



Narada specjalistów wojewódzkich i dyrektorów szpitali

(Warszawa, 4–5.12.1998 r.)

Conference of regional specialists in psychiatry and of directors of mental hospitals

(Warsaw, 4–5 December 1998)

**Poziom postępowania diagnostycznego i terapeutycznego
w wybranych szpitalach i oddziałach psychiatrycznych
w Polsce w roku 1998
– na podstawie oceny zapisu w dokumentacji lekarskiej¹**

*Quality of diagnostic procedures and therapeutic management
in some mental hospitals and psychiatric wards in Poland in 1998
– an analysis of medical documentation records*

JACEK WCIÓRKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Podjęwane są liczne próby zapewnienia właściwego poziomu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Proponowane są modele i systemy oceny służące poprawianiu stwierdzanych wad i niesprawności tej opieki. Celem tej pracy jest próba oceny poziomu decyzji diagnostycznych i terapeutycznych w wybranych szpitalach i oddziałach psychiatrycznych w Polsce na podstawie ich zapisu w historiach chorób. Analizie za pomocą specjalnego „Kwestionariusza oceny zapisu postępowania diagnostycznego i terapeutycznego” poddano 349 historii choroby z dziesięciu placówek. Oceniającymi byli doświadczeni klinicyści z IPiN. Analizowane historie wybierano na tej samej zasadzie we wszystkich placówkach. Wyniki przedstawiono w postaci szeregu zestawień oceniających podstawowe składniki procesu diagnostyczno-terapeutycznego: badanie przy przyjęciu, badanie wstępne w oddziale, obserwacje w trakcie pobytu, farmakoterapię i terapie nefarmakologiczne, badania diagnostyczne i epikryzę, jak również ogólną ocenę rzetelności dokumentacji i trafności postępowania lekarskiego. Stwierdzono dość liczne niedo-*

statki i braki obniżające rzetelność dokumentacji i sugerujące potrzebę poprawy. Nieco wyżej – jako przeciętną – oceniono trafność decyzji diagnostycznych i leczniczych udokumentowanych w historiach chorób, zwracając przy tym uwagę na zbyt częsty brak zapisów uzasadniających podejmowane przez lekarzy decyzje. Sugeruje to potrzebę upowszechnienia współczesnych prób zmierzających do standaryzowania, operacjonalizowania i racjonalizowania tych decyzji. Niepokojąco niskie okazało się zainteresowanie psychospołecznymi formami pomocy chorym. Oceny w poszczególnych placówkach różniły się istotnie. Nie stwierdzono natomiast różnic zależnych od rodzaju zaburzeń i częstości hospitalizacji.

SUMMARY. *Many attempts have been made to ensure a proper quality of psychiatric care provision. Various models and systems of evaluation have been proposed serving to improve the faults and shortcomings found in psychiatric services. The purpose of this study was a preliminary assessment of diagnostic and therapeutic decisions quality in selected mental hospitals and psychiatric wards in Poland, on the grounds of entries in case records. 349 case records from 10 psychiatric*

¹ Wystąpienie na naradzie specjalistów wojewódzkich i dyrektorów szpitali (Warszawa, 4–5.12.1998 r.)

facilities were analyzed by experienced clinicians from the IPIŃ, using a special "Questionnaire for the evaluation of recorded diagnostic and therapeutic procedures". Case records for the analysis were selected by the same criteria in all the facilities under study. The analysis yielded a number of tables evaluating the main components of the diagnostic-therapeutic process, including: the examination on admission, initial examination at the ward, observations during hospitalization, pharmacotherapy and non-pharmacological treatment, diagnostic examinations and epicrisis, as well as a general evaluation of the documentation reliability, and appropriateness of medical procedures applied. Quite numerous shortcomings and omissions were found in medical documen-

tation, decreasing its quality and suggesting a need for improvement. Appropriateness of diagnostic and therapeutic decisions recorded in the case histories was assessed as somewhat better than the average. However, it was pointed out that entries to justify the decisions made by psychiatrists were too often lacking. This suggests a need for popularization of contemporary attempts at standardization, operationalization and rationalization of such decisions. The interest in psychosocial forms of assistance to the mentally ill turned out to be disquietingly low. Significant differences were found between facilities as regards the evaluation of quality of care they provided, while there were no differences related either to the disorder type or frequency of admissions.

Słowa kluczowe: opieka psychiatryczna /ocena jakości
Key words: psychiatric care / quality assessment

Poziom decyzji diagnostycznych oraz terapeutycznych ma z oczywistych powodów podstawowe znaczenie dla skuteczności całego postępowania lekarskiego, a w konsekwencji – dla jakości świadczeń zdrowotnych zarówno w ocenie samych pacjentów, jak i w ocenie instytucji publicznych organizujących, finansujących i nadzorujących opiekę zdrowotną. Zainteresowanie zapewnieniem właściwej jakości świadczeń zdrowotnych (*quality assurance*) w ostatnich latach wzrasta [Liptzin 1974, Mattson 1989, WHO 1991, Gaebel 1995], prowadząc do propozycji rozwiązań modelowych [por. Gaebel 1995, Elliott 1995, Kissling 1994], jak i do praktycznych zastosowań służących racjonalizacji działania lekarskiego [por. Mattson 1991, Gaebel 1996, Kunze 1996, Lorenzen 1996] – od uzgadniania rozmaitych zaleceń, algorytmów i standardów, do mechanizmów bieżącej analizy skuteczności stosowanych metod postępowania wykorzystywanej następnie do eliminacji nieracjonalnych zachowań profesjonalnych.

W Polsce, strukturalne, procesualne i subiektywne aspekty oceny jakości psychiatrycznej opieki zdrowotnej badał zespół pod kierunkiem Dąbrowskiego [Dąbrowski

i Czelej 1990, Ignaczak i wsp. 1990]. Skonstruowano narzędzia oceniające poziom uwarunkowań (struktury) i przebiegu (procesu) świadczeń zdrowotnych oraz ich subiektywnych efektów (zadowolenie chorych). Decyzjami diagnostyczno-terapeutycznymi zajmowały się kwestionariusze oceniające tzw. procesualny aspekt jakości opieki, tj. obecność zapisu czynności niezbędnych w wybranych, najczęściej występujących kategoriach zaburzeń. Wstępna ocena zastosowania tych kwestionariuszy wskazywała na niski poziom struktury i procesu w badanych placówkach, na wzajemne skorelowanie poziomu struktury i procesu, przy czym jakość opieki była względnie wyższa w placówkach ambulatoryjnych niż szpitalnych oraz lepsza w przypadku chorych z zaburzeniami endogennymi (zwłaszcza depresyjnymi) niż innymi.

Jest bardzo prawdopodobne, iż rozpoczynająca się reforma ochrony zdrowia w Polsce będzie coraz silniej wymuszać racjonalizację zachowań diagnostyczno-terapeutycznych. Próba oceny aktualnego ich poziomu mogłaby stanowić pomoc w formułowaniu propozycji na przyszłość. Dlatego Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychiatrii zainicjował przedstawione tu badanie.

CEL

Cel badania był eksploracyjny. Badania zmierzały do oceny poziomu decyzji diagnostycznych i terapeutycznych w wybranych szpitalach i oddziałach psychiatrycznych w Polsce. Podjęta próba została oparta na wskaźnikach pośrednich – na zapisach w dokumentacji lekarskiej (historiach chorób), zawierających stosunkowo łatwo dostępne odwzorowanie realnego poziomu diagnostyki i terapii chorych. Ponadto, jakość zapisu w dokumentacji będzie w nadchodzących miesiącach coraz bardziej istotną przesłanką oceny postępowania medycznego przez instytucje nadzorujące i ubezpieczeniowe. Świadomość możliwych rozbieżności między zapisanym a realnym poziomem diagnostyki i terapii pozwala traktować podjętą próbę jedynie jako przybliżenie się do badanego zjawiska. Pytania badawcze dotyczyły porównania poziomu realnego (zapisanego w dokumentacji) z poziomem uznawanym za standard, tzn. zapisanym w zastosowanym kwestionariuszu.

BADANE PLACÓWKI I OSOBY

Przedmiotem analizy było 349 historii chorób z następujących szpitali psychiatrycz-

nych (s) i oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych (o):

Międzyrzecz (s)	43
Gorzów (s)	40
Sieniawka (s)	30
Bolesławiec (s)	30
Łódź – Kochanówka (s)	40
Cibórz (s)	39
Stronie Śląskie (s)	38
Łuków (o)	30
Bełchatów (o)	30
Chełm (o)	20

Zestawienie to określa liczbę historii chorób analizowanych w poszczególnych placówkach. Wybrane placówki były tymi, które w poprzednich latach nie były wizytowane przez NIK, ani przez zespoły nadzoru krajowego. Dobór nie był więc losowy, lecz nie był też kierowany przesłanką wyraźnie celową.

We wszystkich placówkach badane dokumenty wybierano na tej samej zasadzie – jako kolejne historie choroby począwszy od określonej, wszędzie tej samej daty. Pomijano historie z oddziałów nie podlegających badaniu (dziecięcych, somatycznych, neurologicznych). Podstawowe cechy społeczno-demograficzne i kliniczne chorych, których dotyczyła analizowana dokumentacja przedstawia tab. 1. Wydaje się, iż nie

Tablica 1. Charakterystyka osób, których zaburzenia dokumentowano w analizowanych historiach choroby (N = 349)

Płeć:	kobiety	51,3%
	Mężczyźni	48,7%
Wiek:	średnia	44,98 lat
	Rozpiętość	18–92 lat
Liczba hospitalizacji:	średnia	5,63
	modalna	1
	rozpiętość	1–88
Rozpoznanie (wg ICD-10):		
	F0 – organiczne	23,5%
	F1 – substancje psychoaktywne	9,0%
	F2 – psychiatryczne	45,1%
	F3 – afektywne	9,6%
	F4 – nerwicowe, związane z stresem, somatoforniczne	7,0%
	F6 – zaburzenia osobowości	2,9%
	F7 – upośledzenie umysłowe	2,9%

odbiegają one od przeciętnej charakterystyki osób hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych w Polsce.

METODA

Zespoły oceniające. W skład zespołów oceniających wchodziło doświadczeni klinicyści z Instytutu Psychiatrii i Neurologii², kompetentni w zakresie diagnostyki i terapii zaburzeń psychicznych. Ich doświadczenie i kompetencja były niezbędne przy posługiwaniu się zastosowanym narzędziem, które w niektórych punktach wymagało merytorycznej (a nie tylko formalnej) oceny zapisu w dokumentacji. Oceny te wraz propozycjami narzędzia współtworzyły więc pewien standard dokonywanych ocen. Podjęcie badania poprzedziło krótkie szkolenie mające na celu zapewnienie pewnej unifikacji i porównywalności przesłanek oceny.

Narzędzie. Podstawą oceny był specjalnie przygotowany *Kwestionariusz oceny zapisu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego* (p. aneks). Nie zamykał on drogi do ocen jakościowych wykraczających poza jego zawartość. W tym opracowaniu zawarto jednak tylko wnioski wynikające z informacji wprowadzonych do *Kwestionariusza*.

Przebieg badania. Wizytacje, w czasie których oceniano m. in. poziom diagnostyki i terapii odbyły się w maju i czerwcu 1998 roku. Wyniki ocen jakościowych zawarto w sprawozdaniach z wizytacji. Wyniki zastosowania „Kwestionariusza”, po przekształceniu elektronicznym, analizowano za pomocą pakietu SPSS (wersja 8.0).

WYNIKI

Zapisy w dokumentacji sporządzane przez lekarzy Izby Przyjęć (tab. 2) zawierały poprawny wywiad jedynie u ok. połowy chorych, co niepokoi, bo jest to często najwcześniejszy lub nawet jedyny tzw. wywiad „obiektywny”, wspomagający pierwsze decyzje lekarskie po przyjęciu do oddziałów. Zastępczą funkcję spełnia tu zwykle załączane do dokumentacji skierowanie. Zapis stanu psychicznego i rozpoznania przy przyjęciu były poprawne w większości historii chorób. Może jednak, mimo to, dziwić, że w kilkunastu procentach przypadków (co 6–8 z pacjentów) dokumentacja zawierała wadliwy zapis tych najważniejszych klinicznie i formalnie przesłanek przyjęcia do szpitala. U ok. 18% chorych przyjętych bez zgody, poprawny zapis uzasadnienia tego faktu znaleziono w ok. 2/3 historii chorób. U prawie 20% chorych nie było go w ogóle, u ok. 11% – cechowały go różne wadliwości.

Zapis badania chorego po przyjęciu, w oddziale (tab. 3) wykazywał w wielu przypadkach istotne braki. W ponad 70% historii chorób nie było wywiadu „obiektywnego”, a w ponad połowie – poprawnej autanamnezy. Samo badanie aktualnego stanu było częściej poprawne w odniesieniu do stanu somatycznego, niż w odniesieniu do stanu psychicznego. Zapis badania stanu psychicznego wykazywał wady u blisko 1/3 chorych. Znacznie rzadziej jednak (bo tylko w ok. połowie przypadków) zapis badania kończył się właściwym opisem stanu psychicznego, tzn. zestawieniem występujących nieprawidłowości i wynikających z nich wniosków. Wstępne rozpoznanie zanotowano jedynie w ok. 2/3 historii chorób, w niemal co 5 nie było go wcale. Najgorzej jednak było z uzasadnieniem rozpoznania, różnicowaniem i planem leczenia, których w większości przejranych historii chorób nie znajdowano. Można więc powiedzieć, że zapisy w dokumentacji ograniczają się na ogół do zapisu wypowiedzi i opisu zachowań chorego. Natomiast zapisu informacji naświetlających przebieg choroby (wywiad) oraz rozumowanie diagnostyczno-terapeutyczne lekarza

² Małgorzata Bacia-Otto, Jarosław Białek, Marzenna Choma, Witold Duński, Maria Golczyńska, Beata Janke-Klimaszewska, Prof. Marek Jarema, Antoni Kalinowski, Ewa Matuszewska, Krystyna Nurowska, Tadeusz Parnowski, Prof. Andrzej Piotrowski, Ewa Schaeffer, Joanna Skowrońska, Elżbieta Słupczyńska, Izabella Stanikowska, Włodzimierz Szyszkowski, Łukasz Świącicki, Sławomir Walczak, Jacek Wciórka, Stefan Welbel, Maria Załuska

Tablica 2. Oceny zapisów w dokumentacji dokonywanych w Izbie Przyjęć – w procentach

Zapis przy przyjęciu do szpitala	Ocena jakości			Brak danych [N = 349]
	brak	wadliwe	poprawne	
Wywiad [n = 346]	39,0	9,8	51,2	0,9
Stan psychiczny [n = 347]	0,6	17,3	82,1	0,6
Rozpoznanie [n = 348]	2,6	10,6	86,8	0,3
Uzasadnienie przyjęcia bez zgody [n = 61]	19,7	11,5*	68,9	82,5

* Brak przesłanki klinicznej (choroba psychiczna) – 4,9%, przesłanki społecznej (zagrożenie) – 6,6%

Tablica 3. Oceny zapisów w dokumentacji dotyczących badania po przyjęciu do oddziału – w procentach

Zapis badania pacjenta w oddziale	Ocena jakości			Brak danych [N = 349]
	brak	wadliwe	poprawne	
Autoanamneza [n = 347]	41,5	13,8	44,7	0,6
Wywiad od innych osób [n = 348]	71,8	6,9	21,3	0,3
Badanie stanu psychicznego [n = 347]	3,7	30,8	65,4	0,6
Opis stanu psychicznego (podsumowanie, wnioski) [n = 347]	18,2	30,0	51,9	0,6
Badanie stanu somatycznego (ogólne) [n = 348]	1,7	13,2	85,1	0,3
Badanie neurologiczne [n = 348]	5,7	19,0	75,3	0,3
Rozpoznanie wstępne [n = 348]	19,5	12,1	68,4	0,3
Uzasadnienie wstępnego rozpoznania [n = 347]	66,6	10,4	23,1	0,6
Różnicowanie [n = 347]	89,3	2,9	7,8	0,6
Plan leczenia [n = 346]	65,9	11,0	23,1	0,9

Tablica 4. Częstość zapisów obserwacji w trakcie pobytu w oddziale – w procentach

Zapis obserwacji	Częstość					Brak danych [N = 349]
	rzadziej	15–30 dni	7–14 dni	5–7 dni	częściej	
Pierwsze 2 miesiące [n = 337]	3,9	7,7	22,8	32,0	33,5	3,4
Później [n = 46]	11	30	28	11	4	86,8

Tablica 5. Informatywność zapisów obserwacji w trakcie pobytu w oddziale – w procentach

Informatywność zapisu obserwacji [n = 306]	nie wystarczająca	wystarczająca	Brak danych [N = 349]
		19,6	79,7

(a więc i jakość jego decyzji) w większości przypadków nie ma.

Kolejne trzy tablice oceniają zapisy dotyczące obserwacji. Częstość obserwacji (tabl. 4) była wyraźnie większa w pierwszych dwóch miesiącach pobytu niż później. Początkowo, u ponad połowy chorych obserwacje pojawia-

ły się częściej niż raz w tygodniu. Zawartość informacji w obserwacjach (tabl. 5) oceniano najczęściej jako wystarczającą, jednak poszukiwanie informacji najcenniejszych dla oceny postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (uzasadnienia zmian w postępowaniu, okresowe podsumowania) w większości przypadków

Tablica 6. Zapis obserwacji wskazujący na aktywną postawę terapeutyczno-diagnostyczną lekarza – w procentach

Rozumowanie diagnostyczno- -terapeutyczne w zapisie obserwacji	Ocena jakości			Brak danych [N= 349]
	brak	wadliwe	poprawne	
Okresowe podsumowania [n= 284]	58,1	10,9	31,0	18,6
Uzasadnienia zmian [n= 208]	71,6	7,7	20,7	40,4

Tablica 7. Ocena zapisów dotyczących leków (wszystkich) stosowanych w wybranych dniach pobytu (3, 14, 28, dzień wypisu) – w procentach

Farmakoterapia: leki stosowane – w dniu pobytu	Ocena jakości						Brak danych [N= 349]
	brak leczenia	bez za- strzeżeń	brak in- formacji	wybór nie- odpowiedni	wybór błędny	inne błędy	
3 [n= 254]	1,8	77,7	4,3	9,5	2,8	4,0	6,3
14 [n= 191]	2,5	78,3	3,3	9,8	2,9	3,3	30,1
28 [n= 171]	7,0	67,8	4,7	11,7	2,3	6,4	51,0
wypis [n= 248]	4,4	75,0	4,8	9,7	2,4	3,6	28,9

Tablica 8. Ocena leku podstawowego wybranego w pierwszej i drugiej kolejności – w procentach

Farmakoterapia – podstawowy lek psychotropowy	Ocena jakości					Brak danych [N= 349]
	brak	leczenia bez zastrzeżeń	wybór nie- odpowiedni	wybór błędny	inne błędy	
I wybór [n= 318]	0,9	78,3	10,1	3,8	6,9	8,9
II wybór [n= 164]	36,6	48,2	5,5	4,9	4,9	53,0

nie dało rezultatów pozytywnych – odpowiednie notatki pojawiały się zdecydowanie zbyt rzadko (tab. 6). Tak więc, podobnie jak w przypadku wstępnego badania, tak i w przypadku późniejszych obserwacji najczęściej nie było zapisów dokumentujących jakość lekarskiego rozumowania diagnostyczno-terapeutycznego.

Zapis informacji dotyczących farmakoterapii (tab. 7) w większości przypadków nie budził zastrzeżeń. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że odsetek historii chorób zawierających informacje wskazujące na różne błędy w prowadzeniu farmakoterapii (nieadekwatny, błędny wybór leku lub inne błędy) sięgał w różnych okresach pobytu 16–19% ogółu, co nie jest liczbą małą. Jakościowa

analiza odnotowanych przez zespoły wizytujące niewłaściwości farmakoterapii wskazuje zwłaszcza na stosowanie zbyt dużej liczby (polipragmazję) lub niewłaściwy wybór leków (np. nadmiar benzodiazepin), niezrozumiały w świetle ich typowego działania i opisanego stanu psychicznego.

Podobne proporcje ukazuje porównanie leku podstawowego (tabl. 8), który wybierano w pierwszej kolejności. Różnorodne zastrzeżenia nasuwał on w ok. 20% przypadków, nie budził wątpliwości w przypadku pozostałych 80%. Także w przypadku leku podstawowego wybieranego w drugiej kolejności proporcje są podobne (4:1), po odliczeniu chorych (ok. 40%), u których nie zaszła konieczność zastosowania drugiego leku.

Tablica 9. Ocena zapisów dokumentujących dostrzeganie subiektywnych aspektów farmakoterapii – w procentach

Zapis subiektywny aspektów farmakoterapii	Ocena jakości			Brak danych [N=349]
	brak	wadliwe	poprawne	
Objawy niepożądane [n=293]	82,3	5,5	12,3	16,0
Postawa wobec leczenia [n=208]	81,3	3,7	15,1	14,3

Tablica 10. Ocena zapisów dotyczących różnych pozafarmakologicznych form leczenia – w procentach

Zapis dotyczący leczenia pozafarmakologicznego	Obecność				Brak danych [N=349]
	nie odnotowano	nie stosowano	wzmianki niesystematyczne	wzmianki systematyczne	
Indywidualny kontakt psychoterapeutyczny [n=341]	67,4	20,8	9,1	2,6	2,3
Psychoterapia wg planu zorganizowanego [n=335]	73,1	23,3	2,1	1,5	4,0
Praca terapeutyczna z rodziną [n=341]	76,8	22,3	0,9	–	2,3
Praca socjalna [n=340]	72,4	21,8	3,8	2,1	2,6

W tablicach 7 i 8 zwraca uwagę duża częstość „braku danych”, w dalszych wierszach zestawień, co mogło wynikać częściowo z krótszego (niż 14 lub 28 dni) pobytu chorego w szpitalu, lub też braku albo niejasności zapisów w dokumentacji nie pozwalających na właściwą ocenę stosowanych leków.

Kolejna tablica (tab. 9) ocenia pojawianie się w dokumentacji zapisów świadczących o dostrzeganiu przez lekarzy niektórych aspektów subiektywnej reakcji chorego na stosowane u niego leki – odnotowywania objawów niepożądanych i problemów współdziałania w leczeniu ze strony chorego. U znacznej większości chorych takich notatek nie znaleziono. Satysfakcjonujące zapisy znaleziono jedynie w kilkunastu procentach analizowanych historii chorób.

Niezwykle rzadko w dokumentacji pojawiały się wzmianki o stosowaniu (lub nie stosowaniu) innych niż farmakoterapia metod leczenia (tab. 10). Można odnieść wrażenie, że sprawa ta nie znajduje uznania w oczach osób sporządzających dokumentację. Nieco częściej (bo w niespełna 12%

przypadków) pojawiały się systematyczne lub niesystematyczne wzmianki na temat indywidualnego kontaktu z chorym o cechach psychoterapeutycznych. Wzmianki na temat pracy socjalnej lub bardziej planowej psychoterapii pojawiały się znacznie rzadziej (w ok. 3–5% przypadków), a do zupełnych wyjątków (niespełna 1%) należały wzmianki na temat pracy z rodzinami.

W żadnym z analizowanych przypadków nie stosowano terapii elektrowstrząsowej.

Podstawowe badania laboratoryjne wykonywano najczęściej (ok. 65%) jednorazowo, w pozostałych przypadkach dwukrotnie lub częściej – w podobnych proporcjach (16–15%). W 4% przypadków badań takich nie wykonano (tabl. 11).

Zakres badań podstawowych określony w *Kwestionariuszu* jako pełny – tzn. obejmujący morfologię krwi obwodowej, OB, próby wątrobowe, ogólne badanie moczu, ekg i rtg klatki piersiowej (tab. 12) – stwierdzono w niespełna 40% analizowanych historii choroby. U ponad połowy zakres wykonywanych badań rutynowych był bardziej ograniczony.

Tablica 11. Ocena częstości wykonywania badań podstawowych – w procentach

Częstość badań podstawowych [n = 333]	brak	przy przyjęciu	przy przyjęciu i później jednorazowo	częściej	Brak danych [N = 349]
	3,9	64,6	16,5	15,0	

Tablica 12. Ocena zakresu wykonywanych badań podstawowych – w procentach

Zakres badań podstawowych [n = 315]	brak	niepełny	pełny ^a	Brak danych [N = 349]
	3,8	56,8	39,4	

^a morfologia – OB – próby wtrobowe – badanie moczu – ekg – rtg klatki piersiowej

Tablica 13. Ocena uzasadnienia zlecenia dodatkowych badań diagnostycznych – w procentach

Uzasadnienie innych badań	Ocena jakości				Brak danych [N = 349]
	nie wyko- nywano	bez zapisu uzasadnienia	nieuzasad- nione	uzasad- nione	
EEG [n = 343]	88,3	1,5	0,9	9,3	1,7
Obrazowe CT, MR [n = 343]	97,4	0,6	0,9	1,2	1,7
Specjalne biochemiczne [n = 343]	83,6	0,9	2,1	13,5	2,2
Inne [n = 341]	69,7	10,3	0,6	18,8	2,6

Tablica 14. Ocena zapisu rozumowania diagnostycznego w odniesieniu do badań laboratoryjnych – w procentach

Zapis dotyczący innych badań diagnostycznych	Ocena jakości			Brak danych [N = 349]
	niedostateczna	dostateczna (niepełna)	poprawna	
Adekwatność wskazań [n = 342]	21,1	31,0	47,4	2,0
Adekwatność reakcji [n = 249]	38,2	8,4	53,4	28,7

Badania wykraczające poza wspomniany, podstawowy zakres podejmowano rzadko (tab. 13). Spośród badań wyliczonych w *Kwestionariuszu* częściej wykonywano specjalne badania biochemiczne i eeg, a zdecydowanie rzadko – badania obrazowe mózgu. Względnie wysoka częstość badań połączonych w zbiorczej kategorii „inne” sugeruje, że te wykraczające poza standard badania miały charakter raczej zindywidualizowany.

Podobnie jak w przypadku badania wstęp-
nego i obserwacji, także zapisy dotyczące ba-

dań podstawowych zawierały niewiele infor-
macji dokumentujących bardziej aktywny
stosunek lekarzy do procesu diagnostyczno-
-lecniczego (tab. 14). Zapisy zawierające
uwagi pozwalające na ocenę adekwatności
wskazań do wykonania badań diagnostycz-
nych, jak również ich wpływu na decyzje
diagnostyczne i terapeutyczne, można było
jedynie w ok. połowie przypadków uznać za
poprawne. Niemal równie często były one
niepełne lub też nie było ich wcale. Tak więc
i w tym aspekcie dokumentacja nie zawierała

Tablica 15. Ocena poprawności zapisu ostatecznego rozpoznania w epikryzie – w procentach

Zapis epikryzy:	brak	nieadekwatne	poprawne	Brak danych [N = 349]
Ostateczne rozpoznanie [n = 301]	1,3	10,6	88,0	13,8

Tablica 16. Ocena poprawności zapisu zaleceń poszpitalnych w epikryzie – w procentach

Zapis epikryzy:	brak	niedostateczne	nieadekwatne	poprawne	Brak danych [N = 349]
zalecenia poszpitalne [n = 349]	4,1	5,8	19,2	70,9	16,3

Tablica 17. Ogólna ocena rzetelności dokumentacji i trafności procesu diagnostyczno-terapeutycznego odnotowanego w dokumentacji szpitalnej – w procentach

Oceny końcowe	Skala						Brak danych [N = 349]
	bez wartości [0]	wartość minimalna [1]	wartość przeciętna [2]	niewielkie zastrzeżenia [3]	bez zastrzeżeń [4]	wyróżniająca się [5]	
rzetelność ¹	0,9	11,0	36,5	29,7	21,4	0,6	3,4
trafność ²	1,2	12,0	24,9	26,2	35,1	0,6	6,9

¹ dokumentacji (historii choroby) – n = 337

² postępowania diagnostyczno-terapeutycznego – n = 325

istotnych elementów charakteryzujących rozumowanie lekarskie.

Ocena epikryzy wykazała w większości przypadków poprawność zapisów. Jednak zdarzały się historie choroby, w których ostateczne rozpoznanie (tab. 15) okazało się nieadekwatne w stosunku do innych zawartych w nich informacji, a w kilku – ostatecznego rozpoznania wcale nie było. Te niedostatki w większym stopniu dotyczyły zaleceń poszpitalnych (tab. 16), które w blisko czwartej części okazały się niedostateczne lub nieadekwatne do przebiegu hospitalizacji lub też – nie było ich wcale.

Ogólna ocena rzetelności dokumentacji oraz trafności zapisanego w niej procesu diagnostyczno-terapeutycznego wypadła dość przeciętnie – większość historii chorób uzyskiwała oceny „przeciętna lub „niewielkie zastrzeżenia” (tab. 17). Jednak trzeba podkreślić, że co ok. 8 z badanych historii chorób miała zdaniem oceniających wartość minimal-

ną lub żadną, a jedynie co ok. 4–5 nie budziła zastrzeżeń. Tylko 2 spośród 349 ocenianych historii chorób oceniono jako wyróżniające się. Nieco częściej zastrzeżenia budziła rzetelność zapisu (zapewne z powodu opisanych niedostatków) niż jego trafność (tabl. 17, 18). Sugeruje to, iż oceniający skłonni byli uważać, że niedostatki zapisu nie musiały odzwierciedlać rzeczywistych niedostatków decyzji diagnostyczno-terapeutycznych.

Ogólna ocena rzetelności dokumentacji i trafności procesu diagnostyczno-terapeutycznego istotnie różniła badane placówki między sobą (tab. 18). Trudno jednak rozstrzygnąć, w jakim stopniu różnice te odzwierciedlają różnice jakości, a w jakim odmiennosc standardów przykładanych w tym zakresie przez poszczególne zespoły oceniające.

Porównanie wybranych zapisów, ważniejszych z punktu widzenia jakości diagnostyki i terapii (poprawność opisu stanu psychicznego przy przyjęciu i w oddziale, poprawność

Tablica 18. Porównanie średniego poziomu rzetelności dokumentacji i trafności procesu diagnostyczno-terapeutycznego w badanych placówkach

Wszystkie szpitale: rzetelność dokumentacji, <i>średnio</i> = 2,61 trafność postępowania terapeutycznego, <i>średnio</i> = 2,84							
Rzetelność dokumentacji			Trafność postępowania				
szpital J	3,40	szpital I	2,34	szpital C	3,53	szpital B	2,84
szpital C	3,31	szpital G	2,30	szpital H	3,28	szpital A	2,49
szpital H	2,97	szpital A	2,26	szpital E	3,27	szpital G	2,36
szpital E	2,95	szpital D	2,21	szpital J	3,27	szpital D	2,33
szpital F	2,38	szpital B	2,16	szpital I	2,89	szpital F	2,10

F=9,037 p<0,001 eta=0,45 F=6,785 p<0,001 eta=0,40

farmakoterapii w 3 dniu pobytu, wzmianki o indywidualnych oddziaływaniach o charakterze psychoterapii, poprawność zaleceń w epikryzie, ogólna oceny rzetelności i trafności), nie wykazało ich zależności ani od grupy diagnostycznej, ani od liczby hospitalizacji (wg tab. 1).

OMÓWIENIE

Dokumentacja a rzeczywistość. Podstawowa wątpliwość metodologiczna związana z przedstawionymi wynikami tkwi w trudnym do rozstrzygnięcia pytaniu o zależność między jakością dokumentacji lekarskiej a rzeczywistą jakością pomocy udzielanej chorym. Trzeba jasno podkreślić, że badanie dotyczyło oceny poziomu diagnostyki i terapii na podstawie jej zapisu w dokumentacji lekarskiej, który może nie odzwierciedlać rzeczywistej jakości postępowania lekarskiego wobec chorych. Można wyobrazić sobie dobre i efektywne postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, znajdujące kiepskie odzwierciedlenie w dokumentacji. Jednak piśmiennictwo przedmiotu sugeruje, iż między jakością poziomu postępowania w dokumentacji i rzeczywistości klinicznej zachodzi pozytywna korelacja [por. Dąbrowski i Czelej 1990]. Ponadto, dobre postępowanie nie prowadzi do wad dokumentacji, może co najwyżej sprzyjać jej niedostatkom lub brakom. Proponowane na świecie systemy zapewniania, poprawiania czy kontroli jakości opieki

psychiatrycznej [por. Gaebel 1996, Mattson 1989, WHO 1991], jako podstawową przesłankę oceny poziomu procedur diagnostyczno-terapeutycznych wykorzystują najczęściej właśnie dokumentację, tyle że coraz bardziej standaryzowaną w porównaniu do swobody zapisu dopuszczanej w rutynowej dokumentacji stosowanej dotąd w Polsce.

Założeniem tego badania była całościowa ocena dokumentacji przez doświadczonych klinicystów – zakładano, że analizowane będą nie tylko formalne (dosłowne) pojawianie lub niepojawianie się odpowiednich zapisów, lecz obecność oczekiwanych informacji w całym udokumentowanym zapisie spostrzeżeń klinicznych, stwierdzeń, badań, rozumowania i wniosków. Przyjęcie innego jeszcze założenia (*in dubio mitius*) sprawia, że przedstawione tu zestawienia raczej zwyżają niż zaniżają estymowany poziom diagnostyki i leczenia w badanych placówkach. Dlatego opisany stan powinien zdecydowanie zaniepokoić lekarzy sporządzających udokumentowany zapis swoich decyzji, a ich przełożonych skłonić do zwrócenia bacznej uwagi na rezultaty ich pracy.

Rzetelność. Dokonany tu przegląd fragmentów dokumentacji lekarskiej, które obejmują informacje bezpośrednio dotyczące postępowania diagnostycznego i terapeutycznego dowodzi, że rzetelność tych zapisów nie jest wystarczająca, że cechują je liczne niedostatki i braki. Realizowany (zapisany w dokumentacji) standard w niewielkim stosunkowo

stopniu realizuje wymogi standardu oczekiwanego (zapisanego w *Kwestionariuszu*). W idealnym przypadku, ostateczny zapis można uważać za wypadkową ograniczeń związanych z koniecznością zachowania tajemnicy lekarskiej oraz powinności związanych z odpowiedzialnością wobec lekarzy leczących chorego w czasie następnych epizodów oraz wobec potencjalnych działań kontrolnych, oskarżeń i roszczeń ze strony chorego lub uprawnionych instytucji. Braki i niedostatki w analizowanych historiach choroby nie sprawiły wrażenia umotywowanych tego rodzaju kompromisami. Raczej – niedocenianiem wagi dokumentowania lub niedbałością. Rzutuje to także na wartość kliniczną, poznawczą oraz autodydaktyczną – słaba dokumentacja niczego nie uczy wypełniającego ją lekarza, jest też mało przydatna do porównań i analiz w przypadku powtórnej hospitalizacji, czy w kolejnych epizodach choroby. W ostatecznym rachunku świadczy o niskim poziomie pracy diagnostyczno-terapeutycznej.

Trafność – przesłanki i wnioski. Uzyskane wyniki pozwalają ocenić trafność udokumentowanych decyzji diagnostycznych i terapeutycznych jako – najogólniej – przeciętną. Wskazują na to zarówno średnia ocena trafności sytuująca się w pobliżu środka wykorzystanej skali (średnia 2,84, przy rozpiętości skali 1–5), jak i bardziej szczegółowa analiza poszczególnych zestawień, wykazujących obok poprawnej większości decyzji, także znaczne odsetki decyzji budzących zastrzeżenia lub błędnych. Jednak tym, co najbardziej niepokoi jest powtarzający się brak zapisu rozważań diagnostycznych i terapeutycznych, tzn. analizowania, uzasadniania czy umotywowania podejmowanych decyzji. Naraża to prowadzących leczenie na trudny do odparcia zarzut nieracjonalności (schematyczności, przypadkowości, niepoprawności, błędności) procesów decyzyjnych. Wyraźnie zaznaczająca się w ostatnich latach tendencja do standaryzacji i operacjonalizacji decyzji diagnostycznych oraz do racjonalizacji wskazań i oceny efektywności metod leczniczych nie znajduje w analizowanych histo-

riach większego odzwierciedlenia. Wskazuje to na potrzebę intensywniejszego upowszechniania wymagań zawartych we współczesnych podręcznikach i klasyfikacjach zaburzeń psychicznych, przydatnych narzędzi diagnostycznych oraz już opracowanych zaleceń i standardów (algorytmów) terapii. Nic jednak nie zastąpi żywej i znajdującej odzwierciedlenie w dokumentacji refleksji klinicznej (rozumowania, analizy, uzasadnień) – alternatywą jest schematyzm i bezmyślność podejmowanych decyzji, ze wszystkimi złymi następstwami takiego działania.

Znaczenie metod psychospołecznych. Może najsmutniejszym spostrzeżeniem wynikającym z przytoczonych zestawień, jest żałośnie niski poziom zainteresowania pozafarmakologicznymi, psychospołecznymi aspektami leczenia. Mimo, iż poziom oczekiwań nie był tu wysoki, wzmianki o niesystematycznym lub systematycznym wykorzystaniu tego rodzaju form pomocy chorym pojawiały się w analizowanych dokumentach właściwie wyjątkowo. To niedocenianie, a może nawet lekceważenie metod psychospołecznych – wyraźnie rozmiągające się z udokumentowaną przydatnością wielu z nich – wskazuje na potrzebę intensywniejszego szkolenia w tym zakresie. Być może w następstwie współczesnej dominacji (i fascynacji) farmakologicznymi metodami leczenia, przydatność działań skupionych na indywidualnych, rodzinnych i społecznych aspektach funkcjonowania chorych wymaga przypomnienia, a może nawet – ponownego odkrycia.

Różnice między placówkami. Stwierzonego tu – istotnego statystycznie – zróżnicowania poziomu rzetelności i trafności między badanymi placówkami nie należy przesadnie interpretować, ponieważ jego uwarunkowania nie muszą zależeć od jakości ich pracy, lecz np. od różnych nieco standardów przyjętych przez poszczególne zespoły wizytujące. Z tego powodu w zestawieniach zakodowano nazwy szpitali, chcąc jedynie zilustrować możliwość stwierdzenia różnic za pomocą zastosowanego narzędzia. Podjęcie porównawczej oceny placówek psychiatrycznych wymagałoby

dłuższego szkolenia zespołów oceniających, w celu uzyskania wystarczającej porównywalności ferowanych ocen ogólnych.

Różnice zależne od rodzaju zaburzeń i częstości hospitalizacji. Uzyskane tu wyniki nie potwierdzają spostrzeżeń z badań Dąbrowskiego i Czeleja [1990], wskazujących na zróżnicowania oceny procesualnych składników opieki zdrowotnej w zależności od rozpoznania (dokumentacja psychoz endogennych, zwłaszcza depresji, była lepsza niż pozostałych zaburzeń), jednak odmienność zastosowanych tu i tam narzędzi oraz zasad oceny utrudnia porównanie wyników, skłaniając do kontynuowania badań na większej i bardziej losowo dobranej próbie placówek. Nie stwierdzono też, by poziom diagnostyki i terapii zależał od liczby hospitalizacji, co zdaje się przeczyć często podnoszonemu przekonaniu, że jest on niższy w przypadku hospitalizowanych wielokrotnie. I ta sugestia wymaga jednak dopiero potwierdzenia w kolejnych. badaniach.

WNIOSKI

1. Rzetelność dokumentowania decyzji diagnostyczno-terapeutycznych można uważać za słabą, wymagającą poprawy. Pożądana jest wyraźna poprawa standardu tego dokumentowania.
2. Trafność samych decyzji można określić jako przeciętną, co jednak nie powinno uspokajać – bo osiągnięcie dobrej jakości opieki zdrowotnej wymaga wysokich standardów trafności postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.
3. Wyraźnie dostrzegalnym czynnikiem obniżającym ocenę poziomu postępowania lekarskiego są zwłaszcza: (a) nieodnotowywanie przesłanek motywujących decyzje diagnostyczne oraz wybór i modyfikacje sposobu leczenia, (b) niedoceniające psychospołecznych form pomocy chorym.
4. Nie potwierdzono spostrzeganych poprzednio zależności poziomu procesu opieki od rodzaju zaburzeń.

5. Mimo swej oczywistej wymowy, opisany stan nie powinien nastrajać pesymistycznie, lecz mobilizować do zmian. Od konsultantów regionalnych i wojewódzkich wymaga bacznej uwagi i energicznego przeciwdziałania.

PIŚMIENNICTWO

1. Dąbrowski S, Czelej J: Ocena jakości ambulatoryjnej i szpitalnej opieki psychiatrycznej. *Biul. Inst. Psychiatr. Neurol.* 1990, 3/4 (80/81):3–60.
2. Elliott RL: Applying quality improvement principles and techniques in public mental health. *Hosp. Community Psychiatry* 1994, 45, 5, 439–44.
3. Gaebel W: Qualitätssicherung in der Psychiatrie. *Konzept – Methodik – Durchführung.* *Nervenarzt* 1995, 66, 7, 481–93.
4. Gaebel W: Leitfaden zur Qualitätssicherung in der psychiatrischen Kliniken. *Nervenarzt* 1996, 67, 11, 968–970.
5. Ignaczak M., Dąbrowski S., Partyka I., Borzęcki M: Kwestionariusz A-B i skala S: narzędzia do pomiaru satysfakcji pacjentów z opieki psychiatrycznej i odwykowej. *Biul. Inst. Psychiatr. Neurol.* 1990, 3/4 (80/81):61–105.
6. Kissling W: Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 98, suppl. 382.
7. Kunze H: Leitfaden zur Qualitätssicherung in der psychiatrischen Kliniken. *Nervenarzt* 1996, 67, 11, 970–971.
8. Liptzin Quality assurance and psychiatric practice – a review. *Am. J. Psychiatry* 1974, 131:1374–1377.
9. Lorenzen H: Leitfaden zur Qualitätssicherung in der psychiatrischen Kliniken. *Nervenarzt* 1996, 67, 11, 972–973.
10. Mattson MR (red.): *Manual of Psychiatric Quality Assurance. A report of the American Psychiatric Association Committee on Quality Assurance.* APA, Washington, DC, 1989.
11. Mattson MR.: Quality assurance: a literature review of a changing field. *Hosp. Community Psychiatry* 1984, 35, 605–616.
12. WHO: Quality assurance in mental health. *Division of Mental Health, WHO, Genewa* 1991.

Aneks



Instytut Psychiatrii i Neurologii

Kwestionariusz oceny zapisu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego

Szpital w: historia choroby nr ks. głównej:

Płeć: K M Wiek: lat Hospitalizacja z kolei:

Rozpoznanie:

Przyjęcie	
1	Wywiad przy przyjęciu: 0. brak („zawarty w skierowaniu”) 1. nieinformatywny/ nieadekwatny 2. informatywny
2	Stan psychiczny przy przyjęciu: 0. brak 1. wadliwy: niepełny/ powierzchowny /nieadekwatny 2. poprawny
3	Rozpoznanie przy przyjęciu: 0. brak 1. nieadekwatne do opisu stanu psychicznego 2. poprawne
4	Uzasadnienie przyjęcia bez zgody: 0. brak w ogóle 1. brak przesłanki klinicznej (choroba psychiczna) 2. brak przesłanki społecznej (zagrożenie) 3. poprawne

Badanie stanu psychicznego w oddziale	
5	Autoanamneza 0. brak 1. wadliwa: niepełna/ powierzchowna/ nieadekwatna 2. poprawna
6	Wywiad od innych osób 0. brak 1. wadliwy: niepełny/ powierzchowny /nieadekwatny 2. poprawny
7	Badanie stanu psychicznego 0. brak 1. wadliwe niepełne/ powierzchowne/ nieadekwatne 2. poprawne
8	Stan psychiczny (opis, podsumowanie, wnioski) 0. brak 1. wadliwy: niepełny/ powierzchowny /nieadekwatny 2. poprawny
9	Badanie stanu somatycznego ogólne 0. brak 1. wadliwe niepełne/ powierzchowne/ nieadekwatne 2. poprawne
10	Badanie neurologiczne 0. brak 1. wadliwe: niepełne/ powierzchowne/ nieadekwatne 2. poprawne
11	Rozpoznanie wstępne 0. brak 1. wadliwe: niepełne/ powierzchowne/ nieadekwatne 2. poprawne
12	Uzasadnienie wstępnego rozpoznania 0. brak 1. wadliwe: niepełne/ powierzchowne/ nieadekwatne 2. poprawne
13	Różnicowanie: 0. brak 1. wadliwe: niepełne/ powierzchowne/ nieadekwatne 2. poprawne
14	Plan leczenia: 0. brak 1. wadliwy: niepełny/ powierzchowny/ nieadekwatny 2. poprawny

Obserwacje	
15	<p>Częstość (w okresie pierwszych 2 miesięcy leczenia)</p> <p>0. rzadziej niż jedna co 30 dni 1. jedna co 15–30 dni 2. jedna co 7–14 dni tygodnie 3. jedna co 5–7 dni 4. częściej niż co 5</p>
16	<p>Częstość (w okresie 3–6 miesiąca leczenia)</p> <p>0. rzadziej niż jedna co 30 dni 1. jedna co 15–30 dni 2. jedna co 7–14 dni tygodnie 3. jedna co 5–7 dni 4. częściej niż co 5</p>
17	<p>Częstość (w okresie 10–12 miesiąca leczenia)</p> <p>0. rzadziej niż jedna co 30 dni 1. jedna co 15–30 dni 2. jedna co 7–14 dni tygodnie 3. jedna co 5–7 dni 4. częściej niż co 5</p>
18	<p>Informatywność zapisu obserwacji</p> <p>0. niewystarczająca 1. wystarczająca</p>
19	<p>Okresowe podsumowania stanu psychicznego</p> <p>0. brak 1. wadliwe niepełne/ powierzchowne/ nieadekwatne 2. poprawne</p>
20	<p>Uzasadnienia zmian diagnostycznych/ terapeutycznych</p> <p>0. brak 1. wadliwe niepełne/ powierzchowne/ nieadekwatne 2. poprawne</p>

Leczenie farmakologiczne	
(wypisać stosowane leki i ocenić jakość farmakoterapii)	
21	<p>Farmakoterapia: 3 dzień pobytu</p> <p>1. lek dawka po im iv 2. lek dawka po im iv 3. lek dawka po im iv 4. lek dawka po im iv 5. lek dawka po im iv 6. lek dawka po im iv 7. lek dawka po im iv 8. lek dawka po im iv</p> <p>po: doustnie, im: domięśniowo iv: dożylnie</p> <p><i>(ocenić w każdym przypadku)</i></p> <p>0. brak 1. bez zastrzeżeń 2. brak informacji o leczeniu 3. nieadekwatny (wobec stanu psych.) wybór leku 4. błędny (wobec stanu psych.) wybór leku 5. inne błędy</p>
22	<p>Farmakoterapia: 14 dzień pobytu</p> <p>1. lek dawka po im iv 2. lek dawka po im iv 3. lek dawka po im iv 4. lek dawka po im iv 5. lek dawka po im iv 6. lek dawka po im iv 7. lek dawka po im iv 8. lek dawka po im iv</p> <p>po: doustnie, im: domięśniowo iv: dożylnie</p> <p><i>(ocenić w każdym przypadku)</i></p> <p>0. brak 1. bez zastrzeżeń 2. brak informacji o leczeniu 3. nieadekwatny (wobec stanu psych.) wybór leku 4. błędny (wobec stanu psych.) wybór leku 5. inne błędy</p>
23	<p>Farmakoterapia: 28 dzień (4 tydzień) pobytu</p> <p>1. lek dawka po im iv 2. lek dawka po im iv 3. lek dawka po im iv 4. lek dawka po im iv 5. lek dawka po im iv 6. lek dawka po im iv 7. lek dawka po im iv 8. lek dawka po im iv</p> <p>po: doustnie, im: domięśniowo iv: dożylnie</p> <p><i>(ocenić w każdym przypadku)</i></p> <p>0. brak 1. bez zastrzeżeń 2. brak informacji o leczeniu 3. nieadekwatny (wobec stanu psych.) wybór leku 4. błędny (wobec stanu psych.) wybór leku 5. inne błędy</p>

24	Farmakoterapia: dzień wypisu ze szpitala 1. lek dawka po im iv 2. lek dawka po im iv 3. lek dawka po im iv 4. lek dawka po im iv 5. lek dawka po im iv 6. lek dawka po im iv 7. lek dawka po im iv 8. lek dawka po im iv po: doustnie, im: domięśniowo iv: dożylnie	<i>(ocenić w każdym przypadku)</i> 0. brak 1. bez zastrzeżeń 2. brak informacji o leczeniu 3. nieadekwatny (wobec stanu psych.) wybór leku 4. błędny (wobec stanu psych.) wybór leku 5. inne błędy	
25	Podstawowe leczenie psychotropowe (I wybór) lek dawka maks. czas leczenia tyg. inne leki psychotropowe: leki korygujące: ewentl zmiana na:	0. brak 1. bez zastrzeżeń 2. nieadekwatny wybór leku 3. błędny wybór leku 4. inne błędy	
26	Podstawowe leczenie psychotropowe (II wybór) lek dawka maks. czas leczenia tyg. inne leki psychotropowe: leki korygujące: ewentl. zmiana na:	0. brak 1. bez zastrzeżeń 2. nieadekwatny wybór leku 3. błędny wybór leku 4. inne błędy	
27	Informacja o objawach niepożądanych 0. brak 1. wadliwa: niepełna/ powierzchowna/ nieadekwatna 2. poprawna		
28	Informacja o postawie chorego wobec leków, o compliance itp. 0. brak 1. wadliwa: niepełna/ powierzchowna/ nieadekwatna 2. poprawna		

Leczenie pozafarmakologiczne		
29	Indywidualny kontakt psychoterapeutyczny 0. nie odnotowano 1. nie stosowano 2. wzmianki niesystematyczne 3. wzmianki (obserwacje) systematyczne	
30	Psychoterapia wg zorganizowanego planu 0. nie odnotowano 1. nie stosowano 2. wzmianki niesystematyczne 3. wzmianki (obserwacje) systematyczne typ terapii:	
31	Praca terapeutyczna z rodziną chorego 0. nie odnotowano 1. nie stosowano 2. wzmianki niesystematyczne 3. wzmianki (obserwacje) systematyczne typ terapii:	
32	Praca socjalna 0. nie odnotowano 1. nie stosowano 2. wzmianki niesystematyczne 3. wzmianki (obserwacje) systematyczne typ świadczeń:	

Leczenie elektrowstrząsowe	
33	Stosowanie 0. nie stosowano 1. stosowano
34	Wskazania wymienić: 0. EW nie stosowano 1. nie odnotowano 2. budzą wątpliwości 3. bez zastrzeżeń
35	Zgoda chorego 0. EW nie stosowano 1. brak 2. budzi wątpliwości 3. bez zastrzeżeń 4. bez zgody chorego – postanowienie sądu
36	Premedykacja 0. EW nie stosowano 1. brak 2. nie odnotowano 3. tak – bez anestezyjologa 4. tak – anestezyjolog
37	Łączna liczba zabiegów (<i>wpisać liczbę</i>)
38	Częstość zabiegów w tygodniu (<i>wpisać liczbę</i>)

Badania pracowniane	
39	Badania podstawowe – częstość wykonywania 0. brak 1 tylko przy przyjęciu 2. przy przyjęciu i jednorazowo w czasie leczenia 3. częściej
40	Badania podstawowe – zakres (zaznaczyć ✓) morfologia OB. próby wątrobowe badanie moczu ekg rtg kl. piersiowej 0. brak danych 1. niepełny 2. pełny
41	Badania EEG 0. nie wykonywano 1. bez zapisu uzasadnienia 2. nieuzasadnione 3. uzasadnione
42	Badania CT, MRI (<i>zakreślić</i>) 0. nie wykonywano 1. bez zapisu uzasadnienia 2. nieuzasadnione 3. uzasadnione
43	Specjalne badania biochemiczne: 0. nie wykonywano 1. bez zapisu uzasadnienia 2. nieuzasadnione 3. uzasadnione
44	Inne, wykraczające poza zakres podstawowy: (wymienić) 0. nie wykonywano 1. bez zapisu uzasadnienia 2. nieuzasadnione 3. uzasadnione
45	Adekwatność diagnostyki pracownianej w stosunku do opisanego stanu chorego 0. niedostateczna 1. dostateczna 2. poprawna
46	Reakcje (np. konsultacje, dostosowanie leczenia) na stwierdzone odchylenia: 0. brak 1. wadliwe niepełne/ powierzchowne/ nieadekwatne 2. poprawne

Epikryza	
47	Rozpoznanie ostateczne: 0. brak 1. nieadekwatne do odnotowanego stanu psychicznego 2. poprawne
48	Zalecenia dotyczące dalszego leczenia 0. brak 1. niedostateczne 2. nieadekwatne do potrzeb wynikających ze stanu klinicznego i przebiegu leczenia 3. poprawne

Oceny końcowe	
49	<p>Ogólna ocena rzetelności historii choroby (dokładność staranność, czytelność, regularność zapisów)</p> <p>0. bez wartości 1. wartość minimalna 2. przeciętna 3. niewielkie zastrzeżenia 4. bez zastrzeżeń 5. Wyróżniająca się</p> <p>Komentarz:</p>
50	<p>Ogólna ocena trafności postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (poprawność, adekwatność)</p> <p>0. bez wartości 1. wartość minimalna 2. przeciętna 3. niewielkie zastrzeżenia 4. bez zastrzeżeń 5. Wyróżniająca się</p> <p>Komentarz:</p>

Uwagi i uzupełnienia:

Oceniający

.....
(podpis, pieczęć)