

Pomiar usług zdrowotnych w placówkach psychiatrycznej długoterminowej opieki stacjonarnej

Measurement of health care services in long-term residential mental health care institutions

Mira Lisiecka-Biełanowicz

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Katedra Zdrowia Publicznego i Środowiskowego,
Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii

Summary

This study concerns measuring the quality of health services in long-term residential mental health care. The issue of measuring the quality of health services has been limited to services at residential health care centers (ZOL).

The aim of the study is to propose measures associated with the provision of services in long-term residential mental health care. Currently, there are no tools for measuring the psychiatric services provided. The consequence of that is that the monitoring-supervisory-control mechanism that should ensure the required level of quality of services provided in this area of psychiatric care is inefficient. The aim of the deliberations made in this study is presenting an appropriate set of measures to assess the performance of a residential health care provider, taking into account the specificity of long-term mental health care (ZOL). The application of the Team Patient Functioning Scale allows for the specification of the changes occurring in the patient's functioning and comparing them at time intervals, and indirectly causes the Team Patient Functioning Scale to be used to draw conclusions about the aggravation, stabilization, or regression of the illness, and to prove the effectiveness of the therapeutic team.

The presented results of the application of the proposed measures may constitute a reference base – as a benchmark – for the improvement and development of the quality of health services for patients in residential health care centers in Poland.

Słowa kluczowe: usługi zdrowotne; opieka psychiatryczna; pomiar usług zdrowotnych

Key words: health care services; mental health care; measurement of health care services

1. Ochrona zdrowia psychicznego jako obszar systemu społecznego

Układ struktury rodzajowej opieki psychiatrycznej jest zróżnicowany¹ [1]. Zaproponowany sposób pomiaru jakości usług ograniczono do długoterminowych stacjonarnych świadczeń w oddziałach opiekuńczo-leczniczych. Zdrowie psychiczne, w tym zaburzenia i choroby psychiczne, oraz ochrona zdrowia psychicznego to obszary/sfery życia społecznego i działalności publicznej, wobec których w kraju funkcjonuje wiele uprzedzeń oraz barier [2]. Nadal mamy do czynienia z niedofinansowaniem opieki psychiatrycznej, brak jest widocznych, czyli mierzalnych efektów edukacji zdrowotnej, w tym długofalowych działań dotyczących promocji zdrowia i profilaktyki zaburzeń psychicznych polskiego społeczeństwa.

Badania przeprowadzone w kraju potwierdzają opóźnienia w zakresie infrastruktury, finansowania oraz zasobów wiedzy niezbędnych do wprowadzenia nowoczesnych rozwiązań w ochronie zdrowia psychicznego w Polsce. Mało dyskutuje się o sposobach wieloaspektowego wsparcia tego segmentu ochrony zdrowia, podobnie – o kryteriach i wyznacznikach jakości usług zdrowotnych w psychiatrycznej opiece stacjonarnej oraz o ich roli w „pętli” doskonalenia świadczeń w lecznictwie psychiatrycznym. W 2012 roku w kraju przeprowadzono rozbudowane badanie stanu zdrowia psychicznego Polaków pod akronimem EZOP według kwestionariusza amerykańskiego. Autorzy raportu z badań pt. „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska” stwierdzili, że badanie EZOP, posługujące się międzynarodowym kwestionariuszem, nie mogło wyraziście wskazać barier [3]:

- (a) politycznych – ze względu na chwiejność i doraźność decyzji,
- (b) legislacyjnych – z powodu ignorowania dobrego prawa,
- (c) ekonomicznych – z powodu niedostatecznego finansowania i doinwestowania jednostek w Polsce.

Natomiast badania przeprowadzone przez zespół pod kierunkiem D. Trawkowskiej dotyczyły zarówno obszarów: pomocy społecznej oraz dostępności do psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Badania te wykazały, że podstawowym rodzajem barier w zakresie pomocy społecznej jest brak pełnej diagnozy dwóch systemów w zakresie wsparcia osób chorych psychicznie: systemu ochrony zdrowia i systemu pomocy społecznej; taka sytuacja ma miejsce w przypadku trwałej, przewlekłej choroby psychicznej (np. schizofrenia) lub okresowych kryzysów zdrowia psychicznego (np. zaburzenia depresyjne i depresyjno-lękowe o charakterze reaktywnym) [4]. Szczegółowa analiza problemów w interakcjach systemu ochrony zdrowia i systemu pomocy społecznej uwidoczniła bariery w rozwoju tych systemów w postaci m.in. braku koncepcji i wskaźników monitorowania jakości opieki, pomocy, rehabilitacji i integracji środowiskowej. Potrzeby społeczeństwa w zakresie opieki psychiatrycznej zarówno w Polsce, jak

¹ Do zakładów stacjonarnej całodobowej opieki psychiatrycznej zalicza się: szpitale psychiatryczne, ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zakłady MONAR, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgniacyjno-opiekuńcze typu psychiatrycznego oraz krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej. Opieka psychiatryczna realizowana jest także na oddziałach psychiatrycznych i odwykowych w szpitalach ogólnych.

i na świecie nasilają się. Wzrasta stopień wykorzystania specjalistycznych ośrodków zdrowia psychicznego, co prowadzi m.in. do coraz szerszego stosowania leków na receptę i zwiększenia częstości hospitalizacji [5–8].

Dostępne informacje epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych i chorób psychicznych oparte na danych z zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce, które są corocznie publikowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (IPiN), potwierdzają rosnącą liczbę pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, szczególnie w grupie młodzieży i dzieci [9]. Nasila się również potrzeba stworzenia nowych modeli opieki psychiatrycznej: dla osób dorosłych oraz nad dziećmi i młodzieżą w Polsce. Modele długofalowej opieki dla obu grup wiekowych: osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży pilnie wymagają wypracowania m.in. w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [10].

W niniejszym artykule skoncentrowano się na koncepcji miar, w tym wskaźników pozwalających na monitorowanie zaburzeń psychicznych oraz raportowanie wyników. System monitorowania oraz oceny efektów jakości usług zdrowotnych w ramach długoterminowej opieki psychiatrycznej w stacjonarnych zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) jest niedoskonały, do tego stosowany mało transparentnie i niekonsekwentnie. Ma miejsce niekonsekwencja w zbieraniu rzetelnych danych koniecznych do mierzenia poziomu jakości usług, co przekłada się na brak sprawnie działającego mechanizmu kontrolnego dla zapewnienia wymaganego poziomu jakości świadczonych usług psychiatrycznych w wyżej wymienionym obszarze.

Jakość opieki zdrowotnej obejmuje strukturę/organizację opieki, kliniczne procesy opieki świadczone przez dostawców oraz wpływ na poprawę wyników klinicznych na poziomie pacjenta [11]. Można je scharakteryzować następująco:

- (1) Wskaźniki strukturalne – mówiące o organizacji szpitala i jego możliwościach materialnych, o jakości technicznej budynków i wyposażenia, o poziomie wykształcenia i kompetencji personelu oraz o finansowych aspektach funkcjonowania szpitala.
- (2) Wskaźniki procesów (oceny przebiegu leczenia) – mówiące o relacjach między personelem a pacjentem (wdrożone procedury diagnostyczne i lecznicze). Wskaźniki procesów mogą dotyczyć: zakażeń wewnątrzszpitalnych, powtórnych hospitalizacji, sprawności reagowania na sytuacje zagrożenia zdrowia i życia.
- (3) Wskaźniki rezultatów (efektów) – mówiące o uzyskanych efektach leczniczych w różnych przedziałach czasowych, informujące o: postępach w terapii, zachorowalności, śmiertelności, komforcie życia oraz satysfakcji pacjenta.

Pomiar² procesów i ich wyników wymaga opracowania wskaźników pomiaru procesów leczenia/opieki i rezultatów leczenia oraz opieki, co może być obiektywną

² Pomiar jako kategoria badawcza jest różnie interpretowany. Według *Wielkiego słownika języka polskiego* jest to czynność polegająca na ustaleniu miary wielkości fizycznej; w innym znaczeniu to wynik czynności polegającej na ustaleniu miary pewnej wielkości fizycznej. Wychodząc od definicji pomiaru jako przyporządkowania liczb do obiektów lub zdarzeń na podstawie pewnych reguł, w konstrukcji wskaźników przyjęto następujące skale pomiaru: nominalną, porządkową, przedziałową oraz ilorazową. W propozycji miar dla oceny postępów w opiece psychiatrycznej zastosowano skalę przedziałową [13].

podstawą oceny skuteczności świadczonych usług zdrowotnych przez podmiot leczniczy [12]. Aby skutecznie dokonać pomiaru procesów zasadniczych i uzyskanych efektów – zgodnie z podejściem procesowym zarządzania usługami – należy zdiagnozować stan funkcjonowania organizacji, poznać zaplanowane i osiągnięte wyniki przez oddziały podmiotu i na tej podstawie stwierdzić, czy wielkości wskaźników badanego obszaru mieszczą się w wyznaczonym „polu celów”, które organizacja powinna osiągnąć.

2. Mierzalne wskaźniki monitorowania i oceny jakości świadczeń zdrowotnych

Jakość świadczeń zdrowotnych powinna być analizowana i oceniana za pomocą mierzalnych wskaźników, które mogą zostać wykorzystane do oceny działalności ZOL-u, jak i w odniesieniu do jego poszczególnych oddziałów, a także w odniesieniu do pozostałych form działalności medycznej – indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich, pielęgniarek i położnych [14–17]. W praktyce psychiatrycznej długoterminowej opieki stacjonarnej w Polsce występują znaczne problemy z dostępnością właściwych danych. Mierzy się za pomocą wskaźników to, na co pozwalają dane, a nie to, co ma znaczenie z punktu widzenia celów określonych dla organizacji długoterminowej psychiatrycznej opieki stacjonarnej. Ważna jest wiarygodność danych oraz możliwość ich porównywania za pomocą wskaźników odpowiednich dla monitorowania jakości danego procesu opieki i leczenia. Przy tworzeniu i wyborze wskaźników należy uwzględnić aspekty wskaźnika w przejrzysty sposób – poniżej przedstawiono na podstawie artykułu autorstwa B. Marra [18] – do czego służą poszczególne wskaźniki/ jakie będzie ich zastosowanie:

1. Identyfikacja strategicznego elementu, który będzie oceniany
2. Opis głównego zastosowania dla wskaźnika
3. Krótki opis sposobu, w jaki dane zostają zgromadzone
4. Przedstawienie skali, w oparciu o którą będzie dokonywana ocena
5. Identyfikacja źródła informacji
6. Jak często informacje będą gromadzone?
7. Kto jest odpowiedzialny za gromadzenie i wprowadzanie danych?
8. Kto jest odpowiedzialny za oceniany element?
9. Identyfikacja wartości docelowych oraz skali
10. Kim są odbiorcy i kto powinien mieć dostęp do tych informacji?
11. Jak często wartości wskaźnika mają być raportowane?
12. W jakiej postaci ma być przedstawiany wskaźnik?
13. Kolejność przekazywania informacji
14. Jak długo wskaźnik ma obowiązywać?
15. Oszacowanie kosztów związanych z gromadzeniem
16. Ocena słowna/Wiarygodność wskaźnika

Dysponując odpowiednio przygotowanym zestawem wskaźników, które są zrozumiałe dla zainteresowanych stron, można skuteczniej zarządzać personelem, monitorując jego pracę z użyciem adekwatnych miar, jak również, a może przede

wszystkim, podejmować strategiczne decyzje, korzystając z obiektywnych danych liczbowych lub opisowych obciążonych mniejszym marginesem błędu niż przy miarach stosowanych intuicyjnie.

W placówkach opieki i stacjonarnego leczenia psychiatrycznego można wyróżnić kilka obszarów w zakresie projektowania, wdrażania i analizy systemu wskaźników pomiarów dokonań. Proponuje się wziąć pod uwagę następujące obszary [16]:

- (a) skuteczności, która obok obiektywnej „oceny” poziomu jakości świadczeń medycznych jest uzupełniana subiektywną oceną jakości tych świadczeń dokonywaną przez pacjenta/jego przedstawiciela;
- (b) efektywności kosztowo-finansowej, która uwzględni również infrastrukturę i administrowanie w placówce ochrony zdrowia. Kategoria efektywności odnoszona do różnych zakresów i zasobów zależy od wykorzystania zasobów, jakimi dysponuje podmiot, oraz od umiejętności dostosowania się do warunków zewnętrznych, wymagań rynku, układów konkurencyjnych i zdolności przewidywania przez kierownictwo przyszłych warunków świadczenia usług zdrowotnych oraz podejmowania na tej podstawie trafnych decyzji.

Problemem jest uzyskanie spójności przyjętych miar – w ramach systemu miar – do oceny dokonań w wybranych obszarach. Uzasadnione jest poszukiwanie i ciągle dostosowywanie mechanizmów ekonomiczno-finansowych zarządzania kształtujących zależność między ilością i jakością zapotrzebowania na usługi zdrowotne w celu ich racjonalizowania. Konieczne jest precyzyjne określenie mechanizmu zbierania informacji o konkretnych wskaźnikach, ich monitorowania, a także oceny w odniesieniu do przyjętych miar wzorcowych – czyli benchmarków. Stosowany na przykład w Niemczech system zapewnienia jakości usług może posłużyć jako wzór dla rozwiązań wdrażanych w naszym kraju. Do oceny systemu wprowadzono jednostkę zewnętrzną. Powołana do istnienia spółka z o.o. BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH) odpowiada za koordynację oraz realizację zewnętrznego procesu porównawczej oceny jakości pracy i usług w szpitalach. Szpitale zbierają dane konieczne do pomiaru poziomu jakości i przesyłają je do BQS. Spółka BQS oraz LQS (Landeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH) przedstawiają wyniki porównawcze. W procesie tym niezależne gremia ekspertów w poszczególnych landach (LQS) identyfikują szpitale, w których występują wskaźniki (wyróżniki) podejrzane. Odbywa się tzw. systematyczny dialog (*Strukturierter Dialog*). Wskaźniki mieszczące się w zakresie referencyjnym są wskaźnikami niepodejrzanymi i nie wymagają podejmowania żadnych działań. Wskaźniki wykraczające poza zakres referencyjny zostają przeanalizowane w trakcie systematycznego dialogu. Takie rozwiązanie pozwala szpitalom na określenie swojego miejsca pod względem jakości wykonanych świadczeń oraz na równanie do najlepszych (*benchmarking*) [19].

Porównanie wskaźników jest trudne i potencjalnie może być mylące. Ważne jest, by wskaźniki pomogły zidentyfikować obszary o małej/niskiej efektywności (wrażliwość) oraz by obszary wskazane jako mało efektywne rzeczywiście takie były (swojskość). Niski poziom drażliwości i swojskości może prowadzić do fałszywych wniosków i oczerniania, czyli do sytuacji, gdy źle dobrane wskaźniki

czy błędy w interpretacji wskazywanych przez nie wyników oraz nieświadomość ograniczeń stosowanego systemu miar sprawią, że otoczenie będzie miało wrażenie o występowaniu niezgodności, w tym i błędów w ocenie [20]. Zróżnicowany charakter podmiotów świadczących usługi w zakresie zdrowia psychicznego rzuca także wyzwanie systemowi ochrony zdrowia, aby wziął pod uwagę perspektywę personelu pierwszego kontaktu, w tym pielęgniarek, pracowników socjalnych i coraz częściej specjalistów od poprawy jakości [11].

Pomocą w zaprojektowaniu spójnego systemu miar dokonań mogą być odpowiedzi na poniższe pytania:

- (a) Kto ma brać udział w metodyce opracowania systemu oceny dokonań?
- (b) W jaki sposób mają przebiegać kanały informacyjne zaplanowanych i użytych efektów miar/wskaźników dokonań?
- (c) Kto ma nadzorować konsekwentne stosowanie wdrożonego systemu pomiarów w podmiotach leczniczych?

3. O praktykach w pomiarze usług w zakresie psychiatrycznej długoterminowej opieki stacjonarnej

Poniżej ukazany zostanie odpowiedni zestaw miar pozwalających ocenić dokonania podmiotu lecznictwa stacjonarnego z uwzględnieniem specyfiki z zakresu psychiatrycznej opieki długoterminowej (ZOL-e).

W Psychiatrycznym Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym (PZOL) – po wdrożeniu podejścia procesowego, controllingu (elementu rachunkowości zarządczej) – powstała potrzeba pomiaru i oceny realizowanych procesów leczniczo-pielęgnacyjno-rehabilitacyjnych. Chodziło o opracowanie kryteriów i wskaźników, które pozwoliłyby na całościową ocenę poziomu funkcjonowania pacjentów chorych psychicznie we wszystkich obszarach związanych z leczeniem, pielęgnowaniem i rehabilitacją w trybie stacjonarnym, a tym samym na ocenę postępów zdrowia psychicznego pacjenta. W zakładzie powołano interdyscyplinarny zespół, który opracował ilościową i jakościową (opisową) metodę analizy i oceny funkcjonowania pacjenta na oddziale opiekuńczym [21]. W skład zespołu weszli: lekarz, psycholog, pielęgniarka, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy. Efektem pracy zespołu było opracowanie *Zespołowej skali funkcjonowania pacjenta* (ZSFP). Przy tworzeniu poszczególnych kategorii projektowanego sposobu oceny wzięto pod uwagę następujące czynniki:

- koncentrację na bezpośrednio obserwowalnych zjawiskach,
- użyteczność opisu do formułowania zaleceń dla poszczególnych grup zawodowych,
- syntezę innych dokumentów, w tym skal ocen, dotychczas dublujących się,
- jasność sformułowań,
- przejrzystość konstrukcji w odniesieniu do badanych obszarów.

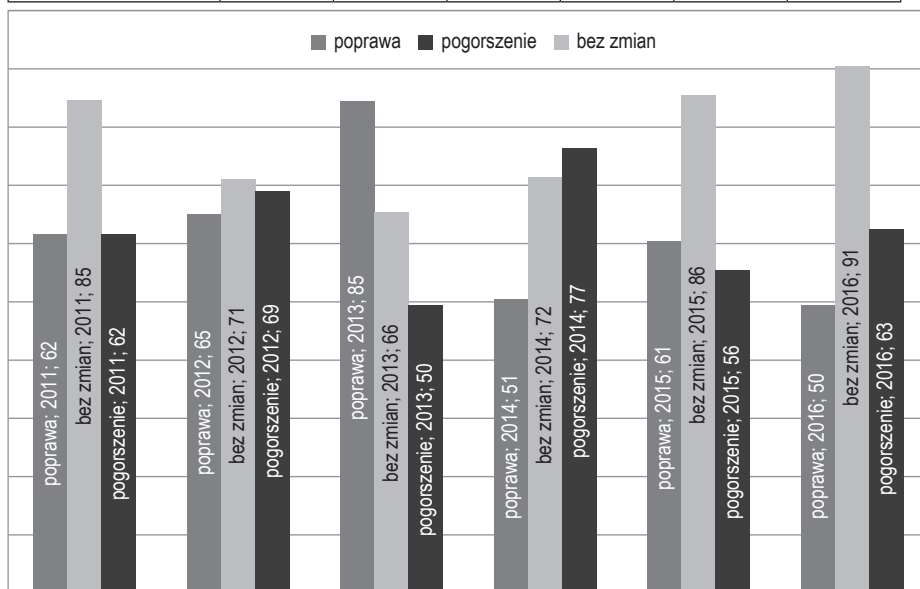
Zespołowa skala funkcjonowania pacjenta składa się z dwóch odrębnych, uzupełniających się części:

- (1) arkusza opisu i zaleceń;
- (2) podręcznika, zawierającego pełny opis wyróżnionych w arkuszu kategorii oraz spis zaleceń dla wszystkich grup zawodowych (szerzej o ZSFP patrz Załącznik 1).

W opinii kierownictwa placówki i zespołu projektowego ZSFP [21] przyjęta skala pomiaru daje możliwość wielokierunkowego oddziaływania na pacjenta przez zespół terapeutyczny. Stymulacja pacjenta – co istotne – nie jest mechaniczna, przypadkowa, a wynika z dokonanej oceny pacjenta przez interdyscyplinarny zespół. Ocena poziomu funkcjonowania pacjenta według przyjętej skali jest dokonywana raz w roku oraz przy każdej zmianie stanu zdrowia pacjenta, zarówno zmniejszającej, jak i zwiększającej jego poziom zależności od personelu. Wyniki oceny w poszczególnych obszarach z kolejnych pomiarów umieszcza się na arkuszu, a następnie przedstawia w formie wykresu w dolnej części arkusza. Tak zapisane wyniki dają obraz pogłębiania, cofania się bądź stabilizacji stanu pacjenta na oddziale opiekuńczo-leczniczym. W tabeli 2 przedstawiono wyniki oceny według ZSFP w latach 2011–2016 dla oddziałów opiekuńczo-leczniczych PZOL.

Tabela 2. Ocena poziomu funkcjonowania pacjentów oddziałów opiekuńczo-leczniczych według Zespołowej skali funkcjonowania pacjenta w PZOL

Stan pacjenta	Rok					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Poprawa	62	65	85	51	61	50
Bez zmian	85	71	66	72	86	91
Pogorszenie	62	69	50	77	56	63



Źródło: wyniki badań własnych Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (PZOL), 2017.

Gromadzenie danych i informacji oraz analiza wyników w ciągu kilku lat pozwoliły na ustalenie wartości liczbowych pomiaru procesu leczniczo-pielęgnacyjno-rehabilitacyjnego prowadzonego w omawianej organizacji. Wynik uwzględniał nawrót choroby psychicznej, wystąpienie innych niż choroby psychiczne schorzeń mających wpływ na aktywność pacjenta, a także procesy fizjologiczne związane ze starzeniem się organizmu. Wyniki pomiaru procesów są prezentowane w sposób systematyczny na audytach oraz przeglądach systemu zarządzania jakością dokonywanych przez kierownictwo tej placówki [21].

Charakterystykę *Zespołowej skali funkcjonowania pacjenta* w psychiatrycznym leczeniu długoterminowym w PZOL zawiera Załącznik 1.

4. Podsumowanie i wnioski

1. Celem stosowania *Zespołowej skali funkcjonowania pacjenta* (ZSFP) w psychiatrycznym leczeniu długoterminowym jest uzyskanie względnie zobiektywizowanego, porównywalnego opisu funkcjonowania pacjentów przez członków interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych w każdym z oddziałów opiekuńczych. Stosowanie skali umożliwia konkretyzację zmian zachodzących w funkcjonowaniu pacjenta oraz porównywanie ich w odstępach czasu, a w sposób pośredni powoduje, że skala może być używana do wnioskowania o pogłębianiu się, stabilizacji bądź cofaniu się choroby, a także może świadczyć o skuteczności pracy zespołu terapeutycznego.

2. Ocena według ZSFP wnosi inną, nową perspektywę opisu i oceny stanu zdrowia pacjenta niż stosowane dotychczas narzędzia pomiaru. Jest punktem wyjścia dalszych działań, a nie tylko zapisem stanu, który zamyka ocenę pacjenta w obrębie przypisanej kategorii. Ocena według tej skali koncentruje się na świadczeniach, które mają znaczenie dla usług oferowanych w oddziałach opiekuńczo-leczniczych.

3. W zastosowanej ZSFP ważne jest pozyskanie pacjenta do współpracy oraz jego czynny udział. Zaostrzenie objawów psychotycznych i rehospitalizacja są często powodem do ponownego powtórzenia i utrwalenia umiejętności, które pacjent nabył już wcześniej. Planując pracę z pacjentem, należy uwzględnić przedchorobowe cechy osobowości, przystosowanie przedchorobowe, nasilenie objawów negatywnych i rozległość objawów deficytowych. Praca z ludźmi przewlekle chorymi psychicznie często naraża osoby pracujące z nimi na frustracje – nie można się bowiem spodziewać spektakularnych i szybkich sukcesów, tylko należy się nastawić na długotrwały wysiłek.

Załącznik 1**ZESPOŁOWA SKALA FUNKCJONOWANIA PACJENTA (ZSFP)**

Na pierwszej stronie arkusza opisu i zaleceń notuje się podstawowe informacje o pacjencie oraz dokonuje ilościowego opisu, którego jakościowe odpowiedniki znajdują się w metodycznym podręczniku dołączonym do ZSFP. Na odwrocie wpisuje się zalecenia dla poszczególnych grup zawodowych oraz planowany termin kolejnego opisu.

Imię..... nazwisko..... data urodzenia..... data przyjęcia do PZOL

Rozpoznanie

Zainteresowania

data				
Choroby współistniejące				
Dysfunkcje narządu ruchu				
1. Objawy psychotyczne				
2. Zaburzenia zachowania				
3. Sprawność lokomocyjna				
4. Sprawność manualna				
5. Spożywanie posiłków				
6. Higiena osobista				
7. Komunikacja				
8. Aktywność społeczna				
9. Pamięć				
10. Koncentracja uwagi				
11. Gospodarowanie finansami				
12. Aktywność w zajęciach zorganizowanych				
13. Samodzielność w PTZ				
14. Staranność w PTZ				
15. Dbalność o porządek w otoczeniu				
16. Aktywność w czasie wolnym				
SUMA				

5.																			
4.																			
3.																			
2.																			
1.																			
	Objawy psychiczne	Zaburzenia zachowania	Sprawność lokomocyjna	Sprawność manualna	Spożywanie posiłków	Higiena osobista	Komunikacja	Aktywność społeczna	Pamięć	Koncentracja	Gospodarowanie finansami	Aktywność w zaj. zorganizowanych	Samodzielność w PTZ	Staranność w PTZ	Dbłość o porządek w otoczeniu	Aktywność w czasie wolnym			

KARTA ZALECEŃ (ZMIAN) ZESPOŁU LECZNICZO-PIELĘGNACYJNO-REHABILITACYJNEGO

Obecni:

1. lekarz prowadzący
2. pielęgniarka
3. fizjoterapeuta
4. psycholog
5. pracownik socjalny
6. instruktor terapii zajęciowej

Pacjent

data	oddz. lekarskie	oddz. pielęgniarские	oddz. psychologiczne	oddz. fizjoterapeutyczne	oddz. prac. socjalnego	oddz. instr. ter. zajęciowej

Źródło: opracowanie Zespołu PZOL.

W każdym **przyjętym do badań wymiarze** wyszczególniona jest skala oceny poziomu funkcjonowania, pacjent może otrzymać od 1 do 5 punktów.

Na przykład dla wymiaru **objawy psychiczne** (zaburzenia spostrzegania, myślenia, woli, działania, życia uczuciowego) przyporządkowano poniższą punktację:

1 pkt – Pacjent całkowicie pochłonięty przeżyciami psychotycznymi – niemal w ogóle nie nawiązuje adekwatnego kontaktu z rzeczywistością.

2 pkt – Pacjent pochłonięty przeżyciami psychotycznymi, ale dostrzega inne osoby, zjawiska, reaguje na niektóre uwagi, polecenia.

3 pkt – Pacjent pochłonięty przeżyciami psychotycznymi, reaguje adekwatnie na obecność innych osób oraz sens wypowiedzianych słów.

4 pkt – U pacjenta utrzymują się objawy psychotyczne, ale ujawniają się dopiero po dopytaniu i w ograniczonym stopniu wpływają na zachowanie.

5 pkt – Pacjent bez objawów psychotycznych.

Z kolei w wymiarze **aktywność społeczna** przyznano odpowiednio:

1 pkt – Pacjent nie nawiązuje kontaktu, nie reaguje na próby nawiązania kontaktu i nie utrzymuje kontaktu z nikim.

2 pkt – Pacjent samodzielnie nie nawiązuje kontaktu, ale w prosty sposób reaguje na próby nawiązania kontaktu przez innych, np. odpowiada na pytania.

3 pkt – Pacjent nawiązuje kontakt z niektórymi osobami w celu zaspokojenia swoich potrzeb.

4 pkt – Pacjent nawiązuje i podtrzymuje więzi w wąskim gronie i/lub udziela wybranym osobom pomocy.

5 pkt – Pacjent nawiązuje i podtrzymuje więzi, podejmuje działania na rzecz innych, społeczności oddziały.

Dla wymiaru **higiena osobista** opracowano następującą skalę ocen:

1 pkt – Pacjent samodzielnie nie wykonuje żadnych czynności higienicznych.

2 pkt – Pacjent częściowo samodzielnie wykonuje czynności higieniczne.

3 pkt – Pacjent nadzorowany i instruowany samodzielnie wykonuje czynności higieniczne.

4 pkt – Pacjent motywowany samodzielnie wykonuje czynności higieniczne.

5 pkt – Pacjent samodzielnie wykonuje czynności higieniczne.

Pacjent jest oceniany przez zespół w oparciu o 16 wymiarów w ramach systematycznych spotkań zespołu terapeutycznego w składzie: lekarz, pielęgniarka, psycholog, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta i pracownik socjalny. Na podstawie przyjętych skal ocen ustalane są rozmiar oraz głębokość występujących dysfunkcji u pacjenta. Na spotkanie zapraszany jest również pacjent i to przy jego udziale oraz akceptacji ustala się zakres i rodzaj interwencji, które zapisywane są w karcie zaleceń [16].

Piśmiennictwo

1. Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013–2020. Zał. do uchwały nr 2406/290/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 29 października 2013 r. S. 231–232.
2. Wiśniewska MZ. *Jakość usług medycznych. Instrumenty i modele*. Warszawa: CeDeWu; 2016.
3. Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012.
4. Trawkowska D, Frąckowiak-Sochańska M; Zespół Obserwatorium Integracji Społecznej w Poznaniu w składzie: Czub K, Szpyrka S, Zaręba M. *System wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi – na podstawie „Diagnozy systemu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie województwa wielkopolskiego”*. Poznań; 2017.
5. Sigfusdottir ID, Asgeirsdottir BB, Sigurdsson JF, Gudjonsson GH. *Trends in depressive symptoms, anxiety symptoms and visits to healthcare specialists: A national study among Icelandic adolescents*. *Scand. J. Public Health* 2008; 36(4): 361–368.

6. Sweeting H, Young R, West P. *GHQ increases among Scottish 15 year olds 1987–2006*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2009; 44(7): 579–586.
7. von Soest T, Wichstrøm L. *Secular trends in depressive symptoms among Norwegian adolescents from 1992 to 2010*. J. Abnorm. Child Psychol. 2014; 42(3): 403–415.
8. Mojtabai R, Olfson M. *National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults*. Pediatrics 2016; 138(6): e20161878.
9. Roczник Statystyczny. *Zakłady Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej*. 2016.
10. *Zdrowie i ochrona zdrowia 2016*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2017.
11. Kilbourne A, Beck K, Spaeth-Rublee B, Ramanuj P, O'Brien R, Tomoyasu N i wsp. *Measuring and improving the quality of mental health care: A global perspective*. World Psychiatry 2018; 17(1): 30–38.
12. <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q101&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=0&ma=07239> (dostęp: 1.01.2021).
13. <http://sjp.pwn.pl/slowniki/pomiar.html> (dostęp: 1.01.2021).
14. Hass-Symotiuik K. *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*. Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer Business; 2011.
15. Lisiecka K, Czyż-Gwiazda E, Lisiecka-Bielanowicz M. *Projakościowe zarządzanie w organizacjach ochrony zdrowia. Diagnoza i kierunki doskonalenia*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach; 2017.
16. Lisiecka K, Czyż-Gwiazda E. *System pomiaru wyników organizacyjnych w podmiotach leczniczych. Wyniki badań pilotażowych. Studia Ekonomiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach; 2017.
17. Lisiecka-Bielanowicz M, Papaj T, Czyż-Gwiazda E. *Wykorzystanie metod i narzędzi zarządzania jakością usług w podmiotach leczniczych. Analiza przypadków*. Problemy Jakości 2019; 1: 30–39.
18. Marr B. *Strategic performance management: Leveraging and measuring your intangible value drivers*. Oxford: Elsevier Ltd.; 2006.
19. Wieczorkowska A. *Niemcy do bólu metodyczni*. Menedżer Zdrowia 2009; 4: 34–39.
20. Walshe K, Smith J. *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*. Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer Business; 2011.
21. Trutkowska E, Moszczak M. *Nowe metody pomiaru jakości świadczeń zdrowotnych w Psychiatrycznym Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym – wyniki badań*. W: Lisiecka-Bielanowicz M, Smoliński B, Warczyński P red. *Systemy zarządzania jakością w ochronie zdrowia. Kierunki doskonalenia usług w ochronie zdrowia*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2010. S. 149–162.

Adres: Mira Lisiecka-Bielanowicz
Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii
Katedra Zdrowia Publicznego i Środowiskowego
Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny
02-097 Warszawa, ul. Banacha 1a
e-mail: mira.lb@wp.pl

Otrzymano: 19.03.2019

Zrecenzowano: 13.05.2019

Otrzymano po poprawie: 24.05.2019

Przyjęto do druku: 26.05.2019