) sono riportate spiegazioni dettagliate sulle verifiche dei dati presso le cliniche e l'istituto di analisi.

Per l'HoNOS e la BSCL, per ogni caso devono essere disponibili i dati rilevati oppure spiegazioni sul mancato rilevamento (al momento dell'ammissione e della dimissione). Un criterio per una buona qualità dei dati è la quota di casi ben documentati rispetto al numero complessivo di casi trattati nel periodo di osservazione: se è bassa, i dati in questione sono verosimilmente poco rappresentativi dei pazienti curati nella clinica.

Nell'istituto di analisi, vengono svolti controlli dettagliati che mirano in particolare a identificare anche valori errati e non plausibili. Le verifiche si concentrano sugli aspetti seguenti.

- Sono contenute tutte le variabili, come indicato nella definizione dei dati?
- Ogni riga in ogni pacchetto di dati contiene il numero di identificazione del caso?
- HoNOS: ci sono set di dati doppi per uno stesso momento?
- BSCL: ci sono set di dati doppi per uno stesso momento?
- EFM: sono stati registrati isolamenti o immobilizzazioni contemporanei o che si sovrappongono?

I dati non plausibili e le tendenze di risposta per la gravità dei casi e il risultato della misurazione possono essere verificati confrontando dopo adeguamento secondo il *case-mix* la gravità dei casi al momento dell'ammissione tra le cliniche e analizzando le differenze in relazione con le misurazioni HoNOS e BSCL.

I casi completamente mancanti non possono essere identificati nel quadro delle misurazioni dell'ANQ, ma sarebbero riconoscibili come divergenze nelle cifre notificate all'ANQ e all'UST. Esiste pertanto una possibilità di controllo indiretta.

I valori mancanti nelle variabili sesso, età o diagnosi principale utilizzate per l'aggiustamento del *case-mix* o per assegnazioni comportano l'esclusione dell'intero caso (v. [documento per il controllo e la validazione dei dati](#)). I valori mancanti nelle restanti variabili vengono sostituiti con «assolutamente no».

mancanti per uno strumento di misurazione (più di tre item per l'HoNOS e oltre tredici item per la BSCL), il caso non viene analizzato per lo strumento di misurazione in questione.».

¹³ Sulla scorta della consultazione 2014, per il 2015 l'ANQ ha costituito un gruppo di esperti volto a valutare le possibilità di controllo e di verifica per garantire che le direttive vengano rispettate.

Con l'analisi dei dati 2019, verrà introdotto un cut-off dello 0,1% per i valori mancanti per tutte le variabili UST non dichiarate obbligatorie. Le poche cliniche che supereranno questo limite vengono contrassegnate nei grafici con i risultati. Si tratta di misure volte a un ulteriore miglioramento della confrontabilità.

I valori mancanti nelle variabili di misurazione o negli indicatori di qualità non vengono sostituiti. A partire da un determinato numero di item singoli mancanti per uno strumento di misurazione (più di tre item per l'[HoNOS](#) e oltre tredici item per la [BSCL](#)) il caso non viene analizzato per lo strumento di misurazione in questione.

I riscontri alle cliniche e un rapporto nazionale sulla qualità dei dati all'attenzione dell'ANQ presenteranno una panoramica della qualità dei dati delle singole cliniche.

4. Rapporti

Vengono redatti i rapporti seguenti.

- a) Nazionale
 - Rapporto comparativo nazionale (con analisi separate per i quattro tipi di clinica)
 - Versione breve del rapporto comparativo nazionale (con analisi separate per i quattro tipi di clinica)
 - Rapporto nazionale sulla qualità dei dati (analisi dell'intero gruppo)
- b) Specifico per ogni clinica
 - Rapporto specifico per ogni clinica (confronti tra cliniche in seno ai quattro tipi)
 - Rapporto specifico sulla qualità dei dati (da generare direttamente nel dashboard moniQ)

I messaggi di base vengono pubblicati in internet sotto forma di confronti tra le cliniche suddivisi nei quattro tipi.¹⁴

4.1 Rapporto comparativo nazionale

4.1.1 Struttura di base

Il rapporto comparativo nazionale contiene le analisi comparative sugli indicatori rilevati. Viene redatto una volta l'anno sulle misurazioni dell'anno precedente.

4.1.2 Contenuto del rapporto comparativo nazionale

1. Riepilogo / Management-Summary (con gli obiettivi e le limitazioni delle misurazioni, i risultati principali e le possibilità di interpretazione di competenza dell'ANQ)
2. Introduzione
3. Confronto tra cliniche sulla qualità dei risultati (in base ai risultati principali)
 - Peso dei sintomi

¹⁴ Vedi [concetto di pubblicazione dell'ANQ per la psichiatria per adulti](#).

Diagrammi per ogni tipo di clinica con i risultati aggiustati della clinica (valore comparativo¹⁵) dell'anno in corso (inclusa definizione del relativo livello di significatività)

Tabella con tutte le divergenze significative dal valore di riferimento per ogni tipo di clinica

- Valutazione da parte di terzi: valore comparativo HoNOS
- Autovalutazione: valore comparativo BSCL

- Misure restrittive della libertà

Diagrammi per ogni tipo di clinica con i risultati della clinica per i casi in questione (casi con almeno una misura restrittiva della libertà) senza aggiustamento secondo il rischio e con definizione della significatività statistica

Tabella con tutte le divergenze significative dal valore di riferimento per ogni tipo di clinica

- Quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà
- Isolamento (intensità (frequenza*durata)/caso)
- Immobilizzazione (intensità (frequenza*durata)/caso)
- Medicazione forzata (orale e iniezione combinate, frequenza/caso)
- Contenzione (intensità (frequenza*durata)/caso)
- Misura di sicurezza (in sedia e a letto combinate, frequenza/caso)

Rapporto tra il numero di misure restrittive della libertà e il numero di ricoveri a scopo di assistenza nel rispettivo anno di misurazione

- Confronti annuali della qualità dei risultati

Diagrammi per ogni tipo di clinica con i risultati aggiustati (HoNOS e BSCL) e non aggiustati (EFM) dell'anno in corso e di quello precedente

Tabella con i valori medi complessivi non aggiustati di tutte le cliniche (tutti gli anni) per ogni tipo

- Peso dei sintomi:
valore all'ammissione e differenziale HoNOS
valore all'ammissione e differenziale BSCL
- Misure restrittive della libertà:
quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà

4. Qualità dei dati (analisi nell'intero gruppo senza suddivisione secondo i tipi di clinica)

- Quota di casi analizzabili per i calcoli HoNOS
- Quota di casi analizzabili per i calcoli BSCL
- Quota di immissioni documentate correttamente per le misure restrittive della libertà
- Confronti annuali della qualità dei dati
 - Quota di casi analizzabili per l'HoNOS nell'anno in corso e in quello precedente
 - Quota di casi analizzabili per la BSCL nell'anno in corso e in quello precedente
 - Quota di immissioni documentate correttamente per le misure restrittive della libertà nell'anno in corso e in quello precedente

¹⁵ Il valore comparativo di una clinica è la differenza tra il suo parametro della qualità e il valore medio (ponderato secondo il numero di casi) dei parametri della qualità delle altre cliniche (vedi punto 5.1.).

5. Descrizione prova a campione e *case-mix* (analisi con suddivisione secondo il tipo di clinica)
Descrizione delle variabili utilizzate per l'aggiustamento secondo il rischio negli indicatori del peso dei sintomi (p.es. demografia dei pazienti, distribuzione delle diagnosi, durata della degenza, peso dei sintomi al momento dell'ammissione, ricovero a scopo di assistenza). Viene inoltre rilevato anche il numero di cure brevi rispetto al numero di cure totali per ogni clinica.
6. Metodi (breve descrizione)
 - Procedura
 - Analisi secondo il tipo di clinica
 - Analisi delle covariabili
 - Aggiustamento secondo il rischio
 - Significatività delle differenze
7. Annesso
 - Tabelle con i valori delle analisi illustrate nella parte principale
 - Ausilli alla lettura
 - Glossario

4.2 Versione breve del rapporto comparativo nazionale

La versione breve, suddivisa secondo i **quattro tipi di clinica**, è un riassunto del rapporto comparativo nazionale e presenta all'opinione pubblica i principali risultati e una contestualizzazione dei risultati da parte dell'ANQ.

4.3 Rapporto nazionale sulla qualità dei dati

4.3.1 Struttura di base

Il rapporto nazionale sulla qualità dei dati contiene analisi comparative sulla qualità dei dati. Viene redatto dopo ogni fornitura di dati sulle misurazioni del periodo di rilevamento precedente. Dopo le forniture dei dati, le singole cliniche ricevono anche un riscontro dettagliato individuale.

4.3.2 Contenuto del rapporto nazionale sulla qualità dei dati

1. Premessa
2. Spiegazioni sul documento
3. Statistica medica, HoNOS e BSCL
 - Spiegazioni sulla definizione della qualità dei dati
 - Quota di casi analizzabili per i calcoli HoNOS
 - Quota di casi analizzabili per i calcoli BSCL
 - Panoramica risposte HoNOS (quota di caratteristiche sconosciute e di risposte mancanti)
4. Mancati rilevamenti (*drop-out*) nell'HoNOS e nella BSCL
 - Spiegazioni sulla categorizzazione dei motivi dei mancati rilevamenti
 - HoNOS: quota di *drop-out* (influenzabili e non influenzabili) al momento dell'ammissione e della dimissione

- BSCL: quota di *drop-out* (influenzabili e non influenzabili) al momento dell'ammissione e della dimissione
 - BSCL: quota di *drop-out* a causa di problemi linguistici al momento dell'ammissione e/o della dimissione
5. Misure restrittive della libertà
 - Quota di immissioni documentate correttamente per le misure restrittive della libertà
 6. Riassunto della qualità dei dati
 7. Indicazioni per l'ottimizzazione della qualità dei dati
 8. Annesso: tabella con i valori di tutte le analisi illustrate nella parte principale

4.4 Rapporto specifico per ogni clinica

4.4.1 Struttura di base

Nei rapporti specifici per le cliniche, gli indicatori di base sono descritti più dettagliatamente per le singole cliniche rispetto a quanto avviene nel rapporto comparativo nazionale. Le cliniche ricevono con il rapporto i risultati riferiti alla loro prova a campione suddivisi secondo le scale, gli item e i gruppi di diagnosi. I risultati principali sono così più comprensibili e possono essere utilizzati per migliorare la qualità interna.

4.4.2 Contenuto del rapporto specifico per ogni clinica

1. Base dei dati e analisi
2. Confronto dei risultati di cliniche dello stesso tipo
 - Peso dei sintomi con aggiustamento
 - Valutazione da parte di terzi: valore comparativo HoNOS
 - Autovalutazione: valore comparativo BSCL
 - Misure restrittive della libertà senza aggiustamento
 - Quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà
3. Risultati specifici per ciascuna clinica rappresentati in modo dettagliato¹⁶

¹⁶ I dati non aggiustati (dati grezzi) sono di proprietà della rispettiva clinica; vi verranno inviati dopo l'analisi, così da poter effettuare o commissionarne altre. Verranno trasmessi anche i dati ulteriormente elaborati, i valori delle scale e i valori comparativi aggiustati secondo il rischio.

- Peso dei sintomi senza aggiustamento
 - HoNOS: valore all'ammissione e differenziale punteggio complessivo per l'intero gruppo e secondo i gruppi di diagnosi principale
 - HoNOS: valore all'ammissione e differenziale dei singoli item per l'intero gruppo e secondo i gruppi di diagnosi principale
 - BSCL: valore all'ammissione e differenziale punteggio complessivo per l'intero gruppo e secondo i gruppi di diagnosi principale
 - BSCL: valore all'ammissione e differenziale delle scale per l'intero gruppo e secondo i gruppi di diagnosi principale
 - Confronto: media dei punteggi complessivi non aggiustati HoNOS e BSCL di tutte le cliniche del rispettivo tipo (valore all'ammissione e differenziale)

- Misure restrittive della libertà senza aggiustamento
 - Totale misure restrittive della libertà (numero e quota di casi)
 - Isolamento (numero e quota di casi, frequenza, durata, intensità (frequenza*durata)/caso))
 - Immobilizzazione (numero e quota di casi, frequenza, durata, intensità (frequenza*durata)/caso))
 - Medicazione forzata (orale e iniezione combinate, orale, iniezione; numero e quota di casi, frequenza/caso)
 - Contenzione (intensità (frequenza*durata)/caso)
 - Misure restrittive della libertà di movimento, tutti i generi combinati (numero e quota di casi, frequenza/caso)
 - Misura restrittiva della libertà di movimento in sedia (fino a quattro ore, più di quattro ore, numero e quota di casi, frequenza/caso)
 - Misura restrittiva della libertà di movimento a letto (fino a quattro ore, tutta la notte, permanente, numero e quota di casi, frequenza/caso)
 - Confronto: quota media di casi con almeno una misura restrittiva della libertà di tutte le cliniche partecipanti secondo il rispettivo tipo

Rapporto tra il numero di misure restrittive della libertà del tipo di clinica in questione e il numero di ricoveri a scopo di assistenza nel rispettivo anno di misurazione

4.5 Pubblicazione dei risultati

La pubblicazione dei rapporti comparativi nazionali annuali è responsabilità dell'ANQ.¹⁷ I rapporti specifici per ogni clinica e i rapporti sulla qualità dei dati non vengono pubblicati.

¹⁷ Vedi concetto di pubblicazione ANQ psichiatria per adulti.

5. Analisi

5.1 Termini

Questi termini hanno un'importanza centrale nella descrizione del nuovo metodo di analisi.

Parametro della qualità

Il parametro della qualità di una clinica è il risultato ripulito dell'influsso delle covariabili. Esso rappresenta la differenza attesa del peso dei sintomi tra l'ammissione e la dimissione se tutti i casi dell'intero gruppo fossero stati trattati nella clinica in questione.

Valore comparativo

Il valore comparativo di una clinica è la differenza tra il suo parametro della qualità e il valore medio (ponderato secondo il numero di casi) dei parametri della qualità delle altre cliniche.

Covariabili

Le covariabili (o variabili di disturbo) sono variabili il cui influsso è stato eliminato dal parametro della qualità al fine di rendere confrontabili i risultati delle cliniche.

Valore differenziale

Il valore differenziale è dato semplicemente dal confronto tra il peso dei sintomi all'ammissione e alla dimissione. Non è aggiustato, quindi non ripulito dall'influsso delle variabili di disturbo.

Intervalli di confidenza

Gli intervalli di confidenza semplici sono interessanti per ogni singola clinica. Per formulare conclusioni per tutte le cliniche servono invece gli intervalli di confidenza simultanei, i quali considerano il calcolo di numerosi valori comparativi.

5.2 Parametri della qualità per le cliniche con aggiustamento secondo il rischio

Per consentire confronti il più possibile equi della qualità dei risultati del peso dei sintomi, i parametri della qualità specifici per ogni clinica e l'influsso delle variabili di disturbo sulle quali la clinica non può agire vengono stimati sulla base dei dati. Tra le variabili di disturbo rientra in primis la composizione del collettivo di pazienti in cura, il cosiddetto *case-mix*.

Il parametro della qualità di una singola clinica descrive la differenza attesa del peso dei sintomi tra l'ammissione e la dimissione se tutti i casi dell'intero gruppo fossero stati trattati nella clinica in questione. Considerando le variabili di disturbo, si procede a un aggiustamento secondo il rischio, affinché si possano confrontare anche cliniche con *case-mix* diversi.

La stima dei parametri della qualità con aggiustamento secondo il rischio è effettuata mediante una procedura analitica della regressione. Si tratta di un modello di regressione lineare multiplo con la qualità dei risultati del peso dei sintomi come variabile mirata (*response*), la clinica curante come fattore e diverse variabili di disturbo come covariabili. Per queste ultime, di regola vengono considerate anche le interazioni.

Il modello di regressione tiene conto di eventuali oscillazioni di caso in caso e di altre inesattezze nel rilevamento della qualità dei risultati del peso dei sintomi. I parametri della qualità stimati sono dunque approssimazioni degli effettivi parametri della qualità.

L'intento è quello di scoprire la portata per ciascuna clinica della differenza tra il parametro della qualità e il valore medio (ponderato secondo il numero di casi) dei parametri della qualità di tutte le altre cliniche. Per questi valori comparativi si possono calcolare valori stimati e intervalli di confidenza (intervalli all'interno dei quali, con una certa sicurezza (95%), si trova il valore comparativo effettivo). In questo modo, si considera l'inevitabile inesattezza dei valori comparativi stimati. Se l'intervallo di confidenza non comprende il valore zero, è possibile affermare con la sicurezza menzionata che la clinica in questione ha ottenuto risultati sopra la media (se il limite inferiore dell'intervallo è superiore a zero) o sotto la media (se il limite superiore è inferiore a zero).

Va ricordato che si tratta di un confronto della valutazione dei risultati delle cliniche sulla base del rispettivo campione, non di un confronto con un outcome oggettivo e neutrale «Peso dei sintomi», non disponibile né nella BSCL né nell'HoNOS.

Le variabili seguenti vengono valutate come variabili (variabili di disturbo) dei dati del singolo caso in riferimento alla loro influenza sul risultato della misurazione e considerate nell'aggiustamento secondo il rischio.

1. Età al momento dell'ammissione
2. Sesso
3. Diagnosi principale (diagnosi al momento della dimissione)
4. Gravità della malattia al momento dell'ammissione
5. Ricovero a scopo di assistenza
6. Nazionalità
7. Formazione
8. Stato civile
9. Occupazione prima dell'ammissione
10. Luogo prima dell'ammissione
11. Tipo di assicurazione (comune, semiprivato, privato)
12. Istanza assegnante
13. Durata della degenza
14. Numero di diagnosi secondarie
15. Settore di cura

5.3 Rappresentazione dei risultati delle misurazioni e tipi di grafico utilizzati

5.3.1 Confronto grafico tra le cliniche

La rappresentazione dei risultati dei confronti tra cliniche avviene avvalendosi di grafici. Sull'asse orizzontale, sono elencate le cliniche, su quello verticale (peso dei sintomi) i valori comparativi stimati e gli intervalli di confidenza simultanei. Viene inoltre tracciata una linea orizzontale, quella dello zero, e gli intervalli di confidenza che non contengono il valore zero sono messi in evidenza. Per le misure restrittive della libertà, la quota di casi con almeno una misura viene rappresentata per ogni clinica nel confronto con la quota dell'intero gruppo.

L'esempio seguente riguarda il valore comparativo HoNOS. Esso vale anche per il valore comparativo BSCL e per la quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà (con interpretazione ribaltata, senza aggiustamento).

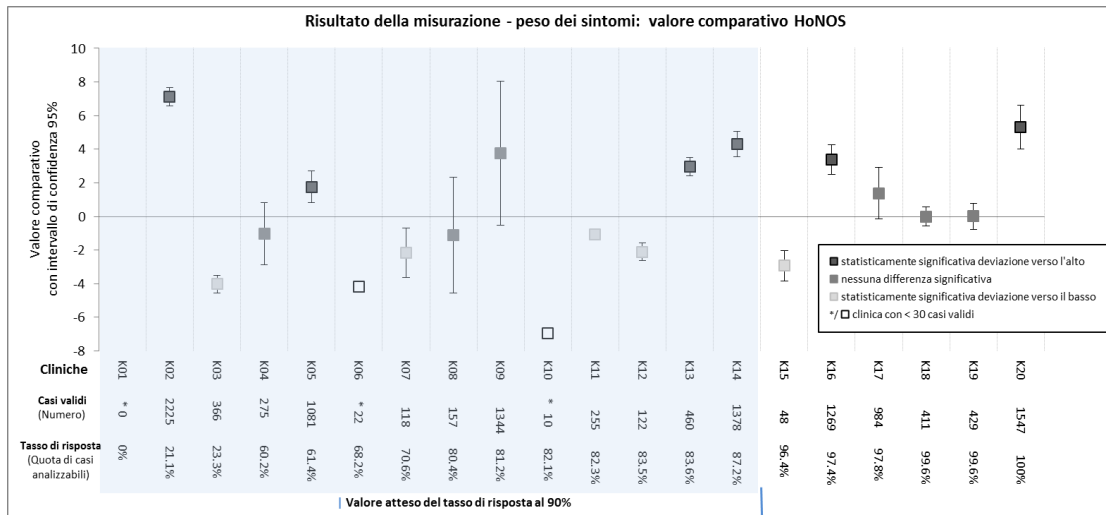


Figura 1: esempio di rappresentazione del peso dei sintomi con il valore comparativo HoNOS (BSCL analogo, EFM senza tasso di risposta), adeguato secondo i risultati della consultazione

Ogni clinica è rappresentata dal suo valore comparativo (per HoNOS e BSCL) o dalla sua quota (per i casi con misure restrittive della libertà), compreso l'intervallo di confidenza del 95%. Una rapida consultazione permette di scoprire se una determinata clinica si trova nella media (l'intervallo di confidenza interseca la linea dello zero), al di sotto o al di sopra della media (l'intervallo di confidenza si trova completamente sopra o sotto la linea dello zero).

Per entrambe le dimensioni del peso dei sintomi, i valori positivi del valore comparativo rivelano una differenza maggiore del peso dei sintomi rispetto alle altre cliniche, quelli negativi un risultato al di sotto delle attese. Un punto dato grigio scuro indica inoltre un risultato della misurazione significativamente superiore alla media, un punto dato grigio chiaro un risultato della misurazione significativamente inferiore alla media. Un punto dato grigio indica che il risultato della misurazione della clinica non diverge in modo statisticamente rilevante dalla media. Le cliniche con meno di trenta casi analizzabili sono contrassegnate con un * e rappresentate con un punto dato bianco senza significatività e intervalli di confidenza, poiché nei campioni di piccole dimensioni la rappresentatività dei dati non è garantita. I valori delle cliniche appaiono in ordine crescente secondo il tasso di risposta. Il valore atteso viene indicato come linea verticale nel diagramma. Il settore per i valori il cui tasso di risposta è insufficiente è blu.

Per le misure restrittive della libertà, un punto dato grigio scuro indica una quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà significativamente inferiore alla media complessiva, mentre un punto dato grigio chiaro indica una quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà significativamente superiore alla media complessiva. Un punto grigio indica che la quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà non diverge in modo statisticamente rilevante dalla media. I valori appaiono in ordine crescente secondo il numero della clinica.

Questo grafico viene utilizzato nel rapporto comparativo nazionale. Nei rapporti specifici per le cliniche ne viene utilizzato uno simile per i risultati della misurazione, che tuttavia mostra solo gli intervalli di confidenza, con la clinica in questione in evidenza.

5.3.2 Panoramica tabellare generale

Le figure seguenti offrono una rapida panoramica degli indicatori di base aggregati nel rapporto comparativo nazionale. La prima è la tabella panoramica (con aggiustamento, in base agli intervalli di confidenza) per le analisi seguenti.

- Valutazione da parte di terzi: valore comparativo HoNOS
- Autovalutazione: valore comparativo BSCL

Clinica	HoNOS	BSCL
	Valore comparativo	Valore comparativo
K01		
K02		
K03	#	
K04		
K05		
K06		
K07		
K08		
K09		*
K10		
K11		#
K12		

Leggenda
Divergenza significativa verso l'alto
Nessuna divergenza significativa
* < 30 casi validi => significatività non calcolata
Divergenza significativa verso il basso
Tasso di risposta inferiore al 90% (HoNOS) rispettivamente 60% (BSCL)
Nessun dato fornito

Figura 2: esempio di rappresentazione della panoramica tabellare generale

Per le due dimensioni del peso dei sintomi, un campo grigio scuro indica un risultato della misurazione significativamente superiore alla media, un campo grigio chiaro un risultato della misurazione significativamente inferiore alla media. Un campo grigio indica che il risultato della misurazione della clinica non diverge in modo statisticamente rilevante dalla media. Le cliniche con meno di trenta casi analizzabili sono contrassegnate da un * e rappresentate con un campo bianco (senza significatività). Le cliniche con tasso di risposta inferiore al valore atteso sono contrassegnate da un # e da una cornice blu.

Oltre alla rappresentazione grafica, nell'annesso si trova una tabella che riepiloga per ogni clinica le informazioni seguenti:

- parametri della qualità (incl. errori standard);
- valore comparativo (incl. errori standard);
- intervallo di confidenza semplice (95%) per il valore comparativo;
- intervallo di confidenza simultaneo (95%) per il valore comparativo.

Gli intervalli di confidenza semplici sono interessanti per ogni singola clinica. Per formulare conclusioni per tutte le cliniche servono invece gli intervalli di confidenza simultanei, i quali considerano il calcolo di numerosi valori comparativi.

Si tratta di informazioni statistiche supplementari al fine di poter interpretare con la necessaria differenziazione i risultati delle analisi.

La seconda tabella panoramica riporta i risultati dettagliati del rilevamento delle misure restrittive della libertà:

- quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà (FM);
- isolamento (intensità (frequenza*durata)/caso);
- immobilizzazione (intensità (frequenza*durata)/caso);
- medicazione forzata (orale e iniezione, frequenza/caso);
- contenzione (frequenza*durata)/caso);
- misura restrittiva della libertà di movimento (in sedia e a letto, frequenza/caso).

Clinica	MRL	Isolamento	Immobilitazione	Contenzione	Medicazione forzata	Restrizione movimento
	Quota di casi affetti	intensità/caso	intensità/caso	intensità/caso	frequenza/caso	frequenza/caso
K01						
K02						
K03				*		
K04						
K05						
K06						
K07						
K08					*	*
K09			*		*	*
K10			*	*	*	*
K11		*				
K12						

Leggenda
MRL divergenza significativa verso il basso
Nessuna divergenza significativa
* < 30 casi validi o significatività insicura
MRL divergenza significativa verso l'alto
Nessun caso secondo quanto comunicato dalla clinica
Nessun dato fornito

Figura 3: esempio di rappresentazione della panoramica dettagliata delle misure restrittive della libertà

Per le misure restrittive della libertà, un campo grigio scuro indica una quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà significativamente inferiore alla media complessiva delle cliniche che hanno registrato almeno una misura restrittiva della libertà, mentre un campo grigio chiaro indica una quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà significativamente superiore alla media. Un campo grigio indica che la quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà non diverge in modo statisticamente rilevante dalla media complessiva.

Per quanto riguarda le misure restrittive della libertà, nell'annesso al rapporto comparativo nazionale vengono riportati la media aritmetica, la deviazione standard, l'intervallo di confidenza del 95% per:

- isolamento (intensità (frequenza*durata)/caso);
- immobilizzazione (intensità (frequenza*durata)/caso);
- medicazione forzata (orale e iniezione, frequenza/caso);
- contenzione (frequenza*durata)/caso);
- misura restrittiva della libertà di movimento (in sedia e a letto, frequenza/caso).

5.3.3 Confronto annuo risultati della misurazione

Oltre all'analisi dei confronti trasversali tra cliniche, i dati vengono pure analizzati con un confronto longitudinale al fine di valutare, nell'ottica di un continuo miglioramento della qualità, se le misure adottate sulla scorta del confronto trasversale hanno dato i frutti sperati l'anno successivo. Il confronto avviene sempre tra due anni consecutivi. All'occorrenza, l'ANQ può inoltre effettuare analisi su un determinato intervallo di tempo (p.es. confronto sull'arco di un quinquennio).

L'esempio proposto fa riferimento all'HoNOS, ma vale per analogia anche per le analisi (con aggiustamento e intervallo di confidenza).

- Valutazione da parte di terzi: valore comparativo HoNOS
- Autovalutazione: valore comparativo BSCL

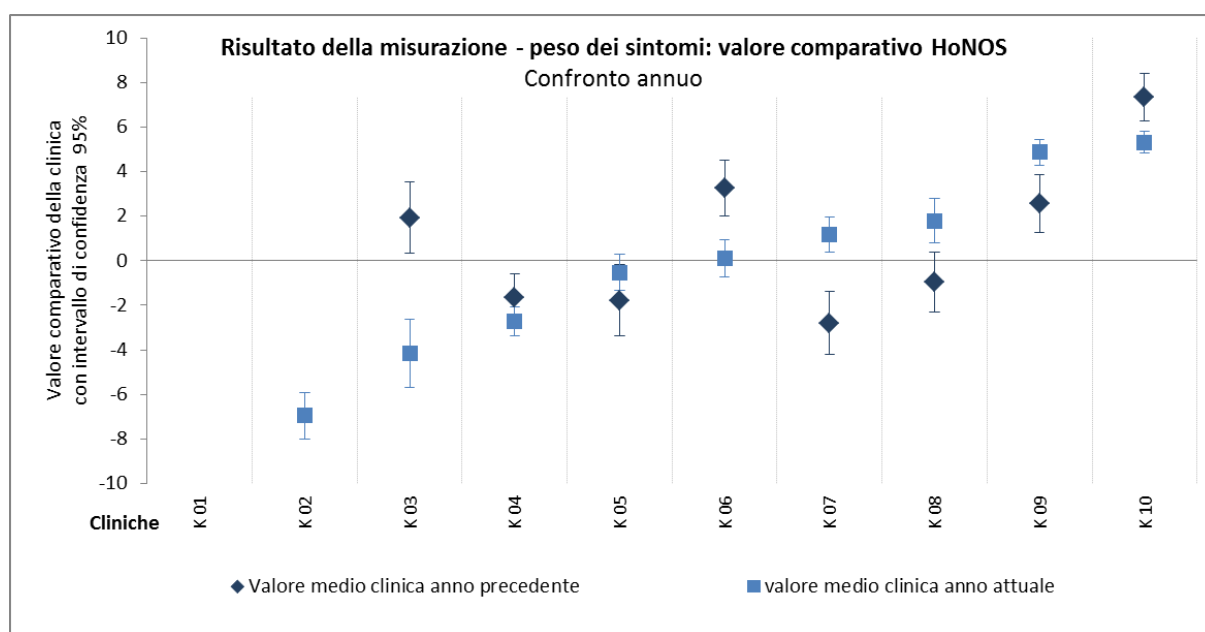


Figura 4: esempio di rappresentazione del confronto annuale dei risultati della misurazione

I confronti annuali del peso dei sintomi in seno ai tipi di clinica e della quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà (senza aggiustamento secondo il rischio) vengono effettuati a partire dai dati 2016 con l'ausilio di una rappresentazione analogica.

5.4 Rappresentazione confronto annuo della qualità dei risultati

Anche la rappresentazione della qualità dei risultati avviene con un confronto tra due anni consecutivi. La panoramica grafica complessiva presenta la qualità dei dati dell'anno precedente sotto forma di colonna e il valore dell'anno in corso con un rombo colorato: il blu indica un miglioramento, l'azzurro un peggioramento, il nero nessun cambiamento. Il valore atteso definito dall'ANQ in termini di risposta è rappresentato sotto forma di linea orizzontale. L'esempio seguente fa riferimento all'HoNOS, ma vale per analogia anche per le analisi della qualità dei dati BSCL e per le misure restrittive della libertà (senza valore atteso).

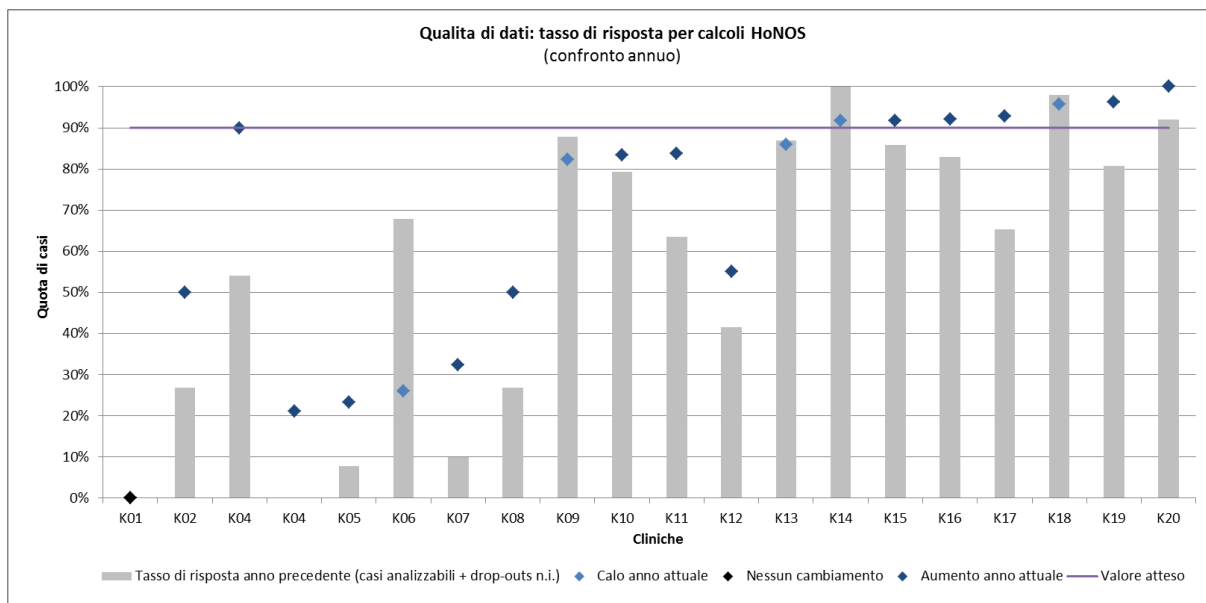


Figura 5: esempio di rappresentazione del confronto annuale della qualità dei dati

5.5 Analisi psichiatria forense

La cura di pazienti in istituti di psichiatria forense incomincia e finisce in genere con una disposizione giuridica. I risultati di queste misurazioni in reparti ospedalieri specializzati vengono pertanto analizzati separatamente. Dal punto di vista della procedura, tuttavia, seguono le disposizioni della psichiatria per adulti ai sensi del presente concetto di analisi. L'analisi separata è possibile se le cliniche inviano in un set a parte i dati concernenti i pazienti della psichiatria forense.

Le misurazioni nella psichiatria forense coinvolgono tutti i pazienti penalmente collocati in cura psichiatrica (art. 59 segg. Codice penale) e curati in un'unità esplicitamente adibita a reparto forense. Vale quindi il criterio strutturale e non soltanto il criterio individuale del ricovero penale. Un'assegnazione temporanea a un altro reparto della clinica di un paziente che soddisfa tale definizione non lo destituisce dello «stato forense» definito per le misurazioni dell'ANQ. I dati di bambini e adolescenti che corrispondono a questa definizione vengono rilevati e analizzati insieme a quelli dei pazienti adulti della psichiatria forense.

6. Bibliografia e materiale

Andreas, S., Harfst, T., Rabung, S., Mestel, R., Schauenburg, H., Hausberg, M., . . . Schulz, H. (2010). The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(1), 50-62. doi:10.1002/mpr.305

Bonsack, C., Borgeat, F., & Lesage, A. (2002). Mesurer la sévérité des problèmes des patients et leur évolution dans un secteur psychiatrique : une étude sur le terrain du Health of Nation Outcome Scales en français (HoNOS-F). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 160(7), 483-488. doi:10.1016/s0003-4487(02)00208-1

Brooks, R. (2000). The reliability and validity of the Health of the Nation Outcome Scales: Validation in relation to patient derived measures. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34, 504-511.

Burns, A., Beevor, A., Lelliott, P., Wing, J., Blakey, A., Orrell, M. Hadden, S. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS 65+). *The British Journal of Psychiatry*, 174(5), 424-427. doi:10.1192/bjp.174.5.424

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(03), 595-605. doi: 10.1017/S0033291700048017

Dümbgen, L. (2016). (Ab)Using Regression for Data Adjustment. [Technical report 78](#). IMSV, University of Bern.

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

Farin, E., Glattacker, M., Follert, P., Kuhl, H.-C., Klein, K., & Jäckel, W. H. (2004). Einrichtungsvergleiche in der medizinischen Rehabilitation. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 98(8), 655-662.

Franke, G. (2000). BSI, Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis – Deutsches Manual. *Beltz Test Gesellschaft, Göttingen*.

Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B., & von Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48(1), 28-36. doi:10.1026//0012-1924.48.1.28

Kuhl, H.-C., Krneta, D., Warnke, I., Herdt, J., Cassidy, C., von Allmen, U., & Rössler, W. (2008). Freiwilliges Benchmarking der Psychiatrischen Universitätskliniken Basel, Bern und Zürich. Methodisches Vorgehen und Erfahrungsbericht. *Psychiatrie* 1, 37-40.

Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *The British Journal of Psychiatry*, 172(1), 11-18. doi:10.1192/bjp.172.1.11